

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**PRÁCTICAS DE CUIDADO CULTURAL EN GESTANTES DEL SECTOR RURAL
DEL MUNICIPIO DE COMBITA BOYACÁ**

MARYI MILDRED BORDA ÁLVAREZ

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2020

**PRÁCTICAS DE CUIDADO CULTURAL EN GESTANTES DEL SECTOR RURAL
DEL MUNICIPIO DE COMBITA BOYACÁ**

MARYI MILDRED BORDA ÁLVAREZ

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Enfermería

Director (a):

Mg. LUCY MUÑOZ DE RODRÍGUEZ

Línea de Investigación:

Materno Perinatal

Grupo de Investigación:

Grupo de Investigación Cuidado Materno Perinatal

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2020

A Samuel.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de Colombia por ser la cuna del conocimiento que me permitió aprender a investigar para enriquecer mi amada enfermería.

A la profesora Lucy Muñoz de Rodríguez, mi directora de tesis, por toda la dedicación y el esfuerzo al acompañar cada peldaño del trabajo realizado con la paciencia necesaria para convertir las experiencias en una fuente de aprendizajes.

A mi familia por compartir conmigo esta meta como un logro y una tarea conjunta.

A todas las mujeres gestantes que aportaron sus conocimientos de manera voluntaria, amorosa y desinteresada.

A la alcaldía del municipio de Combita y a la Empresa Social del Estado Centro de Salud de Combita por su colaboración constante a este trabajo y su preocupación por la salud de las gestantes.

Resumen

INTRODUCCIÓN: Las mujeres en gestación del municipio de Combita que residen en el sector rural representan un grupo poblacional enriquecido con los saberes culturales propios del altiplano Cundiboyacense es por ello que, describir las prácticas de cuidado cultural en un proceso de creación de saberes conjuntos con las gestantes, aporta conocimientos desde y para la disciplina de enfermería, en pro de mejorar la salud materno perinatal. **OBJETIVO:** Describir las prácticas de cuidado cultural que tienen las mujeres gestantes del sector rural del municipio de Cómbita, Boyacá, que permitan orientar el cuidado desde el primer nivel de atención. **MÉTODO:** Esta investigación es cualitativa, etnográfica y el método usado fue la etnoenfermería. La muestra está compuesta por diecinueve mujeres gestantes y dos participantes generales. El análisis se hizo con el facilitador de “Guía de fases de análisis de datos de la etnoenfermería” de Leininger. **RESULTADOS:** Surgieron dos temas: “Significados de la gestación” con cinco patrones, y “Prácticas de cuidado” con diez. **CONCLUSIONES:** Las mujeres se enfrentan con diferentes barreras para obtener los servicios de salud, dentro de ellas se encuentran los factores económicos, la canalización inadecuada hacia los servicios de salud y el uso de un lenguaje impositivo sobre el cuidado, lo que conlleva a la pérdida de confianza en los profesionales para expresar el cuidado del emic. Es importante promover la actualización y la capacitación de los profesionales de la salud orientados a la empatía para poder progresar hacia la sensibilidad y la conciencia cultural, y de este modo garantizar una mayor calidad en la atención de la salud.

Palabras claves: Cuidado cultural, etnoenfermería, gestación, prácticas de cuidado.

Abstract

INTRODUCTION: The pregnant women of the Combita municipality that reside in the rural area represent a population group enriched with the cultural knowledges typical of the Altiplano Cundiboyacense is therefore that, to describe the practices of cultural care in a process of creation of joint knowledges with the pregnant women, provide understanding since and for the nursing discipline, in support of improve the maternal perinatal health.

OBJECTIVE: To describe the cultural care practices that have the pregnant women of the rural area of the Combita municipality, Boyacá, that permit orient the care of the first level of attention. **METHOD:** This investigation is qualitative, ethnographic, the Ethno nursing was the method used. The sample were nineteen pregnant women and two general participants. The analysis was made with the facilitator “Ethnonursing datums analysis Guide” of Leininger.

RESULTS: Arose two themes: “pregnancy meanings” with five patterns and “care practices” with ten. **CONCLUSION:** The women are dealing with different barriers to get the health services, in these are the economic factors, the unsuitable channeling to the health services and the use of an imposing language over the care, that involves the loss of the confidence on the professionals to express the emic care. Is important to promote the update and the training of the health professionals oriented to empathy to be able to progress to the sensitivity and the cultural conscience, and by this guarantee a biggest quality in the health attention.

Keywords: Cultural care, ethnonursing, pregnancy, care practices.

Contenido

Resumen	V
Lista de Tablas	XI
Lista de Figuras	XII
INTRODUCCIÓN	1
1. CAPITULO 1 MARCO REFERENCIAL	4
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3. OBJETIVOS	16
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	17
1.5. SIGNIFICANCIA SOCIAL	18
1.6. SIGNIFICANCIA TEÓRICA	19
1.7. SIGNIFICANCIA DISCIPLINAR	20
2. CAPITULO 2: REFERENTE CONCEPTUAL	21
2.1. PRACTICAS DE CUIDADO CULTURAL	21
2.2. METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA Y LA TEORÍA DE LA UNIVERSALIDAD Y DIVERSIDAD DEL CUIDADO	22
2.2.1. Cuidado	22
2.2.2. Persona	23
2.2.3. Ambiente	24

2.2.4. Salud	24
2.3. CONSTRUCTOS DE LA TEORÍA DE LA UNIVERSALIDAD Y DIVERSIDAD DEL CUIDADO	25
2.4. MODELO DEL SOL NACIENTE PARA DESCUBRIR EL CUIDADO CULTURAL	26
3. CAPITULO 3 MARCO DE DISEÑO	28
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	28
3.2. ELEMENTOS DEL DISEÑO	28
3.3. ROL DEL INVESTIGADOR.....	29
3.4. MUESTREO	30
3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	32
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	32
3.6.1. Inmersión al campo	35
3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS	37
3.7.1. Recolección de datos - Entrevistas	37
3.7.2. Análisis de la Información.....	38
3.7.3. Rigor Metodológico	40
4. CAPITULO 4: MARCO DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
4.1. Resultados	43
4.2. Características de las participantes y su contexto	45
4.3. TEMA 1: Significado De Gestación.....	47

<i>Gestación como bendición de Dios</i>	47
<i>El hijo por nacer como una compañía para la familia</i>	49
<i>Gestación como fuente de sentimientos y emociones</i>	50
<i>La gestación como causante temor</i>	52
4.4. TEMA 2: Prácticas De Cuidado	54
<i>La gestación como una responsabilidad</i>	54
<i>Interpretaciones de cuidado durante la gestación</i>	56
<i>Motivos y beneficios del cuidado durante la gestación</i>	57
<i>La alimentación en la gestación</i>	58
<i>Los controles prenatales en la gestación</i>	75
<i>El consumo de medicamentos</i>	84
<i>La actividad física durante la gestación</i>	90
Elaboración propia: Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón “La actividad física durante la gestación”	97
<i>La tranquilidad y las emociones durante la gestación</i>	98
<i>Cuidados generales para el cuerpo</i>	99
<i>Experiencias de vida y cuidado.....</i>	101
<i>El cuidado de las gestantes desde la perspectiva del personal de salud</i>	104
4.5. PROPUESTA DE CUIDADO CON APLICACIÓN DE LOS MODOS DE ACCIÓN.....	107
4.6. DISCUSIÓN	111
5. IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA DE ENFERMERÍA	119

5.5.1. Profundización En La Propuesta De Cuidado	119
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	123
6.1. CONCLUSIONES	123
6.2. RECOMENDACIONES.....	125
BIBLIOGRAFÍA	127
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE CLAVE	133
ANEXO 2. ASENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE CLAVE MENOR DE EDAD	134
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES GENERALES	136
ANEXO 7. AVAL DE COMITÉ DE ETICA.....	140

Lista de Tablas

Tabla 1. Saberes emic y etic del patrón "Alimentación en la gestación"	75
Tabla 2. Saberes emic y etic del patrón "Los controles prenatales en la gestación"	84
Tabla 3. Saberes emic y etic del patrón "El consumo de medicamentos"	90
Tabla 4. Saberes emic y etic del patrón "la actividad física durante la gestación"	97
Tabla 5. Saberes emic y etic del patrón "La tranquilidad y las emociones durante la gestación"	99
Tabla 6. Saberes emic y etic del patrón "Cuidados generales para el cuerpo"	101

Lista de Figuras

Figura 1. modelo del sol naciente para descubrir el cuidado cultural. leininger, mcfarland (2002, pp. 79-83).....	26
Figura 2. Aplicación de los tres modos de cuidado en el patrón "alimentación en la gestación"	108
Figura 3. Aplicación de los tres modos de cuidado en el patrón "los controles prenatales en la gestación".....	109
Figura 4. Aplicación de los tres modos de cuidado en el patrón "el consumo de medicamentos"	109
Figura 5. Aplicación de los tres modos de cuidado en el patrón "La actividad física durante la gestación".....	110
Figura 6. Aplicación de los tres modos de cuidado en el patrón “La tranquilidad y las emociones durante la gestación”	110
Figura 7. Aplicación de los tres modos de cuidado en el patrón “Los cuidados generales”..	111
Figura 8. Propuesta de intervención para lograr el cuidado transcultural	122

INTRODUCCIÓN

Las mujeres en gestación del municipio de Combita que residen en el sector rural representan un grupo poblacional enriquecido con los saberes culturales propios del altiplano Cundiboyacense. En el perfil epidemiológico del departamento se evidencia que Cómbita es aportante de eventos de interés en salud pública como morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y bajo peso al nacer a término; situación que puede ser desencadenada por múltiples factores biopsicosociales en los que podrían llegar a incluirse las creencias y prácticas de cuidado de la gestante para consigo misma y su hijo por nacer, aspecto que no es posible afirmar toda vez que dichas prácticas hasta el momento no han sido objeto de estudio y no se encuentran documentadas, lo que permite inferir que se hace necesario abordar esta temática desde la enfermería.

Conocer las prácticas de cuidado que las personas implementan en su día a día no solo para procesos patológicos sino para el mantenimiento de la salud, con el objeto de fortalecer la orientación del cuidado profesional buscando una mayor eficacia y eficiencia en la atención es uno de los temas usualmente abarcados por la enfermería. Un ejemplo de ello es la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural de Leininger, quien ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión, las creencias de salud, la enfermedad y prácticas de cuidado, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

Teniendo en cuenta la ausencia de estudios sobre las prácticas de cuidado específicamente de la población gestante rural del municipio de Combita se propuso entonces el presente estudio con el objeto de describir, desde la etnoenfermería, las prácticas y creencias que las mujeres implementan en su gestación ya que a partir de ello será posible orientar el cuidado culturalmente congruente desde el primer nivel de atención hacia este grupo poblacional.

En este estudio afloran conocimientos a partir del acercamiento entre la investigadora y las gestantes, desde su propia cultura, en un proceso de creación de saberes conjuntos entre lo profesional y lo genérico, que se espera aporte a la consecución de una atención que garantice reconocer como sujetos activos del cuidado a las personas, familias y comunidades que viven y se desarrollan en un ámbito territorial (urbano, rural y rural disperso) con sus particularidades, condiciones y situaciones que deben considerarse como ejes contextuales del proceso de atención en salud.

En el marco de la normatividad vigente la atención a la población gestante se encuentra guiada por la resolución 3280 del 2018 la cual reconoce que la atención integral en salud se centrará en los seres humanos teniendo en cuenta la diversidad, singularidad y el carácter multidimensional del desarrollo de los sujetos. Un desarrollo que se ve influenciado por el contexto biopsicosocial e histórico en que se desenvuelven las personas a lo que es posible acercarse cuando se abordan los cuidados desde una visión que considera la carga cultural como es la desarrollada a través de este documento.

Finalmente, y reconociendo los beneficios que describir las prácticas de cuidado tiene no solo para el ejercicio profesional sino para aplicar los lineamientos de atención integral en salud exigidos en la normatividad vigente acerca de la atención a la población gestante; la presente investigación estructura una propuesta de cuidado desde el primer nivel de atención que

considera los tres modos de acción descritos por el referente teórico en la atención de salud culturalmente congruente para con las mujeres gestantes del municipio.

1. CAPITULO 1 MARCO REFERENCIAL

1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La gestación es un proceso fundamental en el ciclo vital del ser humano, es allí donde inicia la vida y por lo tanto es dónde se establecen las bases del desarrollo de las personas. Su significado es enmarcado por contextos físicos y emocionales a los que se ve enfrentada la mujer durante el tiempo en que gesta, mismo tiempo en el que la principal meta en la atención suele ser el mantenimiento de la salud materno-infantil.

El bienestar del binomio madre e hijo está supeditado a los cuidados que se brinden durante los periodos prenatal, natal y posnatal, siendo en su mayoría un conjunto de construcciones sociales propias de las madres a partir de las vivencias con su entorno social y de su herencia cultural teniendo en cuenta que *“Los comportamientos y las prácticas de cuidado que tienen las mujeres en la etapa prenatal dependen de la estructura social y del contexto etnohistórico y ambiental, es decir, de la cultural en la cual se crece y vive”* (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodriguez, 2019)

En el campo de la enfermería es posible encontrar variadas intervenciones nacidas desde la perspectiva cultural que abordan la influencia de las construcciones sociales en los cuidados que las gestantes aplican durante el embarazo. En la literatura revisada sobre este fenómeno existen estudios en su mayoría de enfoque cualitativo, realizados en población gestante con diversas características tales como ser urbanas, rurales, indígenas, adolescentes, con y sin condiciones patológicas asociadas. Dichos estudios buscan comprender las prácticas de cuidado de las mujeres en embarazo, parto y puerperio, de ellos es posible extraer información que para efectos de la presente descripción de problema serán presentados así:

Las prácticas de cuidado cultural tienen un origen en el contexto social de la gestante

En un estudio realizado con población gestante desplazada se concluye que “las prácticas de cuidado de las mujeres están fuertemente ligadas a las creencias y conocimientos tradicionales” (Bohórquez De Figueroa & Zambrano Plata, 2008, pág. 46). Otra investigación, realizada con gestantes diabéticas urbanas de Venezuela pone en evidencia que ellas tienen prácticas de cuidado aprendidas de la abuela o la suegra relacionadas con el uso de ciertas plantas para bebidas calientes (Guerra de Castillo & Vázquez, 2006). De manera similar, en gestantes adolescentes se encuentra que las prácticas de cuidado son aprendidas principalmente de la línea femenina familiar y son transmitidas de generación en generación (Muñoz Henríquez & Pardo Torres, 2016). Dichas prácticas están influenciadas por creencias y valores heredados y transmitidos a los que se les atribuye variabilidad de significados ya que debido a que se encuentran inmersos en un contexto muy amplio cualquier factor puede afectar los conceptos propios (Giraldo Montoya, 2007).

En aras de preservar esos conocimientos culturales existen figuras dentro de las comunidades, las parteras son una figura que conserva saberes de cuidado cultural y los aplica en el cuidado a las gestantes, “a nivel social las parteras son las mujeres de la comunidad que tienen el conocimiento cultural y simbólico para brindar el cuidado a las mujeres durante el gestación, adquirido durante la atención propia de sus partos o en trabajo con otras parteras” (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodriguez, 2019)

Según lo anterior, los cuidados que son practicados por las gestantes son saberes conservados en la historia que hace parte de su contexto social; nacen a partir de creencias y costumbres transmitidos de generación en generación y son aprendidos a partir de las enseñanzas ofrecidas por las mujeres con mayor experiencia en el tema. En algunas comunidades estas figuras de

saber son las abuelas y madres, mientras que en otras aún existe la presencia de la comadrona o partera que constituye una fuente de conocimiento sobre el proceso de gestación.

Las gestantes tienen propósitos para tener prácticas de cuidado cultural durante la gestación

El pilar motivacional para la implementación de cuidados culturales es el “nacimiento de un hijo sano”. Es posible identificar otros motivos para los cuidados como lo son el “tener un parto normal, sin complicaciones”, “mantener el equilibrio con la naturaleza” y “el cumplir con las normas sociales” que se entrevén en medio de los análisis de resultados consultados.

Un estudio realizado en población Nasa resalta que las prácticas culturales de cuidado le permiten a la gestante indígena restablecer el equilibrio psíquico-espiritual y su armonía con la naturaleza; así mismo menciona que el objetivo de realizar estos cuidados durante el embarazo es facilitar el parto (Muñoz Bravo, et al. 2012). Este propósito de bienestar materno fetal concebido en los cuidados culturales es reafirmado en gestantes adolescentes, en quienes se encuentra que la esencia de las prácticas es que el niño nazca sano y en el futuro no presente complicaciones (Muñoz Henríquez & Pardo Torres, 2016). Es decir, para las gestantes la meta principal del ejercicio de los cuidados es tener un buen parto lo que quiere decir sin complicaciones para la madre y para su hijo (Giraldo Montoya, 2007), (Bohórquez De Figueroa & Zambrano Plata, 2008), (Guerra de Castillo & Vázquez, 2006), (Argote & Vázquez, 2007).

La normatividad social es un aspecto de vital importancia en la adopción de prácticas de cuidado durante la gestación (Giraldo Montoya, 2007), este aspecto es similar en varios grupos étnicos de gestantes, entre ellos las mapuches, allí se presenta que “las normas sociales y culturales moldean la percepción y creencias que las mujeres tienen al respecto del embarazo, parto y puerperio” (Alarcón & Nahuelcheo S., 2008, pág. 199); estas reglas fundamentan la existencia de mecanismos de control y prevención para proteger a la embarazada y al niño(a), por eso mismo, transgredirlas puede generar consecuencias en ella y en el recién nacido. En

ciertos grupos de gestantes existen “dietas” durante la gestación las cuales son normas que dictan los cuidados de la gestante con la alimentación que al infringirlas implicará problemas de salud para el binomio (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodriguez, 2019).

Como conclusión se encuentra que las gestantes, independientemente del grupo étnico o cultural al que pertenecen tienen objetivos definidos para implementar las prácticas de cuidado aprendidas en su contexto cultural que deben ser conocidos y evaluados.

Existen similitudes y diferencias entre las creencias y prácticas de cuidado cultural que tiene las gestantes según sus diferentes contextos sociales

Las prácticas de cuidado encontradas en los estudios consultados vislumbran similitudes a pesar de la variabilidad de entornos sociales en los que se desarrolla el proceso gestacional, es así como se pueden extraer las siguientes prácticas:

La alimentación. Estos cuidados son importantes para las madres por reconocer que son beneficiosos para el bienestar del bebé. Investigaciones entre gestantes desplazadas, indígenas rurales, adolescentes, y urbanas marginadas informan que las “dietas” ayudan al crecimiento del niño, mantienen sano al bebé, las mantiene sanas a ellas y las preparan para el parto. Suprimen ciertos alimentos como los ácidos, los grasos y los azúcares, incluyen bebidas calientes a partir de plantas (Canela, aceite de ricino), brevo, de hierbas, etc.), la determinación de horarios para comer o el aumento de ciertos alimentos como lo es el agua de panela para las calorías, los jugos de mora para la anemia, entre otros. “La alimentación es un pilar fundamental por considerar que se da una transmisión casi directa al hijo por nacer, no sólo de los nutrientes, sino de los atributos dados a los mismos” (Hernández, 2008) además que, “La alimentación tiene un significado particular de beneficio, protección y seguridad” (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodriguez, 2019).

Equilibrio entre el calor y el frío. Varios estudios refieren la relación de algunas prácticas de las gestantes con el mantener el equilibrio entre el frío y el calor. Para estas mujeres existen enfermedades producidas por la temperatura durante el embarazo, parto y puerperio (Mayca, Palacios-Flores, Medina, Velásquez, & Castañeda, 2009). Por lo anterior desarrollan prácticas para mantener el equilibrio que les garantizan, desde sus conocimientos tradicionales, el bienestar del binomio (Argote & Vásquez, 2007), (Ulloa Sabogal, 2014) para evitar complicaciones durante el parto como por ejemplo que el bebé se “pegue” (Muñoz Henríquez & Pardo Torres, 2016).

Cuidados generales. La comodidad, el descanso, la higiene, la estimulación prenatal, evitar realizar ciertas actividades perjudiciales, no consumir sustancias tóxicas, evitar el uso de las drogas incluyendo el cigarrillo, las sustancias psicoactivas, así como, una larga lista de medicamentos (Rendon, 2012), y realizar actividad física son cuidados implementados por las madres por el reconocimiento cultural sobre los beneficios y riesgos de los mismos (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodríguez, 2019) (Muñoz Henríquez & Pardo Torres, 2016).

El apoyo a la gestante. El soporte familiar es requerido por las mujeres durante la gestación (Guerra de Castillo & Vázquez, 2006). Es una componente inherente a los cuidados culturales, a partir de ello es que se generan las modificaciones a los hábitos y costumbres de la mujer cuando inicia la gestación. Las enseñanzas recibidas por parte de la familia son reconocidas por la experiencia que ésta tiene y son guías importantes para las madres a base de creencias y experiencias (Muñoz Henríquez & Pardo Torres, 2016); las gestantes se sienten tranquilas cuando tienen el apoyo de la madre (Giraldo Montoya, 2007). Cuando la familia participa en el cuidado de la gestante, ésta se vuelve objeto de cuidados especiales y se genera en ella sentimientos de bienestar y seguridad que buscan transmitirle al hijo (Argote & Vásquez, 2007).

La espiritualidad y el apoyo familiar son una forma de favorecer el bienestar materno y del hijo por nacer (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodríguez, 2019). Para las gestantes adolescentes de Barranquilla, “Colocarse en manos de Dios”, es una de las maneras de cuidarse (Muñoz Henríquez & Pardo Torres, 2016). En las comunidades indígenas no se habla específicamente de un “Dios”, sin embargo, los cuidados corresponden a ritos de equilibrio con la naturaleza conectados con la espiritualidad de su cultura.

El reconocimiento de las prácticas emic por parte de los proveedores de salud es reducido

Las prácticas culturales son objeto de infravaloración y desconocimiento por parte del personal de salud. En estudios con comunidades indígenas, se pone al descubierto un esquema de atención en salud represivo con las creencias y costumbres presentes en el cuidado. Enfermería encuentra prácticas con un trasfondo de significados que hasta el momento no habían sido explorados en la profesión (Giraldo Montoya, 2007). Guarnizo Tole y Pardo (2011) citados por Ulloa, expresan que “el profesional de enfermería poco tiene en cuenta la diversidad cultural de las gestantes y los significados que ellas asignan a sus prácticas de cuidado durante la etapa prenatal” (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodríguez, 2019).

Las prácticas de cuidado emic contrarias al cuidado etic son preferidas por las gestantes, esta situación es desconocida por los profesionales encargados del control prenatal (Bohórquez De Figueroa & Zambrano Plata, 2008). Las gestantes manifiestan que “sus prácticas de cuidado obedecen más al arraigo cultural que a la medicación lógica, las mujeres encuentran que las recomendaciones de los profesionales distan de sus realidades culturales” (pág. 101) (Hernández, 2008, pág. 101).

En gestantes indígenas Zenú colombianas se encuentra que los proveedores de salud siguen los lineamientos de la guía de detección temprana de alteraciones del embarazo sin considerar la cultura durante sus prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio (Ramos Lafont,

2011). Otra investigación en población indígena concluye que “el personal encargado de la atención a gestantes conoce parcialmente sobre interculturalidad, cultura y prácticas de cuidado durante los periodos de gestación, parto y puerperio” (Muñoz Bravo, Castro, Castro Escobar, Chávez Narvaez, & Ortega Rodriguez, 2012).

Las implicaciones del cuidado cultural sobre la salud de la gestante y su hijo por nacer son un campo abierto para la investigación

Bohórquez De Figueroa & Zambrano Plata (2008) concluyen que las gestantes tienen prácticas de cuidado que se comportan como beneficiosas para la salud de la madre, otras como inocuas y otras que son perjudiciales. Los efectos de los cuidados culturales en la salud de la gestante no han sido ampliamente estudiados, sin embargo, dentro de los estudios abarcados se encuentra que existen prácticas que son riesgosas como lo es la inasistencia al control prenatal o la no toma de antibióticos para las infecciones urinarias. Aun así, las implicaciones de las prácticas de cuidado ostentan un grado de invisibilidad ante al conocimiento profesional, propiciado en un principio por la subvaloración de los cuidados y prácticas propios de la herencia cultural independientemente de su beneficio.

Las barreras existentes en la atención a la gestante se relacionan con el no reconocimiento de las prácticas de cuidado cultural

Algunas de las barreras en la atención a la gestante están relacionadas con los determinantes sociales y con el desconocimiento de las prácticas culturales por parte de los profesionales. En un estudio en población gestante indígena y promotores de salud en Toribio Cauca, Colombia, se encontró que “las diferencias culturales entre los sistemas médicos tradicionales y facultativos crean barreras alrededor del cuidado de la gestante y la motivan a la búsqueda de los servicios en salud facultativos”, Muñoz Bravo, Castro, Castro Escobar, Chávez Narvaez, & Ortega Rodriguez, (2012), mencionan también que existen barreras culturales, políticas,

institucionales y geográficas, así como un conocimiento parcial sobre interculturalidad por parte de los profesionales. Por su parte, el personal de salud reconoce que existen “barreras culturales para la adherencia del control prenatal” pero que también influyen los determinantes sociales como el aspecto económico y el sector geográfico (Lasso Toro, 2012). La existencia de barreras culturales relacionándolas con la “ausencia de participación ciudadana en la toma de decisiones respecto a la solución de problemas de salud en un afán por que predominen los conocimientos científicos” ha sido un ámbito que también sobresale en los estudios de cuidado cultural (Rodríguez Méndez & Rodríguez Miñano, 2014).

Las recomendaciones para mejorar la atención a la gestante coexisten con la presencia del conocimiento Émico

Se han generado investigaciones para conocer los cuidados culturales de gestantes durante el parto, parto y puerperio; dentro de ellos existen estudios que abordan las barreras en la atención a las mujeres gestantes que permiten ver que los aspectos culturales inherentes a las prácticas de cuidado son necesarios para garantizar el bienestar de sí y del hijo por nacer. Por ello emergen recomendaciones para facilitar la unión entre los conocimientos científico y facultativo con el ideal de aportar interculturalidad a la atención prenatal y de su hijo por nacer que mejore las estadísticas de salud materna.

Un estudio sobre el cuidado de sí en gestantes diabéticas aplica el “Modelo del sol Naciente” de Madeleine Leininger para categorizar los cuidados que pueden ser preservados, los que pueden ser negociados y los que podrían reestructurarse como una posible ruta para orientar los cuidados de enfermería (Guerra de Castillo & Vázquez, 2006). En otro estudio se sugiere que se construya un modelo de cuidado donde se tenga en cuenta los significados de éstos para las maternas y que adecue los modos de acción del “Modelo del Sol Naciente” (Giraldo Montoya, 2007).

En la atención a las mujeres gestantes existen procesos educativos en los cuales se recomienda que se refuerce el reconocimiento de las prácticas de cuidado cultural (Lasso Toro, 2012). Por otro lado, la inclusión de los cuidados y conceptos de la enfermería transcultural en la atención a la gestante promueve la búsqueda de nuevas formas de cuidado para la embarazada en su propio contexto cultural (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodriguez, 2019). Finalmente, se encuentra una propuesta de atención para alcanzar el cuidado de calidad y culturalmente congruente, que incluye los siguientes ítems a interrogar en la primera consulta prenatal: la percepción del embarazo y del cuidado, experiencias previas del embarazo y con la atención del profesional de la salud y las creencias y tradiciones (González Berenice, Álvarez Aguirre, et al, 2014).

Lo anteriormente expuesto muestra la producción de conocimientos para establecer cuidados congruentes con la cultura desde los servicios de salud mediante la comunicación entre el sujeto de cuidado y el cuidador profesional que le provea eficacia a la atención a las gestantes. Actualmente en Colombia, existe normatividad para la atención a las maternas, estas son la norma y guía 412 de detección temprana de alteraciones del embarazo y la guía de práctica clínica para la prevención, detección y tratamiento de las complicaciones del embarazo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Éstas, aunque consideran los factores influyentes dentro de los determinantes sociales, dejan de lado las prácticas de cuidado cultural causando brechas en la atención y consecuentemente la inasistencia a los controles prenatales según se expuso anteriormente.

Las brechas culturales representan riesgos para la salud materno – fetal, generan contradicción entre las construcciones y significados de las gestantes y los planteamientos médico-científicos, alejan la gestante de los sistemas de salud, aumentan la morbilidad y mortalidad maternas las cuales pueden ser prevenibles.

A nivel mundial la razón de mortalidad materna es de 216 muertes por cada 100000 nacidos vivos para el año 2015 (OMS; UNICEF; UNFPA; BANCO MUNDIAL, 2015). Para Colombia, el boletín epidemiológico de la semana 37 del 2016 del instituto nacional de salud muestra una razón de morbilidad materna extrema de 29,8 casos por 1000 nacidos vivos asociada principalmente a trastornos hipertensivos de la gestación; el 79,1% de los casos corresponden a mujeres de sector urbano y el 29,1% a rural. La mortalidad materna se presenta con una razón de 48,3 casos por 100.000 nacidos vivos predominando el sector urbano con un 66,5% de casos frente al rural que tiene 33,5%. Por último, la tasa de mortalidad perinatal y neonatal es de 12,8 por 1000 nacidos vivos siendo el 76,8% urbanos y el 23,2% rurales (Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016). El departamento de Boyacá presenta 2.1 % de cada uno de los tres eventos nacionales anteriormente mencionados (Secretaría de Salud de Boyacá, 2016).

El municipio de Combita corresponde a la provincia centro del Departamento de Boyacá, cuenta con un centro de salud de primer nivel de atención en el que se ofrece la consulta de control prenatal, la consulta educativa de enfermería a la gestante y el curso de preparación para la maternidad y paternidad seguras. Actualmente atiende 50 gestantes de las cuales el 96% son del sector rural. La inasistencia a los controles prenatales es cercana al 25% sin que se haya estudiado la causa de ésta, en el curso de preparación para la maternidad y paternidad la inasistencia es del 50% o superior. Adicionalmente, el boletín epidemiológico departamental número 22 (2017) de Boyacá, se informa que en el municipio de Combita ha presentado tres casos de morbilidad materna extrema. Según el Análisis Situacional en Salud, desarrollado por la Empresa Social del Estado Centro de Salud de Combita (2015), el porcentaje de menores con bajo peso al nacer fue de 19,8% a corte 2013 superando el indicador departamental para la misma época que se encontraba en 8,75%. Lo anterior permite evidenciar una falla en los cuidados preparto, en parto y posparto de esta población.

El estudio más cercano a Combita que aborda el cuidado cultural en mujeres en puerperio se realizó en Tunja y de éste surgieron cinco temas a tener en cuenta: El poder secreto de las plantas, el peligro de la recaída, descubriendo el mundo de su hijo, el cuidado de sí misma, y alimentos protectores, y concluye con la existencia de un predominio de cuidados emic sobre el etic (Prieto Bocanegra & Ruiz, 2013).

Sin embargo, hasta el momento no existen investigaciones que aborden el cuidado cultural de gestantes del sector rural del municipio de Cómbita que puedan aportar a una atención de salud desde esta perspectiva.

1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que aún no se ha estudiado la causa de los eventos de morbi-mortalidad materna presentados en el municipio de Combita, y que la condición de salud de las gestantes se relaciona con las prácticas de cuidado y la adherencia a las recomendaciones dadas en el control prenatal que según lo mostrado en las investigaciones se podría ver afectado por brechas culturales entre las usuarias y los profesionales de salud; y que, hasta el momento las investigaciones desarrolladas no han ampliado sus horizontes hacia la población mencionada, se hace necesario comprender las prácticas de cuidado que tienen las gestantes en el municipio de Combita, Boyacá, para estructurar una estrategia de cuidado que contribuya a afrontar la problemática en salud materno perinatal que vienen presentando las gestantes. Se plantea entonces la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las prácticas de cuidado cultural que tienen las mujeres gestantes del sector rural del municipio de Combita, Boyacá, que permitan orientar el cuidado desde el primer nivel de atención?

1.3.OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las prácticas de cuidado cultural que tienen las mujeres gestantes del sector rural del municipio de Cóbbita, Boyacá, que permitan orientar el cuidado desde el primer nivel de atención.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las prácticas de cuidado émico que tienen las mujeres gestantes del municipio de Cóbbita Boyacá.
2. Describir las prácticas de cuidado ético que tienen las mujeres gestantes del municipio de Cóbbita Boyacá.
3. Proponer la orientación del cuidado a mujeres gestantes desde el primer nivel de atención del municipio de Cóbbita basado en los tres modos de acción propuestos por Leiniger.

1.4.DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

El presente trabajo plantea la definición de dos conceptos que enfocarán la investigación a realizar, estos son los descritos a continuación:

A. Prácticas de Cuidado Cultural

Para Madeleine Leininger el cuidado cultural “Se refiere a los valores cognoscitivos conocidos, creencias y expresiones modeladas que ayudan, apoyan o capacitan a otro individuo o grupo para mantener el bienestar, mejorar la condición humana o la vida, o enfrentar la muerte y las discapacidades.” (Leininger, 1988, pág 156)

Teniendo en cuenta lo anterior, para la presente investigación las prácticas de cuidado cultural son consideradas como aquellas acciones de cuidado que aplican las gestantes del municipio de Combita, a partir de una toma de decisiones influenciada y determinada por el contexto social estructural en el que viven, y cuya orientación es determinada por la herencia y saberes culturales aprendida y transmitida a través de las generaciones

B. Gestantes del sector rural de Combita

Son las mujeres en proceso de gestación que residen en el sector rural del municipio de Combita (Boyacá) y que de acuerdo con Leininger se conciben como seres humanos que tienen significados culturales, con dignidad y respeto y que deben ser valoradas desde una perspectiva cultural, espiritual y holística (Leininger & McFarland, 2006).

