



DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

TESIS

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR LA GESTACIÓN: UN
ENFOQUE FENOMENOLÓGICO, CAJAMARCA, 2012.**

POR:

LORENA BECERRA GOICOCHEA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN SALUD

ASESORA

Dra. JUANA NINATANTA ORTIZ

Cajamarca – Perú

2015

**COPYRIGHT © 2015 by
Lorena Becerra Goicochea
Todos los derechos reservados**



DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR LA GESTACIÓN: UN ENFOQUE FENOMENOLÓGICO, CAJAMARCA, 2012.

Por: Becerra Goicochea, Lorena Judith

Comité Científico:

Dra. Rosa Carranza Paz

Presidente del Comité

Dra. Ruth Vigo Bardales

Comité Científico

Dra. Rosa Uriarte Torres

Comité Científico

Dra. Irene Yupanqui Vásquez

Accesitaria

Dra. Juana Ninantanta Ortíz

Asesora

Fecha: diciembre, 2015

A:

Dios, razón de ser del mundo, quien me dio la fortaleza
para realizar esta tesis y por ser el guía en cada paso de mi vida
Mi esposo Jorge y mi amada hija Isabel por su amor y apoyo
incondicional
Mis padres porque me enseñaron a superarme
Mi querida abuelita René, por el amor sincero e incondicional
que me brinda en cada momento.

CONTENIDO

Ítem	Pág.
LISTA DE CUADROS Y TABLAS.....	viii
AGRADECIMIENTOS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1 Presentación, Antecedentes de la Investigación.....	12
1.2 Pregunta orientadora del estudio.....	21
1.3 Objetivo General	21
1.4 Justificación del estudio.....	21
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	
2.1. Bases epistemológicas del problema de investigación.....	23
2.2. Madres gestantes con hipertensión inducida por la gestación.....	27
CAPÍTULO III	
TRAYECTORIA METODOLÓGICA	
3.1. Diseño de la investigación.....	30
3.2. Área de Investigación.....	31
3.3. Situación del Fenómeno.....	32
3.4. Escenario del Estudio.....	32
3.5. Recolección de la información.....	32
3.5.1. Obtención de las descripciones.....	33
3.5.2. Interpretación y análisis de datos.....	34
3.6. Momentos de la trayectoria metodológica.....	35
3.7. Consideraciones éticas y de rigor científico.....	37

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación, descripción de los discursos y análisis ideográfico.....	39
• Discurso I.....	41
• Análisis ideográfico del discurso I.....	47
• Discurso II.....	48
• Análisis ideográfico del discurso II.....	57
• Discurso III.....	59
• Análisis ideográfico del discurso III.....	64
• Discurso IV.....	66
• Análisis ideográfico del discurso IV.....	71
• Discurso V.....	73
• Análisis ideográfico del discurso V.....	78
• Discurso VI.....	79
• Análisis ideográfico del discurso VI.....	83
• Discurso VII.....	86
• Análisis ideográfico del discurso VII.....	88
• Discurso VIII.....	89
• Análisis ideográfico del discurso VIII.....	94
4.2. Construcción de categorías	
4.2.1. Categoría: Temores y preocupaciones.....	96
• Subcategoría: Miedo a la muerte.....	97
• Subcategoría: Preocupación por el bebé en el seno materno.....	100
• Subcategoría: Preocupación por los hijos.....	101
4.2.1. Categoría: Sintiéndose bien.....	102
• Subcategoría: Manifestación de tranquilidad.....	104
• Subcategoría: Sintiéndose cuidada y atendida.....	105
4.2.2. Categoría: Conviviendo con la enfermedad.....	108
• Subcategoría: Desconocimiento y negación de la enfermedad.....	109

• Subcategoría: La hospitalización.....	110
4.3. Consideraciones finales.....	117
4.4. Recomendaciones.....	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
ANEXOS.....	127

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

Ítem	Pág.
Tabla N° 1: Caracterización de las participantes.....	40
Cuadro 1. Reducción fenomenológica del Discurso I.....	43
Cuadro 2. Convergencias del Discurso I.....	45
Cuadro 3. Reducción fenomenológica del Discurso II.....	51
Cuadro 4. Convergencias del Discurso II.....	55
Cuadro 5. Reducción fenomenológica del Discurso III.....	61
Cuadro 6. Convergencias del Discurso III.....	63
Cuadro 7. Reducción fenomenológica del Discurso IV.....	69
Cuadro 8. Convergencias del Discurso IV.....	70
Cuadro 9. Reducción fenomenológica del Discurso V.....	76
Cuadro 10. Convergencias del Discurso V.....	77
Cuadro 11. Reducción fenomenológica del Discurso VI.....	80
Cuadro 12. Convergencias del Discurso VI.....	82
Cuadro 13. Reducción fenomenológica del Discurso VII.....	86
Cuadro 14. Convergencias del Discurso VII.....	87
Cuadro 15. Reducción fenomenológica del Discurso VIII.....	91
Cuadro 16. Convergencias del Discurso VIII.....	93

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a los directores gestores del Hospital Regional de Cajamarca, que permitieron la realización de la presente investigación dentro de su Institución.

De igual manera mi más sincero agradecimiento al comité científico por los aportes a la presente investigación.

Agradezco de manera especial a la Dra. Juana Ninantanta por aceptar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas, lo que ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis sino en mi formación como investigadora.

También quiero dar gracias a todas las personas que han sido claves en los diferentes momentos de esta investigación. Mi agradecimiento a Prof. Luis Cerna y al Prof. Carlos Suarez por sus aportes y el conocimiento compartido.

De modo especial quiero dar gracias a las protagonistas de este trabajo, por compartir sus valiosas vivencias.

RESUMEN

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo cualitativo, con enfoque fenomenológico, tuvo como objetivo general desvelar, describir y comprender la experiencia vivida por la madre con hipertensión arterial inducida, durante el III trimestre de embarazo, con el propósito de ofrecer un cuidado con enfoque humanizado a las gestantes. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista fenomenológica, y los instrumentos que sirvieron de apoyo fueron la grabadora y la libreta de campo. La muestra estuvo conformada por ocho gestantes a quienes se les aplicó la entrevista fenomenológica en el 2012 y 2013. A partir del análisis cualitativo de las descripciones del fenómeno, se hallaron tres categorías: “Temores y preocupaciones”, “Sintiéndose bien” y “Conviviendo con la enfermedad”. El significado de vivir con hipertensión inducida por la gestación está centrado en el temor y preocupación por las consecuencias que se puedan presentar debido a las complicaciones de la enfermedad; así mismo, la forma de enfrentar la enfermedad está relacionada al significado positivo o negativo que las gestantes le atribuyen a la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: fenomenología, hipertensión inducida por la gestación.

ABSTRACT

This study is a qualitative study with phenomenological approach, had as general objective to reveal, describe and understand the experience of the mother with induced hypertension, during the third trimester of pregnancy, in order to offer a careful humane approach to pregnant women. Phenomenological interview was used to collect data, and tools that supported were the recorder and sheet. The sample consisted of eight pregnant women who were administered the phenomenological interview in 2012 and 2013. As of the qualitative analysis of descriptions of the phenomenon, three categories were found: "Fears and concerns", "Feeling good" and "living with the disease." The meaning of living with pregnancy-induced hypertension is focused on fear and concern about the consequences that may arise due to complications of the disease; Likewise, how to cope with the disease is related to positive or negative meaning that pregnant attributed to the disease.

Keywords: phenomenology pregnancy-induced hypertension.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación y Antecedentes de la Investigación

Una de las primeras causas de mortalidad en el Perú lo conforman las enfermedades inducidas por el embarazo; entre ellas, la hipertensión arterial inducida por el embarazo y sus complicaciones como la preeclampsia, eclampsia y el síndrome de HELLP. Como resultado de las complicaciones por la preeclampsia y eclampsia, la OMS indica que cada año mueren más de 200 000 madres gestantes (1). Los datos estadísticos muestran no solo la gravedad de esta situación, sino también la problemática que esta implica.

Así mismo, los transtornos hipertensivos en madres gestantes, en América Latina y el Caribe se presentan con una frecuencia de 25,7%, y son la primera causa de mortalidad materna. De igual forma, el 10% de las madres gestantes padecerá de hipertensión y entre el 2 al 8% desarrollarán preeclampsia. Esta última complicación destaca por el aumento repentino de la presión arterial, y cuya complicación puede llevar al Síndrome de Hellp y a la eclampsia (2).

Existen factores de riesgo preconcepcionales y concepcionales para desarrollar hipertensión en el embarazo; estos son diversos; pero, muchos de ellos se pueden prevenir; sin embargo, continúan causando graves complicaciones, no solo para la madre, sino para el nuevo ser que la familia espera recibir en buenas condiciones de salud tanto físicas como emocionales. Los diferentes factores de riesgo son: edad, alcoholismo, el embarazo mismo, gestación múltiple, desnutrición, diabetes mellitus, enfermedad renal, obesidad, tabaquismo, drogadicción, condiciones económicas insuficientes.

Las políticas de salud para la atención de esta población señalan que uno de sus objetivos principales del país, es disminuir la mortalidad materna, mediante la reducción de complicaciones del embarazo parto y puerperio. La meta trazada para el año en curso consistiría en haber reducido la mortalidad materna a 66 x 100,000 NV.