1.5.SIGNIFICANCIA SOCIAL

Dado que el cuidado es inherente a la cultura y al contexto social de las personas y que está influenciado y determinado por las creencias, valores y costumbres que son heredadas dentro de un grupo cultural (Leininger, 1999), conocer las prácticas de cuidado cultural de las gestantes del sector rural del municipio de Combita bajo la orientación de la Teoría de la Universalidad fue un puente para el acercamiento a la identificación de los riesgos en salud para las mujeres y sus hijos por nacer mediante la caracterización de prácticas de cuidado relacionadas con la salud materno – perinatal, desde lo cultural, y así establecer estrategias de cuidado que a futuro permitirán la modificación y reestructuración de aquellas que lo requieran en un principio desde el primer nivel de atención con base en la gestión del riesgo consciente del entorno que rodea a la mujer y respetuosa de la cultura que la constituye, enmarcada en el conocimiento genérico, y el científico profesional.

1.6.SIGNIFICANCIA TEÓRICA

En el presente trabajo se buscó abordar el cuidado cultural desde la óptica de la teoría de “La diversidad y universalidad del cuidado” de la Dra Madeleine Leininger, la cual tiene como propósito descubrir, documentar, conocer y explicar la interdependencia de cuidado y el fenómeno de la cultura con diferencias y similitudes entre las culturas, abarca el cuidado y la cultura considerándolos fenómenos omitidos que aportan a la comprensión de la naturaleza completa de la enfermería (Leininger & McFarland, 2006). Acorde a lo anterior, la búsqueda de las prácticas de cuidado cultural de las mujeres gestantes del sector rural del municipio de Combita permitió detectar los saberes de cuidado propios de la cultura tomando como referente el modelo del sol naciente, los constructos del cuidado emic y el cuidado etic, propuestos por la teórica, y articularlos con los modos de acción de cuidado, todo lo anterior en búsqueda del fortalecimiento del concepto de cuidado desde la enfermería hacia la cultura a través de la investigación con un aporte adicional a la validación de la teoría en el ejercicio de la profesión.

1.7.SIGNIFICANCIA DISCIPLINAR

Las prácticas de cuidado cultural están inmersas en el contexto social de la mujer y se generan a partir su herencia ancestral por lo cual se puede considerar indiscreto inferir sus actitudes y comportamientos para intervenirlos en salud, siendo entonces más prudente lograr un acercamiento desde su propia cultura que permita crear saberes conjuntos entre lo científico y lo genérico en pro del cuidado. Leininger establece tres modos de acción de cuidado que parten del reconocimiento del cuidado cultural, éstos son, la preservación del cuidado cultural, la negociación o acomodamiento del cuidado cultural y la reestructuración o cambio de patrones del cuidado cultural (Leininger, 1988). La presente investigación aportó al ejercicio disciplinar de la enfermería debido a que permitió identificar los cuidados implementados por las mujeres gestantes para ser intervenidos bajo los tres modos de acción dando las bases para implementar un cuidado culturalmente congruente desde el primer nivel de atención.

2. CAPITULO 2: REFERENTE CONCEPTUAL

2.1. PRACTICAS DE CUIDADO CULTURAL

Para comprender las prácticas de cuidado cultural se toma como referente a la Dra. Madeleine M. Leininger quien construyó la teoría de la Universalidad y la Diversidad del cuidado. Para ella, el cuidado cultural “Se refiere a los valores cognoscitivos conocidos, creencias y expresiones modeladas que ayudan, apoyan o capacitan a otro individuo o grupo para mantener el bienestar, mejorar la condición humana o la vida, o enfrentar la muerte y las discapacidades.” (Leininger, 1988, pág. 156). Indica que “los cuidados culturales de Enfermería son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios” Castillo Mayedo (2008).

Para Leininger la comprensión profunda de las diferentes culturas del mundo y las estructuras sociales es necesaria para la atención enfermera, recalca que “Los usos del lenguaje, los símbolos y los significados sobre el cuidado en diversas culturas tienen que ser entendidos para derivar las esencias y los patrones del cuidado cultural” (Leininger, 1988, pág. 153). Esta importancia radica en la unión que debe existir entre la cultura y el cuidado debido a que para ella “están inextricablemente vinculados y no pueden ser separados en las acciones y decisiones del cuidado de enfermería.” (Leininger, 1988, pág. 153).

Las prácticas de cuidado implementadas por las personas son heredadas a través de la cultura, están predispuestas a cambios determinados por el presente social al que se ve enfrentado el sujeto, pero la carga que ejercen los saberes culturales sobre la toma de decisiones y el ejercicio

de prácticas cuidado es inherente y es menester sea reconocida y atendida. Leininger en 1988 indica que “el conocimiento y las prácticas de cuidado cultural tendrán funciones significativas y patrones estructurales derivados de los valores culturales, las visiones del mundo, las estructuras sociales y los contextos ambientales de diversas culturas.” pág 155.

A partir del pensamiento creativo y el descubrimiento de una relación estrecha entre la cultura y el fenómeno del cuidado, Leininger comenzó a imaginar la teoría cuando cursaba sus estudios de doctorado en antropología (Leininger & McFarland, 2006, pág.2).

2.2.METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA Y LA TEORÍA DE LA UNIVERSALIDAD Y DIVERSIDAD DEL CUIDADO

A continuación, se describen los conceptos del metaparadigma:

2.2.1. Cuidado

Leininger sostiene que el cuidado es la esencia de la enfermería y proporciona un concepto distinto para describir, explicar y predecir la enfermería. El cuidado debe ser central para el metaparadigma y apoyado por los conceptos de salud y contextos ambientales (Leininger, 1988). La teorista sostuvo que “el cuidado es Enfermería, el cuidado es salud, el cuidado es curación, y el cuidado es bienestar” (Leininger & McFarland, 2006, pág. 3). Para ella, el cuidado humano es lo que hace humana a la gente, da dignidad a los humanos, e inspira a la gente a estar bien y ayudar a los demás (Leininger, 1977,1984; Leininger, Mc Farland, 2002).

En cuanto al cuidado Leininger propone tres modalidades de acción o modos de decisión para proveer el cuidado de enfermería culturalmente congruente, los cuales son definidos como:

- a. **Preservación y/o mantenimiento del cuidado cultural:** referido a aquellos actos profesionales de asistencia, apoyo, facilitación, o habilitación o decisiones que ayuden a las culturas a retener, preservar, o mantener creencias y valores del cuidado o a enfrentar la discapacidad y la muerte (Leininger, 1998; Leininger, Mc Farland, 2002).
- b. **Negociación o acomodamiento del cuidado cultural:** referido a aquellas acciones creativas de asistencia, acomodación, facilitación o habilitación, del proveedor de cuidado, o decisiones que ayuden a las culturas a adaptar o negociar con otros buscando un cuidado congruente culturalmente, seguro y efectivo para su salud, bienestar, o para enfrentar la muerte o la enfermedad (Leininger, 1998; Leininger, Mc Farland, 2002).
- c. **Reestructuración o cambio de patrones del cuidado cultural:** referido a aquellas acciones profesionales y decisiones mutuas de asistencia, apoyo, facilitación o habilitación que puedan ayudar a las personas a reordenar, cambiar, modificar, o reestructurar sus estilos de vida en instituciones para mejorar los patrones de cuidado en salud, practicas o resultados. (Leininger, 1998; Leininger, Mc Farland, 2002).

2.2.2. Persona

El uso de persona dentro de paradigma de enfermería fue cuestionado por Leininger. Desde el conocimiento transcultural, la persona puede no ser usada y puede no ser un término importante, significativo o dominante en algunas culturas (Leininger, McFarland, 2002). Por el contrario, los términos lingüísticos de seres humanos, familias, clanes y grupos colectivos, son usados con frecuencia debido a que tienen un significado cultural. Lo anterior, debido a que el uso de la palabra persona puede conllevar choques culturales, sesgos culturales e imposición cultural de prácticas o conflictos morales y éticos serios. En contraste, el uso del

término *seres humanos* implica dignidad y respeto, y tiende a ser más valorado culturalmente (Leininger, McFarland, 2002, pág. 6).

El Cuidado Cultural sostiene que el respeto a los seres humanos desde una perspectiva espiritual, cultural y holística, mientras se les brinda cuidado, es esencial para el cuidado humano y la atención (Leininger, McFarland, 2002, pág. 12 - 16) .

2.2.3. Ambiente

El ambiente constituye un constructo central de la teoría de la Universalidad y Diversidad del cuidado, representa la totalidad de la situación geofísica donde se habita y las condiciones ecológicas de las culturas. Incluye múltiples factores tales como las dimensiones física, ecológica, espiritual, sociopolítica, de parentesco, y tecnológica que influyen el cuidado cultural, la salud y el bienestar. Los significados ambientales especiales, símbolos y valores y visiones comúnmente compartidas existen como parte del contexto ambiental (Leininger, McFarland, 2002, pág. 10).

El conocimiento holístico del contexto cultural brinda diferentes ambientes como condiciones de cuidado para uno mismo u otros viviendo en formas culturalmente específicas que van más allá de del enfoque biofísico y emocional utilizado comúnmente por las enfermeras, y a áreas más amplias de condiciones de vida y cuidado (Leininger, McFarland, 2002, pág. 10).

2.2.4. Salud

Es el resultado de “utilizar y conocer el cuidado basado en la cultura” (Leininger, McFarland, 2002, pág. 10). Leininger ha definido la salud como “Un estado de bienestar que esta culturalmente definido y constituido. La salud es un estado del ser para mantenerse y la habilidad para ayudar individuos y grupos a mejorar sus actividades diarias en un cuidado benéfico expresado culturalmente y en un patrón de estilos de vida” (Leininger, McFarland, 2002, pág. 10).

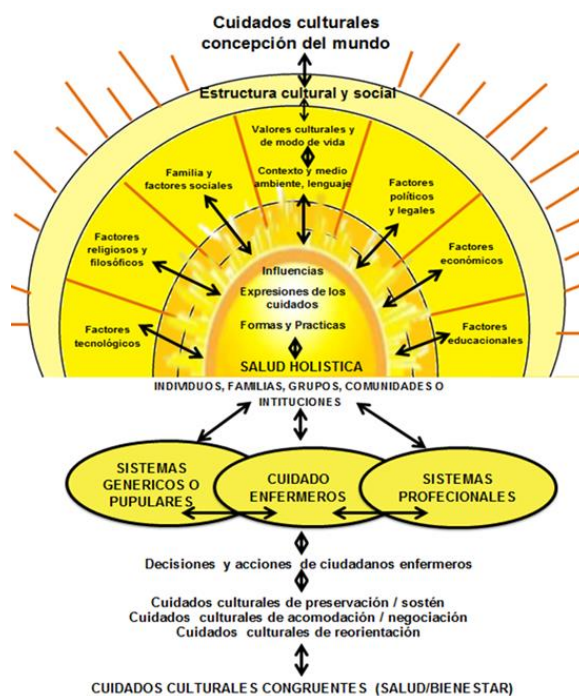
Cada cultura presenta patrones diferentes y similares en el cuidado de la salud, el bienestar se preserva a través del seguimiento de reglas culturalmente conocidas. El objetivo de la teoría es lograr definir lo que constituye la salud con sus significados y símbolos, logrando identificar como las culturas los conocen, transmiten y practican a través del cuidado. (Leininger, McFarland, 2002, pág. 11)

2.3. CONSTRUCTOS DE LA TEORÍA DE LA UNIVERSALIDAD Y DIVERSIDAD DEL CUIDADO

Los constructos de la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado son guías orientadoras que permiten estimular al investigador a descubrir el conocimiento cualitativo. Algunos de los constructos esenciales de la teoría son la cultura, cuidado, el cuidado cultural, la diversidad del cuidado cultural, la universalidad del cuidado cultural, la visión del mundo, la estructura social, el contexto ambiental, el sistema de salud popular, salud, el sistema profesional de salud, la preservación o el mantenimiento del cuidado, el alojamiento o la negociación cultural, la reappropriación o reestructuración del cuidado, la etnohistoria y los constructos de émico (emic) y ético (etic) (Leininger, McFarland, 2002, pág. 12 - 16) (Leininger, 1988, pág. 156).

2.4. MODELO DEL SOL NACIENTE PARA DESCUBRIR EL CUIDADO CULTURAL

FIGURA 1. MODELO DEL SOL NACIENTE PARA DESCUBRIR EL CUIDADO CULTURAL. LEININGER, MCFARLAND (2002, PP. 79-83)



Fuente: PAGINA WEB. Pensando en Colectivos. Del conocimiento al cuidado. URL: http://1.bp.blogspot.com/-Wn_KV2CO--k/VOqdsbe_8AI/AAAAAAAAAFE/eny9jM6BV74/s1600/Sol%2BNaciente.png

El modelo del Sol Naciente es un gráfico conceptual para describir los componentes de la teoría y para estudiar cómo estos componentes influyen en el cuidado y estado de salud de individuos, familias, grupos e instituciones socioculturales. Busca estudiar sistemáticamente los diversos componentes de la teoría, como la visión del mundo, los factores de la estructura social, los valores y creencias culturales y los sistemas de salud populares y profesionales, y cómo estos componentes interactúan entre sí en una perspectiva gestáltica. A medida que el investigador utiliza el modelo, es posible que se enfoque en áreas específicas (Leininger, 1988, pág. 157).

Es un facilitador desarrollado por la teorista como guía de investigación para obtener un conocimiento amplio, y a su vez, específico, profundo, teniendo en cuenta la meta de la teoría y los dominios de investigación de los investigadores (Leininger, McFarland, 2002). Es fundamental lograr que las decisiones y acciones de enfermería busquen ser congruentes con las vidas de individuos, familias o grupos como base para apoyar la meta del cuidado cultural congruente (Leininger, 1988, pág. 157). Expone los tres modos propuestos para tomar decisiones de enfermería y tomar acciones para el cuidado cultural congruente. Se derivan de datos fundamentales y sustantivos extraídos de informantes clave y generales, observaciones, experiencias participativas y otras estrategias de investigación que proporcionan información importante para determinar qué modo de decisión sería más apropiado, beneficioso o satisfactorio para los seres humanos (Leininger, 1998, pág. 155).

Los resultados de cada estudio cultural se contrastan con los hallazgos de otros estudios para identificar patrones y temas universales y diversos entre las culturas. Los conceptos de cuidado, como el alivio del estrés, la confianza, la participación con el tacto, la estimulación, la comodidad, la absorción, la ternura y la empatía, pueden ser similares o diferentes.

3. CAPITULO 3 MARCO DE DISEÑO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se utiliza en esta investigación es cualitativo etnográfico desde la Etnoenfermería como método naturalístico y abierto de investigación que permite estudiar y explicar fenómenos relacionados con la teoría del cuidado cultural (Leininger & McFarland, 2006). Leininger diseñó este método para descubrir datos émicos genéricos y éticos profesionales a través de un proceso abierto e informal, confortable y natural que permita a los informantes hablar acerca de sus visiones y liderar discusiones sobre su cultura (Leininger & McFarland, 2006).

3.2.ELEMENTOS DEL DISEÑO

Participantes: Las participantes claves serán las mujeres gestantes, sin importar su edad gestacional ni su edad materna, procedentes y residentes en cualquier vereda del municipio de Cóbbita Boyacá. Como participantes generales se contará con proveedores de salud que hayan tenido experiencias de cuidado o acercamientos con estas mujeres.

Tiempo: Se determinó por la saturación de la información generada en el análisis a profundidad de las entrevistas y observaciones hasta que se encontró redundancia en los datos y conceptos obtenidos. Así las cosas, la recolección de información se desarrolló del 2018 al 2019.

Lugar: Este fue el sitio de vivienda de las mujeres participantes en el estudio. La investigadora principal se desplazó para la observación y entrevista con las gestantes, exceptuando cuatro entrevistas que tuvieron lugar en la sala de lactancia materna de la E.S.E. centro de Salud de Combita a gestantes y dos a proveedores de salud. Se conoció el sitio de vivienda de las mujeres participantes en el estudio lo que permitió observar y evaluar de manera más real y objetiva el ambiente y el contexto de la vida cotidiana de estas mujeres.

3.3.ROL DEL INVESTIGADOR

- Mantener un papel de oyente activo, aprendiz y reflexionador absteniéndose de usar mucha jerga profesional o términos médicos.
- La evaluación debe mantenerse enfocada en las personas (Émico), las ideas de cuidado que surjan del profesional deben ser secundarias a las de la persona.
- Motivar en las personas a que piensen en sus valores culturales, creencias y estilos de vida desde un punto de vista que permita detectar como piensan ellos que estas áreas influyen en su salud. Adicionalmente explora las pasadas y futuras ideas relacionadas con los dominios generales de la enfermería.
- Hacer muy pocas preguntas descriptivas en el momento de la entrevista, pero a cambio se enfoca en las áreas exploradas con comentarios cerrados.
- Reconocer que la mayoría de las personas son capaces de explicar e interpretar sus experiencias relacionadas con cuidado, salud, y mantenimiento del bienestar.
- Crear un ambiente que le permita a la persona confiar, para ello debe mostrar que está genuinamente interesado en ella y puede proteger sus secretos culturales y puntos de vista.

Es fundamental el respeto por todas las ideas culturales, así como la protección de los secretos culturales compartidos.

- Evaluar si la información es exacta o digna de crédito según el estilo de vida de la persona.

3.4.MUESTREO

El muestreo se realizó por conveniencia. Se seleccionó a las gestantes participantes del estudio garantizando en lo posible que para la entrevista se encontraran en su ambiente y lugares propios de residencia, para que la investigadora aprenda su diario vivir y de su cotidianidad de forma natural, para que sea posible interpretar de la manera más cercana posible la realidad del fenómeno que se está estudiando. Sin embargo, por cuestiones de tiempo de las mujeres cuatro personas prefirieron las instalaciones de la E.S.E. Centro de Salud de Combita para desarrollar las entrevistas.

La Doctora Madeleine Leininger (2006) indica que el investigador de etnoenfermería debe trabajar con informantes clave y generales. Los *informantes clave* son las gestantes del sector rural del municipio de Combita que para efectos del presente estudio serán consideradas participantes clave. Una vez que se han tenido varias sesiones con los participantes clave, se habla con los *informantes generales* que son individuos, familias, proveedores de salud y grupos de la comunidad, para reflexionar sobre qué tan diferentes o similares son sus ideas de las de los informantes clave e igualmente denominados participantes generales. La información obtenida de ambas fuentes ayuda a identificar, aclarar o profundizar la diversidad o universalidad de ideas sobre cuidado humano y otros fenómenos de cuidado.

Se tuvieron en cuenta los principios de muestreo recomendados por Sandoval (Sandoval Casillimas, 2002) que son los siguientes:

- ***Pertinencia:*** Determinar cuáles personas podrían ser las apropiadas para obtener mayor y mejor información del fenómeno y lograr su participación. Para lo anterior, se eligieron gestantes que residen en el sector rural del municipio de Combita Boyacá.
- ***Adecuación:*** Se realizaron tantas entrevistas y observaciones como fueron necesarias para lograr los datos que permitieran una descripción del fenómeno enriquecida, para ello se intervino a 19 participantes claves y 2 participantes generales con una o dos entrevistas según fue necesario.
- ***Saturación:*** Se realizaron entre una y dos entrevistas a cada participante según fueron necesarias hasta llegar a un punto en el que no fue posible obtener datos e información nueva e importante para la comprensión del fenómeno de investigación, lo anterior una vez se diversificaron a profundidad los informantes, situaciones, escenarios, entre otros.

En cuanto a los lugares, se rige por los principios de pertinencia y adecuación, y además por los siguientes:

- ***Conveniencia:*** Siendo el lugar, situación o el evento que más faciliten el registro; para ello se seleccionaron las viviendas de las gestantes participantes previa autorización de estas o las instalaciones de la E.S.E. Centro de Salud de Combita cuando fue solicitado por las mujeres.
- ***Oportunidad:*** Se refiere al momento adecuado para la entrevista favorable para los participantes. Se programaron de común acuerdo entre la investigadora y los participantes según la disponibilidad de las gestantes y del investigador.

- **Disponibilidad:** Que se refiere a que el sitio sea de fácil acceso. En este caso, aunque la investigadora principal conocía la geografía y las vías de comunicación de la región, contó con guías procedentes del municipio que ayudaron a garantizar la movilidad y realizaron acompañamiento durante los recorridos.

3.5.CRITERIOS DE SELECCIÓN

La muestra se recolectó de 19 gestantes bajo los siguientes criterios:

- Mujeres gestantes mayores de 14 años en cualquier edad gestacional.
- Residentes y procedentes de cualquier vereda ubicada en zona rural del municipio de Cóbbita.
- Sin importar la clasificación de riesgo realizada en su primer control prenatal y variaciones de este durante la gestación.

Adicionalmente se incluyeron 2 participantes generales los cuales fueron proveedores de salud encargados del curso de preparación para la maternidad y paternidad, y control prenatal en el primer nivel de atención. Ninguna de las mujeres invitadas a participar presentó eventos que coincidieran con los criterios de exclusión.

3.6.ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación tuvo en cuenta los principios de: beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, principios importantes en la práctica de enfermería consagrados en el artículo 2 del capítulo I, título I, de la Ley 911 del 5 de octubre de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de profesión de enfermería en Colombia.

El principio bioético de la autonomía de una persona es respetado “cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones” (Siurana Aparisi, 2010) En esta investigación se explicó el objetivo de las entrevistas cada vez que se aplicaron los consentimientos informados (Anexo 1, 2 y 3) a las participantes; en estos documentos se expresa la libre voluntad de entregar la información así como de retirarse en cualquier momento.

El principio de no - maleficencia “hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente” (Siurana Aparisi, 2010). Fue aplicado desde la garantía de la inmersión en la cultura de las mujeres únicamente bajo su autorización haciendo una incursión en los saberes sin establecer juicios y presentando una investigadora abierta a valorar todos los conocimientos ofertados por las mujeres. Esta investigación no tiene intervenciones físicas en los participantes, pero se buscó la seguridad de las mujeres al establecer sectores de encuentro familiares y que no requirieran más movilidad que la acostumbrada por la mujer. No se forzó la expresión verbal ni se obligó a recibir la entrevista, todo se realizó de común acuerdo en espacios a menos que no infringieran daño alguno a las participantes.

Por su parte, la beneficencia “consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros”, en el ámbito de la medicina se está obligado a hacer un balance de los beneficios y riesgos de una intervención (Siurana Aparisi, 2010). La investigación desarrollada cotejó el riesgo que podría representar para las mujeres el dar a conocer sus prácticas de cuidado cultural frente al beneficio que representaría que los profesionales se acercaran a estos saberes

encontrando que, basados en las investigaciones realizadas, sería más favorable que riesgoso para ellas el recibir un cuidado culturalmente congruente en la atención en salud de las que son sujetos durante toda su etapa gestacional lo cual representa un beneficio en cuanto se favorece la calidad de los servicios de los que son usuarias en el primer nivel de atención. Para poder lograr esta propuesta es necesario que el profesional conozca y respeta las prácticas de cuidado cultural de las mujeres. Adicionalmente en ejercicio de este principio, se remitió al Centro de salud de Combita una gestante para valoración debido a que se identificó llanto fácil durante la narración de su experiencia de cuidado, de manera preventiva se informó a esta IPS para priorizar una valoración médica de su estado de salud físico y mental.

La justicia “es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente” (Sandoval Casillimas, 2002). En esta investigación todas las mujeres recibieron la misma información acerca del objeto del estudio y obtuvieron la oportunidad de decidir si participar o no en el proceso, se realizó la aclaración de que ninguna obtendría un beneficio económico por su aporte de conocimientos pero que su contribución podría aportar a mejorar la atención en salud de futuras mujeres gestantes

Esta investigación, según la resolución 8430 de 1983 expedida por el Ministerio de Salud se considera investigación con riesgo mínimo de acuerdo con el artículo 11 en el numeral a (Ministerio de Salud de Colombia, 1993, pág. 2). Este estudio no realizó ninguna intervención o modificación intencionada de variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las participantes. No representó ningún riesgo por intervención, para la gestante ni para su hijo por nacer, no se encontraron condiciones que representen problemáticas biopsicosociales y constituyan un riesgo para la vida y salud de la mujer gestante y su futuro hijo. La recolección

de la información, por medio de entrevistas, no se hizo hasta tanto no se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y de la administración municipal de Combita.

3.6.1. Inmersión al campo

La inmersión al campo se hizo a través de la observación participación reflexión iniciando por la inserción del investigador en el interior del grupo estudiado, desnudándose de prejuicios e integrándose en él para comprender mejor sus prácticas y significados culturales. Para ello, la investigadora interactuó con las mujeres en su domicilio o en el sitio dónde se sintieran más seguras para conocer los componentes de su diario vivir y compartir el cotidiano para entender a profundidad el significado del fenómeno.

Se inicio por acercarse a las mujeres en un principio a través del curso de preparación para la maternidad y paternidad segura y adicionalmente vía telefónica se presentó a la investigadora con las gestantes y se dio a conocer el objetivo de la investigación. Uno de los aspectos que generó confianza en las mujeres fue el hecho de que la investigadora ha venido ejerciendo labores comunitarias en el municipio como parte del plan de intervenciones colectivas desde hace más de cuatro años lo que permitió que fuera conocida por ellas previamente.

Para realizar la inmersión al campo se buscó un guía residente y procedente del Combita, conocedor de los sectores rurales para facilitar el encuentro. El guía fue un hombre que ejerció durante muchos años labores de conducción de automóviles con distintas entidades del municipio y por ello era bastante conocido por las mujeres; esto aumentó la seguridad de las gestantes para recibir a la investigadora en sus hogares. Esta persona se desempeñó como el conductor del automóvil en el que la investigadora se desplazó a cada uno de los sitios de encuentro y también fue su acompañante en la presentación ante a las familias previo a iniciar

las entrevistas. Para la inmersión se eligió la vereda Santa Bárbara por ser la procedencia del guía; a las mujeres de esta área se les realizó consentimiento verbal vía telefónica para recibir la visita y posteriormente de manera presencial.

La observación participación reflexión usada en la inmersión de campo se describe a continuación según las fases mencionadas por Leininger (Vitorelli Dinis Lima Fagundes, y otros, 2014):

- a. **Fase 1:** Se realizó el desplazamiento a los sitios de encuentro, este recorrido permitió acercarse a las condiciones en las que normalmente viven las mujeres y visualizar las dificultades de acceso que podrían presentar. La investigadora como parte de la observación dio tiempo de espera a que las mujeres terminaran sus labores diarias teniendo entre ellas la ganadería de pocas reses, la preparación de la comida, el aseo del hogar, la crianza de niños, entre otras.
- b. **Fase 2:** Se inició con la presentación de la entrevistadora a las participantes explicando el objeto del estudio y el consentimiento informado. Posteriormente las mujeres contaron sus experiencias de vida clarificando aquello que identifica su gestación y los aspectos sociodemográficos que componen su entorno y diario vivir. En esta fase primó la observación de lo que rodea a la mujer y sus expresiones mientras ellas se describen a sí mismas y a su proceso gestacional.
- c. **Fase 3:** Se dio lugar a la entrevista iniciando por las preguntas planteadas, sin embargo, un aspecto que surgió de la inmersión al campo fue la necesidad de apreciar en las entrevistas las concepciones que las mujeres tienen de su proceso gestacional, esto es una muestra de empatía lo que hace que se muestren más dispuestas a interactuar con la investigadora logrando pasar de extraño a amigo. Se continuó la obtención de datos mediante una entrevista a profundidad.

- d. **Fase 4:** Se dio una vez le es entregada información a la investigadora y se procede a su organización y análisis. Es allí cuando se hizo evidente la necesidad de aplicar segundas entrevistas para profundizar más el saber dado por las mujeres quienes se convirtieron en los primeros acercamientos y participantes.

3.7.PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS

3.7.1. Recolección de datos - Entrevistas

Para la recolección de la información se utilizaron las entrevistas etnográficas a profundidad. Según Taylor y Bodgan (1987) *“Las entrevistas a profundidad se entienden como reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”* (Pág. 100 – 101). Para Spradley esta entrevista es una conversación informal en la cual van surgiendo preguntas abiertas de forma natural, adaptada a los sujetos y las condiciones del contexto, es totalmente flexible y los entrevistados tienen la libertad de expresarse; se debe tener presente que el protagonista en el diálogo es el entrevistado, reduciendo la intervención del entrevistador a su papel de dinamizador de la conversación con sutiles formas de insertar las preguntas en el proceso (Garrido, 2017) .

Para la presente investigación las entrevistas se realizaron en un espacio pertinente y adecuado, con el mínimo de interferencias, lo que facilitó una buena interacción y relación entre el

investigador y el participante a fin de obtener datos genuinos. Se inició con una pregunta generadora y a partir de la respuesta de esta se realizaron más preguntas para profundizar en los fenómenos expuestos por las participantes, en aquellos participantes en los que fue necesario se realizaron dos sesiones hasta completar los datos del fenómeno de investigación.

El tipo de preguntas utilizado fueron las propuestas por Spradley (Spradley, 1979) siendo *descriptivas* aquellas en las que se abarcan las formas en cómo el participante realiza sus actividades cotidianas, cómo registra y describe objetos, espacios, hechos, lugares y acciones, tanto de forma general como específica. Seguías por preguntas *estructurales* enfocadas a obtener explicaciones de fenómenos definidos en preguntas previas, así, fue posible corroborar si los sucesos descritos por los participantes fueron interpretados adecuadamente por la investigadora y lograron significar la experiencia del entrevistado. Por último, fueron usadas las preguntas de *contraste* que permiten extraer las diferencias en los términos usados por las participantes en cuanto a la similitud que existe entre ellos por su uso o lo que expresan, y la relación de estos con el fenómeno de estudio (Robles, 2011).

3.7.2. Análisis de la Información

El análisis de la información recolectada se realizó de acuerdo con el proceso establecido por Madeleine Leininger con el facilitador de ***“Guía de fases de análisis de datos de la etnoenfermería”*** (Leininger & McFarland, 2006) que busca proveer un análisis riguroso, profundo y sistemático de los datos cualitativos de investigación de la etnoenfermería, y especialmente los hallazgos orientados en la teoría de cuidado cultural. La guía tiene las siguientes fases que fueron desarrolladas así:

a) *Primera fase. Recolección, descripción y documentación de datos en bruto*
(uso del diario de campo y computador)

La investigadora recolectó, describió, grabó, archivó, transcribió y comenzó a analizar los datos relacionados con los propósitos, dominio de investigación, o preguntas bajo estudio. Esta fase incluyó: archivar datos de entrevistas de informantes claves y generales; hacer observaciones y tener experiencias participativas; identificar significados contextuales; hacer interpretaciones preliminares; identificar símbolos; y archivar datos relacionados con el fenómeno bajo estudio desde un enfoque émicos. Los datos de campo de los diarios de campo fueron procesados directamente en el computador y codificados, para analizarlos en conjunto con la directora de tesis, para ello se utilizó el programa word donde se digitaron todas las entrevistas pregrabadas y las anotaciones realizadas.

b) *Segunda fase. Identificación y categorización de los descriptores y componentes*

Los datos fueron codificados y clasificados como relacionados con el dominio de investigación y algunas veces con las preguntas bajo estudio. Los descriptores émicos y éticos son estudiados dentro del contexto para encontrar similitudes y diferencias. Los componentes recurrentes fueron estudiados para conocer sus significados. A partir de ello se crearon pequeños comportamientos repetitivos que facilitaron asociar los datos en categorías de fenómenos descritos en una misma entrevista múltiples ocasiones o en varias entrevistas aludiendo significados similares.

c) *Tercera fase. Análisis contextual y de patrones*

Los datos fueron escrutados para descubrir la saturación de ideas y patrones recurrentes de significados similares o diferentes, expresiones, formas estructurales, interpretaciones, o explicaciones de datos relacionadas con el dominio de investigación; para posteriormente ser

examinados para mostrar patrones con respecto a los significados en contexto junto con mayor credibilidad y confirmación de los hallazgos.

d) Cuarta fase (Última fase)

Temas centrales, hallazgos de investigación, formulaciones teóricas, y recomendaciones

Esta fase fue la más importante del análisis, de manera manual se realizó la síntesis e interpretación de los datos. Los pensamientos, la configuración del análisis, la interpretación de los hallazgos y la formulación creativa desde los datos de las fases previas fueron simplificados a través de el ejercicio realizado por la investigadora de abstraer y confirmar los temas principales, hallazgos de investigación, recomendaciones, y, formular una propuesta que exprese una estrategia de cuidado desde lo cultural aplicada en el primer nivel de atención.

3.7.3. Rigor Metodológico

Leininger y Mc Farland (2006) manifiestan que teniendo en cuenta que los estudios de etnoenfermería tienen como propósito descubrir “*la naturaleza, la esencia, los atributos, los significados, las características y los entendimientos del fenomeno particular de estudio*” (pág. 76) es necesario el uso de los criterios cualitativos, los cuales son descritos a continuación:

1. **Credibilidad:** Es la confianza o precisión de los hallazgos que se ha sido mutuamente establecida entre el investigador y los informantes como precisa y creíble sobre sus experiencias y conocimiento del fenómeno. Nacidas a partir de la observación del investigador y con documentación de los significados del contexto Leininger y Mc Farland (2006). Este criterio se cumplió a través de la confrontación de la interpretación de información por parte de la investigadora con los participantes.

2. **Confirmabilidad:** Se refiere a la evidencia repetida directa y documentada en gran parte de informantes primarios observados y de los datos primarios, y con repetidas explicaciones o interpretación de los datos desde informantes sobre ciertos fenómenos Leininger y Mc Farland (2006). Este criterio se cumplió durante las entrevistas al dar culminación a las mismas una vez los participantes respondieron reiteradamente los mismos datos y manifestaron no tener más información por entregar.
3. **Significado en contexto:** Hace referencia a los datos que han resultado comprensibles con significados o referentes relevantes para los informantes o la gente estudiada en ambientes diferentes o similares Leininger y Mc Farland (2006). Este criterio se cumplió al ser posible construir la interpretación del cuidado propios de las participantes desde los informantes claves y los generales, siendo investigados todos en ambientes distintos e individuales.
4. **Patrones recurrentes:** Se refiere a instancias, secuencias de eventos, experiencias o estilos de vida repetidos que tienden a ocurrir en un periodo de tiempo en formas y contextos designados Leininger y Mc Farland (2006). Lo cual fue posible lograr ya que en los resultados se extrajeron 5 patrones respecto al primer tema y 10 frente al segundo, los cuales, presentan el contenido de datos que les soporta.
5. **Saturación:** Hace referencia al "incorporar" de los significados u ocurrencias, en una forma completa, comprehensiva y exhaustiva, toda la información que pudiera generalmente ser conocida o comprendida sobre ciertos fenómenos bajo estudio Leininger y Mc Farland (2006). Una vez realizadas las entrevistas a las participantes generales se observó que, los datos sobre cuidados empezaron a ser repetitivos, sin aparición de nuevas prácticas de cuidado siendo estas el objetivo principal del presente documento.

6. ***Transferibilidad:*** Se refiere a si los datos particulares de un estudio cualitativo pueden ser transferidos a otro contexto o situación similar y todavía preserva los significados, interpretaciones e inferencias particularizadas del estudio completo Leininger y McFarland (2006). Al realizar la discusión fue posible encontrar que la información encontrada en la presente investigación tiene similitudes a las prácticas de cuidado encontradas en otras culturas colombianas, sin embargo, cabe resaltar que al ser el cuidado una construcción cultural, la misma, presenta variabilidad dependiendo del entorno social y por ello, cada significado propio de cuidado debe ser encontrado y valorado con todo lo que él mismo conlleva en la vida y salud de las personas.

4. CAPITULO 4: MARCO DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados

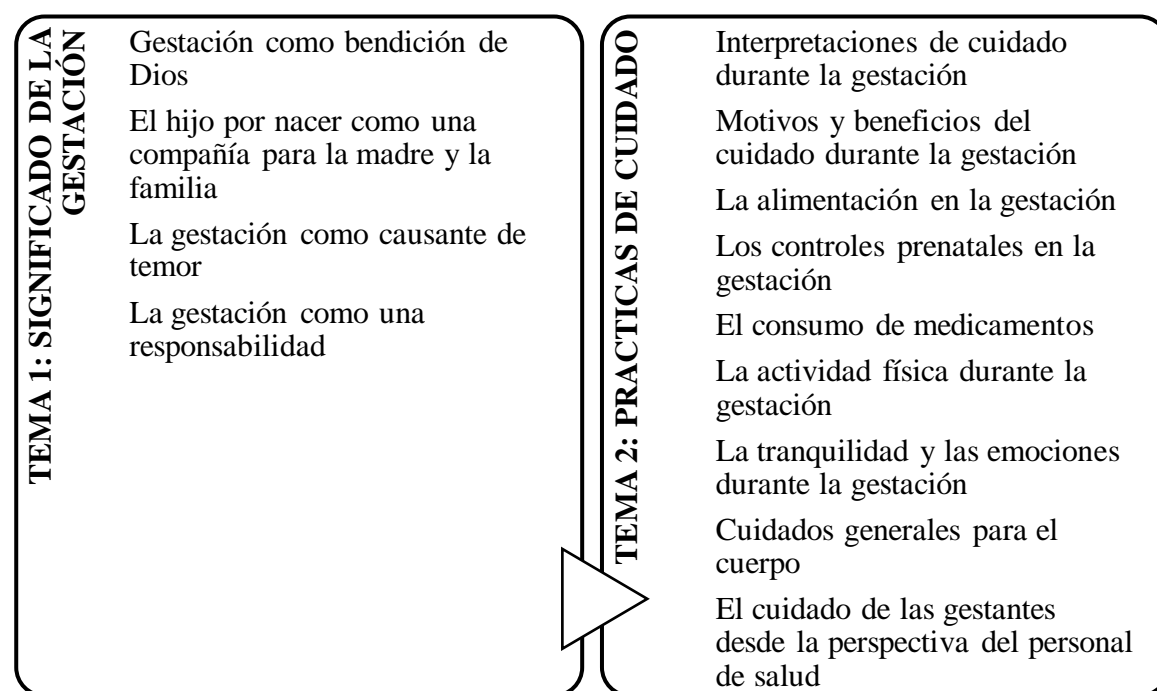
Las prácticas de cuidado encontradas en este estudio, en su gran mayoría, no fue posible separarlas de la fuente de su conocimiento, porque tanto lo etic como lo emic fue recomendado por familiares y allegados; aunque sobresale el conocimiento adquirido por educación y recomendaciones de los proveedores de salud, como se puede observar en los patrones surgidos de esta investigación.

Las acciones de cuidado que aplicaron las gestantes del estudio, reflejan una toma de decisiones influenciadas por el contexto social estructural, como la familia constituida por esposo, mamás, hermanas, y de algunas personas allegadas; la toma de decisiones determinada por la herencia y saberes culturales aprendidos y transmitidos, a través de las generaciones (Leininger 1999), se puede decir que fue menos destacada, evidenciada especialmente, en el consumo de hierbas y las razones para hacerlo, alimentación basada en papá, arroz y pasta (propio de costumbres ancestrales), aromáticas calientes para evitar el frío y el dolor abdominal, consumo de caldo y cabeza de pescado, consumo de caldo de pichón y la sangre del mismo con vino; comer suficiente y lo que le provoque por recomendación materna; baño genital de agua con vinagre y limón, para remplazar antimicóticos, en infecciones vaginales, por recomendaciones de las mujeres de la familia.

Adicionalmente, aunque se creía que las condiciones de morbi-mortalidad materna presentadas en el municipio de Cóbbita, podrían tener relación con las prácticas de cuidado de las gestantes, parece que esto no es probable debido a que no se encontraron prácticas nocivas que requirieran reestructuración, pero si podría estar relacionada con una baja adherencia a

recomendaciones dadas en el control prenatal y a los exámenes solicitados, y asociada con dificultades en el lenguaje utilizado por los proveedores de salud, problemas económicos para el acceso a los servicios de salud de niveles especializados y las difíciles condiciones de desplazamiento en algunos sitios de Combita.

Los resultados de esta investigación se presentan de manera respetuosa con las gestantes participantes, como participantes clave y de los proveedores de salud como participantes generales, siendo fieles a los relatos expresados, interpretados por la investigadora y revisados permanentemente por la directora de la tesis. A partir de este análisis exhaustivo fue posible construir dos temas y quince patrones que describen tanto los significados que las mujeres manifestaron, y que son relevantes para su cuidado, como las prácticas de cuidado que ellas presentan con una descripción de los saberes emic, etic y las que presentan congruencia de saber entre lo emic y lo etic, cumpliendo así con los dos primeros objetivos específicos de la presente investigación. A continuación, se presenta un esquema de cada tema con sus respectivos patrones:



4.2. Características de las participantes y su contexto

En el presente estudio se contó con 19 participantes clave a quienes se le aplicaron 20 entrevistas a profundidad, y 2 informantes generales a quienes se les realizó 2 entrevistas; cada reunión demoró entre 45 minutos a 3 horas. De ellas se entregan las siguientes características según el modelo del son naciente:

Factores tecnológicos: Fueron mujeres desde los 17 a 35 años que en algunas oportunidades refirieron como fuente de saber las consultas realizadas en internet. Entre más lejana la vereda en la que residen, menos acceso a redes tienen e inclusive no cuentan con señal telefónica para comunicar cualquier eventualidad. La mayoría cuenta con señal de televisión y radio, sin embargo, hay ocasiones en las que algunas casas visitadas no contaban con red eléctrica.

Factores religiosos y filosóficos: Las mujeres entrevistadas en su mayoría pone su confianza en un ser superior, una fuerza que decide que ellas queden en embarazo y el destino del fruto. Cabe resaltar que la mayoría de las mujeres profesa la religión católica.

Familia y factores sociales: La mayoría de las mujeres entrevistadas cuenta con su pareja como apoyo económico, sin embargo, dependen de un familiar para las acciones de cuidado dado que la pareja, al ser proveedor, la mayoría del tiempo se encuentra fuera del hogar. Las mujeres residen en sus hogares en compañía de sus madres quienes les suplen cuidados durante el día, en los casos donde ellas no están disponibles esta responsabilidad pasa a la suegra o a los hijos cuando estos ya son mayores. Algunas mujeres residen en sus hogares con familia extensa del esposo, pero mantienen contacto directo y constante con la madre y la familia materna vía telefónica.

Contexto y medio ambiente: Las mujeres hacen parte de 9 veredas del municipio la más cercana de ellas se encuentra entre 30 y 40 minutos caminando 15 a 20 de transporte, sin embargo, no cuenta con disponibilidad seguida de automóviles. Mientras que, hay mujeres en veredas que pueden tomar entre 4 a 5 horas de caminata si no alcanzan a tomar el bus, que solo pasa dos o tres veces durante el día, ello implica entonces que, o deben disponer todo el día para su atención en salud o prefieren no asistir. Los climas en algunas veredas tienden a ser paramo, montañoso, principalmente para cultivos y cría de ganado, cuentan con fuentes hídricas naturales y lluvias frecuentes con temperaturas relativamente bajas, hay sectores de estas mismas veredas donde se pueden cultivar limitado número de frutas y verduras. Mientras que en otras de las veredas no se cuenta con fuentes de agua y el clima tiende a ser seco, por lo que los cultivos son más difíciles, lo que implica que las mujeres deben conseguir sus alimentos en proveedores cercanos al pueblo o a la ciudad. En cualquiera de los casos, no se dispone de cultivos extensos de variadas frutas ni de dispensarios cercanos debido al terreno y a la lejanía.

Lenguaje y etnohistoria: Las mujeres participantes en este estudio hablan el español latino propio del altiplano cundiboyacense.

Factores políticos y legales: La atención de las mujeres por los servicios de salud actualmente está regulada por la resolución 3280 del 2018, ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación. La E.S.E. centro de salud de Combita cuenta con enfoque IAMI para la gestación y la administración municipal se encuentra en el desarrollo de políticas públicas que favorezcan la primera infancia contando los mil primeros días de vida.

Factores económicos: Las familias encontradas en su gran mayoría, presentan dependencia económica de un integrante de la familia, pero no cuentan con un trabajo formal como garantía

de ingresos al hogar, y en algunos casos, las mujeres se encuentran trabajando durante su gestación; sin embargo, lo común es que las gestantes se queden en casa lo que disminuye los ingresos económicos. Hay mujeres que no cuentan con el apoyo del padre del hijo por nacer y esta dependencia a menudo recae sobre la madre de la gestante quien ya es cabeza de familia.

Factores educativos: Las mujeres entrevistadas en su mayoría cuentan con el bachillerato, aunque hay algunas que abandonaron la educación primaria, mientras que otras lograron terminar un grado técnico. Cabe resaltar que todas las mujeres del estudio saben leer y escribir.

4.3. TEMA 1: Significado De Gestación

Gestación como bendición de Dios

La gestación es, a la luz de las palabras de las mujeres entrevistadas, una bendición que recae sobre ellas por decisión de Dios, sin embargo, se encuentra sujeta a la individualidad de las vivencias de cada una de ellas, es así que, en algunos casos representa una oportunidad brindada por Dios en la que él entrega un regalo que trae alegría, en otros, cumple con un deseo manifestado por la pareja como es el de lograr ser padres, del mismo modo que, también es un soporte frente a las dificultades que puedan presentarse durante la gestación y en él está la decisión sobre la vida de la madre y del hijo.

La visión de la gestación como un regalo o una oportunidad se encuentra descrita por P1E1 que indica:

“Estar en embarazo es una oportunidad bonita que Dios le da a uno para poder tener a su bebé y poder alimentarse bien para que pueda crecer fuerte y sano... Que es lo más bonito que Dios nos regaló.”

Circunstancia que también es posible interpretar en P19E1 cuando dice:

“Pues los escucho y me aferro a Dios y trato de aceptar las cosas, no como un castigo sino como un regalo de Dios.”

En otros casos, al ser algo deseado por mucho tiempo tiene un comparativo con la consecución de un milagro, esta concepción se ve reforzada en aquellas madres con embarazos previos fallidos o con ausencia de gestación a pesar de relaciones amorosas extensas en las que se desea un hijo o hija. Se puede observar también que el proceso de gestación para la mujer que espera su hijo evidencia una equiparación entre la bendición de Dios y un regalo otorgado de él para la vida de la mujer. Es así como se encuentra en P5E1 quien indica:

“Si, para mí es un milagro por lo que le comentaba que en los embarazos anteriores tuvimos ayuda prácticamente; en cambio este es algo que no esperábamos y eso para mí es un milagro; y por eso le doy gracias a Dios. Soy muy católica así que digo “primeramente Dios y segundamente ya todo el mundo”.

P15E1 expresa:

“Una bendición, bendito Dios. Es que estábamos buscando nuestro bebé con mi pareja, entonces, nos dio mucha alegría... Pues porque lo estábamos esperando. Queríamos, queríamos tener el bebé, y pues, no hasta, llevamos mucho tiempo, o sea, o sea, nosotros llevamos mucho tiempo de novios y no, hasta ahora pude, pude, quedar en embarazo, o sea, no sé, antes no nos cuidábamos y no, hasta ahora”.

Y de manera similar P18E1 manifiesta que:

“Fue... el día que nos enteramos fue el día exactamente, el día del padre; la última semana de junio; eh... fue para nosotros una bendición porque él creía que el del problema era él... entonces pues igual siempre decimos “es una bendición” y si es niño se va a llamar Diego, Juan Diego; si Dieguito llega es una bendición...”.

En muchos casos, el quedar en embarazo, queda supeditado a la decisión de Dios sobre la vida de la mujer, y el poder lograrlo implica entonces el continuo agradecimiento que recae sobre

el ser superior toda vez que por su acción la mujer puede concebir. En aquellas cuyo plan de vida en este momento no incluía el hijo por nacer, la gestación representa una decisión tomada por Dios necesaria y que amerita toda la aceptación y alegría de parte de la mujer incluyendo el sexo del hijo por nacer, ya que, el proceso es considerado, se da por orden sacra; como lo manifiesta P8E1 diciendo,” Entonces pues ahorita cosas de Dios digo yo, por algo pasan las cosas “y P4E2 quien expresa “...de que hubiera sido la niña, pero bueno, todo lo que da mi Dios bendito está.”

El hijo por nacer como una compañía para la familia

Las expresiones de las mujeres en gestación permiten que el hijo por nacer se convierte en una compañía para la vida de la gestante, de su pareja y de los hijos ya concebidos. Representa la posibilidad de obtener un apoyo que en el futuro va a estar pendiente de la madre. La visualización del hijo por nacer como una compañía para el grupo familiar se puede entrever en las entrevistas con frases como:

“Es un proceso donde tú vas a dar, y tú tienes una vida adentro, y la estas procreando, de pronto para eh, agrandar tu familia, para eh, un ser que va a ser la compañía para ti y para tu esposo.” (P2E1)

“Es otra responsabilidad más, pero, o sea, es una compañía grande para mi vida... Pues claro porque imagine va a ser otro ser que va a estar ahí pendiente de mí, que de aquí a mañana mi dios me lo socorra y me lo cuide, va a ser mi ayuda mi mano derecha como los otros.” (P3E1)

“Porque el anhelo de tener otro hijo, porque pues yo decía mi niña, o sea como uno de mujer tener su parejita, entonces yo decía de pronto mi niña, porque como en la primera ecografía me dijeron que era un niño y ya después no se dejó ver, entonces me dijeron de pronto cambia, pero es rarito que falle la primera ecografía y dije bueno pues el anhelo de tener otro acompañante, de que hubiera sido la niña pero bueno, todo lo que da mi Dios bendito está.” (P4E2)

Gestación como fuente de sentimientos y emociones

La gestación es un evento de variados sentimientos para cada mujer, el proceso y el hijo por nacer, adquieren una connotación distinta dependiendo la situación de vida a la que se ve enfrentada; de allí que surjan diferentes expresiones frente a su gravidez. Es así como la presente investigación muestra la diversidad de sentires y saberes manifestados por las mujeres sobre su embarazo y el hijo por nacer, como la felicidad, el temor, la angustia, la sorpresa y la preocupación. A pesar de ello, es posible entrever que para las mujeres de este estudio el cuidado es innato a la gravidez.

La felicidad es nombrada por las mujeres al evocar el esfuerzo por quedar en embarazo después de un largo tiempo o el solo hecho de lograr la gestación ya que es vista como la realización de la mujer, así mismo como una oportunidad de aprendizaje, muestra de ello son las siguientes expresiones:

“Para mí, pues es la felicidad más grande, porque yo llevo 4 años intentando quedar embarazada.” ... “sí, estoy contenta con mi embarazo.” (P6E1)

“Feliz. Ya ahorita, ya tranquila. Pues porque al principio... Todo fue como impactante, como que todo cambio y... Porque yo estaba acostumbrada a hacer de todo y ahorita ya no puedo hacer las cosas que hacía antes...” (P14E1)

“No pues, quería un niño, Dios nos lo mandó. Entonces pues de todas maneras la felicidad porque son mis tres niñas y es una realización como mujer.” (P19E1)

“Pues, es una experiencia nueva, ¿No? Donde una va a aprender tanto de uno como de ese bebé que viene en camino. Cosas nuevas, enseñarle las cosas bueno de uno a él, las cosas que uno sabe para el bien de él.” (P11E1)

Es posible encontrar también la descripción del agrado frente a las sensaciones y situaciones vivenciadas durante la gestación, motivado principalmente por experiencias de gestaciones previas, como lo es la posibilidad de escuchar el latir del corazón del hijo por nacer durante los controles prenatales y sentir sus movimientos con el pasar del tiempo; ello brinda tranquilidad a la madre como evidencia de que su hijo está vivo dentro de ella, es así que emerge de su narración el verse enfrentadas a la constante duda acerca del bienestar de su hijo dentro de sí, expresado de esta manera:

“Yo sé que todavía no lo hacen, pero lo he vivido porque ya soy madre y me encantan por ejemplo cuando a uno ya te toman el latido del corazón en los controles; ahorita los he escuchado pues en la ecografía, pero ya más adelante cuando empiezan a uno a tomarle los monitoreos de la frecuencia cardíaca; a mí me encanta eso entonces pues digo uno sabe y está tranquilo que su bebé está ahí, uno sabe que está vivo y uno que siempre esta con esa psicosis de “será que está bien” y de momento hasta ahora se me está empezando a mover pero por allá una vez en la semana y más cuando tengo harta hambre.” (P5E1)

“Pues, como él, bueno, si... que, con las patas, bueno los pies, las manitos, no sé, se... bueno se hace sentir. O bueno hace saber que él está ahí dentro de uno. Pues, al principio mucho susto, muchos nervios porque, pues, es una experiencia nueva. Pero pues ya después uno al empezar al sentir el bebé, al escuchar el corazón y ver como pues algo tan como... como un ser tan pequeño está dentro de uno, pues emoción.” (P11E1)

Las carencias económicas, así como, la modificación de las fuentes de ingresos y de actividades propias, repercuten en el estilo y calidad de vida que las mujeres tenían previo a su gestación y en el que esperarían poder darles a sus hijos, ello propende a la aparición de angustia y frustración, como es posible ver en las siguientes expresiones:

“Pues de todo a veces tristeza o así... Porque uno a veces no tiene comodidades para darle al niño, pero eso se pasa.” (P7E1)

“P18: Eh... antes del bebé, tenía una cafetería al frente de la facultad de medicina y pues la tuve que vender para... para poderme dedicar bien al... al bebé. Ahorita no, no estoy haciendo nada. Cuando vendí la cafetería sentí frustración, pero pues la plata la necesitaba para también hacer otros proyectos.” (P18E1)

La gestación como causante temor

De las narraciones de las participantes emerge el miedo a perder el hijo por nacer, relacionado con la inexperiencia, con los cuidados inadecuados por parte de la madre, con las posibles consecuencias de sus acciones sobre su hijo por nacer, con las afecciones de salud de la mujer durante el periodo de gestación, con las carencias económicas y el afrontamiento de las gestaciones no deseadas.

En las mujeres primigestantes del estudio, se genera intriga al afrontar esta etapa, lo nuevo hace que surja en ellas el miedo que se convierte en una motivación para la solución de dudas. En las participantes, fue posible evidenciar que el personal de salud es una fuente de saber tal como se puede ver en la siguiente expresión:

“No, pues continuar con que estar embarazado es muy bonito y uno que es primerizo, pues todo es nuevo y todo le da miedo y uno quiere estar pendiente y por lo menos yo soy de la que pregunta de todo; a veces la doctora me dice “calma, todo con tiempo”, porque no se mueve o si me mueve entonces ¿qué hago?, hay cosas que a uno le generan intriga. Pero por lo menos mi embarazo ha sido muy calmado. Relajado, no he tenido vomito ni nada; o sea ningún síntoma loco dicen por ahí. Pero de resto todo bien.” (P9E1)

“Susto pues, porque es algo nuevo y uno pues no sabe cómo va, pues...ahhh si, a responder ante eso. Porque, pues igual, por ejemplo, en mi caso pues digamos que uno está acostumbrado pues a trabajar y a otras cosas, como no a... bueno a atender algo tan pequeño, no sé, que de pronto uno pues no pueda no.” (P11E1)

El miedo en ocasiones coexiste con la tristeza, estos dos están presentes cuando la mujer siente que no se encuentra preparada y, por lo tanto, sus acciones pueden ser inadecuadas y podrían desencadenar en falencias en el cuidado para con el hijo por nacer, como se muestra a continuación:

“P10: Uy pues digamos que mantuve los primeros meses como que me dio, no sé, me sentía como muy triste por todo eso, porque aparte pues no sé, sentía que no estaba preparada y siempre da miedo no hacer las cosas bien, y pues no sé cómo que fallarle al bebé también me lleno de miedo, que de pronto yo hiciera algo mal para que él se enfermara o que no supiera cuidarlo, entonces eso.” (P10E1)

Una de las acciones mencionada por las mujeres y que genera miedo, es el uso de ropa ajustada; dicha práctica en ocasiones se asocia con los abortos, por lo tanto, se implementa el uso de ropa holgada. Lo anterior, se describe en la siguiente expresión:

“Desde cómo el 4 mes yo empecé a usar mis sudaderas, inclusive antes de eso yo me ponía pantalones pero que no me quedaran tan ajustados porque yo, a mi si me daba miedo eso; yo decía de pronto muy ajustado o algo y me oprime y de pronto un aborto uno no sabe, y yo decía no.” (P13E1)

El miedo frente a las condiciones de salud de la madre también se distingue en las narraciones orales de esta investigación. Afecciones como el desprendimiento de placenta o el dolor bajito provocan en las mujeres miedo a perder el hijo por nacer; así mismo, experiencias previas con patologías como la preeclampsia provocan temor a repetir momentos que en ellas generaron desagrado como lo hizo la monitorización de tensión arterial o la inflamación posterior al parto. Un aspecto que sobresale es el temor que presupone arrostrar la posible pérdida de un hijo en lugares alejados al centro de salud, ello se asocia con la peripecia que presupone el no lograr llegar a tiempo a recibir atención médica. De lo anterior, sobresalen las siguientes afirmaciones:

“Cuando me dijeron que había riesgo de desprendimiento de placenta sentí mucho miedo, porque o sea uno piensa muchas cosas, que pudiera perder su bebé o algo así, entonces.” (P15E1)

“Mucho miedo y mi esposo si decía que otro más adelante y yo decía que no, que ya no quería más hijos; miedo en el sentido que en el segundo parto como te comentaba la tensión fue muy alta y no me gusto eso, esa calor que sentía y conectada a... eso que le toma la tensión a uno con ese aparato y esa sensación o sea yo le he pedido mucho a Dios, porque esa sensación no me gusto y después del parto yo quedé muy inflamada, pero me decían que de pronto era por lo que tuve la tensión alta y después del parto me iban a hacer el examen de la preclamsia.” (P5E1)

“Uy en este si me ha tocado mucho, cuidarme demasiado, porque hace tres años tuve un problema de una infección, entonces no me la controlaron a tiempo y me hicieron una conización, tonces, con el miedo de que se viniera antes de tiempo. Se podía venir antes de tiempo tonces pues, con este si tuve mucho cuidado. Y que me dio muy fuertemente.” (P4E1)

4.4. TEMA 2: Prácticas De Cuidado

La gestación como una responsabilidad

De las narraciones de las mujeres subyace la concepción del cuidado como una responsabilidad para con el hijo por nacer y la misma mujer, la gravidez es considerada un estado que amerita cuidados enfocados al bienestar de binomio durante y después de la gestación.

La preñez viene a un ser estado sinónimo de belleza, que de manera innata requiere cuidados a pesar de no significar enfermedad. Estos cuidados, de los cuales se menciona el asistir a los controles prenatales, son necesarios toda vez que, al estar en embarazo de la mujer depende el hijo por nacer, y cumplir con las acciones de cuidado hace parte de las muestras de afecto de ella para con el fruto, como se puede interpretar de la siguiente expresión:

" Estoy embarazada pero no enferma, pero igual si tengo que digamos evitar ciertas cosas, digámoslo así." ... "Estar en embarazo, es un estado muy bonito; que se requieren bastantes cuidados y lo que yo le decía no es que uno este enfermo, pero si se requieren cuidados, uno tiene que ser muy muy cuidadoso, estar al pendiente, alerta, asistir a controles y que todo salga bien; eso para mí es estar en embarazo." (P9E1)

"Porque ahora ya no solo incluye cuidarse usted sino incluir a su bebé..." (P2E1)

"Porque sé qué si yo hago la mala acción, o sea es decir como si no me quisiera yo y no quisiera mi bebé" (P3E1)

El embarazo es una responsabilidad que germina del hecho de tener una segunda vida dentro del cuerpo de la mujer, esta concepción abarca desde la gestación y considera toda la existencia del binomio, el cuidado y el esfuerzo por parte de la madre en cumplir las recomendaciones para no perder el fruto hacen parte del compromiso adquirido el cual se ve inmerso en el amor que siente la mujer por el hijo por nacer, en este proceso destaca la oportunidad de aprendizaje que presupone la experiencia de la gestación.

"Es un estado en el cual yo, voy a estar bien y mi bebé va a estar bien. Ya lo primero que uno debe pensar es en uno, en uno porque, y después digamos va a pensar que, hay un bebé que depende de ti y por eso uno debe cuidarse." (P2E1)

"Pues estar en embarazo es una responsabilidad de uno como mamá porque no solo soy yo, sino otro ser que se está creando dentro de mí." (P3E1)

"Este embarazo significa un cuidado, uno debe tener un cuidado al máximo, porque uno tiene que ser consiente que de uno depende otra vida, de... mm... no se ni cómo explicarlo. Pero si uno es responsable de una vida más, de un ser que va a salir adelante, algo así." (P5E1)

Interpretaciones de cuidado durante la gestación

Al clarificar que la gestación es un proceso que requiere cuidado y que ejercerlo es parte de la responsabilidad adquirida, cabe abrir espacio a la interpretación del cuidado para las mujeres sujeto de este estudio. Es así como, se encuentra su equivalente con el bienestar, es decir, buscar estar bien y que las cosas marchen en orden a través del acatamiento de las acciones de cuidado recomendadas y la precaución al evitar ejercer acciones que pueden causar daño a la mujer, como es posible ver:

"La alimentación si, y pues también en mi cuidado digámoslo así, en mi cuidado, controles y vacunas. Estar pendiente de las ecografías y todo, que todo esté bien y marchando en orden". (P9E1)

"¿Cuidado? Cuidado Pues cuidado cuidar jajaja cuidar y el bienestar" Con bienestar... compartir, estar bien, en mi entorno y eso... Pues sería eso para mí. Cuidar si, cuidarme estar bien, pues estar bien... me imagino que eso es un bienestar, ¿o sea es bienestar que uno esté bien y o sea uno y sentirse bien... no?" (P17E1)

"Cuidado... Como... Tar pendiente de que vas a hacer y como lo vas a hacer... Pues para no hacer lo que me va a causar daño. Y hacer lo que sé que me va a sentar bien." (P19E1)

Las madres buscan la protección de ella misma y del hijo por nacer, principalmente optando por no poner en riesgo la vida del binomio evitando lo que ellas consideran peligros, viendo esto como un acto precavido, como ejemplo de ello expresan el no hacer esfuerzos durante la gestación, es así como se expresa a continuación:

"Cuidado, como no hacer algo que pueda ponerme en riesgo a mi ò a mi bebé, como tener cuidados así; si pienso que es como tener precaución para no caer, digamos en los peligros o algo así, por algo así lo entiendo por cuidado, como tener precaución por si las moscas antes de; prevenir antes de, mejor dicho. Es lo que entiendo como por cuidado." (P9E1)

“Cuidado eh, pues la protección de uno mismo, de su bebé, de protegerse uno, que este bien, que el bebé también este bien, eso. Si que no poner en riesgo ni la vida de uno, ni la vida de su bebé, por ejemplo, no hacer ningún esfuerzo ni nada de eso.” (P15E1)

Motivos y beneficios del cuidado durante la gestación

Las gestantes comparten un motivo para cuidarse durante la gestación y es lograr que el bebé se encuentre sano en su vientre, nazca sano y ellas también cuenten con salud adecuada durante todo el proceso gestacional. El hacer fuerzas durante el embarazo se clarifica como un peligro, toda vez que, al justificar las acciones de cuidado, vuelve a ser puesto como una irresponsabilidad que puede generar traumas en el hijo por nacer, y la consecuencia mayormente asociada es que el parto suceda antes del tiempo en que es esperado, siendo la prevención de este suceso otro motivo para cuidarse. Por otro lado, se encuentran las mujeres que presentan sobrepeso durante la gestación y que, bajo las recomendaciones médicas respecto a la alimentación, para prevenir alteraciones de peso en el hijo por nacer. De todo lo anterior, encontramos las siguientes expresiones:

“O sea, tener los cuidados necesarios para que él esté bien dentro de uno, o sea que no se presente ninguna dificultad, cuidándose... Me cuido Para que el niño esté bien y nazca sanito.” (P1E1)

“Para que todo me salga bien dentro del embarazo y salga bien con mi bebé. Que, o sea, que no con la irresponsabilidad que yo tenga por ejemplo de ir a hacer una mala fuerza o hacer alguna acción mala lo pueda afectar a él y que tenga algún trauma, alguna cosa, si me entiende, sino que salga sano, o sea que sea un niño confortable.” (P3E1)

“En mi embarazo lo que me dijo la doctora la última vez, la ginecóloga fue que podría evitar con todo eso se me subiera la tensión, que me diera preclamsia o que el bebé saliera o muy enorme, muy gordo o sea con sobrepeso ò muy delgadito; porque de todos los alimentos que prácticamente estoy recibiendo me estoy engordando yo y mi bebé

no está recibiendo nada. Entonces por eso es que estoy también aplicando todas las recomendaciones.” (P9E1)

Los beneficios por su parte se relacionan con la salud de la madre y del hijo, siendo este el principal punto benefactor del cumplimiento de las recomendaciones recibidas para su cuidado. Este acatamiento en ocasiones se asemeja con un sacrificio que la madre debe asumir si su voluntad es que no les suceda nada a el hijo por nacer durante el parto. Este desenlace es uno de los más visibles en el momento de analizar los motivos para cuidarse, toda vez que siendo considerado una posible consecuencia de malas acciones, las mujeres ejercen las acciones de cuidado para que nada suceda con el fruto ni con ellas como madres. De lo anterior, se tienen los siguientes relatos:

“El beneficio de cuidarse es tener buena salud, tanto el como yo.” (P6E1)

“Pues, va a tener un pues no sé un crecimiento sano, un crecimiento, una salud buena pues, porque uno se cuidó durante el embarazo, comiendo bien, bueno no haciendo cosas o actos que le puedan causar daño al bebé.” (P11E1)

“¿Beneficios? Trae muchos por que como dice, pueden nacer bien. Para el bebé, tanto para el bebé como para uno. Porque es que muchas veces uno cuando no se cuida los niños vienen con problemas... y uno no, no va estar todo el tiempo en el hospital, como dice, allá cuidando ya para qué sabiendo que no se cuidó durante el embarazo. Porque si uno no se cuida también puede tener riesgo uno de mamá de poder enfermarse y poder enfermar al bebé también.” (P1E1)

La alimentación en la gestación

El cuidado con la alimentación se convierte en una práctica común en todas las entrevistas realizadas. A pesar de estar inmerso en las particularidades de cada mujer para su implementación, es posible evidenciar que modificar los hábitos alimenticios previos al

embarazo es una de las primeras prácticas implementadas por las mujeres en gestación desde el principio de la misma hasta cerca al parto, este aspecto del cuidado materno es fundamental desde el punto de vista de las participantes y en algunos casos es la expresión misma del cuidado por parte de la mujer. El texto oral aquí analizado se encuentra enriquecido por los saberes de las mujeres fundados en sus propias experiencias, en las recomendaciones familiares y en las recomendaciones del personal de salud. En un principio, la práctica de este cuidado inicia por establecer una adecuada alimentación durante la gestación, ello implica, comenzar por la inclusión de alimentos variados en la dieta diaria con énfasis en verduras, frutas, lácteos y carnes, como ejemplo de ello se encuentra las expresiones de algunas de las participantes:

“¿Cómo me cuido?, pues lo primero que todo, comiendo los nutrientes, la carnesita, el pollo, el pescado, la fruta, las verduras, la leche.” (P1E1)

“Balanceada, debo comer mucha fruta, verduras, proteínas y todos los productos lácteos que me produzcan calcios.” (P19E1)

Pero no solo se construye una dieta rica en nutrientes, sino que se implementa una organización en cuanto a los horarios de la alimentación, incluso si aquello incluye aumentar la frecuencia de la ingesta de comidas. Por ello, las mujeres osan convertir una alimentación previa relativamente despreocupada en cuanto a la capacidad nutritiva de un alimento o la periodicidad de ingestión de estos, en un régimen con horarios establecidos cuyo éxito se relaciona con lograr de 5 a 6 comidas diarias, con los sustentos adecuados. Lo anterior busca principalmente pautar una dieta que satisfaga a la gestante, que evite que la mujer pase hambre, hecho que ellas refieren como “aguantar”, todo, porque lo primordial es suplir cualquier requerimiento que el hijo por nacer tenga para desarrollarse adecuadamente y de la misma forma evitar que la nueva vida presente desnutrición. El retrato oral entregado previamente es lo que las participantes tienden a describir como una buena alimentación y que se demuestra a través de expresiones como:

“Bueno, eh, digamos eh, la cuestión del alimento ya pues no es igual, ya no ... Normalmente uno come tres veces ahora ya come seis o digamos cuando su cuerpo le pida que debe comer algo, no de gula, si no como satisfacer el momento y ya, el poquito y ya.” **P2E1**

"Lo que es una buena alimentación, es para mí, ¿No? Pues para mí, mi desayuno que sea a horas, que si tuve la está de las onces, entonces comerme mis onces, mi almuerzo que no, o sea, tratar de no aguantar en lo posible uno hambre, que si yo digo bueno desayune, pero hasta la comida entonces pues, la desnutrición va a ser para mi bebé. Si, entonces por lo posible es eso, mi desayuno a horas, que salga de aquí a ver mis animales, pero desayunada, mi chocolate, mis huevos, si mi caldo de papa, si puedo, o sea si cosas así.” **P3E1**

“Pues tratar de comer a horas, que a uno le da más hambre toca comer más seguido, y... comer, comer lo que la nutricionista mandó. Pues que uno ya se acostumbra al cuerpo y se siente pues obviamente, ya uno está más... Equilibrado en la alimentación y más, o sea no le da tanta hambre, tan seguido...” **P14E1**

La prioridad que la alimentación recibe dentro de los cuidados mencionados por las mujeres surge del beneficio que la misma tiene en la formación del feto, es decir, para las participantes el desarrollo del hijo por nacer dentro del cuerpo de la madre se relaciona de manera innata con la alimentación que ella reciba. Las características físicas del nonato que se verían afectadas son el peso y la talla, ello si la mujer no oferta la adecuada nutrición desde que él se encuentra en el útero, lo que terminaría por desencadenar falencias en estas dos medidas después de nacer. Por otro lado, priorizar la alimentación adecuada privilegiará a la mujer con un hijo sano y fuerte, que se encuentre exento de patologías que ameriten la hospitalización posparto o la presencia de deficiencias o enfermedades. Este marcado beneficio o en caso contrario de su implementación, consecuencia, convierte el cuidado con la alimentación en un deber de la madre y un compromiso a cumplir en el momento de enterarse que se encuentra en embarazo. Es así como lo expresan las siguientes participantes:

“La alimentación es donde el niño se va, va a desarrollar bien sus huesos, todo su cuerpo, dónde no va a tener problema en el momento que nazca que va a tener deficiencia de alguna enfermedad de algún inconveniente que tenga que uno dejarlo allá en incubadora. Porque la alimentación es lo que más vale para uno, para que un bebé crezca sano, para que No presente, o sea bajo de peso o, o que oh, como le explicara, bajo de peso y... Inconvenientes en el momento en que de pronto él vaya a nacer que presente algún problema físico o psicológico porque si uno no se alimenta bien, no se alimenta bien, él bebé va a presentar más adelante alguna enfermedad, algún problema, si no se alimenta bien, adecuadamente.” **P1E1**

“El cuidado con la alimentación pues es para brindarle una buena nutrición a mi bebé porque de mi depende que el salga fuerte y sano. O sea que no salga con, ay si con bajo peso y baja talla sino, si yo me alimento bien, entonces le voy a hacer, le voy a dar, le voy a brindar a él una buena nutrición desde, desde mi vientre para que cuando el nazca entonces ya va a estar, ay si con más fortaleza para seguir adelante.” **P3E1**

Las frutas y verduras son uno de los alimentos elegidos para construir una dieta adecuada para la gestación, su mayor beneficio es el aporte de vitaminas, sustancias que algunas de las participantes identifican como un elemento necesario para el desarrollo adecuado del hijo por nacer logrando así que esté sano y que tenga defensas. En contraste a esta información, algunas de las participantes las consumen por considerarlas saludables sin tener claro que hace que estos alimentos sean favorables para su gestación, llegando incluso a desconocer por qué aplicar este cuidado; este consumo entonces se encuentra supeditado a la recomendación del personal de salud principalmente del nutricionista quien hace entrega de planes dietarios que enfatizan el consumo de frutas y verduras. Es decir, mientras que algunas mujeres en sus saberes tienen claro el aporte de estos alimentos considerándole una razón de peso para consumirlos, otras, se limitan a cumplir con la indicación médica. Como prueba de lo anterior evidenciamos las expresiones a continuación:

"Pues, los que ya te dije, así pues... más que todo la alimentación. La alimentación que sea... que sea la mejor, en cuanto más fruta y verdura que es lo que más... más debe uno consumir, lo que es... que mantiene bien el cuerpo y todo." **P12E1**

"Los beneficios que los alimentos traen para el bebé... Pues... los que consumo, por ejemplo: las frutas bueno que traen vitaminas y eso que le hace bien al bebé." **P11E1**

"Es bueno comer frutas porque le aportan a uno lo que el cuerpo necesita, porque son saludables. Le aportan Vitaminas que sirven Para la formación del bebé, para cuando uno está, o sea el bebé se está formando, sobre todo, tenga un buen desarrollo.... Las verduras hasta donde unos le dicen, que son saludables que no, por ejemplo, no aumentan de peso y si le aportan a uno lo que necesita el cuerpo." **P15E1**

El consumo de frutas y verduras en algunos casos depende de los ingresos que tenga la gestante, e igualmente de la voluntad de ella para ingerir los alimentos. Es así como encontramos mujeres que consumen este tipo de nutrientes hasta que su economía les permite y mencionan la opción de suplir los requerimientos dietarios una vez nazca su hijo; y otras, cuyo interés en el consumo es reducido principalmente por haber perdido el gusto, esto generalmente asociado a los síntomas gastrointestinales que se pueden presentar en algunos trimestres. De manera similar, se pudo evidenciar el consumo de suplementos multivitamínicos en presentación malteada, como recomendación familiar y parte del cuidado en la alimentación. Como ejemplo tenemos las siguientes expresiones:

"Pues lo que uno siempre come: pasta o arroz en general y así, especial no... Ah sí, me estoy tomando una malteada que mi hermana me la mando, la malteada se llama Maca, me la tomo en las mañanas. tiene muchas vitaminas ella me dijo que tenía muchas vitaminas y en el tarro también dice todo lo que trae, es una malteada que ella siempre nos ha traído, pero especial para maternas no; pero si tiene muchos calcios y vitaminas y no dice que tenga contraindicación para mujeres en embarazo." **P6E1**

"Pues no rara vez, digamos en... en la casa se hace mercado cada 15 días y se hace buena... buena frutica; pero entonces a veces como que uno no... ve la fruta y como

que no se le antoja, entonces no, pero... pero en si a veces eh... o sea soy de picar fruta, pero no... no, así como tanto; no se me antoja mucho.” **P18E1**

“Las frutas y verduras... Por allá cada 15 días, cuando hay plata. Normalmente no las consumo; pues las verduras las consumo por ahí en la sopa, pero igual si las consumo casi todos los días; pero no tiene el mismo nutriente ya se en ese sentido.” **P7E1**

Las narraciones de las participantes permiten extraer saberes culturales acerca de un alimento al que se le atribuyen propiedades benéficas para el hijo por nacer, siendo este el pescado, esta práctica nace de las orientaciones recibidas por las madres, las suegras, las parejas y la comunidad donde vive la gestante. Al pescado se le atribuye el beneficio de ser un proveedor excepcional de vitaminas y su preparación debe ser preferiblemente en caldo de la cabeza del animal. De ello se evidencia lo siguiente:

“Si, señora y los fines de semana pues cuando compro pescado, como caldo de pescado, que eso que un alimento bueno pa’ el bebé. Eso lo dice todo el mundo... Cualquier sopa, la especial me parece a mí la que hago la de pescado, pero esa no la tomo muy a diario porque me da asco... Pero o sea uno disque compra la de cabeza del pescado y disque eso trae un poconon de, de, como se dice, bueno alimentos, que lo alimentan bien, y son muchas mamás las que me han dicho que es bueno el caldo de pescado.” **P8E1**

“Dicen que el caldo de pez que es nutritivo, mi mamá y mi suegra dicen, entonces por eso mi esposo lleva mucho y me dan muchísimo caldo de pescado, cuando pasan allá por la vereda, o cada 15 días cuando él va a Moniquirá y los trae; entonces por eso me lo hacen por la noche o a veces al desayuno. Mi suegra me hace el caldo.” **P9E1**

Los lácteos hacen también parte de los nutrientes benéficos para la gestante, aportan calcio y vitaminas esenciales para el desarrollo especialmente de huesos y dientes, con el aliciente de favorecer el peso del hijo por nacer y el color blanco del mismo; se encuentra también la inclusión de alimentos como la leche de cabra. Estas indicaciones en su gran mayoría se aluden a personas de común, a familiares y a la intervención del personal de salud por medio de la figura del nutricionista. Así podemos ver las siguientes:

“La leche de vaca por la de cabra si claro la leche, de cabra. Ahorita que hay una cabra recién parida.” **P2E1**

“Pues que tomar mucha leche, muchos lácteos, que eso le ayuda a subir arto de peso al bebé, que pescado, que no falte la proteína en la alimentación diaria, que la verdurita también que eso también le ayuda.” **P1E1**

“En la alimentación es en especial, la leche, lácteos, o sea el yogur, todo lo que se refiera a lácteos, me lo recomendaron cuándo estuve en el nutricionista.” **P4E1**

La carne también hace parte de la dieta seleccionada por las gestantes cómo fue posible ver en la descripción de la buena alimentación, el aporte benéfico de la misma son los prótidos, incluso en algunas oportunidades las mujeres no se refieren a este alimento como carne sino precisamente como proteína, a pesar de que de forma contraria, una porción mayor de gestantes desconoce cuál es la utilidad de dicho nutriente. Existen referencias dentro del texto oral dadas a clarificar que este alimento se incluye al cumplir con las recomendaciones médicas sin necesariamente reconocer su contribución real al desarrollo del hijo por nacer. Otro de los cuidados notorios fue la supresión de la carne de cerdo e inclusión de la de res, nuevamente sin tener una justificación precisa para dicha decisión; así como se puede ver en las siguientes expresiones:

“Sí, la carne de cerdo sí no. Y digamos por sí, a veces uno no, la carne o cualquier alimento no le gusta cuando está embarazado y más al comienzo. Uno cambia totalmente eso. No más las carnes y el arroz, no lo podía ver (Sonrisas), no me gustaba.” **P2E1**

“La proteína hace también parte obviamente de la buena alimentación, no sé; yo pienso que me estoy alimentando bien... uy yo no sé, sé que es importante porque siempre me lo han dicho que la consuma al menos una vez al día, si no se tiene para comerla las 3 veces; entonces sé que es importante, pero en este momento ni idea. Yo soy juiciosa, pero jummm no se ni por qué.” **P5E1**

Los alimentos como frutas y verduras, carne y lácteos son considerados básicos para una dieta saludable, sin embargo, no todas las mujeres cumplen el régimen alimenticio visto como bueno; en algunos casos las papas, el arroz y la pasta predominan en la dieta de la madre, esto principalmente por las dificultades económicas que impiden un acceso seguro a los nutrientes. Como, por ejemplo:

“El doctor me recomendó pues que tuviera cuidado con la alimentación que comiera verduras, proteínas; bueno la carne, los huevos y eso me lo dice casi todas las veces. Yo la implemento a veces, para que le digo que todos los días si es a veces. Lo que más consumo es la papa y el arroz, y la pasta. A mi familia yo hago, por ejemplo, a ellos les hago papa y arroz o pollo y arroz cuando ahí o sino pues no y yo me hago mi pasta que me gusta mucho, y les complemento a ellos también con eso al calentillo y yo como sola pasta. y el pollo cuando lo hay pues lo comemos y ya.” **P7E1**

“Jummm, mi mamá que para alimentarme y alimentar bien al bebé; pero sí todos los días sopita, claro o sea ayer comimos sopa de pasta y perro caliente, máguese esa comida (Risas) pero sí, siempre como sopa, pero la mezclo con un poquito de arroz, pasta. Cualquier sopa, la especial me parece a mí la que hago la de pescado, pero esa no la tomo muy a diario porque me da asco.” **P8E1**

Algunos alimentos representan, más que recomendaciones dietarias, antojos de las mujeres durante la gestación sin ninguna relación con indicaciones familiares o médicas, es así como aparece el aguacate o la bienestarina. Como, por ejemplo:

“Consumo mucho la bienestarina, me estoy volviendo como adicta a la bienestarina, pero fue en este embarazo que quiero estar comiendo bienestarina a todo momento y yo digo “pues la bienestarina a uno no lo engorda”, yo no veo que me esté afectando en sí; pues pienso, no sé. Porque en este embarazo me da mucha hambre y quiero estar comiendo a todo momento, pero soy consciente de que no puedo estar comiendo tampoco a todo momento o si no voy a terminar re gorda; pero yo como por ejemplo fruta, mis bienestarinas y durante el día si peco, por ahí como pan o una arepa o algo así.” **P5E1**

Por otra parte, existen alimentos que son recomendación de familiares, amigos y allegados, como lo son las acelgas y los tallos que se asocian a el aporte de hierro, nutriente del cual las mujeres no conocen su beneficio; la cola granulada, cuyo fuerte es vitamínico; y la avena para el manejo de las molestias gastrointestinales. Del texto oral se extrae también el consumo de pichón, un preparado con las partes del cuerpo de un polluelo de paloma casera que no ha aprendido a volar, capturado en vida silvestre; esta preparación incluye la sangre cruda del ave mezclada con vino sansón y con los restos de la cría preparar un caldo con papa; su beneficio es prevenir la anemia, dar fortaleza al cuerpo de manera similar a una vitamina. En este caso tenemos:

“Pichón, acá hay zuros. Y él (Esposo) acostumbra, que uno debe comerse el Zurito antes de que salga a volar, pues para matarlo y hacerle tomar la sangre con vino. Dicen que es para la anemia. - **(Interviene esposo)**- Para darle fortaleza al cuerpo, es como una vitamina. - **(Continúa la participante)**- Si con vino. Con sangre y con vino, con vino Sansón, el sansón. Sí, debe ser un vino específico, y pues hacer el caldito. El caldito es muy rico - **(Interviene esposo)**- Con el cuerpo del palomo. - **(Continúa la participante)**- Sí, que no han salido, que aún no han salido a volar. Una recomendación de la familia es, sí, a veces, lo que decíamos del Zurito. Es recomendación pues de mi esposo sí, él es el que me ha hecho comer eso, porque yo antes, antes no. No pero el sí, en cuestión de eso, ha habido zuritos, venga que, que yo esta tarde cojo, que venga limpie las papitas y hágalas así, que yo ya vengo y le pelo el zuro, si algo.” Tonces él es el que hace eso.” **P2E1**

“De la avena con gelatina era mi suegra, era la que me decía haga gelatina dejándola cuajar un día antes y luego por encima echarle la avena y ojalá en ayunas tomársela, que eso le hace a uno y si le hace uno así. Se sentía una suavidad de sensación y tiene que ser mucho, mucho o sino no le hace mucho. “**P4E2**

Hay prohibiciones desde el personal de salud enfocadas a garantizar el no consumo de ciertos alimentos que hacen parte del diario vivir de las mujeres, llama la atención aquella que existe frente a las hierbas aromáticas que usualmente son ingeridas en agua hervida. De lo anterior,

es posible ver que, aunque las participantes reciben la indicación médica, no la cumplen en su totalidad y gustan de ingerirlas de manera ocasional manteniéndolo en secreto del profesional de salud que atiende sus controles, esto debido al gusto que les generan los aromas de las bebidas. Florece entonces un saber cultural frente a las aguas aromáticas y a los ingredientes que éstas traen cuyo mayor beneficio es tratar el frío que se puede meter en el cuerpo de la gestante y los malestares estomacales. El jengibre, la flor de Jamaica y la manzanilla son los ingredientes que más son nombradas por las mujeres; sin dejar atrás el cidrón, el poleo o el orégano por sus propiedades principalmente aromáticas. Respecto a la manzanilla las mujeres reconocen de ella tanto bondades y peligros dados por un posible aumento de las contracciones lo que desencadenaría que el parto se adelante. El origen de estos saberes radica tanto en la herencia cultural desde sus madres, suegras y esposos; como en la consulta de libros no formales que describen las ventajas de las plantas. Sin embargo, cabe recalcar que las gestantes discrepan en cuanto a los efectos de la manzanilla dulce, toda vez que para unas es benéfica y para otras riesgosa. De lo anterior se presentan las siguientes muestras:

“Bueno, pues la orientación que le da el médico pues como para tener una buena salud usted y la de su bebé, porque usted va a dar la vida de su bebé, entonces, lo que tiene que uno es, pues cuidarse un poquito más. No comer de pronto la comida que uno estaba acostumbrado a comer, no tomar tanto tinto, agüitas aromáticas también le prohíben tomar. Me prohíben las agüitas aromáticas - **(Interviene esposo)**- Pero sí se las toma - **(Continúa la participante)**- De vez en cuando. No pues el médico me dijo que no debería tomar tantas hierbas, pero pues yo, si de vez en cuando me tomo una agüita de panela y, o más, cuando uno de pronto se moja, o tiene frío. Pues sí, una agüita de aguapanela y ya, o un tintico. Me gusta la agüita... eh, que tengan cidrón me gusta por el olor y el sabor. - **(Interviene esposo)**- Pues está también el poleo - **(Continúa la participante)**- Le hecho orégano, poleo o cidrón, Eh, que tengan cidrón - **(Interviene esposo)**- Es que el poleo según la creencia de mi madre, decía que mi abuela decía que era un regulador digestivo. - **(Continúa la participante)**- Yo me lo tomo no sé, porque

me gusta, me parece rico, como que satisface tomarse un aguapanela así con hierbas.

P2E1

“Sobre los efectos, no, pues a veces uno por ahí tiene como libritos de consulta o lee para que sirve. A veces dicen que sirven de pronto para el frio, que, para una dolencia, pero entonces pues, dicen que, para el médico, lo que dice sumercé, dicen que uno no debe tanto consumirlas. Y pues en este caso yo he dejado de consumir un poco de eso. Sí porque hay unas, lo que estaba hablando ahí de que la manzanilla hace que te den los dolores antes, y hay otra la ruda, o la matricaria que también sirve. Esas n las tomo, porque esas le producen a uno los dolores. Manzanilla, matricaria y manzanilla dulce, esa también hay otra que le aumenta los dolores. Esa uno no debe tomar ni por nada del mundo.” **P2E1**

“Pues por ejemplo cuando un día tuve un dolor de estómago mi mamá me dijo que eso era frio que hiciera una agüita de canela con manzanilla dulce, que eso le ayuda a uno mucho durante el embarazo. Si entonces, más que todo es eso, yo procuro hacer siempre mi agüita con la manzanilla, con la canela y la otras pues es la... Para si, para el frio, eso le saca a uno el frio del estómago. E, este ahora se me fue, como es que se llama, esta... la flor roja... Caléndula no, no, no, no, mi mami que día me dio un pocillado de esa agua, pero ahora se me olvido como es que se llama... la flor de Jamaica. Si señora, pues también, así como cuando uno tiene malestar estomacal entonces, digo yo que eso va en la fe que uno le ponga, es muy buena.” **P3E1**

El tinto es también una bebida prohibida por el personal de salud, sin embargo, a pesar de cumplir con la indicación, aquellas mujeres que lo mencionaron no tienen conocimiento sobre algún beneficio que dicha acción tenga en ella o el hijo por nacer. Por otra parte, las comidas ricas en grasas o fritos, las harinas, la comida rápida o chatarra, constituyen grupos alimenticios con tendencia a ser excluidos por parte de las participantes, esto, debido a que se relacionan con la presencia de molestias estomacales como ardor o que puede afectar el crecimiento del hijo por nacer o son discordantes con un régimen dietario secundario a alguna patología en la mujer. Estas prácticas, de excluir las comidas mencionadas, son recomendadas principalmente

por personal de salud no solo en manera educativa sino terapéutica en algunos casos por patologías de base como el hipotiroidismo; así mismo, también tienen raíz en la experiencia de la madre frente a la sensación de bienestar que recibe con el cuidado preventivo y en otros casos por los cuidadores familiares. Muestra de ello son las siguientes expresiones:

“Pues sobre los efectos del tinto, a mí eso si no me lo han explicado, pero sí, siempre me han insistido que no cafeína, que no cafeína, que no cafeína.: Eh... el ginecólogo. Él siempre me insistió, por favor no cafeína, no cafeína, no cafeína y me decía “no alcohol, no cigarrillo” y yo le decía “no eso sí, yo no; porque yo ni tomo, ni fumo, ni nada de eso, entonces no”, pero él me decía “pero el tinto por favor” y yo bueno, no cafeína. Entonces le toca a uno eso si como por la salud de uno y del bebé dejar de lado y sí, yo tinto no.” **P13E1**

“En si no sé; pero lo que pasa es que yo me cuido mucho porque yo sufro de estreñimiento; entonces también por todo eso es que yo me cuido mucho de eso. Y desde el embarazo hay algunos alimentos que me daban reflujo, entonces he notado que los fritos me estaban produciendo también ese reflujo, entonces por eso es que he quitado eso para no estar con el dolor ahí en el embrazo que eso no es nada aconsejable y mucho menos sufrir de estreñimiento; porque por eso me quitaron el hierro; porque por el hematoma no podía tener mayor esfuerzo, entonces me quitaron el hierro porque a mí me produce más estreñimiento entonces trato de cuidarme mucho en esas cosas de alimentación que quite de mi menú.” **P5E1**

Para las mujeres el peso corporal es uno de los aspectos que va acompañado de la alimentación adecuada, ellas expresan que la baja simboliza una nutrición escasa y podría significar disminución del crecimiento y desarrollo del hijo por nacer; por el contrario, la alza de este es también sinónimo de enfermedad. Surge en las narraciones el término balanceada, aplicada a una nutrición que evite los excesos, para esta oportunidad el sobrepeso, ya que en esta condición nutricional las mujeres identifican riesgos como el desarrollo de diabetes gestacional y la presencia de preeclampsia. Cabe aclarar que las participantes que mencionaron esta condición no son primigestantes y presentaron preeclampsia en alguno de los embarazos

previos e igualmente, asocian este saber a la educación recibida por el personal de salud que estuvo cercano a su condición patológica. Se presentan entonces, las expresiones dadas a continuación:

“En mi embarazo lo que me dijo la doctora la última vez, la ginecóloga fue que podría evitar con todo eso se me subiera la tensión, que me diera preclamsia o que el bebé saliera o muy enorme, muy gordo o sea con sobrepeso ò muy delgadito; porque de todos los alimentos que prácticamente estoy recibiendo me estoy engordando yo y mi bebé no está recibiendo nada. Entonces por eso es que estoy también aplicando todas las recomendaciones.” **P9E1**

“Si se aumenta de peso pues hay riesgo de algunas enfermedades tanto para la madre como para el bebé, como la diabetes, problemas de circulación, del corazón.” **P15E1**

“Mucho. Mi alimentación debe ser muy balanceada, tengo que tener cuidado, más cuidado con la niña, porque como ya trae un problema en el corazón, tonces no puedo tener rabias, no puedo tener cóleras, no puedo tener sustos, tiene que ser una alimentación balanceada para que no me suba tanto de peso, para que la circulación no le afecte tanto a ella y la niña venga de buen peso. Lo mismo, yo siempre he tratado de cuidarme en el embarazo porque siempre, siempre me he embarazado en sobrepeso. La consecuencia de embarazarse con sobrepeso puede ser una preeclampsia, que el bebé no suba de peso, nazca bajito de peso y con muchas deficiencias nutricionistas. Lo aprendí pues, no le digo, con las nutricionistas que siempre lo envían a uno y los doctores.” **P19E1**

La fuente de las recomendaciones alimenticias se ha venido develando durante la interpretación de los relatos hechos por las gestantes que han participado en la presente investigación, siendo la familia y el personal de salud quienes erigen el circulo de saberes que fundamenta los cuidados que implementan durante su embarazo dejando a la luz el factor común de las indicaciones que viene siendo el alimentarse bien, correctamente o de manera saludable durante la gestación como cuidado fundamental para el bienestar del binomio, sin embargo, en algunas ocasiones se presenta un conflicto de saberes dado por la prohibición de alimentos por parte

del profesional de salud versus la indicación familiar de comer todo lo que pueda. Otro aspecto que tratar es que a pesar de que estos son los entes predominantes existen otros medios en la era actual como el internet, el cual es consultado por algunas mujeres sin referir una asesoría sobre los datos allí encontrados. Adicionalmente, algunas experiencias en gestaciones previas provocan en las mujeres rechazo a alguna fuente de saber, en el caso de la presente investigación, se encontró hacia los consejos familiares, esto por las incongruencias que se presentan con las recomendaciones brindadas por el personal médico. Muestra de lo anterior son los aportes a continuación:

“A veces las mamás le dicen a uno, los tíos, las tías, cuídese, coma, trate de comer todo lo que pueda, si No le da hambre, coma, pues Sí usted recibe una parte, pero el bebé es el que se va a beneficiar del alimento, Sí señora.” **P1E1**

“Ah no, es que a nivel familiar si es algo contradictorio. Porque ellos están acostumbrados como a lo antiguo; entonces si uno sirve una papa “como que va a comerse una papa, ese criatura se va a morir es de hambre; va a nacer así todo flaco, usted tiene que comer por dos”, entonces ya a uno le sirven es un morralado de papas y arroz y que no, tiene que repetirse porque uno es para el niño y el otro es para la mamá, o sea yo digo sola harina y yo digo si las cosas han cambiado, en el concepto de mi familia yo no le recibo consejo a nadie.” **P5E1**

“Recibí recomendaciones de alimentación de mi nutricionista y las personas con las que vivía. Bueno con mis abuelitos ellos eran los primeros que me cuidaban bastante eso.” **P10E1**

Los micronutrientes constituyen una práctica de cuidado implementada por las mujeres en gestación, estos fármacos son obtenidos bajo orden médica o por recomendación del personal de salud para ser adquiridos en presentaciones comerciales de forma privada, siendo complementada por la motivación familiar para que se realice su consumo consciente y seguido. Las gestantes manifiestan un conocimiento relativamente claro de los beneficios que tienen cada uno de los micronutrientes siendo por parte del hierro el contribuir a la prevención

de la anemia gestacional; del ácido fólico, aportar al desarrollo del bebé específicamente el tubo neural; y por último, el calcio, que brinda apoyo al crecimiento de los huesos. Estos saberes que exponen las propiedades benéficas de los micronutrientes son entregados por los profesionales de salud mediante las consultas prenatales, sin embargo, es constante en algunas mujeres manifestar falta de claridad sobre esta información, o que se les dificulta recordar la educación médicas. De ello se encuentran las siguientes expresiones:

“De mi madre también que como dice, si uno No toma eso después el niño que los huesitos, las partes del cuerpo No se van a desarrollar bien, porque para eso es que en el médico les dan el calcio, les dan el ácido fólico pues para, para su buen desarrollo del bebé.” P1E1

“Pues el hierro y el calcio me lo dan aquí en los controles. Me explicaron pues el calcio para los huesitos del bebé y el hierro pues me explicaron, pero no, la verdad no me acuerdo. Esa explicación me la dio la doctora”. P10E1

“Carbonato de calcio y... el... ¿el ácido fólico?... para el...el... bueno... no... no descalcificar los huesos, tanto de uno como los del bebé y... para... ay no me acuerdo para que es el otro; Bueno si me los explicaron, pero no me acuerdo para qué es el ácido fólico, no me acuerdo en este momento.” P11E1

En algunos casos, a las gestantes se les ha suspendido el hierro siendo para ellas claro que la orden médica depende del valor de la hemoglobina que ellas tienen durante su gestación o a las molestias gastrointestinales severas que en algunos casos puede generar. De ello, se evidencian los siguientes testimonios:

“Ah las pastillas, sí; lo que pasa es que a mí me las dieron, pero como te dije la ginecóloga me las suspendió el hierro; lo que pasa es que en el examen de la hemoglobina la ginecóloga me dijo que “tengo como para darle a 3 personas más”, no entiendo mucho de eso, pero eso fue lo que me dijo ella. Y también dijo “por lo tanto tampoco le voy a dar pastas para el estreñimiento, entonces suspendámoslo” me dijo la ginecóloga; cuando fui a control con la doctora Vanesa ella también me dijo lo mismo,

dijo “acá en el examen me sale que tengo que suspenderle el hierro porque ya está la hemoglobina muy alta, lo que quiere decir que no requiere el hierro.” P5E1

“Y yo con él, no supe que era un dolor de cabeza, un vomito, un mareo, nada, un dolor de cintura; nada, yo... yo comía normal, como si no tuviera nada y con él fue normal; pero entonces ahorita sí que las náuseas, que el vómito, que el dolor de cabeza y como yo sufro de gastritis crónica y colon irritable. Dios mío eso era tenas, de tomar muchas pastas eso me ardía ese estómago... no para mí, esos 4 primeros meses fueron tenaces, tenaces y el... la molestia era grande, o sea no y por lo menos el sulfato, como yo sufro del colon, eso me hacía dar estreñimiento, ah... Dios mío, eso era tenaz, menos mal que me lo suspendieron. Me suspendieron el sulfato y solamente me dejaron el calcio.” P15E1

Teniendo presente que las madres consideran este un cuidado necesario para el desarrollo del hijo por nacer, procuran buscar el mayor aporte multivitamínico y para ello, bajo recomendación de personal de salud privado o familiares o conocidos optan por reemplazar los tres fármacos entregados en el centro de salud por uno comercial que oferta una sola pastilla con los 3 suplementos mencionados. Ello debido a que el elemento contiene más vitaminas que las entregadas por el sistema de salud y al tener solo una tableta es más sencillo recordar su consumo que con las 3 de la institución. Los siguientes testimonios, muestran lo aquí analizado:

“Si, aunque yo no tomo las que me dan acá, yo tomo Gestavit, son las que me dio el doctor particular y la doctora me dijo que me daba las de aquí por protocolo, que porque las que me estoy tomando son más efectivas y contienen tolo lo que las otras vitaminas a uno le dan.” P9E1

“Pues como que a uno le aconsejan más las personas que ya son mamás pues este (Micronutrientes Gestavit) me lo recomendó la ginecóloga, no sino, la psicóloga, me lo recomendó, dijo que era muy bueno y pues, ahí lo compre y me lo tomé, y como las recomendaciones que a un le dan venga haga esto o esto no.” P8E1

“Iniciativa propia, pues igual el gestavit por mi prima y... no sé el consumo de alimentos de pescado por inercia o sea de que uno tiene vitaminas, que minerales, entonces por eso.

Yo escuchaba a todas las maternas, a todas las mamás o así, decir que tenían más vitaminas y minerales, entonces...” P18E1

Lo emic en la alimentación de la gestación: Se evidencia que el consumo de agua de hierbas, pichón con vino sansón, malteadas, caldo de pescado, hierbas aromáticas, hierro a través de alimentos como la acelga y los tallos, y el consumo de papa, arroz y pasta en la gestante sana, el rechazo a la indicación médica de restricción alimenticia cuando la mujer tiene alguna patología que lo requiere; constituyen los saberes emic de este patrón.

Lo etic en la alimentación de la gestación: La alimentación cuando las mujeres cursan o han cursado con procesos patológicos como preeclampsia o hipotiroidismo enfocado a la prohibición de ciertos alimentos como lo son pasta, papa y arroz, la supresión del hierro según la tolerancia de la mujer y la hemoglobina; son saberes etic de este patrón.

Congruencia de saberes: Existen saberes que tienen orígenes prevenientes desde lo etic y lo emic como el consumo de frutas y verduras, carne y lácteos, y el consumo de micronutrientes ya sean los entregados por el ministerio o de forma privada el Gestavit. Estos no es posible clasificarlos en solo una procedencia.

TABLA 1. SABERES EMIC Y ETIC DEL PATRÓN "ALIMENTACIÓN EN LA GESTACIÓN"

<p><i>Lo emic en la alimentación de la gestación</i></p> <p>Consumo de agua de hierbas a pesar de la prohibición del personal de salud por gusto con los aromas, los sabores y/o para tratar el frío y las molestias estomacales, incongruencia en el efecto de la manzanilla.</p> <p>Caldo de pichón con vino sansón para tratar la anemia y Caldo de cabeza de pescado para aportar vitaminas y minerales.</p> <p>Rechazo a recomendaciones cuando hay experiencias previas</p> <p>Alimentos como las acelgas y los tallos para obtener hierro.</p> <p>Papa, arroz y pasta para garantizar un alimento a pesar de las condiciones económicas.</p>
<p><i>Lo etic en la alimentación de la gestación</i></p> <p>Restricción en la alimentación cuando hay patologías como hipertensión arterial gestacional y preeclampsia (Como papa, arroz y pasta)</p> <p>Supresión del consumo de hierro cuando los valores de hemoglobina se encuentran normales o elevados.</p>
<p><i>Congruencia de saberes</i></p> <p>Consumo de frutas y verduras por ser saludables, tener vitaminas y dar defensas</p> <p>Carnes para aportar proteínas al cuerpo del hijo por nacer</p> <p>Lácteos para aportar calcio</p> <p>Micronutrientes que reúnen el hierro, el calcio y ácido fólico para el desarrollo.</p>

Elaboración propia: Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón "Alimentación en la gestación"

Los controles prenatales en la gestación

Una práctica de cuidado surgida de las conversaciones con las participantes fueron los controles prenatales considerando dentro de ellos la asistencia periódica a recibir atención por parte de los profesionales de la salud generales y especializados e igualmente el contacto con el curso de preparación para la maternidad y paternidad seguras. Las gestantes rescatan los beneficios que brinda esta práctica siendo el principal permitir a la mujer estar pendiente del avance de su embarazo a través de la revisión de las condiciones de vida del hijo por nacer, como por ejemplo su crecimiento; y la exploración constante del estado de salud del binomio por medio de exámenes diagnósticos. Esto último es reconocido como un aporte primordial para las

participantes toda vez que ha permitido detectar tempranamente patologías que pueden significar riesgos para la vida de la madre y su fruto como el hipotiroidismo y hematomas uterinos, o mantener bajo control a la mujer por haber presentado previamente condiciones como la preeclampsia. Sin embargo, lo más esperanzador que yace en esta práctica es el poder confirmar que el hijo por nacer se gesta apropiadamente y sin complicaciones de salud. De lo anterior podemos evidenciar los siguientes aportes:

“Para prevenir muchas enfermedades, para ver cómo está el niño de peso, de la tallita porque cada mes tiene que estar subiendo, subiendo de peso y de talla. Para que no haigan malformaciones. Y para uno también tratar lo que es la tensión y el azúcar. Estar controlando el azúcar y la tensión que es lo más primordial durante uno, en el embarazo.” P1E1

“¡Los controles tienen beneficios, claro! Pues siempre le van a mirar cómo va su bebesito, tanto uno como él. Si va bien de peso. Pues a pesar de que uno lo sienta, siempre le van a decir bueno sus exámenes, sus ecografías a tal tiempo, no como antiguamente que ¡Jum! Que dicen que no se sabía a cuando venía o así.” P4E1

“Los controles tienen todos los beneficios, porque ahí uno puede saber por lo menos lo que yo le decía, que a mí me detectaron que tenía la tiroides alta, también me detectaron una infección chiquita vaginal y esa ya está controlada, en control para saber mi bebé como esta y todo; las ecografías para saber cómo está de talla y de peso, si viene bien formadito y todo; me parecen super, super importantes los controles. Lo que yo le decía, cuando no tenía seguro, yo pagaba particular porque uno necesita saber cómo estaba el bebé y como estaba yo; en qué condiciones estaba mi bebé.” P9E1

Esta práctica nace de la necesidad de la mujer de conocer el avance y la estabilidad en salud de su gestación, adicionalmente se ve motivada por recomendaciones de familiares y del mismo personal de salud de la asistencia a los controles. Como se puede ver:

“Siempre a uno ha tenido en cuenta que cuando uno queda embarazado, estar en controles porque hay muchos riesgos para uno de embarazada. Puede presentar tantos problemas que puede ser por tensión, por azúcar, tonces puede haber alguna falla.

Entonces entre más vaya uno a controles, va a estar mejor controlado, tanto su bebé como uno.” P1E1

"Pues mis papás. Me decían que pues, uno tenía que venir a pues si... al médico para que lo revisaran, para saber cómo estaba uno, y como estuviera el bebé si como fuera el crecimiento del bebé como esta, su corazón, sus cosas están bien, y va bien el embarazo y pues uno como mamá también. P11E1

“Pues siempre en el centro de salud dicen, que siempre uno debe ir a los controles, hacerse todos los exámenes...” P14E1

Dentro de los controles las mujeres también advierten la entrega de información propia del personal de salud como por ejemplo las recomendaciones de cuidado, la información con respecto a signos de alarma que fue relacionada solo por una participante, las recomendaciones sobre alimentación, consumo de medicamentos en los casos de hipotiroidismo, consumo de micronutrientes y la asistencia a los controles prenatales. En casos de patologías fue posible evidenciar la compañía y motivación a la mujer para continuar con el embarazo por parte del personal de salud, adicionando prácticas de cuidado acordes al evento al que se enfrenta la madre y el hijo por nacer. Una condición que genera tranquilidad en la mujer es ser atendida siempre por el mismo personal de salud. Como es posible ver:

"Me recomendaron ir al hospital si, pues, de que me doliera la cabeza demasiado; que tuviera vomito, diarrea. De resto así o el pitido no más o que me acuerde en el momento no. Fue acá en el puesto de salud o con el ginecólogo o un médico se le puede decir. Y esas recomendaciones tienen beneficio, claro, porque uno a veces decía “Ahhh es un dolor de cabeza eso es rutinario” y a veces hay personas o hubo personas allá que murieron por eso.” P4E2

“Me tomaron la ecografía a las 2 de la tarde y a las 4 de la tarde tenía ahí mismo el control con ginecología, entonces la ginecóloga que me tomo la ecografía era la misma de la consulta y que fue la misma que me detecto la EPI que tenía, o sea todo eso lo encontramos allá y la misma que me atendió mis dos partos anteriores; entonces como que a uno le da más tranquilidad porque es la misma que siempre lo ha atendido a uno,

aunque ella dice que entre tanto paciente no se acuerda bien; pero a uno le da tranquilidad igual. " P5E1

“En los controles pues se enfocan bastante en el cuidado de la alimentación, en las vitaminas, por lo menos en el medicamento que me estoy tomando para la tiroides, en las ecografías, en los controles para que sea constante y que venga siempre, también que venga bastante a los cursos psicoprofilácticos y en eso, creo.” P9E1

Sin embargo, a pesar de todos los beneficios que reconocen las gestantes de los controles prenatales existen dificultades para lograr asistir con regularidad, por el tiempo requerido para su desplazamiento a la entidad de salud debido a que algunas mujeres residen en sectores lejanos lo que implica disponer en algunos casos de un día completo para su atención y de la misma forma de un día menos de trabajo para mantener sus ingresos estables; en otros casos, el transporte hacia el centro de salud o hacia la ciudad de Tunja no es lo suficientemente frecuente lo que ha ocasionado que las participantes pierdan las citas y se vean obligadas a reprogramar generando en ellas un estrés por no lograr asistir al control. Adicionalmente, las condiciones económicas obligan impiden que las gestantes acudan a consultas en IPS de mayor nivel y programas en diferentes municipios al de residencia o la capital. Algunos testimonios son:

“Y la EPS me dijo que... que la cesárea para el veinte seis... y de mi EPS me la mandaron para Sogamoso... entonces la cancelamos... porque yo no iba a ponerme a ir a Sogamoso... mm ¿sí? entonces ya ahí el... la orden era con la EPS para que la EPS arreglara acá en el hospital... o en la medilaser que es donde me atendían ... y me dijeron que acá tengo cita el... cuatro de diciembre... pues porque yo vivo en combita...y... mire como me toca hacerlo... a donde me toca ir para llegar a Sogamoso... y todo es plata... ¿sí o no? y en este momento yo no tengo las condiciones porque... pues mi mamá me apoya y obviamente ahorita mm la situación en la que estamos no hay para tanto... mm sí me entiende...” P17E1

“Pues a veces me estreso por que digamos uno sales dos horas antes y esperar y que ya se vea el tiempo de llegar a la cita y no pase el bus y lo lleve es tenas, la otra vez perdí

una cita por eso. No... Yo llegué y conté que estaba trabajando y no, no me, no me atendieron. Pues yo dije como pues asch ya que, pues toca volver a sacar la cita y pues volví a ir.” P16E1

A las dificultades anteriormente mencionadas se une una falencia en la entrega de información a la mujer sobre los servicios de salud que se le ofertan y el acceso a los mismos. Las gestantes manifestaron desconocer como debían sacar las citas o que tiempo de duración debían tener las mismas, que vacunas debían aplicarse o si se ofertaba o no el curso de preparación para la maternidad en el centro de salud; refieren paradójicamente recibir recomendaciones del personal de salud sobre los controles y la vacunación lo que deja entrever que dicha educación para la salud no es completamente efectiva. Lo anterior toma fuerza al evidenciar aspectos del embarazo desconocidos para las mujeres como por ejemplo el proceso de parto iniciando por la dilatación. En este proceso educativo percibido por las participantes, quienes reconocen en los cursos de preparación para la maternidad y paternidad el aporte profesional al brindar información que permite despejar dudas en las mujeres; llama la atención que ellas identifican conceptos que van cambiando de una charla a otra, o que, al contrario, trabajan temas repetidos ocasionándoles a las multíparas aburrimiento, sin embargo, las primigestantes reconocen un gran beneficio en la información que reciben. Al respecto opinan:

“Por la ecografía, después de que me enteré que estaba en embarazo, lo primero que uno debe hacer es acudir a sus controles prenatales y saque la cita, porque también son cosas que han cambiado porque con los embarazos anteriores yo sacaba una cita y me la daban normal; en esta saque la cita normal y ya llegue y la doctora me dijo “yo no la puedo atender porque usted es materna y las maternas deben tener doble cita” y yo no sabía y por eso saque una cita normal dijo “empezando con eso y segundo es que usted hasta ahora va a empezar controles pre natales, entonces se va a demorar más”, y bueno fui y perdí mi tiempo, eso fue un viernes.” P5E1

“La información no me la dieron, de la dilatación no; de líquido si, que en cualquier momento podía salirse el líquido y era cuando me tocaba venirme pronto. Pero de la

dilatación, esa si no me habían dicho o como no venía, me asistí como a cuatro, entonces en esos tal vez no hubo el control de eso. Cuando me comenzaron a mandar cada 8 días, entonces dije tan raro; porque uno dilatando yo pensé que en el momento del parto era cuando uno dilataba y ellos decían “puede durar hasta 8 días con la dilatación de 1 o 2”; entonces eso si era lo que no sabía yo. Yo pensé que el dilatar era en el momento del parto y no era antes de, unas semanas antes así hubiera sido, de tener el bebé.” P4E1

“He venido a los cursos si señora, la vez pasada vine hace como dos meses y el da hoy; sirven bastante y hay cosas que uno no sabe ni nada, y uno que es primerizo, a veces escucha y hay tantos mitos que dicen, pero uno viene acá y como que se le despejan varias dudas. Si, durante y después de la gestación.” P9E1

Actualmente las mujeres son remitidas al profesional de psicología como parte de su seguimiento, al respecto de lo anterior, se encuentran las opiniones divididas sobre la atención de este tipo entre los aspectos positivos que la consulta genera para asimilar el proceso de gestación como, por el contrario, la desconfianza que hay en ella toda vez que no se espera que su ayuda sea efectiva del algún modo. De ello, aparecen las siguientes expresiones:

“Bueno pues uno, porque habían cosas que al principio del embarazo pues no, como que no sentía que las podía hablar con otras personas que me conocieran si, Segundo porque pues como que me ayudo a tomarlo como con más calma como, a asimilarlo y asimilar que pues que era algo que me estaba pasando y si porque pues como hasta los 3 meses me creí que estaba embarazada, entonces fue eso, ella me ayudo bastante a asimilar que pues que si me estaba pasando eso, y pues que independientemente de lo que me dijeran en la casa pues primero estaba mi bebé y pues yo, entonces fue eso.” P10E1

“La remisión con psicología no, yo pedí que no me remitieran porque la verdad, mmm pues, cuando me dieron la noticia de que la bebé tenía Síndrome de Down fue difícil pero después ya lo asimile y la verdad no, no veo que la psicóloga me va a ayudar en nada diferente a lo que ya sé.” P19E1

Dentro de las conversaciones emergió una situación que han vivenciado las mujeres y que demuestra una falencia en la comunicación entablada por el personal de salud y las gestantes

sujeto de este estudio, ello es que, la forma de comunicar la situación de salud de la madre y de su hijo por nacer por parte del personal generó dudas y temores en las mujeres por confusión con las palabras usadas o por el tono en que se manifiesta. Es así como se muestra a continuación:

“A mí ya me hicieron cesárea porque soy muy estrecha de pelvis, pero eso para nosotros. El doctor me explico así... pero para ellos es una cantidad allá de letras... jaja mmm no sé... entonces ¿sí? Y ahorita es alto riesgo pues porque... porque el bebé desde los seis meses está en posición y entonces cuando me mando la ecografía, en la ecografía se ve y para él eso es un alto riesgo... para él porque yo no entiendo nada de eso... en realidad eso... y él me había dicho que a los ocho meses o antes de los 8 meses me tenían que sacar el niño, porque si no se me iba ahogar adentro... ¿mm sí?.” P17E1

“Cuando el médico me dijo no pues que se me iba a salir el bebé, yo dije así; yo ahí asustada, que se lo digan y uno sin saber cómo será eso... Si o sea me dijo “usted está en amenaza de aborto puede perder el bebé”, o sea que ¿me duele el estómago que hago? ¿Como hace uno para detenerlo? Uno se hace muchas preguntas; ¿Si me duele que hago?; yo me imaginaba “no me duele el estómago y me veo sangrando”. No, no pues ese día el allá con que tenía la mamá en el hospital y esa manera en que lo dice, y yo no le pregunte nada porque yo me desgarré a llorar y asustada, entonces mejor me fui saque la cita con la otra doctora y le comenté y ya...” P8E1

Para las mujeres sujeto de este estudio los exámenes son la manera de vigilar la evolución de ella y el hijo por nacer, refieren que estos procedimientos diagnósticos son necesarios debido a que la gestante se encuentra expuesta a peligros durante su proceso como lo son las infecciones o la herencia genética de patologías como la hipertensión y la diabetes; estas condiciones convierten a los exámenes en medios que le permiten a las participantes saber cómo está su hijo y confirmar que su desarrollo es adecuado, ello, a través de la revisión ecográfica del peso fetal y el desarrollo de las partes de su cuerpo. También facilitan la detección temprana de condiciones de salud que puedan poner en riesgo el binomio pero que son susceptibles de controlarse recibiendo los tratamientos indicados, dentro de estas

mencionan la presencia de toxoplasmosis, la rubeola y el hipotiroidismo. En cuanto a las patologías detectadas, especialmente la alteración de la TSH, las mujeres explican que los exámenes permiten realizar controles de los niveles de la hormona y así mantener controlada este padecimiento. Como se puede ver en los testimonios a continuación:

“Los exámenes para ver cómo se encuentra uno tanto físico y también el bebé, o sea exámenes para evitar las enfermedades, o sea, como mi papá es diabético, tiene tensión alta, entonces estar pendiente de esos exámenes y que cada mes le controlen a uno lo del azúcar y lo de la tensión para mirar a ver si hay riesgo o no por lo que es hereditario. Los médicos, muchas veces le dicen a uno que puede ser hereditario por lo que los papas han presentado esos antecedentes de diabetes y de tensión alta.” P1E1

“Los exámenes pues que son necesarios porque igual uno está expuesto a cualquier infección o a cualquier cosa, yo creo que son buenos de todas maneras y además el ginecólogo también me manda a hacer exámenes y ahí se complementan unos con los otros.” P6E1

La puntualidad en dichos exámenes se asocia con el nivel de preocupación que una madre tenga por el desarrollo del hijo por nacer, sin embargo, a las participantes se les presentan ciertas dificultades para la toma de estos debido al estrés que le genera la movilidad a la materna, el factor económico sobre todo para costear el desplazamiento y la molestia dada por la cantidad de procedimientos; a pesar de ello, todas manifiestan que debido a su importancia se esfuerzan por tomarlos a tiempo para tener los resultados en las consultas. Los siguientes alguno de los testimonios:

“Sí... si porque ya para mí era la muerte pararme de la cama tempranísimo y que vaya al examen y como me tocaba caminar... caminar siempre, a donde uno tiene que coger el carro y bueno. Entonces para mí era... ah y pues viajada del sitio a donde iba... a donde iba al sitio donde me hacían los exámenes, esos mareos y todo, entonces ay... terrible, me parecía terrible, entonces no podía yo desayunar bien, después de todo eso comía algo no..., si era en un restaurante, no eso tiene mucha grasa, esto tiene... no podía comer en otra parte que no fuera mi casa.” P12E1

“Pues... la gente, “ay... pero es que usted por qué se hace eso tan seguido”, yo digo yo... yo... pues si los médicos se las mandan a uno debe ser por algo ¿cierto?, entonces también uno por el bienestar de su bebé uno lo hace. Y yo soy muy juiciosa, por ejemplo la doctora Ruth, ella dice que de todas las eh... las gestantes que ella tiene, ahí sí la que está en primer lugar del juicio soy yo, porque ella todos los exámenes que me envía, todo lo que me dice “hágase” yo juiciosa me lo hago y ya al siguiente control tengo mis cosas, todo al día y hay otras que dicen que “ay que es que no me dieron la cita, que ay es que no pude ir, que ay...” entonces uno a veces le toca sacrificarse porque si como dijeron por ahí “si uno se metió a tener hijos es porque puede ver de ellos bien” y ya al momento que de pronto uno va a tener sus hijitos y algo les pasa o uno no tiene los niños bien entonces uno le echa la culpa a los médicos y no es así, porque ellos le mandan las cosas a uno por su bien y si uno no las hace, pues ahí si como graves.”

P13E1

Un aspecto por considerar es el concepto popular de que las ecografías tomadas de manera repetitiva no son buenas debido a que generan rayos similares a lo de las radiografías, sin embargo, al ser ordenadas por personal de salud ellas cumplen con tomarlas ello produce disgusto en la mujer. De ello se encuentra el siguiente testimonio:

“De las ecografías pues a mí no me gusta que me las manden, así como muy seguido porque dicen que es malo. Eso siempre tiene sus pros y sus contras; entonces no... pero bueno toca hacer caso a todo lo que le manden a uno porque que hay que cuidarse. La gente, pues dicen que... es que... eso también tiene sus... o sea, como tomarse uno una radiografía ¿sí?, que eso tiene rayos entonces que esas ecografías también en cierta medida por el aparato ese, entonces tiene sus rayitos también que no son como tan buenos y que no se deberían tomar como tan seguidas.” P12E1

Lo emic de los controles durante la gestación: Para este patrón desde lo emic aparece la no asistencia a psicología por considerarla inoficiosa, el aburrimiento en los cursos y por lo tanto su deserción, el rechazo a las citas médicas y exámenes por condiciones económicas y no tomar ecografías tan seguido por ser perjudicial para el hijo por nacer.

Lo etic de los controles durante la gestación: La educación para la salud extraída de los controles prenatales respecto a los saberes que la gestante interioriza, la asistencia a los cursos especialmente cuando se es primigestante, la toma de los exámenes diagnósticos para detectar enfermedades y la toma de ecografías para diagnóstico de bienestar fetal.

Congruencia de saberes: Desde lo emic y lo etic nace la recomendación de asistir a los controles prenatales de forma consciente.

TABLA 2. SABERES EMIC Y ETIC DEL PATRÓN "LOS CONTROLES PRENATALES EN LA GESTACIÓN"

<p><i>Lo <u>emic</u> en los controles prenatales</i></p> <p>No asistir a psicología por considerarla inoficiosa Desertar de los cursos por aburrimiento. Rechazo a las citas médicas por el lenguaje usado. Asistir a los controles con tranquilidad cuando la atiende el mismo profesional Estrategias de manejo de estrés por la cantidad de exámenes, el desplazamiento y las condiciones económicas. Desertar de la atención en salud por condiciones económicas.</p>
<p><i>Lo <u>etic</u> en los controles prenatales</i></p> <p>Toma de exámenes independientemente de las molestias que generen Toma de ecografías repetitivas a pesar del miedo que producen sus efectos en el hijo por nacer</p>
<p><i>Congruencia de saberes</i></p> <p>Asistir con regularidad a los controles a pesar de las dificultades económicas</p>

Elaboración propia: Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón "Los controles prenatales en la gestación"

El consumo de medicamentos

El desconocimiento de los efectos adversos que tengan ciertas sustancias en el hijo por nacer se convierte en el principal motivo por el cual las madres consideran como cuidado el no

consumir medicamentos no indicados por el profesional de salud. Existe en las mujeres una norma frente a estas sustancias y es que una mujer en gestación no debe consumir ninguna medicina que no sea autorizada por el personal de salud, el riesgo de hacerlo incluye la posibilidad de un aborto o de malformaciones en el feto. Fieles a este patrón, las mujeres no buscan calmar las dolencias con sustancias farmacológicas, antes bien, eligen soportar el padecimiento y cuando no es posible recurren como primera opción al acetaminofén siendo este el único medicamento aprobado tanto por medicina como por los allegados. Este cuidado nace tanto de la familia como de los profesionales de salud, entornos que igualmente recomiendan el paracetamol como primera y única opción, así podemos evidenciar las siguientes manifestaciones:

“Si, pues que uno puede tomarse cualquier pasta y uno no sabe es que consecuencias pueda traer en el bebé, por ejemplo, en un dolor de estómago, yo voy y me tomo una aspirina o un alka seltzer y eso le puede producir a uno un aborto, por ejemplo, entonces uno no... por eso uno no debe tomar otras cosas aparte de las que le manda el medico porque uno no sabe qué consecuencias pueda... secundarias pueda tener en el bebé.”
P13E1

“No consumo nada para el dolor porque, o sea, como uno está en embarazo y dicen que uno no puede tomar medicamentos fuertes, a veces, entonces mejor no tomo, o sea, es que el dolor no es muy fuerte si no... leve. Los médicos y todos, mi familia lo dice.
“P14E1

No obstante, hubo mujeres que expresaron ceder ante el dolor provocado por la acidez gástrica y bajo recomendaciones de familiares que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, consumieron omeprazol para detener el malestar estomacal que sentían. Posteriormente recibieron asesoría profesional por lo que rectificaron la conducta e implementaron el consumo de milanta (Hidróxido de Aluminio) recetada bajo formula médica reconociendo haber incurrido en un posible peligro para la vida del hijo por nacer debido al desconocimiento, sin embargo, de la misma manera manifiestan que dicha elección medicamentosa no fue eficiente

para calmar sus dolores pero al ser recomendación médica continuaron con la práctica hasta que pasado el tiempo gestacional esta molestia desapareció. Así pues, tenemos las siguientes expresiones:

“Yo tomaba omeprazol, mi suegra me decía “ esta es la que tengo para la ulcera, tómese si quiere esta”; fue demasiado que sufrí de eso cuando quede en embarazo, entonces de vez en cuando me decía “pues tómese esta porque que hace sin poder comer nada ni nada”, o lo otro que hacía era la avena con gelatina y esa si también, pero sin embargo eso era de vez en cuando, yo no digo que todas las veces me tomaba una pasta para la gastritis, fue a los dos meses de que estaba embarazada ya después fue cuando acá me dieron una milanta y me dijeron del error que estaba haciendo al tomar pastas que tiene que ser milanta. Yo le dije a la doctora, le dije que me tomaba una pasta y me dijo “no, le recomiendo la milanta” y en el próximo control me toco con la doctora Ruth y me dijo “no usted cómo iba a hacer eso” y uno por el dolor y por el desespero y tomaba eso que es lo que me hace, a veces en eso uno no piensa; uno solo siente en ese momento el dolor y no piensa que le pase después al bebé o al feto la droga que tome.” P4E2

P13: Mjm... yo me desesperaba y yo decía “ ay... Dios mío” y eso que... la ginecóloga me decía “ mire como usted sufre de gastritis procure estar comiendo cada ratico, cada ratico, cada ratico” y yo lo hacía... yo lo hacía, pero no... es que el ardor de estómago era pero tenaz, uy... no había días en los que yo no podía ni dormir de ese ardor de estómago y como no le dan a uno nada, le toca a uno ahí si como dicen es aguantarse entonces eso era tenaz y me dieron la milanta y no; eso no me hacía, entonces no... pues ahí, la doctora me dijo “esos son los 3-4 primeros meses y ya pasa” y yo pues bueno.

Un fármaco común entre las gestantes de Combita es la levotiroxina para tratamiento de hipotiroidismo detectado en su mayoría en etapa gestacional. En los textos orales obtenidos es posible evidenciar que frente a esta patología el mayor conocimiento expresado es que la afección consiste en un valor anormal de la hormona que puede repercutir en la salud del nonato o incluso heredársele al niño. Sin embargo, las mujeres no refirieron las consecuencias de esta condición de salud a largo plazo, aun así, uno de los cuidados fundamentales en este grupo de

mujeres es el consumo del medicamento previniendo su mezcla con tinto, para prevenir la somnolencia. En más de una oportunidad las mujeres manifestaron que no contaban con el medicamento en la IPS de atención más cercana, por lo que se vieron obligadas a adquirirlo de manera privada con tal de no fallar en el tratamiento de su patología. De este análisis se cuenta con las siguientes participaciones:

“Pues, por ejemplo: la tiroides, eh... hay personas que se las detectan en el embarazo. Si no las detectan a tiempo pues entonces, es más delicado, más de cuidado, porque no está regulada y hasta que se regule eso lleva tiempo, más o menos por eso y le puede hacer daño al bebé para el desarrollo. Pues, la verdad pues... no es mucho. Pues de pronto por la tiroides, antes del embarazo, me sentía con... con taquicardias o con palpitaciones, mucho con eso, yo la verdad no sabía que... que eso producía de pronto eso hasta que me regularon la medicación, entonces ya dejé de sentir eso, pero, entonces en el embarazo volví a sentir eso. Pero... pues yo pensaba que eso era... era otra vez que se me... de pronto se me... de pronto no estaba tan regulada, ni nada y pues la doctora me dijo que no que eso era normal, que no me preocupara, que la relación de la tiroides con el embarazo no es mucha, mientras esté controlada la... la hormona, entonces no hay ningún problema y tengo las pastillas, levotiroxina.” P12E1

“No, ni la de tiroides ni el calcio; no han llegado y también a la niña, la lleve por control de crecimiento y desarrollo y le dieron una purga. Si, y tampoco había. Entonces eso si me tiene triste porque es la primera vez que falla eso, en mis embarazos anteriores todo era tan lindo que esta vez sí me tiene triste eso porque hay mucho medicamento que uno requiere y que no lo hay. Y me decía Yaneth que hay otra materna que también tiene problema de tiroides y necesita el mismo medicamento y que no lo hay. Si señora y pues yo sé que lo necesito y por eso lo compré por particular, pero me toco traerlo de Bogotá porque en Tunja no lo encontré.” P5E1

La aspirina es otro medicamento formulado que las mujeres toman por el riesgo de preeclampsia que algunas multíparas presentan ya sea por el antecedente de esta patología en embarazos anteriores o por las condiciones del actual; cabe mencionar que en las mujeres existe el conocimiento del calcio como preventivo para la hipertensión gestacional. La orden de este

cuidado es estrictamente médica e igual lo ha sido la educación respecto a sus beneficios.

Como se puede ver a continuación:

El examen de tiroides me lo mandan mensual y... el... el de toxoplasma me lo han mandado ya dos veces. Eso si me ha salido normal, pues la... el de la... el de la tiroides también normal porque yo me tomo mis pastas. Me tomo mi levotiroxina, entonces... yo soy muy juiciosa con eso y la aspirina que me tomo al medio día, que es para prevenir la... la preclamsia y ya ahorita como me tienen en seguimiento me dijeron que me la tenía que tomar hasta la semana 34 no más porque que la hemorragia era muy... muy tenaz el día del parto. Entonces que ya me tocaba suspenderla en la semana 34. P13E1

Pues para mí, a mí, me están dando calcio y me lo están dando en alta dosis porque en ambas niñas se me subió la tensión pa' terminar el embarazo, tonces para disminuir el riesgo que vuelva a subírseme la tensión. Una dosis de 1200, consumo el hierro que es para fortalecer, el niño no nazca con deficiencia de hierro. El ácido fólico que disminuye el riesgo de malformaciones congénitas. Y una aspirineta, que esa disminuye el riesgo de la hipertensión. La doctora me explicó eso cuando me los dio. P14E1

La posición de la familia frente a la implementación de este cuidado se contrapone a los beneficios expuestos por el personal de salud en el caso de los medicamentos que no corresponden a los micronutrientes, esto radica en que al desconocer los posibles efectos de los fármacos en el hijo por nacer se considera riesgoso para la mujer. Las expresiones permiten entrever que el saber que fundamenta este cuidado es predominio de la gestante sin inclusión de la familia en una educación concienzuda que permita a ellos comprender la necesidad de los medicamentos y hacer un entorno familiar más ameno con este cuidado para las mujeres. Así las cosas, se muestran los siguientes testimonios:

"Pues... el médico primero, que lo que le dieran a uno allá en... en el médico era lo único y mis papas también. Ellos... ellos lo... mantienen muy pendiente de mí, pues como viven conmigo, ellos son muy pendientes, entonces... e inclusive mi esposo él es enemigo de que yo tome pastas, a ese le da mal genio y empieza “ ay... pero es que

tanta tomadera de pastas” y yo le digo, pero es que lo que a mí me mandan pues yo me lo tomo porque no que es por el bien mío y de mi bebé...” P13E1

“Pues no sé, lo tome de cierta manera pues... mi esposo como que era escéptico, de que no... o sea como que no toma ninguna vitamina, de pronto le vaya a hacer mal al bebé, pero le explique como para controlarlo y ya, normal o sea me seguí tomando sin ninguna preocupación.” P18E1

Un medicamento ofertado comúnmente por el servicio de salud son los antimicóticos en presentación de crema vaginal para contrarrestar infecciones durante la gestación. Una opción de cuidado recomendada por la familia es el reemplazo de estos fármacos por el uso de aguas de vinagre con limón para realizar la limpieza del área genital. Ello tanto de manera preventiva como terapéutica. De lo anterior, se tiene el siguiente testimonio:

“Mi madre es la que más me dice que, como yo le había dicho que yo, estaba sufriendo un poquito de infecciones, entonces dijo que, para que no utilizara tanto esas cremas que me daba el seguro que, que, si no le quitaban pues que hiciera con el vinagre y con el limón, que eso le ayudaba mucho para las infecciones. Porque eso es lo que le ayuda al niño de pronto a adquirir algún virus, alguna bacteria, por que como el niño todo eso lo recibe, puede nacer enfermito, y si es parto normal, si uno sigue con infección no que el niño es el que recoge todo eso, todas esas infecciones. No sé, a veces un poquito de limón, agüita también a veces si no hay vinagre, unas goticas de limón y agua tibia y no más.” P1E1

Lo emic del consumo de medicamentos: En este patrón se evidencian los cuidados emic como el consumo de medicamentos no formulados como el Omeprazol para el ardor estomacal, el soportar las dolencias sin consultar y esperar que pase, pero no consumir fármacos, el no consumir medicamentos formulados distintos a los micronutrientes y el reemplazo de cremas vaginales por baños con agua con vinagre y jabón para el control de infecciones.

Lo etic del consumo de medicamentos: Desde lo etic para este patrón nacen cuidados como el consumo de hidróxido de aluminio formulado para el ardor estomacal, de levotiroxina par

hipotiroidismo, y de aspirina y calcio para prevenir hipertensión arterial gestacional y preeclampsia.

Congruencia de saberes: Desde lo emic y lo etic nace la prohibición de consumir cualquier tipo de medicamento que no sea formulado exceptuando el acetaminofén dando la congruencia de saberes encontrada en este patrón.

TABLA 3. SABERES EMIC Y ETIC DEL PATRÓN "EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS"

<p><i>Lo emic del consumo de medicamentos</i></p> <p>Soportar las dolencias y no consultar antes que tomar algún fármaco Consumo de omeprazol para el dolor estomacal Rechazo al Hidróxido de Aluminio por su ineffectividad Reemplazo de cremas vaginales por baños íntimos con agua de vinagre y jabón para el control de infecciones.</p>
<p><i>Lo etic del consumo de medicamentos</i></p> <p>Consumo de medicamentos como hidróxido de aluminio, levotiroxina y aspirina para las condiciones patológicas correspondientes.</p>
<p><i>Congruencia de saberes</i></p> <p>Consumo de acetaminofén para las dolencias generales. No consumo de medicamentos no formulados.</p>

Elaboración propia: Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón "El consumo de medicamentos"

La actividad física durante la gestación

El esfuerzo durante la gestación es uno de los peligros reconocidos por las madres para ellas y su hijo por nacer. Ellas lo evitan con acciones simples como no movilizar baldes de agua para lavar ropa o para alimentar los animales de granja o grandes cantidades de papa; contrario a la

similitud en las anteriores prácticas, se encuentran los quehaceres diarios del hogar como barrer y trapear los cuales para mayoría de gestantes puede ser un peligro, mientras que para las otras es algo normal que debe hacerse cuando corresponde. En muchas ocasiones la opción de la mujer es solicitar el apoyo de un familiar para cumplir con los deberes, siempre siendo precavidas de no ejercer ninguna fuerza, se aprecia en estos testimonios:

“Yo no hago fuerza pues... Como decir un pucho de papa pesaba, o levantar un balde con agua no, nada de eso.” P4E2

“Pues como a veces se va el agua me toca cargar el agua para cargar la lavadora, entonces el balde es pesado y a veces cuando mi mami se va yo le ayudo a ver las vacas y pues es un animal con mucha fuerza y yo ya no puedo ayudarle; y por ejemplo que días ella se fue y se soltó una vaca, pues me tocó llamar a mi hermana porque yo para correr una vaca imagínese. Pero de oficio si igual uno lo puede hacer, yo trapeo, lavo, barro; normal, no veo ningún problema; claro que si cuando trapeo siento un dolor aquí bajito.” P6E1

“Pues sí, yo la verdad es que no, yo no barro yo no trapeo, yo... lo único que le ayudo por ahí a mi mami es a cocinar, a arreglar las camas y de pronto... de pronto cocinar, y lavar pues nosotros aquí tenemos lavadora, entonces la ropa que es de restregar a mí me colaboran restregándola, mi esposo lo hace, el restregar la ropa que es de restregar, él lo hace y yo solamente lavo y cuando ya termina la lavadora el me saca las canasticas de la ropa o mi mamá, el que esté o mi hijo inclusive me colabora, y... y que, y... me ayudan con las canastillas, yo no hago fuerza de absolutamente nada, de ningún tipo, nada nada.” P13E1

El porqué de este actuar radica en prevenir un parto pretérmino, desprendimiento de placenta, aborto, malformaciones congénitas o hasta la muerte de los hijos por nacer, como se puede verse a continuación:

“Pues es buena porque pues por lo que a mí me hicieron la conización entonces pues era miedoso de que se viniera el bebé antes de tiempo y pues a un mal esfuerzo claro, ¡Pum! se salió el bebé o se le salió el líquido amniótico y uno a veces ni se da de cuenta,

entonces es bueno que le recomienden así e tener quietud y no hacer en ese estado demasiada fuerza, pues si tampoco estarce todo el día acostada pero si tener quietud y no hacer demasiada fuerza.” P4E2

“Mmm... no se la verdad, pues que el bebé este sanito, este tranquilo y pues que no se me vaya a adelantar el parto y no tener molestias, ese es un beneficio pues para mí. Si hago esfuerzo puede que se venga el bebé antes de tiempo, sí, porque a veces yo siento cuando trapeo, siento ese dolor bajito y me da angustia si, que me pase algo; mejor dicho, que le pase algo al bebé. que se puede venir el bebé y pierda al bebé sí y más que este es un bebé muy deseado; es una bebita.” P6E1

“Pues supongo que uno como hace fuerza en la barriga; así diga que no la hace, si se hace en la barriga puedo tener otro aborto.” P7E1.

Los movimientos que la madre hace durante su embarazo también son objeto de precaución y cuidado por parte de ellas especialmente el sentarse, levantarse y acostarse, lo anterior debido a que consideran que en ello existe un riesgo latente de lastimar al hijo en el útero disminuyendo el espacio en el que se desarrolla el feto. El hecho de reforzar esta medida de precaución no implica el sedentarismo, por eso es por lo que las gestantes rechazan el estarse quietas durante el embarazo. Esta recomendación nace de la madre y del profesional de salud, como se puede ver a continuación:

“Pues según, digamos, hasta uno, el médico también le dice que tiene que aprender a sentarse y acostarse porque uno mismo se daña en cuestión de la columna, se le puede con el futuro, puede uno resultar enfermo de la columna o tener una desviación de la columna. Tons tiene que aprender a acostarse de medio lado, entonces ya no va a poder hacer lo mismo como estaba acostumbrado. Y para sentarse pues ya uno tiene que sentarse con las piernas abiertas, ya no se puede sentar con las piernas cerradas por que digamos es una forma como decir para sentarse tiene que ser una posición bien para su bebé porque lo mismo usted le está apretando el vientre... No esa si ya, es por cuestión de ya de ellos, y que uno que ya sabe. Y los demás le recomiendan, los familiares, tiene que aprender a sentarse, o lo mismo para agacharse, si usted debe evitar muchas veces

agacharse. O el, y al agacharse también tiene que tener su forma y si no, supuestamente dicen que a uno se le puede venir el bebé antes” P2E1

“Ay, no para mí no; en mi caso cuando recién me alenté no me gustaba no sé porque no me gusta estar casi acostada, por ahí si sentada o así o en la noche que tenga mi sueño común y corriente. Pero de resto si casi no, para mí no me gusta estar acostada... pues yo de que descansara, descansaba después del almuerzo y si no pues no, por ahí si en la no sé por qué, pero no.” P4E2

Las anteriores recomendaciones provienen tanto de personal de salud como de familiares, sobre todo son reiteradas por sus parejas o por quienes ya han tenido una experiencia similar. Adicionalmente la familia presta un apoyo físico para que la madre pueda llevar a cabo las tareas que requieren esfuerzo y que son importantes para ella. Los testimonios expuestos a continuación, son muestra del anterior análisis:

“Los familiares, los que ya han tenido muchos hijos. Pues que uno tiene que tener cuidado y no tener como, ya no debe hacer fuerza, cuando va a utilizar, no debe alzar cosas pesadas. No tener trabajos pesados. Ya, cambia totalmente. Pues a veces me regaña por lo que (Sonrisas), hago lo que no debo hacer, me voy a traer supongamos, unas papas, me dice “¿Por qué trae todas esas papas? Usted sabe que no debe hacer fuerza.” P2E1

“En el médico, la alimentación y no hacer fuerza fue lo que me dijeron. O sea, por mi problema no hacer fuerza. Cuando me hicieron esa conización me dijeron que se podía venir antes de tiempo, entonces me dijeron que no hacer fuerza, que tratar de estarse uno quieto, fue lo que más me dijo el ginecólogo.” P4E1

“Ellos pues me ayudan en mis labores diarias para que no me esfuerce tanto, no me, ahí sí, ni me estrese, no me esfuerce mucho, guarde reposo, exactamente.” P19E1

Algo que fue posible evidenciar en las mujeres es una incoherencia percibida ante las indicaciones médicas de hacer ejercicio físico, visto éste como un posible peligro para el binomio, sobre todo en una gestante cuya indicación de cuidado principal es el reposo debido a una amenaza de aborto; por otro lado, las mujeres manifestaron sentir dolencias fuertes en las piernas y buscar alternativas para mejorarlas sobre todo a finales de la gestación. Sobresale

entonces la posible falencia en la educación frente al ejercicio físico y los cambios corporales propios del último trimestre de embarazo. De ello se encuentran los siguientes testimonios:

“El ejercicio pues es bueno, pero duelen mucho las piernas, 10 días antes de alentarme me dolieron mucho las piernas como si hubiese caminado quien sabe cuánto, pero no era porque caminara, no sabía por qué era, para que me pasara pues a veces me bañaba si sentía alivio o a veces me recostaba normal o a veces con los pies alto, pero así sobre todo yo me acostaba plana sobre la cama.” P4E2

“A mí la nutricionista me mando a hacer ejercicio, pero yo digo “¿Qué ejercicio puedo hacer yo cuando me mandaron tener un cuidado especial?”; eso es lo que yo no he logrado entender, ¿Qué ejercicio puedo hacer?, correr no puedo, caminar pues si debería caminar, pero con cuidado; entonces yo digo, en ese sentido si me pueden estar corchando poniendo 0, porque no he sido juiciosa. No he logrado ver un ejercicio que yo pueda hacer sin que vaya a perjudicar ni la vida del bebé, ni vaya a tener otro riesgo. O sea, la nutricionista me explicaba y me decía que no, pero como yo le dije, o sea yo no quiero que me le llegue a pasar nada a mi bebé ni nada por el estilo; entonces yo por eso no he empezado a practicar los ejercicios y que en si tampoco me explicaron cuales podría yo hacer y también ese es el miedo de pronto que yo haga algún ejercicio que no deba hacer.” P5E1

Las caminatas durante la gestación son reconocidas por la mayoría de las participantes como benéficas para el momento del parto; mencionan que esta actividad favorece que el hijo por nacer se encaje y asuma una posición propicia para el nacimiento, además, refieren que ayuda a aumentar la flexibilidad de las caderas para disminuir el dolor del trabajo de parto y aumentar la dilatación, todo ello, contribuye a disminuir el sufrimiento físico de la mujer; esta práctica está fundamentada en el saber popular representado en las recomendaciones de la familia y apoyado por el saber ético proporcionado por los profesionales de salud durante los controles prenatales. Las mujeres que tienen riesgo de preeclampsia o han tenido gestaciones previas con esta enfermedad, mencionan también que caminar ayuda a manejar las emociones, les permite relajarse, estar tranquilas y es favorable para controlar la tensión arterial debido a que el

sedentarismo hace que la mujer retenga líquidos y suba de peso; indican que este saber proviene del médico. Por último, dentro de los beneficios de las caminatas se encuentra la posibilidad de recuperar el peso con facilidad después del parto. De ello se evidencian los siguientes testimonios:

“Porque como es, el beneficio es, que como dicen es, caminar es, ayuda también al proceso de, de en el momento en que uno va a tener a su hijito porque dicen que entre uno más camine se va como... como el bebé, como el bebé está adentro ¿No?, entonces él necesita también su espacio y entonces uno va caminando como que va ayudando como a dilatar un poquito para que cuando en el momento del parto, no le duela a uno mucho dicen, eso dicen por acá.” P1E1

"Mis cuñadas que ellas pues... saben también porque han tenido sus hijos. Y al final del embarazo pues, es muy importante que...hacer ejercicio moderado, pues no hacer esfuerzo, sino hacer el ejercicio moderado como caminar, para que se vaya aflojando un poco las articulaciones, no sé algo así entiendo yo, para que el parto no sea tan difícil. Y yo pienso así eh... y pues la doctora también me dijo “debe caminar, camine porque eso le hace bien para que no le vaya tan mal en el parto”, o sea, que sea más fácil. Como para que se encaje el bebé bien como debe ser, si está en su posición que debe estar, para que se ayude a encajar.” P12E1

En contraste a lo anterior, para un grupo de gestantes las caminatas representan un riesgo para la vida del hijo por nacer. Este peligro se relaciona con el estado de salud de las mujeres o antecedentes patológicos, ambos generalmente relacionados con amenazas de aborto, hematomas, riesgo de parto pretérmino o conizaciones; condiciones cuyo cuidado primordial es la quietud y el reposo por recomendación médica y apoyada por el entorno familiar que busca suplir actividades diarias de la mujer para favorecer su quietud. Es por ello por lo que mientras para algunas caminar es necesario para otras es peligroso. Lo anterior, se muestra en estos testimonios:

“Pues hasta el momento yo puedo decir que me funcionó, por lo que tenía un hematoma, aunque no sé si todavía lo tenga. Que para mí eso era algo grave y la ginecóloga me

dijo “no es grave, pero es de cuidado, así que tenga quietud, sea juiciosa y lo puedes sacar adelante” y efectivamente, aunque me costó mucho, porque como le dije no estoy acostumbrada a quedarme quieta, entonces me costó mucho trabajo, pero afortunadamente si me sirvió mucho pues para que el hematoma disminuyera y no aumentara, porque se pone a hacer un movimiento brusco o actividades normales, pues el hematoma va a aumentar y puede ocurrir un aborto, que es lo que no estamos deseando en este momento. Entonces por eso juiciosa.” P5E1

“Pues como con el primer embarazo me prohibieron caminar mucho entonces trato de no hacerlo en este, yo no sé, pero por ejemplo fui un día y me puse a caminar de un trayecto más o menos de acá a Combita... menos y esa noche me empezaron cólicos y dolores antes de tiempo, el nació antes de tiempo, y como ya había tenido un aborto pues es mejor no caminar tanto. Pues no me ha dicho nada el doctor de eso todavía.” P7E1

Las participantes reconocen que el sueño es un cuidado benéfico para ellas y el hijo por nacer cuyo aporte está relacionado con el descanso. La tranquilidad del producto y su bienestar; el ideal del cuidado es dormir bien, es decir, 8 horas diarias. Las mujeres refieren que la información fue tomada de la cultura popular, de recomendaciones variadas y del especialista, como se puede ver en las siguientes expresiones:

“Dormir las 8 horas, lo que pasa es que yo no duermo las 8 horas, lo que pasa es que antes no dormía las ocho horas. Por eso le digo dormir bien. Yo no duermo en el día, porque si duermo de día ya no duermo en la noche, y aun así estando embarazada tampoco. Pero que yo duerma por decir desde las 8 de la noche a las 5 de la mañana, por mi está bien. Porque antes de embarazarme no dormía. No sé de dónde viene, yo siempre he escuchado que dormir bien es bueno para el bebé, porque esta como más tranquilo. el ginecólogo, me dijo que tenía que descansar, dormir, que, si podía hacer una siesta que la hiciera en la tarde, pero la verdad no, si me acuesto a dormir no entrego mi trabajo.” P6E1

“Escuche... no lo digo, no sé científicamente, pero he escuchado mucho que dicen que para las gestantes dormir mmm... no sé, se puede hacer una buena gestación me

imagino, o sea según lo que me dicen; no lo digo porque tenga conocimiento científico; pero porque me lo dicen.” P18E1

Lo emic de la actividad física durante la gestación: En este patrón se evidencian los cuidados emic como no hacer ningún tipo de esfuerzo sea gestante sana o no, siempre solicitar que alguien colabore con las cosas pesadas o los quehaceres de la casa, y peligrosidad de cualquier actividad física cuando hay patologías de base.

Lo etic de la actividad física durante la gestación: De lo etic proceden cuidados como no hacer esfuerzos sobre todo en mujeres con conización previa, con placenta previa o riesgo de aborto, hacer ejercicio cuando hay obesidad.

Congruencia de saberes: Desde lo etic y lo emic sobresalen las caminatas como estrategia para facilitar el parto, o por el contrario la suspensión de actividad física cuando la gestante presenta una patología de riesgo, y dormir bien.

TABLA 4. SABERES EMIC Y ETIC DEL PATRÓN “LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA GESTACIÓN”

<i>Lo emic de la actividad física durante la gestación</i>
No movilizar baldes pesados con agua, comida para los animales o tubérculos. Pedir apoyo para realizar los quehaceres de la casa.
<i>Lo etic de la actividad física durante la gestación</i>
Sentarse, levantarse y acostarse con especial precaución. Reposo cuando hay patologías de base que impliquen riesgo para el hijo por nacer o la madre
<i>Congruencia de saberes</i>
Caminatas como benéficas para encajar el bebé, aumentar la flexibilidad de la cadera, disminuir el dolor del trabajo de parto y permitir la recuperación del peso.

Elaboración propia: Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón “La actividad física durante la gestación”

La tranquilidad y las emociones durante la gestación

La tranquilidad, vista por las participantes como un estado de comodidad y relajación, se alcanza cuando la mujer logra controlar las emociones como la rabia o la tristeza, y vive en un entorno que favorece la calma y le permite manejar situaciones que le generan estrés. El objetivo de obtener esta sensación es garantizar que el niño se encuentre sano en el útero de la madre y prevenir condiciones como la hipertensión gestacional o la preeclampsia. Las participantes consideran que las emociones de la mujer son transmitidas al hijo por nacer quien experimenta todos sus estados de ánimo y por ende sufre afectaciones según los sentimientos que ella tenga, es por ello por lo que las mujeres asocian la tristeza con problemas cardíacos en los hijos por nacer. Estos saberes sobre las consecuencias se basan en indicaciones médicas que buscan que la gestante no se exponga a situaciones estresantes y la familia refuerza la visión de la tranquilidad como benéfica y necesaria para una gestación tranquila. Como muestra de lo anterior se evidencian los siguientes testimonios:

“Mi familia me recomendó no, no tener, dolores de cabeza como dice rabias, no tener angustias, procurar estar tranquila porque todo eso le afecta al bebé. Siempre uno trata de hacer, de controlar todo eso, pero es que no falta a veces los inconvenientes, y uno como dice, la pensadera no lo deja a uno, entonces siempre uno que, pues si no tiene que evitar también eso y como dice el cuento, primero yo y después los demás. Es el riesgo más...” P1E1

“Mi mamá me da consejos, me dice que nada de estar triste que eso le afecta mucho al bebé, en lo económico también me ayuda bastante. Digamos ella me dice que llorar hace que el bebé nazca a veces con problemas del corazón porque eso, lo que uno piensa y siente, ellos lo sienten.” P16E1

“Pues yo creo que sí, pues trata uno de, o sea, vive como más tranquilo, más relajado... Pues va a disminuir los riesgos de una preeclampsia... Porque si uno vive alterado y de mal genio se le va a subir la tensión arterial. Esa recomendación me la dio la psicóloga cuando asistí a la primera cita.” P19E1

Lo emic de la tranquilidad y emociones durante la gestación: En este patrón se evidencian los cuidados emic como el no llorar porque la tristeza causa problemas cardiacos en los hijos por nacer.

Lo etic de la tranquilidad y emociones durante la gestación: Exclusivamente desde lo etic no se encuentran cuidados para este patrón.

Congruencia de saberes: Desde lo emic y lo etic nace la recomendación de no tener rabias para prevenir la hipertensión arterial y la preeclampsia.

TABLA 5. SABERES EMIC Y ETIC DEL PATRÓN “LA TRANQUILIDAD Y LAS EMOCIONES DURANTE LA GESTACIÓN”

<p><i>Lo emic de la tranquilidad y las emociones durante la gestación</i></p> <p>El no llorar porque la tristeza causa problemas cardiacos en los hijos por nacer</p>
<p><i>Lo etic de la tranquilidad y las emociones durante la gestación</i></p> <p>No tener rabias para prevenir preclampsia</p>
<p><i>Congruencia de saberes</i></p> <p>Manejar las emociones y el estrés para prevenir malformaciones en el hijo y no afectar la salud de la madre.</p>

Elaboración propia: Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón “La tranquilidad y las emociones durante la gestación”

Cuidados generales para el cuerpo

Los cuidados generales del cuerpo incluyen los aspectos relacionados con el aseo general y el uso de prendas de vestir adecuadas. El primero de ellos busca mantener la higiene de la zona genital debido a la predisposición a infecciones en la mujer gestante, para ello tienen cuidados con el jabón que usan implementando el vinagre para mantenerlas controladas, por otro lado,

también se encuentran las cremas y aceites para las estrías. La ropa debe ser holgada, que no impida que le llegue oxígeno al fruto, los zapatos que no tengan tacón, pero sí que sean ligeramente altos para evitar el riesgo de caídas y controlar el cansancio, y a manera general facilitar el desarrollo del hijo dentro del útero materno. Estas recomendaciones nacen tanto de los profesionales de salud como los familiares que apoyan la práctica. De ello se presentan las siguientes expresiones:

“Bueno uno bañarse diariamente, procurar no usar así jabón de, de baño, por que como el jabón de baño tiene mucho químico, entonces las partes íntimas a veces a uno le producen mucha infección. Bañarse uno con agüita tibia y un poquito de vinagre para evitar las infecciones, porque uno de embarazada siempre recoge mucha infección o sea así sea donde se siente, en el baño, dónde sea uno siempre es propenso a muchas infecciones, entonces, como dicen uno que bañarse con agua tibia y unas poquitas gotas de vinagre y bañarse.” P1E1

“Ah!, zapatos planos, sí señora para la buena circulación como que es que funciona. Eso me lo recomendó un médico y uno que ya sabe, digamos, porque siempre ha sido mamá, entonces ya sabe. Tonces es así.” P2E1

Lo emic de los cuidados generales: De este patrón nace un cuidado emic que es el uso de vinagre y limón en los baños genitales para la limpieza.

Lo etic del consumo de medicamentos: Desde lo etic nace el uso de zapatos cómodos.

Congruencia de saberes: Desde lo emic y lo etic nace el no uso de ropa ajustada.

TABLA 6. SABERES EMIC Y ETIC DEL PATRÓN “CUIDADOS GENERALES PARA EL CUERPO”

<p><i>Lo emic de los cuidados generales para el cuerpo</i></p> <p>Uso de vinagre y jabón para el lavado genital por recomendación familiar. Uso de cremas para disminuir las estrías.</p>
<p><i>Lo etic de los cuidados generales para el cuerpo</i></p> <p>Uso de zapatos que no tengan tacón pero que no sean planos para prevenir el cansancio y las caídas</p>
<p><i>Congruencia de saberes</i></p> <p>Usar ropa holgada para prevenir que se corte la circulación al hijo por nacer.</p>

Elaboración propia: Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón “Cuidados generales para el cuerpo”

Experiencias de vida y cuidado

Las participantes de este estudio narraron distintas experiencias relacionadas con la gestación que han influido en los cuidados que implementan en el proceso actual. Una de ellas tiene que ver con las condiciones de salud de otras gestantes que desencadenaron en la afectación del hijo por nacer o la muerte de la madre, abarca la presencia de infecciones del tracto genitourinario no tratadas, la detección de malformaciones que hacen la vida extrauterina inviable en fetos de madres con placenta previa, y enfermedades respiratorias y preeclampsia con resultado fatal en la gestante, pero cuyos hijos por nacer sobrevivieron. Estas situaciones fueron extraídas de las entrevistas de participantes que cursan con las mismas patologías y se encuentran en seguimiento, mencionadas con el objeto de aseverar la necesidad de cuidado para evitar presentar situaciones similares a los casos que conocieron. Algunos testimonios son los siguientes:

“Claro, porque uno a veces decía “Ahhh es un dolor de cabeza eso es rutinario” y a veces hay personas ò hubo personas allá que murieron por eso. Si, a ella le dio una gripa y que no la atendieron y tenía dolor de cabeza y dolor de cabeza; se vino al hospital y la devolvieron que eso era una gripa y ya cuando vino le dio fue bronconeumonía y ya cuando vino no la pudieron salvar, entonces si es eso de que una gripa en cualquier momento y pues como en ese estado uno no puede tomar nada, pero es bueno que al menos le digan “no, está bien”; pero a veces ahí si hay errores de médicos, que no lo miran bien para asegurarse de que sea así.” P4E2

“Son muchas cosas que a uno se le vienen y que digo son cosas de momento porque igual pedirle mucho a Dios porque él es el único que sabe que va a pasar y lo que pasa es que yo tuve un caso de una vecina en Tunja, que a ella le dio preclamsia y entonces como que, nació mi hija y a los dos meses a ella le paso lo de preclamsia en la cual falleció ella, o sea le salvaron la niña pero falleció ella. Entonces era donde yo le decía a Dios “Gracias Dios porque a mí no me alcanzó a dar eso”, todo eso como que lo tenía ahí reprimido, por eso yo decía “no, otro embarazo no porque no sé qué va a pasar” porque nunca tuve antecedentes de tensión alta ni nada.” P5E1

En el caso de la tensión arterial las mujeres no solo tienen conocimiento de otras gestantes sino que en sus embarazos previos cursaron con preeclampsia presentada de forma distinta, mientras que para una mujer sus controles prenatales siempre mostraron indicadores de normalidad y durante el parto presentó crisis hipertensiva en el otro se diagnosticó con anterior y se programó cesárea; sin embargo, en ambas se genera temor frente a su proceso gestacional, ya sea por los procedimientos médicos a los que fueron sometidas o por el control del que deben ser sujetos por el riesgo de volver a presentarla. A ello se suma los acercamientos que las mujeres tienen con el sector salud para la atención de urgencias en los cuales refieren se han sentido vulneradas por el dolor que les puede causar los procedimientos o la cercanía a la atención a otras mujeres en trabajo de parto, generando en ellas un trauma. De ello tenemos los siguientes testimonios:

“Mucho miedo y mi esposo si decía que otro más adelante y yo decía que no, que ya no quería más hijos; miedo en el sentido que en el segundo parto como te comentaba la tensión fue muy alto y no me gusto eso, esa calor que sentía y conectada a... eso que le

toma la tensión a uno con ese aparato y esa sensación o sea yo le he pedido mucho a Dios, porque esa sensación no me gusto y después del parto yo quedé muy inflamada, pero me decían que de pronto era por lo que tuve la tensión alta y después del parto me iban a hacer el examen de la preeclampsia.” P5E1

“Pues eh... que yo tenga un dolor tipo cólico y ya tengo que ir al hospital y ya he estado dos veces allá y para mí es una mamera estar allá; es muy fastidioso y ver las que ya están a punto de parto como que digo yo, que no hacen nada sino hasta que no las ven ahí tiradas en el piso retorciéndose del dolor no las canalizan y las entran; entonces como que hay Dios mío, las dos veces que he ido allá es como muy traumático y la última vez que fui ¡Uy! que me meten esa sonda, esa vez llore y mas que es como demorado, llegue a medio día estaba en el trabajo y me coge ese dolor y hágale para el hospital y entonces fue cuando ellos me dijeron es que está muy bajito y la matriz está muy suelta, entonces por lo menos ya sé que va a ser el único bebé porque lo mejor es sacarme la matriz y pues bonito no?, solo tener un baby.” P8E1

Las vivencias de gestaciones previas también han influido en los saberes a las mujeres para mejorar procesos en sus gestaciones actuales; ello incluye una mayor seguridad frente a prácticas alimenticias y el seguimiento al peso del feto en la presente gravidez, y el saber diferenciar los dolores de parto de contracciones aisladas, como se puede observar en los testimonios a continuación:

“Eh... ¿para lo del vomito? pues... no, pues yo misma, pues... tener cuidado, mirar alguna manera que uno pueda comer, mirar si... si de pronto estándose quietico uno, acostado, puede desayunar mejo, porque si uno se levanta a desayunar al comedor o lo que sea de pronto se le dificulta más comer. Bueno, varias cosas que uno tiene que... que experimentar, yo dije pues... me siento mejor aquí recostada, pues que alguien le traiga a uno su desayuno y descansar ahí, porque uno bueno de pronto no sé si será ansiedad lo que le da a uno no sé, entonces al levantarse pues ya no puede estar tranquilo desayunando, pues pienso yo, pues... así me pasaba a mí.” P12E1

“Yo tuve dolores, pero me sentí pues normal, o sea, me dieron... me dieron y pues yo dije ¿Será que me voy? O será que no, pues yo dije, eso es como todo, pues yo ya tengo

una niña, entonces como uno ya ha pasado por eso ya sabe uno cuando es que le toca irse, para qué, ¿sí? entonces como no fueron tan seguidas.” P17E1

“Pues de todas maneras como yo ya soy madre, ya he tenido dos niñas, pues ya uno tiene la experiencia y mis dos niñas anteriores ellas han nacido bien de peso y de estatura, antes demasiado grandesitas.” P19E1

El cuidado de las gestantes desde la perspectiva del personal de salud

Los participantes generales de esta investigación orientaban el curso de atención a la maternidad y paternidad segura y estaban a cargo de los controles prenatales. Son relevantes en las narraciones de las mujeres participantes claves ya que fueron mencionados como gestores de saberes éticos a través de las entrevistas realizadas. Al buscar en el personal de salud la interpretación de cuidado que, según ellos, tienen las maternas de sector rural que asisten a controles en la E.S.E. Centro de Salud de Combita se encontró que la alimentación es el principal cuidado de las gestantes a la luz de los participantes generales, concordando con los resultados obtenidos de la información de las entrevistas previas, cabe resaltar que ellos reconocen que este tema es un énfasis educativo tanto de los cursos como en los controles; refieren también el consumo de frutas y verduras y la disminución de la ingesta de grasas como aspecto educativo primordial durante la atención a las mujeres. Por otro lado, surge el aspecto económico como un factor que influye en un adecuado régimen dietario, sin embargo, en este se encuentra una contradicción en la posición del personal de salud el cual asume que las mujeres deben tener una buena alimentación a pesar de que ellas refieran tener un alto nivel de pobreza. Podemos encontrar entonces los siguientes testimonios:

“Pues es que todos no tienen acá la capacidad para, en cuanto yo les digo la alimentación porque otros cuidados... aunque sean muy pobres yo les digo que tienen para su jugo diario o su vaso de leche entonces el que no se cuida bien es porque no quiere, porque

aunque sea para un caldo de papa con un hueso, que yo creo que tienen todas las mañanas, entonces yo creo que ellas se cuidan bien, más que todo que la mayoría están con su esposo, es porque viven con ellos en su finca en veredas. Entonces yo creo que ellas si se alimentan bien, no una excelente alimentación, pero sí una buena alimentación.” PG1E1

“En primer lugar, la parte de la alimentación, son varios aspectos, se cuidan mejorando los hábitos de alimentación, de disminuir el consumo de grasas, aumentando el consumo de fibra, por lo que aparte de la fisiología que cambia por el embarazo, también por los micronutrientes que se adicionan generan más patologías, más sintomatología, como el estreñimiento, como la dispepsia entonces se educa a las gestantes y mejora sus hábitos alimenticios, por los síntomas que están presentando, se educa en el centro de salud haciendo la parte de curso de preparación para la maternidad y la paternidad, también una amplia educación de como tienen que reconocer los signos de alarma, como tienen que reconocer el inicio de trabajo de parto. también la educación sobre la lactancia materna y los cuidados del recién nacido.” PG1E1

Complementando la alimentación los participantes generales identifican en las usuarias la priorización de los controles prenatales como parte de sus cuidados que también concuerda con el beneficio que las madres expresaron en las entrevistas siendo este el detectar enfermedades de manera pronta, así también se mencionan prácticas como la toma de sus exámenes, la tranquilidad en la mujer dirigida hacia la estabilidad mental, el aseo genital enfocado hacia la precaución con los jabones íntimos y la ropa ajustada, las que sobresalieron como prácticas de cuidado en la presente investigación. De esto, se presentan las siguientes expresiones:

“La alimentación y la asistencia a sus controles y sus exámenes. Y tener una tranquilidad, una estabilidad mental porque si no tienen estabilidad mental no hay nada.” PG1E1

“El beneficio de los controles es que se previenen las patologías, se detectan tempranamente las enfermedades que se lleguen a presentar durante el embarazo y tratarlas adecuadamente para prevenir complicaciones durante el embarazo y en el

trabajo de parto y ya cuando nazca detectar tempranamente, que es la idea de realizar los controles. Si, ellas preguntan, el por qué se hacen los exámenes.” PG2E1

Algunas dificultades para ejercer los cuidados sobresalen de los testimonios de los participantes generales. El factor económico, la inasistencia a los controles prenatales por la lejanía del hogar y la falta de interés en los servicios que se brindan fueron identificadas en la presente investigación desde el aporte de los participantes generales y desde las participantes clave. Sin embargo, así como estos aspectos aparecen también se evidencia una ausencia de comunicación entre el personal y las gestantes para encontrar el origen de la falencia o una alternativa de cuidado concertada y culturalmente congruente. De lo anterior podemos ver las siguientes expresiones:

“No les he preguntado si tienen algún cuidado especial durante el embarazo. No, la verdad no... No. Ellas no son de auto cuidado propio, ellas son más de estar encima de ellas, y de uno estar diciéndoles las cosas mensualmente si uno no les dice que tienen consulta en un mes ellas no vienen a la consulta o no preguntan, si no, no les dice que tienen que hacerse los exámenes trimestrales, ellas no se hacen los exámenes trimestrales, uno tiene que estar encima de ellas diciéndoles ya se vacuno, ya se hizo los exámenes como se está alimentando, que cuidado está teniendo, está viniendo a los cursos, todo si no ella no van a hacerlo, por voluntad propia no.” PG1E1

“Varias de estas gestantes no asisten regularmente a sus controles prenatales, y no asisten a los cursos donde se les explica todo lo del cuidado. No he indagado porque se presenta la inasistencia, realmente no. Cuando les pregunto en los controles porque no vienen dicen que, porque viven muy lejos, se les olvido la cita...” PG2E1

La edad es otro aspecto que los participantes generales notan que influye en los cuidados de la gestante; mientras más joven y menos partos ha tenido la mujer más abierta a los saberes éticos limitando con el desconocimiento absoluto del tema, mientras que a mayor edad y debido a la experiencia no toman en cuenta la opinión del personal de salud. De ello podemos ver el siguiente testimonio:

“Pues las que son por decir de 14 a 20 años, 25 porque son muy jóvenes, pues me imagino yo, por qué yo quede en embarazo también muy joven, no ven como la noción del tiempo y no creen que eso sea algo tan, pues como tan grande y no ven un embarazo como tan importante. y ya las adultas porque dicen que ellas crían a sus hijos así, y las que ya tuvieron un bebé, entonces no creen en lo que uno les dice o en las cosas.” PG1E1

Frente a los cursos de preparación para la maternidad y paternidad seguras se observó que los participantes generales identifican en las mujeres una cantidad elevada de dudas frente al cuidado y a su proceso gestacional. Sin embargo, resaltan la percepción de que las mujeres eligen sus cuidados basados en la experiencia sobre la información brindada por el agente educativo que lidera el curso, nuevamente se resalta la ausencia de intención de implementar estrategias de cuidado culturalmente congruente que permita que la educación sea efectiva. De ello se encuentra la siguiente expresión:

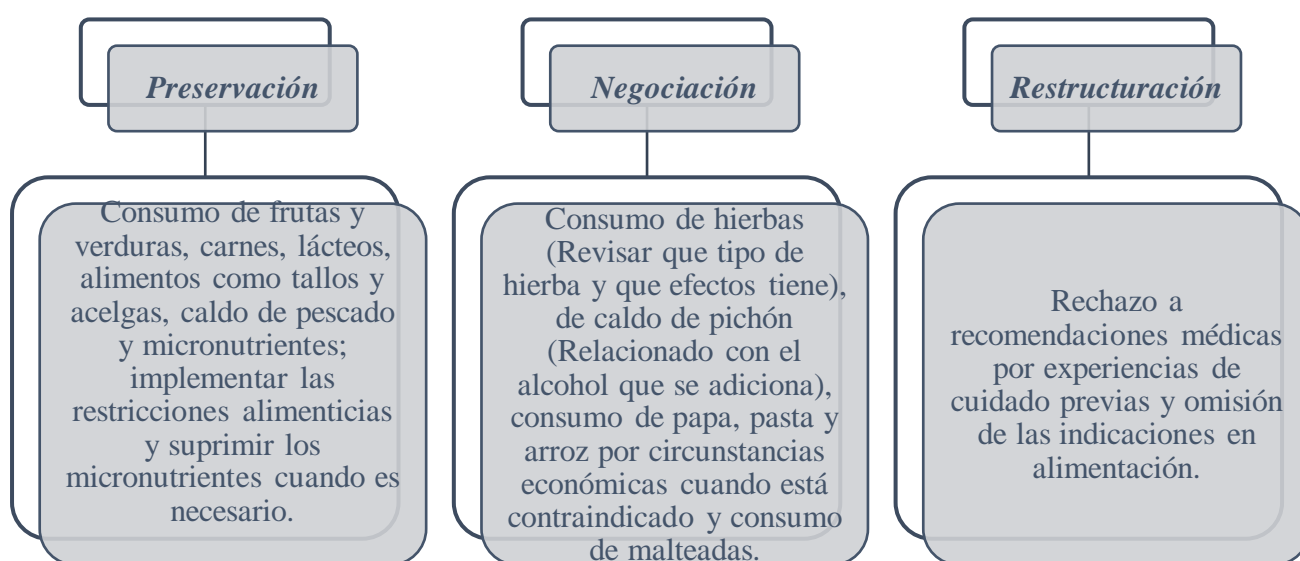
“Las cosas como ellas digan, por ejemplo, cuando les di la charla de lactancia materna. Ellas no creen que solamente lactancia materna exclusiva, ellas creen que hay que meterle la agüita por qué les da sed, porque ellas vienen con esas creencias o esos mitos y es muy difícil quitarle esas cosas porque la mamá de ella les dijo que si hay que darle la agüita o si hay que darle el caldito para que coja "fuerza". En cuanto a la alimentación más que todo, porque antes no se hablaba tanto de lactancia materna exclusiva, pero otras cosas no.” PG1E1

4.5. PROPUESTA DE CUIDADO CON APLICACIÓN DE LOS MODOS DE ACCIÓN

Los resultados de esta investigación permitieron identificar saberes emic y etic analizados y presentados específicamente en los patrones de alimentación durante la gestación, los controles prenatales en la gestación, el consumo de medicamentos, la actividad física durante la gestación, la tranquilidad y las emociones durante la gestación y los cuidados generales para el

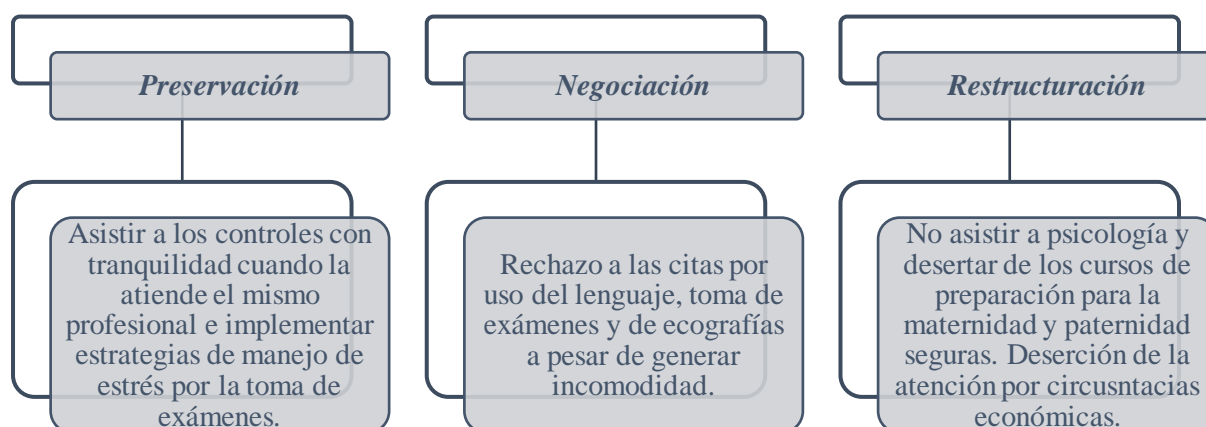
cuerpo. Cada uno de los saberes manifestados por las mujeres se relacionan directamente con las significancias que ellas asignan a sus procesos de vida y gestación, son susceptibles de ser analizados bajo la teoría de la universalidad de cuidado de Madeleine Leininger. A continuación, se presenta la aplicación de los modos de acción de cuidado a las prácticas identificadas según la intervención más apropiada ubicando los conocimientos encontrados en la línea de preservación, negociación o reestructuración. Esta propuesta puede ser usada como fundamento de una intervención de cuidado culturalmente congruente con esta población que permita mejorar la atención brindada reconociendo sus saberes.

FIGURA 2. APLICACIÓN DE LOS TRES MODOS DE CUIDADO EN EL PATRÓN "ALIMENTACIÓN EN LA GESTACIÓN"



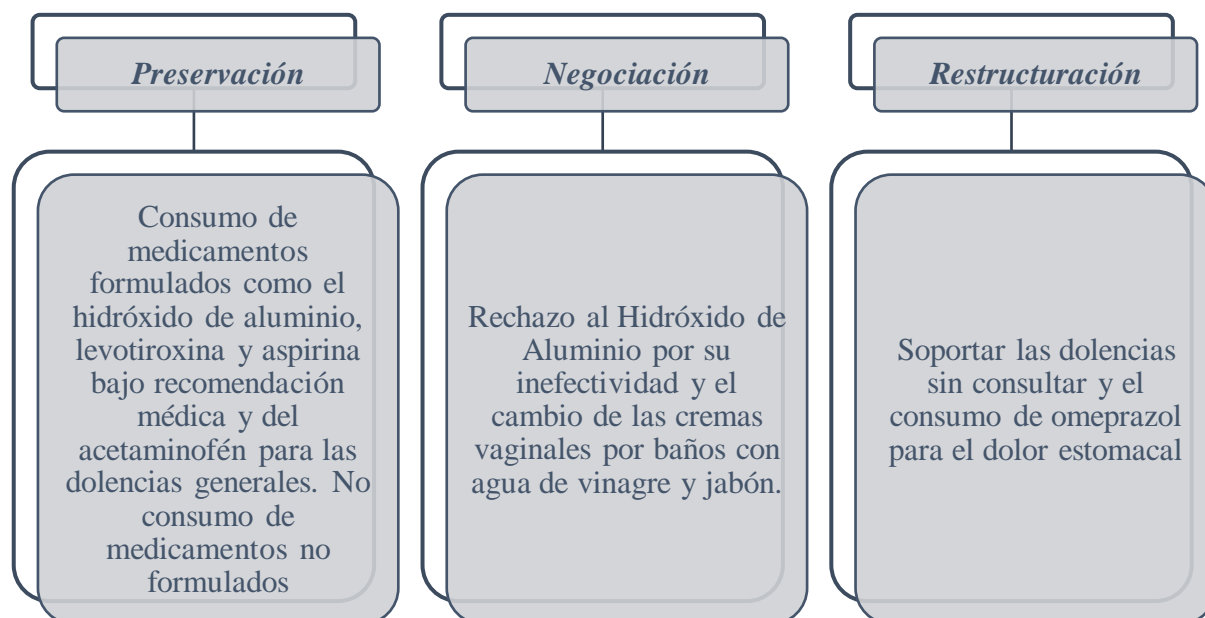
Elaboración propia. Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón "Alimentación en la gestación" y en los modos de cuidado propuestos por Leininger (1988).

FIGURA 3. APLICACIÓN DE LOS TRES MODOS DE CUIDADO EN EL PATRÓN "LOS CONTROLES PRENATALES EN LA GESTACIÓN"



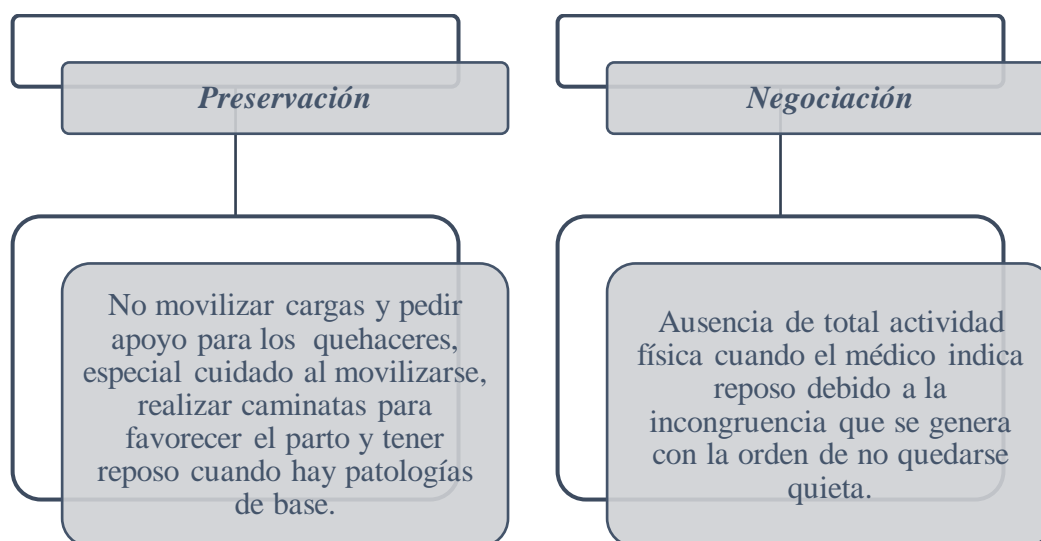
Elaboración propia. Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón “Los controles prenatales en la gestación” y en los modos de cuidado propuestos por Leininger (1988).

FIGURA 4. APLICACIÓN DE LOS TRES MODOS DE CUIDADO EN EL PATRÓN "EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS"



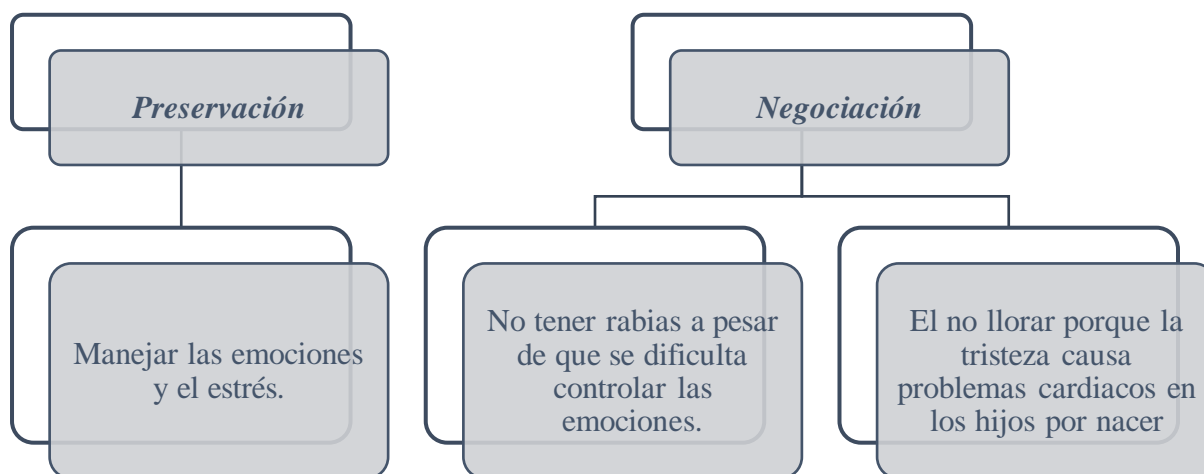
Elaboración propia: Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón “El consumo de medicamentos” y en los modos de cuidado propuestos por Leininger (1988).

FIGURA 5. APLICACIÓN DE LOS TRES MODOS DE CUIDADO EN EL PATRÓN "LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA GESTACIÓN"



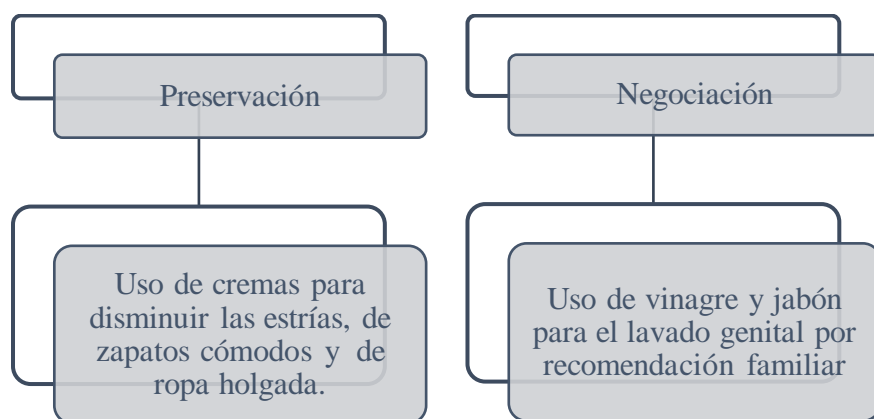
Elaboración propia: Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón “La actividad física durante la gestación” y en los modos de cuidado propuestos por Leininger (1988).

FIGURA 6. APLICACIÓN DE LOS TRES MODOS DE CUIDADO EN EL PATRÓN “LA TRANQUILIDAD Y LAS EMOCIONES DURANTE LA GESTACIÓN”



Elaboración propia: Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón “La tranquilidad y las emociones durante la gestación” y en los modos de cuidado propuestos por Leininger (1988).

FIGURA 7. APLICACIÓN DE LOS TRES MODOS DE CUIDADO EN EL PATRÓN “LOS CUIDADOS GENERALES”



Elaboración propia: Basado en los saberes emic y etic extraídos de los resultados analizados en el patrón “Los cuidados generales” y en los modos de cuidado propuestos por Leininger (1988).

4.6. DISCUSIÓN

Una vez analizadas las entrevistas, se hace necesario realizar una comparación de lo encontrado con la literatura actual sobre el tema de cuidado en gestación para de esta manera centrar los datos hacia la realidad de las gestantes y del sistema de atención, esto con la intención de orientar una propuesta de cuidado más realista, efectiva y justificada no solo en los resultados sino en la literatura científica ya existente.

a) Significados de gestación y cuidado

Un apartado inicial en los resultados de la investigación son las concepciones de gestación que incluyen una bendición, la compañía y las emociones; así mismo, surgen las significancias que las mujeres asocian al cuidado. Teniendo en cuenta que una situación como la gestación es un evento profundamente significativo en la vida de la mujer y en este surgen una serie de tradiciones culturales y religiosas que brindan apoyo a la salud en general y en el que se descubren sentimientos espirituales, pensamientos y experiencias culturales diversas en las gestantes, pero que podrían ayudar a encontrar un lenguaje común y ser tenido en cuenta

durante los procesos de cuidado de estas personas, como es expresado en la investigación “Voz interior de las mujeres embarazadas: un estudio cualitativo” (Manookian, Tajvidi, & Dehghan-Nayeri, 2019). En la misma se expresa la concepción de las madres frente a la experiencia de la gestación identificándola con una mayor responsabilidad toda vez que llevar un ser inocente las hace más responsables de cuidarlo.

Las concepciones religiosas deben ser consideradas dentro de la atención de salud sobre todo cuando ellas aportan significados al proceso que vive la mujer, para poder garantizar un cuidado culturalmente congruente dichos significados deben ser reconocidos por los proveedores de salud y darles valor dentro del cuidado, un valor que en este caso podría ser la motivación para las acciones de cuidado, ello porque resulta interesante que dos patrones como lo son *“La gestación como una bendición de Dios”* y *“La gestación como una responsabilidad”*, en los que Dios brinda un regalo para que la madre pueda cuidarlo y ese cuidado se considera una responsabilidad por tener otra vida consigo; se relacionen con el patrón *“Motivos y beneficios del cuidado durante la gestación”* en el que se indica que las malas acciones son una irresponsabilidad para con el fruto y que deben implementarse acciones de cuidado pero será lo que Dios quiera.

Las creencias espirituales les permiten a las gestantes entender su lugar en el mundo. La importancia que para ellas tienen estas experiencias hace que se conviertan en un apoyo para afrontar la situación que viven y eso lo manifiestan a través de valores, ritos y creencias, siendo una etapa con muchos sentimientos encontrados por los que atraviesan (Muñoz Henríquez & Pardo Torres, 2016). Esos sentimientos en esta investigación son expresados en patrones como *“Gestación como fuente de sentimientos y emociones”*, *“Gestación como compañía”* y la *“Gestación como causante de temor”* los tres muestran la contrariedad de emociones que rodean a las mujeres; las circunstancias descritas en estos patrones concuerdan con otros estudios en que emergieron categorías que dan cuenta de la maternidad como proceso, con

preocupación, responsabilidad, adaptación/acomodación y como una experiencia positiva lo que ha llevado a la conclusión de que entender este proceso orienta el quehacer de los profesionales de la salud hacia una atención prenatal armonizada con las expectativas de la gestante (Cáceres Manrique, Molina Marin, & Ruiz Rodriguez, 2014). Es así como, para la particular de este estudio comprender la religiosidad, la responsabilidad, los sentimientos positivos y los temores, puede ser un punto de partida para encontrar motivantes para la preservación, negociación y/o reestructuración de prácticas de cuidado.

El segundo tema encontrado enmarca las interpretaciones de cuidado y las prácticas de cuidado en diez patrones de los cuales la *“interpretación de cuidado durante la gestación”* y *“Los motivos y beneficios del cuidado durante la gestación”* permiten evidenciar que protegerse y mantenerse sana ella y al hijo por nacer hasta el momento del parto son metas que la mujer quiere lograr implementando las practicas emic y etic que se describen en el presente documento, comportamiento similar se ha encontrado en investigaciones realizadas con adolescentes gestantes en Barranquilla (Muñoz Henríquez & Pardo Torres, 2016) y mujeres gestantes mayores de 14 años de Bucaramanga (Cáceres Manrique, Molina Marin, & Ruiz Rodriguez, 2014). Considerando entonces que una mujer asocia una interpretación particular al cuidado según sus creencias sustentando en ella las prácticas que implementa y que para ello no solo considera su definición de cuidado sino que se establece un objetivo a lograr con la aplicación de cuidados que se convierte en la razón de ser de las prácticas, y que, todos estos pueden ser conocidos por el proveedor de salud si desde él se entrega una postura empática hacia los saberes culturales, costumbres, creencias y valores que construyen el quehacer de la mujer frente a su proceso, la atención de salud y especialmente desde enfermería podrá ser encaminada hacia los cuidados culturalmente congruentes y el tan importante bienestar materno perinatal.

b) Prácticas de cuidado Emic y Etic

Las prácticas de cuidado han sido analizadas a la luz de la teoría de la Universalidad del Cuidado en la presentación de resultados, sin embargo, cabe abrir espacio a la comparación de los saberes surgidos en esta investigación frente a otros estudios con población similar. Es así como encontramos que mientras que en un estudio realizado en el 2017 en un Hospital de Lima con mujeres que asistían al consultorio de gineco – obstetricia, mediante la aplicación de encuestas, se encontró que un 25.8% de gestantes tienen conocimientos sobre alimentación durante la gestación, teniendo un 18.3% adecuadas prácticas alimentarias (Francia Ramos, Correa Lopez, & De la Cruz Vargas, 2018); en la presente investigación, en el patrón *“La alimentación en la gestación”* se encontró que las mujeres conocen los beneficios de la alimentación saludable y ponen especial énfasis en el consumo de frutas y verduras, proteína como carne, pollo y pescado, y lácteos; información que coordina con una metaetnografía sobre estudios cualitativos sobre la atención desde la perspectiva cultural a mujeres con embarazo fisiológico que evidencia que las mujeres consideran la alimentación como una forma de preservar el bienestar de la madre y del feto, y se logra a través de un cambio de alimentación y prácticas beneficiosas (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodriguez, 2019), como comer bien e incluir los mismos alimentos que surgieron en el análisis de las entrevistas de la presente investigación. Adicionalmente, el comer a horas y los nutrientes adecuados previene alteraciones en el peso del hijo por nacer como se pudo evidenciar en la investigación *“Prácticas culturales en la relación madre adolescente, madre y abuela para el cuidado del recién nacido”* donde se evidencia que esta alimentación previene desnutrición fetal y materna y adecúa un buen parto (Gutiérrez, Colmenares, Paredes, & Ortega, 2015).

Es interesante detectar como los estudios que facilitan el acercamiento entre los sujetos y el investigador proporcionan datos más amplios en cuanto a saberes y prácticas que las mujeres

tienen en su cotidianidad. Dicha circunstancia es la misma que se puede generar en la atención en salud a las gestantes; entre mejor sea la comunicación con el profesional de salud, con mayor reconocimiento del aporte cultural a los cuidados de la mujer, mayor es el compartir de saberes y más amplia la posibilidad de tener impacto en la salud de las gestantes, un ejemplo es el hallazgo del consumo de hierbas a expensas de la prohibición hecha por el proveedor de salud y el hecho de negar esta acción en las consultas a pesar de realizarla.

Esta circunstancia debe considerar la inclusión de la red de apoyo familiar como dadores de saber ya que fue posible evidenciar que el mayor aporte de cuidados nace de lo emic, siendo congruente con etic en algunas situaciones, pero contradictorio en otras. Al respecto se recuerda que la gestante busca cuidados que en su mayoría son retomados del contexto en el cual se desenvuelven, es decir, los aprenden de las mujeres que las rodean, entre ellas la madre, las cuñadas, la abuela y la suegra, quienes con su experiencia transmiten legados intergeneracionales (Muñoz Henríquez & Pardo Torres, 2016).

Los controles prenatales constituyen otra práctica de cuidado y uno de los patrones surgidos en el presente documento cuya mayor importancia radica en la posibilidad de hacer un seguimiento a los eventos en salud que pueda presentar la madre o el hijo por nacer. Sin embargo, existen dificultades para asistir relacionadas principalmente con condiciones económicas, la distancia y el desconocimiento del proceso administrativo para apartar las citas de primera vez y de controles, así como, las fechas de los cursos de preparación para la maternidad. Circunstancia similar presentan las mujeres de 13 municipios de Bolívar cuya principal razón para la inasistencia a los controles debido a mucho trámite en la Empresa Promotora de Salud, seguido de otras razones como desconocimiento del embarazo, tener pereza y no tener tiempo (Castillo Ávila, y otros, 2017). Teniendo en cuenta que los patrones previamente analizados evidencian el hijo por nacer como una bendición, el temor a perderlo o no ofrecerle suficientes cuidados y la disposición de las mujeres al cuidado, estos deben ser

un motivante para lograr la presencia de las mujeres dentro del control prenatal sin desconsiderar todos los aspectos que hacen parte de su cultura como también lo es su condición económica y su ubicación geográfica.

El cuidado prenatal permite la identificación de riesgos durante el parto y así evitar las complicaciones durante su desarrollo, pero también requiere un acercamiento que establezca un ambiente más abierto que permita que se dé encuentros de familiaridad, confianza, respeto por el otro e ir más allá de las actividades exigidas por la institución (Guerra, Reina, Cárdenas, & Sanmiguel, 2017). El que las madres de Combita desconozcan los procesos para acceder a la consulta médica para gestantes o los servicios de salud a los que tiene derecho evidencia una falencia administrativa en la promoción de los servicios y representa una barrera al acceso de estos. Lo anterior si se tiene en cuenta, investigaciones en las que la percepción de mala calidad en la atención y tener bajos ingresos, asociado a las brechas sociales y a las inequidades en salud, son causas identificadas en Villavicencio para la inasistencias al control prenatal, considerando que más del 98% tiene cobertura de aseguramiento, se evidencia que ello no garantiza el acceso al control prenatal (García-Balaguera, 2016). Por otro lado, el lenguaje usado para expresar la educación sobre las pautas de cuidado recomendadas, la preparación y beneficios de los exámenes diagnósticos y las condiciones de salud que se puedan detectar durante el embarazo, debe considerar todos los aspectos culturales que construyen a la mujer dándole importancia a las interpretaciones de cuidado y gestación ya manifestadas, ya que se ha demostrado la importancia de la empatía, humanismo y comunicación de los trabajadores de salud para generar adherencia al control (García-Balaguera, 2016).

En cuanto al patrón “*Consumo de medicamentos*” resalta la precaución de las mujeres frente a esta actividad. Para las mujeres los medicamentos son perjudiciales para ellas y para el niño porque están asociadas con efectos negativos a corto y largo plazo en la salud de los lactantes (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodríguez, 2019). Sin embargo, existe la necesidad de consumo

en patologías específicas que debe ir asociado a una profunda interacción de saberes que impulse la comprensión del beneficio y la decisión informada sobre esta práctica; pero, como bien el cuidado es inherente a la cultura, en dicho proceso debe propenderse por incluir al grupo familiar quienes en la presente investigación jugaron papeles importantes apoyando o no el consumo de fármacos.

El patrón denominado “*Actividad física durante la gestación*” nos menciona los esfuerzos, las caminatas, la posición y el sueño. Como mencionan Ulloa y Muñoz, Esta es una práctica que incluye todo lo relacionado con el cuerpo de la futura madre, como caminar, adoptar diferentes posiciones y realizar algunos movimientos corporales, es decir, actividades que pueden favorecer a la futura madre y evitar otras que les causen daño, para protegerse durante el embarazo y prepararse para el parto (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodríguez, 2019). Cabe resaltar que en algunos casos la actividad física está restringida para la mujer por parte del personal de salud y es que antes de recomendar el inicio o la continuación de la actividad física durante el embarazo, un médico debe evaluar el nivel de riesgo de la mujer (Hinman, Smith, Quillen, & Smith, 2015). No obstante, fue posible entrever una inadecuada orientación frente al ejercicio que generó inconformismo, versus, una ausencia de educación sobre este tema para las mujeres sanas; dado que, las caminatas son la única representación de actividad física que ejercen las gestantes en esta investigación.

Evitar los esfuerzos físicos es una práctica en su mayoría emic pero que en mujeres con condiciones patológicas tiene fuerza etic, sin embargo, es común encontrarlo en los cuidados culturales ya que hace parte de las prácticas que fueron transmitidas por línea femenina en la familia (Muñoz Henríquez & Pardo Torres, 2016). Las mujeres también descansan, se relajan y evitan realizar esfuerzo físico con el fin de prevenir abortos espontáneos y partos pretérmino (Hoyos Vertel & Muñoz de Rodríguez, 2019). Es importante que el personal de salud considere estas condiciones al hablar de la actividad física, y así mismo, se nutra en saberes adecuados al

respecto, para que sea posible lograr la negociación y el mantenimiento de las prácticas que lo requieran.

Los sentimientos en la gestación permiten estructurar en la presente investigación un patrón cuyo fundamento es buscar la tranquilidad y el control de la ira para disminuir los efectos que los sentimientos puedan generar sobre la tensión arterial de la mujer y afectar el hijo por nacer. Al respecto, se resalta la importancia de la valoración de los factores de riesgo psicosocial durante la gestación, debido a que por medio de esta se pueden diagnosticar alteraciones a tiempo e intervenir de manera oportuna, previniendo así embarazos complicados a causa de factores biopsicosociales presentes en el entorno de la gestante, de ellos hace parte expresiones como el mal carácter, la cefalea e intranquilidad (Moreno-Sánchez, García-Manrique, Robles-Gil, & Porras-Lara, 2019).

Por último, el patrón de “*cuidados generales para el cuerpo*” está enfocado hacia el aseo y la ropa, que, a pesar de estar presente en varias mujeres no conviene a la totalidad de las entrevistadas. Sin embargo, la presencia de estos cuidados debe ser abordada en la consulta para detectar prácticas que requieran negociación, una de las encontradas fue los baños vaginales con vinagre y limón para evitar infecciones, de lo cual, es necesario indagar más a profundidad sobre la efectividad o riesgos de esta práctica.

5. IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA DE ENFERMERÍA

El presente proyecto permite ver que la práctica de enfermería requiere una visión holística de sus sujetos de cuidado no sólo para entender que prácticas implementan sino para comprender el porqué de su actuar, esa motivación que impulsa a una madre a seleccionar ciertas prácticas de cuidado que surgen en su entorno y que se encuentran plenamente influenciadas por la herencia cultural y por el contexto en el que la mujer vive, todo por un objetivo primordial que es cuidar la vida de su hijo por nacer y en el proceso, la suya misma. Partir de entender al otro es el primer paso para poder intervenir en ellos a través del cuidado de enfermería. En esta investigación y como parte de la comprensión de los sujetos de cuidado surgieron sus significados, un entorno analizado a la luz del modelo del sol naciente y unas prácticas abordadas desde los modos de acción. Todo ello para poder aportar al cuidado de enfermería desde el primer nivel de atención a modo de una posible propuesta de cuidado.

5.5.1. Profundización En La Propuesta De Cuidado

Del trabajo realizado para esta investigación y consignado en este documento surge una propuesta de intervención para las gestantes rurales del municipio de Combita desde el primer nivel de atención, la cual, busca fomentar el cuidado transcultural de la salud de la población gestante del municipio. Esta propuesta debe hacerse de manera progresiva e inicialmente aportando saberes y habilidades al personal de salud, para que, una vez entrenado le sea posible realizar inmersión en la población para aplicar los modos de cuidado expuestos por Madeleine Leininger y pueda interpretar los saberes y elegir cuales se pueden preservar, negociar y/o reestructurar todo con el objeto de lograr atención de calidad y bienestar para la población

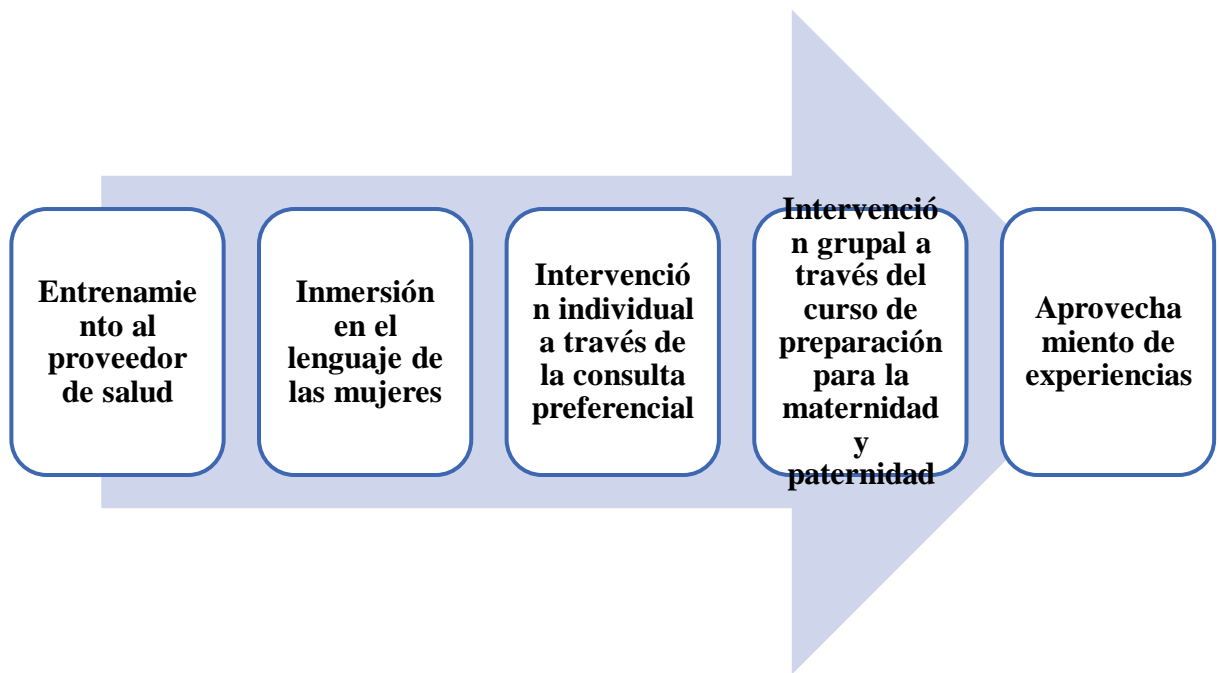
materno – perinatal. Se propone entonces alcanzar el cuidado transcultural de las gestantes de Combita, con los siguientes pasos:

- A) ***Entrenamiento al proveedor de salud:*** El personal de salud debe ser capaz de encontrar puntos de partida motivantes que le faciliten promover el cuidado desde los intereses de las gestantes, pero hacia un objetivo común que es el mantenimiento de la salud de ellas y el hijo por nacer. Por eso, primero debe propenderse por orientar en el personal de salud la sensibilidad y conciencia cultural, que les permita comunicarse abiertamente, sin restricciones ni prejuicios, con las mujeres, para así ser capaces de detectar los contenidos que ellas requieren y de apreciar los saberes que ya tienen. Para ello el primer paso de la propuesta es la capacitación de los proveedores de salud.
- B) ***Inmersión en el lenguaje de las mujeres:*** Una vez lograda la sensibilidad cultural, será más sencillo alcanzar la confianza con las gestantes y llegar a la comunicación intercultural, para ello es importante el lenguaje claro y adecuado que reconozca los valores de las mujeres. Por ello, el segundo paso de esta propuesta consiste en la estructuración de grupos de saberes de mujeres gestantes organizados por condiciones socioeconómicas y culturales; ya sea edad, vereda, condiciones de riesgo, trimestre gestacional, entre otros, según considere el profesional de salud. Una vez contruidos, promover un dialogo de saberes en la que el proveedor será un participante pasivo ante la expresión de cuidados, pero activo para indagar sobre información que las mujeres quieran adquirir y los valores que motivan en ellas el cuidado, así como, las prácticas que implementan, teniendo en cuenta que la cultura es diversa y flexible ante el tiempo.
- C) ***Intervención individual a través de la consulta preferencial:*** Muchas veces algunas de las dudas que aquejan a las mujeres en la gestación se pueden abordar de manera más sencilla cuando la atención es individualizada. Por ello, el tercer paso de la

propuesta es propiciar atención individualizada a las mujeres que lo requieran, para aplicar los modos de cuidado de enfermería a través del diálogo de saberes.

- D) ***Intervención grupal a través del curso de preparación para la maternidad y paternidad:*** De igual manera, debe continuarse brindando saber a través del curso de preparación, el cual, necesita iniciar también a ser culturalmente congruente. Por ello, como cuarto paso de esta propuesta de cuidado, se encuentra estructurar un curso de preparación con cuyo fundamento teórico debe estar basado en los hallazgos que el proveedor de salud haya alcanzado en las reuniones con los grupos de apoyo. Y que, de la misma manera, su pilar en cada reunión sea uno de los motivantes manifestados por las mujeres para así promover su asistencia, esto sin dejar de lado que, a pesar de que el proveedor en este caso sería el dador de saber, debe mantener el diálogo intercultural. Se recomienda entonces que la construcción de los temas se reevalúe con frecuencia y que, se generen procesos que permitan evaluar la efectividad de las acciones implementadas.
- E) ***Aprovechamiento de experiencias:*** Una de las cosas que fue posible detectar en este estudio, es que hay mujeres que tienen saberes etic interiorizados y apropiados; y otras que, prefieren guardar saberes emic por la no comprensión por parte del proveedor, sin embargo, se resalta la importancia que las mujeres le dan a los saberes transmitidos por personas que han tenido experiencias previas con la gestación. Por ello, se recomienda como quinto y último paso de esta estrategia, promover el liderazgo de mujeres gestantes que hayan tenido experiencias previas favorables, dentro del curso de preparación para la maternidad y paternidad a modo de mediadoras entre los saberes etic y emic, de tal manera que haga más cercano el lenguaje del proveedor hacia las gestantes que participen de este cuidado.

FIGURA 8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LOGRAR EL CUIDADO transcultural



Elaboración propia: Basado la teoría de Universalidad del Cuidado propuestos por Leininger (1988).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.CONCLUSIONES

Las prácticas de cuidado que tienen las gestantes del sector rural del municipio de Combita en su mayoría pertenecen a los modos de acción de preservación o negociación; pocas prácticas fueron clasificadas en el modo de reestructuración. Ello permite concluir que las condiciones de salud pública en la línea materno perinatal del municipio de Combita no son consecuencia directa de los saberes de cuidado que las mujeres tienen durante su periodo gestacional, sino que dependen de un conjunto de aspectos biopsicosociales de los que resalta quizá una limitada intervención del riesgo por parte de la entidad de salud y la administración municipal.

A pesar de que las mujeres están expuestas a múltiples factores psicosociales que hacen parte de su cultura y que influyen en las prácticas de cuidado que implementan; no existe confianza con el personal de salud para expresar los cuidados emic, ello radica en el uso inapropiado del lenguaje desde el proveedor hacia la mujer. Esto es debido a que no se consideran las significancias que la mujer crea sobre su proceso gestacional y las intervenciones son alejadas de lo que las gestantes esperan recibir en la atención, ello disminuye la percepción de la calidad de los servicios que recibe.

Las mujeres presentan distintas barreras para acceder a los servicios de salud, entre ellas están los factores económicos, las brechas del lenguaje y la inadecuada canalización a los servicios de salud. Estas barreras representan retos que las mujeres deben superar para tener una atención integral pero que no es posible de intervenir por ellas mismas toda vez que dependen de actores externos, sin embargo, pueden tener efectos perjudiciales en su salud y la del hijo por nacer.

Es de anotar que, las figuras de salud mencionadas por las mujeres que intervinieron en los cuidados rara vez se identificaron con el profesional de enfermería, siendo que, se encuentra liderando los procesos de gestión del riesgo, demanda inducida y capacitación a la población gestante. La profesión de enfermería líder en procesos preventivos se ha alejado del cuidado dirigido a la población gestante.

Las participantes de este estudio mostraron que cuando las mujeres han tenido experiencias de gestaciones previas tienen más interiorizados ciertos cuidados y son menos aprehensivas a la intervención de salud. Cabe aclarar que esta interiorización no discrimina entre cuidados *etic* y cuidados *emic*, sino que prioriza prácticas que les fueron efectivas durante sus gestaciones previas acorde a las metas propuestas en cada una. Se resalta que cada gestación tiene un valor distinto para la mujer dependiendo el entorno en el que se desenvuelve durante su proceso, y ello repercute, en que la motivación del cuidado es distinta para cada una.

En algunas prácticas de cuidado la motivación es la plena confianza en el beneficio que se logra al implementarlas, a pesar de dudas que existan en las gestantes sobre esa actividad. Un ejemplo es el consumo de medicamentos cuando cursan con una patología, en el cual las mujeres refieren que desconocen el beneficio del fármaco y su familia contradice el consumo, pero que los toman porque prefieren cumplir con la indicación médica y prevenir afectaciones mayores en el hijo por nacer. Esto permite evidenciar que el proveedor de salud continúa teniendo un fuerte impacto en la población gestante, logrando entonces que, a pesar de que prevalecen algunos cuidados *emic*, lo *etic* y lo *emic* son congruentes en todos los patrones analizados, y en algunos es más predominante el conocimiento *etic*.

La percepción del personal de salud que participó en este estudio permitió ver que identifican en las mujeres el mismo cuidado principal que ellas manifestaron, siendo este la alimentación y asistir a sus controles; de la misma forma evidencian un rechazo hacia la atención en los

servicios que se les ofertan y que el personal interpreta como falta de interés por parte de la mujer o inasistencia por razones económicas.

6.2. RECOMENDACIONES

Es importante promover la actualización y capacitación constante del personal de salud hacia la humanización del servicio y la empatía, para poder avanzar hacia la sensibilidad y conciencia cultural, y así garantizar una mayor calidad en la atención de salud.

Debe reforzarse la demanda inducida de la población gestante y la orientación acerca de los servicios a los que tiene derecho y como puede hacer uso de ellos. Dicha información, debe ser manejada de forma similar por todos los proveedores de salud independientemente del nivel académico que tengan para garantizar así la integralidad de los servicios propendiendo por la adecuada gestión del riesgo, en el cual tienen que ver todos los actores involucrados en la atención a la gestante, especialmente las entidades administradoras de planes de beneficios.

Se recomienda fortalecer la presencia de enfermería ante sus sujetos de cuidado teniendo en cuenta que, la propuesta de acercamiento nace desde esta área, de tal manera que haya una interacción de cuidado directo y permanente con indicadores válidos y visibles para la comunidad y la Institución de salud. Desde la investigación hasta la intervención, el cuidado es la base de la profesión de enfermería y este estudio representa una gran oportunidad de hacer visible el ejercicio profesional.

Es necesario que los proveedores de salud y en especial el profesional de enfermería, entablen relaciones de confianza con las mujeres y se encuentren flexibles a modificar las estrategias de cuidado para hacer de la atención una actividad más efectiva y con mayor cobertura.

Es necesario reforzar los conocimientos aquí expuestos y propuestos a través de procesos investigativos más profundos que partan desde la construcción hasta la implementación de la propuesta de cuidado como la atención a los saberes ya identificados. Desde la academia hasta el ejercicio profesional con el objeto de fortalecer los fundamentos teóricos de la enfermería sobretodo en el área del cuidado transcultural.

Se recomienda socializar esta investigación con los funcionarios del Centro de Salud de Cóbbita, y demás instancias pertinentes de salud, del departamento de Boyacá, a fin de lograr compromisos de apoyo para aplicar el cuidado culturalmente congruente a las gestantes y el desarrollo de investigaciones que muestren los beneficios de estas en la salud materna perinatal. Para que los resultados de esta investigación puedan ser tenido en cuenta en poblaciones distintas se recomienda construir un artículo de intervención que muestre lo logrado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón, A. M., & Nahuelcheo S., Y. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la sandmujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 40(2), 193 - 202.
2. Argote, L. Á., & Vásquez, M. L. (2007). Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante. *Colombia Médica*, 38 Sup 2(4), 27 - 43.
3. Bernal Roldán, M. C., Muñoz de Rodríguez, L., & Ruiz de Cárdenas, C. H. (2008). Significado del cuidado de si y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas. *Aquichan*, 8(1), 97 - 115.
4. Bohórquez De Figueroa, A. Z., & Zambrano Plata, G. E. (Diciembre de 2008). Gestación y desplazamiento: fusión de prácticas para el bienestar del hijo. *Respuestas*, 13(2), 38 - 48.
5. Cáceres Manrique, F. d., Molina Marin, G., & Ruiz Rodriguez, M. (2014). Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vinculos. *Aquichan*, 14(3), 316 - 326. doi:DOI: 10.5294/aqui.2014.14.3.4
6. Castillo Ávila, I., Fortich Acuña, L. M., Padilla Yáñez, J., Monroy Gascón, M. A., Morales Pérez, Y., & Ahumada Tejera, A. M. (Ene - Marz de 2017). Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1), 62 - 71. Recuperado el 13 de 02 de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100008
7. Castillo Mayedo, J. A. (2008). EL CUIDADO CULTURAL DE ENFERMERIA: NECESIDAD Y RELEVANCIA. . *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3).
Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es&tlng=pt.

8. Diaz Usme, O. S., & Lopez, C. (2015). Dimensiones de la competencia cultural en enfermería y prácticas tradicionales para el cuidado de la infancia. *Revista Colombiana de enfermería*, 11(10)), 19 - 28.
9. Empresa Social del Estado Centro de Salud de Combita. (2015). Analisis Situacional de Salud según Determinantes Sociales, Combita, Boyacá. Combita.
10. Francia Ramos, C., Correa Lopez, L. E., & De la Cruz Vargas, J. A. (2018). Conocimientos Y Prácticas De Alimentación En Gestantes Atendidas En Un Hospital De Lima, 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 18(2), 28 - 35. doi:DOI 10.25176/RFMH.v18.n2.1283
11. García-Balaguera, C. (22 de 08 de 2016). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Revista Facultad de Medicina*, 65(2), 305 - 310. doi:http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704
12. Giraldo Montoya, G. I. (2007). Significados del cuidado en el parto. *Avances en Enfermería*, 25(1), 115 - 121.
13. Gonzalez Berenice, L., Alvarez Aguirre, A., & Garcia Falconi, S. d. (2014). Cuidado de las mujeres embarazadas otomíes. *ENE, Revista de Enfermería*, 8(1).
14. Guerra de Castillo, C. A., & Vázquez, M. L. (Enero - Marzo de 2006). El cuidado de sí de la embarazada diabética como una via para asegurar un hijo sano. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(1), 74 - 81. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100009.
15. Guerra, N., Reina, R., Cárdenas, M. H., & Sanmiguel, F. (2017). Valorando las actividades de enfermería en el control prenatal desde la experiencia de la gestante. *Ágora Revista Científica*, 06(01), e5. doi: http://dx.doi.org/10.21679/arc.v6i1.126

16. Gutiérrez, L., Colmenares, J., Paredes, M., & Ortega, M. (2015). Prácticas culturales en la relación madre adolescente, madre y abuela para el cuidado del recién nacido. *Revista Universalud*, 5(1), 30 - 36. Recuperado el 13 de 02 de 2020
17. Hernández, L. M. (2008). La gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo(a). *Avances en Enfermería*, 26(1), 97 - 102.
18. Hinman, S. K., Smith, K. B., Quillen, D. M., & Smith, M. S. (04 de 08 de 2015). Exercise in Pregnancy: A Clinical Review. 7(6), 527 - 531. doi:<https://doi.org/10.1177/1941738115599358>
19. Hoyos Vertel, L. M., & Muñoz de Rodriguez, L. (04 de 07 de 2019). Prácticas de cuidado cultural de mujeres con morbilidad materna extrema. *Cultura de losCuidados*, 23(54), 273. doi:10.14198/cuid.2019.54.24
20. Instituto Nacional de Salud, Colombia . (2016). Boletín Epidemiológico Semana 37. Bogotá: INS.
21. Lasso Toro, P. (2012). Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento Psicológico*. , 10(2), 123 - 133.
22. Leininger, M. M. (1 de Noviembre de 1988). *Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality* (Segunda ed.). (K. Sullivan, & A. Sibley, Edits.) Estados Unidos: Jones and Bartlett Publishers, Inc. doi:<https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
23. Leininger, M. M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*(6), 5 - 8.
24. Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory*. Unites States of America: Jones and Bartlett Publishers, inc.

25. Lira González, B. Á. (2014). Prácticas culturales de cuidado de las mujeres otomíes durante su embarazo. *Ene, revista de enfermería*, 8(1).
26. Manookian, A., Tajvidi, M., & Dehghan-Nayeri, N. (2019). Inner Voice of Pregnant Women: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(3), 167 - 171. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_105_18
27. Mayca, J., Palacios-Flores, E., Medina, A., Velásquez, J. E., & Castañeda, D. (2009). Percepciones Del Personal De Salud Y La Comunidad Sobre La Adecuación Cultural De Los Servicios Materno Perinatales En Zonas Rurales Andinas Y Amazónicas De La Región Huánuco. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 145 - 160.
28. Medina I., A., & Mayca P., J. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(1), 22 - 32.
29. Ministerio de Salud de Colombia. (4 de Octubre de 1993). Resolución número 8430 de 1993. Bogota, Colombia.
30. Ministerio de Salud y Proteccion Social, C. (21 de 11 de 2016). Minsalud Colombia, Guías de Práctica Clínica GPC. Obtenido de www.minsalud.gov.co:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf
31. Moreno-Sánchez, Y. M., García-Manrique, M. M., Robles-Gil, G. R., & Porras-Lara, J. K. (2019). Valoración del riesgo biopsicosocial en gestantes de. *Aibi revista de investigación, administración e ingeniería*, 7(S1), 13 - 18. Recuperado el 14 de 02 de 2020
32. Muñoz Bravo, S. F., Castro, E., Castro Escobar, C. A., Chávez Narvaez, N., & Ortega Rodriguez, D. M. (Enero - Abril de 2012). Interculturalidad y percepciones en salud

- maternoperinatal, Toribio Cauca 2008 - 2009. Revista de la Universidad Industrial de Santander, 44(1), 39 - 44.
33. Muñoz de Rodriguez, L., & Vásquez, M. L. (2007). Mirando el cuidado desde la óptica de Leininger. Colombia Médica, 38(4). Obtenido de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/rt/printerFriendly/542/962>
 34. Muñoz Henríquez, M., & Pardo Torres, M. P. (2016). Significado de las prácticas de cuidado cultural en gestantes adolescentes de Barranquilla (Colombia). Aquichan, 16(1), 43 - 55. doi:10.5294/aqui.2016.16.1.6
 35. OMS; UNICEF; UNFPA; BANCO MUNDIAL. (2015). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf?ua=1
 36. Palomar Vereá, C. (Febrero de 2015). Maternidad: historia y cultura. Revista de Estudios de Género. La Ventana, 3(22), 35 - 68. Obtenido de <http://revistascientificas.udg.mx/index.php/LV/article/view/782/757>
 37. Prieto Bocanegra, B. M., & Ruiz, C. H. (2013). Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. Aquichan, 13(1), 7 - 16.
 38. Ramos Lafont, C. P. (2011). Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/5416/1/539507.2011.pdf>
 39. Rendon, B. J. (2012). Significado de las prácticas de cuidado cultural que realizan las gestantes consigo mismas y sus hijos por nacer en el control prenatal. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá Colombia. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/8904/1/Blancajeannetterendon.2012.pdf>

40. Rodríguez Méndez, R. E., & Rodríguez Miñano, E. C. (2014). Significado del cuidado cultural de la enfermera desde la mujer rural con parto vertical. *Enfermería Investigación y Desarrollo*, 12(2), 20 - 37.
41. Secretaría de Salud de Boyacá. (2016). Boletín Epidemiológico a semana 36. Boyaca, Tunja.
42. Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
43. Taylor, s., & Bodgan, r. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Buenos Aires, Barcelona: Paidós Básica.
44. Thompson García, J. (s.f.). *Los principios de la ética biomédica*. (P. P. CCAP, Ed.) Colombia. Obtenido de PRECOP. Programa de educación continuada en Pediatría.
45. Tribuna Abierta del Institut Borja de Bioetica. (Septiembre - Diciembre de 2011). *Principios de Ética Biomédica*, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. (I. B. Bioética, Ed.) *Bioética & debat*, 17(64), 2 - 19.
46. Ulloa Sabogal, I. M., & Muñoz de Rodriguez, L. (Enero - Abril de 2019). *Cuidado cultural en mujeres con embarazo fisiológico: una meta-etnografía*. Tesis de Maestría. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(1), e03. doi:10.17533/udea.iee.v37n1e03
47. Vereá, C. P. (Febrero de 2015). *Maternidad: Historia y Cultura*. *Revista de estudios de género. La ventana*, 3(22), 35 - 68. Obtenido de <http://revistascientificas.udg.mx/index.php/LV/article/view/782/757>

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE CLAVE



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA FACULTAD DE ENFERMERÍA GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUIDADO MATERNO PERINATAL

Usted ha sido invitada a participar en el proyecto denominado **PRACTICAS DE CUIDADO CULTURAL EN GESTANTES DEL SECTOR RURAL DEL MUNICIPIO DE COMBITA BOYACÁ**, el cual fue diseñado por la enfermera investigadora **MARYI MILDRED BORDA ALVAREZ**, bajo la asesoría de la docente **Mg. LUCY MUÑOZ DE RODRIGUEZ**.

El objetivo es describir las prácticas de cuidado cultural que tienen las mujeres gestantes del sector rural del municipio de Cómbita, Boyacá, que permitan orientar el cuidado desde el primer nivel de atención. Las prácticas de cuidado cultural constituyen un factor determinante en la salud de las mujeres gestantes del municipio y por lo tanto de los recién nacidos, de allí la importancia de conocer estos ítems para poder orientar cuidados congruentes con la cultura y apropiados a la población.

A parte de los objetivos y propósitos se me informa que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.
- Mi participación consiste en compartir los conocimientos y prácticas que tengo para cuidarme y cuidar a mi hijo por nacer ahora que está en gestación. Es importante que tenga en cuenta que la participación en este estudio no representa ningún riesgo para mi salud, ni para la salud de mi hijo por nacer.
- Cualquier inquietud me será resuelta, tengo derecho a acceder a mis datos si lo solicito y toda serie de información que yo suministre será tratada en forma confidencial mediante el uso de códigos, se preservará la privacidad y el respeto.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación, sin embargo, los resultados obtenidos podrán ser usados en estrategias de cuidado para la atención a otros grupos de gestantes.
- La investigadora realizará entrevistas de duración variable con las gestantes participantes, el sitio y horario para los encuentros será determinado de común acuerdo entre la investigadora y la mujer. Durante las entrevistas los audios serán grabados y se realizará registro físico por medio de notas de campo para complementar la recolección de datos. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Nacional de Colombia bajo la responsabilidad de la investigadora. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Nacional de Colombia durante 5 años posteriores a la entrega y aprobación de la presente investigación.
- Los nombres de las participantes serán protegidos o en su defecto modificados con el propósito de mantener la confidencialidad.
- Esta investigación se clasifica como una investigación sin riesgo, porque no se realiza ninguna intervención o modificación en lo biológico, psicológico, fisiológico o social

de las participantes, según la resolución 008430 de 1993 del ministerio de salud, en donde se contemplan los aspectos éticos en investigaciones con seres humanos. En caso de identificar condiciones peligrosas para la salud de la gestante y su hijo por nacer, la mujer será remitida a las autoridades competentes para la atención inmediata.

- Los resultados del presente estudio serán presentados mediante socialización grupal a los participantes una vez sea aprobado por la Universidad Nacional de Colombia.

Yo, _____ identificada con el documento número _____ una vez informada sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella declaro que comprendo lo explicado, decido participar en el proyecto y doy autorización para el uso de la información que entregue.

FIRMA

HUELLA

IDENTIFICACIÓN

TELÉFONO

INVESTIGADORA QUE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y apellidos: _____ **Firma:** _____

Cédula de ciudadanía: _____ **de** _____

Ciudad: _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Carrera 30 No. 45-03, FACULTAD DE ENFERMERÍA, Edificio 101, Oficina 805
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17021
Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co
Bogotá D. C., Colombia, Suramérica

ANEXO 2. ASENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE CLAVE MENOR DE EDAD



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUIDADO MATERNO PERINATAL

Usted ha sido invitada a participar en el proyecto denominado **PRACTICAS DE CUIDADO CULTURAL EN GESTANTES DEL SECTOR RURAL DEL MUNICIPIO DE COMBITA BOYACÁ**, el cual fue diseñado por la enfermera investigadora **MARYI MILDRED BORDA ALVAREZ**, bajo la asesoría de la docente **Mg. LUCY MUÑOZ DE RODRIGUEZ**.

El objetivo es describir las prácticas de cuidado cultural que tienen las mujeres gestantes del sector rural del municipio de Cómbita, Boyacá, que permitan orientar el cuidado desde el primer nivel de atención. Las prácticas de cuidado cultural constituyen un factor determinante en la salud de las mujeres gestantes del municipio y por lo tanto de los recién nacidos, de allí la importancia de conocer estos ítems para poder orientar cuidados congruentes con la cultura y apropiados a la población.

A parte de los objetivos y propósitos se me informa que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.
- Mi participación consiste en compartir los conocimientos y prácticas que tengo para cuidarme y cuidar a mi hijo por nacer ahora que está en gestación. Es importante que tenga en cuenta que la participación en este estudio no representa ningún riesgo para mi salud, ni para la salud de mi hijo por nacer.
- Cualquier inquietud me será resuelta, tengo derecho a acceder a mis datos si lo solicito y toda serie de información que yo suministre será tratada en forma confidencial mediante el uso de códigos, se preservará la privacidad y el respeto.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación, sin embargo, los resultados obtenidos podrán ser usados en estrategias de cuidado para la atención a otros grupos de gestantes.
- La investigadora realizará entrevistas de duración variable con las gestantes participantes, el sitio y horario para los encuentros será determinado de común acuerdo entre la investigadora y la mujer. Durante las entrevistas los audios serán grabados y se realizará registro físico por medio de notas de campo para complementar la recolección de datos. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Nacional de Colombia bajo la responsabilidad de la investigadora. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Nacional de Colombia durante 5 años posteriores a la entrega y aprobación de la presente investigación.
- Los nombres de las participantes serán protegidos o en su defecto modificados con el propósito de mantener la confidencialidad.
- Esta investigación se clasifica como una investigación sin riesgo, porque no se realiza ninguna intervención o modificación en lo biológico, psicológico, fisiológico o social de las participantes, según la resolución 008430 de 1993 del ministerio de salud, en donde se contemplan los aspectos éticos en investigaciones con seres humanos. En caso de identificar condiciones peligrosas para la salud de la gestante y su hijo por nacer, la mujer será remitida a las autoridades competentes para la atención inmediata.
- Los resultados del presente estudio serán presentados mediante socialización grupal a los participantes una vez sea aprobado por la Universidad Nacional de Colombia.

Yo, _____ identificada con el documento número _____, considerada menor de edad, una vez informada sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella declaro que comprendo lo explicado, decido participar en el proyecto y doy asentimiento para el uso de la información que entregue.

FIRMA

HUELLA

IDENTIFICACIÓN

TELÉFONO

INVESTIGADORA QUE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y apellidos: _____ **Firma:** _____

Cédula de ciudadanía: _____ **de** _____

Ciudad: _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Carrera 30 No. 45-03, FACULTAD DE ENFERMERÍA, Edificio 101, Oficina 805
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17021
Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co
Bogotá D. C., Colombia, Suramérica

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES GENERALES



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUIDADO MATERNO PERINATAL

Usted ha sido invitada(o) a participar en el proyecto denominado **PRACTICAS DE CUIDADO CULTURAL EN GESTANTES DEL SECTOR RURAL DEL MUNICIPIO**

DE COMBITA BOYACÁ, el cual fue diseñado por la enfermera investigadora **MARYI MILDRED BORDA ALVAREZ**, bajo la asesoría de la docente **Mg. LUCY MUÑOZ DE RODRIGUEZ**.

El objetivo es describir las prácticas de cuidado cultural que tienen las mujeres gestantes del sector rural del municipio de Cómbita, Boyacá, que permitan orientar el cuidado desde el primer nivel de atención. Las prácticas de cuidado cultural constituyen un factor determinante en la salud de las mujeres gestantes del municipio y por lo tanto de los recién nacidos, de allí la importancia de conocer estos ítems para poder orientar cuidados congruentes con la cultura y apropiados a la población.

A parte de los objetivos y propósitos se me informa que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.
- Mi participación consiste en expresar mis conocimientos sobre los cuidados culturales que tienen las gestantes durante su embarazo para con ellas y su hijo por nacer.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación, sin embargo, los resultados obtenidos podrán ser usados en estrategias de cuidado para la atención a otros grupos de gestantes.
- La investigadora realizará entrevistas de duración variable con las gestantes participantes, el sitio y horario para los encuentros será determinado de común acuerdo entre la investigadora y la mujer. Durante las entrevistas los audios serán grabados y se realizará registro físico por medio de notas de campo para complementar la recolección de datos. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Nacional de Colombia bajo la responsabilidad de la investigadora. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Nacional de Colombia durante 5 años posteriores a la entrega y aprobación de la presente investigación.
- Los nombres de las participantes serán protegidos o en su defecto modificados con el propósito de mantener la confidencialidad.
- Esta investigación se clasifica como una investigación sin riesgo, porque no se realiza ninguna intervención o modificación en lo biológico, psicológico, fisiológico o social de las participantes, según la resolución 008430 de 1993 del ministerio de salud, en donde se contemplan los aspectos éticos en investigaciones con seres humanos. En caso de identificar condiciones peligrosas para la salud de la gestante y su hijo por nacer, la mujer será remitida a las autoridades competentes para la atención inmediata.
- Los resultados del presente estudio serán presentados mediante socialización grupal a los participantes una vez sea aprobado por la Universidad Nacional de Colombia.

Yo, _____ identificada (o) con el documento número _____ una vez informada (o) sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella declaro que comprendo lo explicado, decido participar en el proyecto y doy autorización para el uso de la información que entregue con fines educativos.

FIRMA

HUELLA

IDENTIFICACIÓN

TELÉFONO

En caso de ser menor de edad:

FIRMA TUTOR

HUELLA TUTOR

IDENTIFICACIÓN

TELÉFONO**INVESTIGADORA QUE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO**

Nombre y apellidos: _____ **Firma:** _____

Cédula de ciudadanía: _____ **de** _____

Ciudad: _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Carrera 30 No. 45-03, FACULTAD DE ENFERMERÍA, Edificio 101, Oficina 805

Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17021

Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co

Bogotá D. C., Colombia, Suramérica

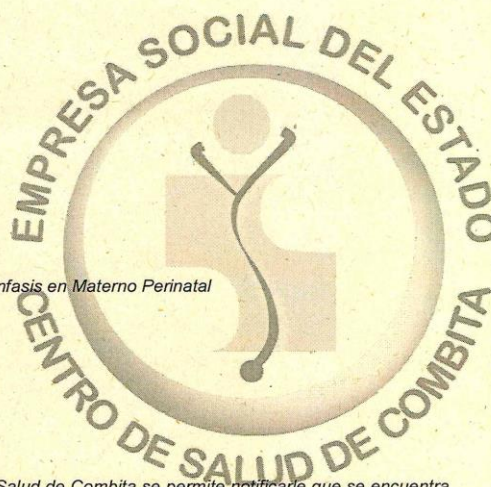
ANEXO 6. AUTORIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Combita, 02 de Octubre de 2.017
CSCG- 193

Enfermera General

MARYI MILDRED BORDA ALVAREZ

Aspirante a Magister en Enfermería con Énfasis en Materno Perinatal
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá – Cundinamarca



Cordial Saludo:



La Empresa Social del Estado Centro de Salud de Combita se permite notificarle que se encuentra autorizada para realizar las acciones correspondientes a la ejecución del proyecto denominado **"PRACTICAS DE CUIDADO CULTURAL DE LA GESTANTES DEL SECTOR RURAL DEL MUNICIPIO DE COMBITA"**.

Me encuentro atento a la socialización de los resultados con el objeto de mejorar los programas de atención a la población gestante desde el primer nivel de atención.

Agradezco su atención y deseándole éxitos en la consecución de sus logros.

Cordialmente,

CARLOS EDUARDO MACHADO JIMENEZ
Gerente ESE Combita

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Departamento de Boyacá			
	Macroproceso: APOYO		ALCALDIA MUNICIPAL DE COMBITA			
	Subproceso: ADMINISTRACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN		NIT 891.801.932- 1			
	Formato OFICIOS		Código	AD-F-OF-07		Página 1 de 1
			Versión	01		
		Vigencia desde	Decreto 035 de 2014			

Cómbita, Junio de 2017
Oficio No. A.M.C.E. 252-17

Señorita
MARYI MILDRED BORDA ALVAREZ
 Enfermera General Aspirante a MG.
 Facultad de Enfermería
 Universidad Nacional de Colombia
 Bogotá

Cordial Saludo, Señorita Mildred,




En nombre de la Administración Municipal **“Por la Dignidad de Todos”** reciba un cordial saludo, deseándole los mejores éxitos y logros en su vida cotidiana.

La presente tiene como objeto, manifestarle que con gusto este municipio acepta y a la vez autoriza el desarrollo de su Proyecto denominado “PRACTICAS DE CUIDADO CULTURAL EN LAS GESTANTES DEL SECTOR RURAL DEL MUNICIPIO DE COMBITA – BOYACA”; la cual será beneficiada la población más vulnerable de nuestra localidad como es la del sector rural.

Sea la oportunidad para agradecer su gestión realizada y tener en cuenta a la comunidad Combicense para el desarrollo de este importante proyecto el cual serán muchos los beneficiados.

Atentamente,


ÓSCAR LEONARDO ÁVILA ROMERO
 Alcalde Municipal

FIRMA		FIRMA		FIRMA	
ELABORÓ	Neyda Patricia López Díaz	REVISÓ	María Fernanda Sanguino González	APROBÓ	Dr. Oscar Leonardo Ávila R
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes, por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.					

Edificio Municipal calle 3 N° 5 - 63 Teléfono (8) 7310097 - Fax 7310010
 E-mail: alcaldía@combita-boyaca.gov.co - www.combita-boyaca.gov.co - Cód. Postal 150201

ANEXO 7. AVAL DE COMITÉ DE ETICA

Bogotá, 12 de octubre de 2017

[AVAL-054 -17]

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

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 9 de octubre de 2017 - Acta 15, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación del programa de Maestría en Enfermería, titulado **"Prácticas de cuidado cultural en gestantes del sector rural del municipio de combita Boyacá"** Estudiante: Maryi Mildred Borda Álvarez.

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

Cordialmente,



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

*Delegada por la Decana

Copia: Maryi Mildred Borda Álvarez - Estudiante de Maestría
Lucy Muñoz de Rodríguez - Docente