Sin embargo, cumplir con esta meta aún es un reto para el país; puesto que la mortalidad materna se sigue ensañando más con mujeres analfabetas y de bajos recursos económicos (3).

La hipertensión inducida por la gestación no solo tiene consecuencias biológicas sino también sociales. En el Perú, la mortalidad materna, por algún trastorno de hipertensión, constituye un problema de salud pública como un indicador de impacto.

En la Región Cajamarca, según Boletín epidemiológico de la DIRESA Cajamarca hasta la semana epidemiológica treinta y dos del 2015, ocurrieron veintiuna muertes maternas, el momento de defunción ha sido para quince de ellas en el puerperio, cinco durante la gestación y una en el parto. La causa general de fallecimiento de las gestantes ha sido para ocho de ellas la hipertensión, de igual manera ocho fueron por hemorragia, dos por infección, dos por suicidio durante el puerperio y una por neumonía (4).

Las muertes maternas, por trastornos hipertensivos del embarazo, podrían estar relacionadas con la desinformación y el apoyo que necesitan las gestantes para el control de su salud reproductiva; asimismo con la falta de voluntad política que genere estrategias y acciones que cuenten con recursos presupuestarios suficientes para mejorar la atención de los problemas de salud vinculados a la pobreza.

Hasta ahora, se puede evidenciar que las mujeres que mueren en edad reproductiva dejan a sus niños en total desamparo y expuestos a peligros, tales como maltrato, violencia, alcoholismo, delincuencia y hasta el abandono por parte de la familia. En estas circunstancias, los niños enfrentan mayores desventajas, pues, generan así el inevitable círculo vicioso de la pobreza.

Por otra parte, los aspectos culturales también ocupan una función importante dentro de la crisis hipertensión, pues, muchas veces, en la experiencia profesional se pueden evidenciar los prejuicios y la resistencia que se observa de las mujeres provenientes de la zona rural ante la asistencia a un establecimiento de salud. Estos

aspectos se corresponden a la persistencia de tradiciones. Pues, aún en la región, muchas mujeres aún prefieren dar a luz en casa, lugar que no cuenta con los requisitos necesarios para este evento tan importante y riesgoso.

Las estadísticas sobre la salud materna, morbilidad y mortalidad muestran que este grupo de población sigue sufriendo enfermedades que lo lleva a tener complicaciones durante el parto que, en muchos casos, la madre termina falleciendo; tal como lo muestran los datos actuales de la Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental del Hospital Regional de Cajamarca en su Noti Web reportando entre enero y agosto del 2015, siete muertes maternas directas en el hospital, de las cuales cuatro murieron por trastornos hipertensivos del embarazo (5).

La hipertensión arterial implica un problema personal y también social. De allí que las desigualdades sociales en las mujeres peruanas como el vivir en zonas marginadas, tener un nivel económico bajo y una baja escolaridad, las convierte en un grupo vulnerable a las enfermedades. La región Cajamarca tiene aún comunidades marginadas que, no cuentan con las condiciones económicas que les permitan tener acceso a los servicios de salud.

Por otro lado es importante mencionar que el rol cultural en estas comunidades influye en la toma de decisiones para acceder a los servicios de salud, puesto que la población aún tiene una concepción diferente de los tratamientos que se deben brindar en las enfermedades. Normalmente recurren a parteras o curanderos, que no cuentan con un entrenamiento adecuado para la resolución de casos de emergencia.

Además, la decisión de la gestante de acudir a un establecimiento de salud se ve opacada por la influencia familiar, ya que son el esposo, el suegro o la suegra quienes toman la decisión de hospitalizarla o no.

Para hacer frente a este problema, se debe brindar una adecuada atención a las mujeres en edad fértil y, especialmente, a la madre gestante. Consecuentemente, se

debe asumir el compromiso de mejorar la atención de los servicios de salud a la mujer. Se debe considerar que el embarazo, el parto, el puerperio y la llegada de un nuevo ser a la familia son eventos de gran vulnerabilidad emocional, tanto para el padre, como para los demás familiares; pero, especialmente, para la madre, quien tendrá la única e irreplicable vivencia en las diferentes etapas de gestación.

Generalmente, la hipertensión arterial es inducida al finalizar la gestación. Puede conducir a serias complicaciones, que ponen en peligro la vida de la madre como del bebé. Es en esta fase cuando la madre experimenta estos problemas de salud, los cuales son desconocidos para el profesional de obstetricia. Este proceso de alteración de su salud lleva a la hospitalización. En estos momentos se debe brindar a la madre un cuidado físico y emocional con una perspectiva holística e integral.

En estas circunstancias, el obstetra es el profesional de salud más cercano y quien puede brindar cuidado y atención a la gestante desde el inicio de sus controles prenatales, desde el momento del parto hasta la culminación del puerperio. Debe comprender, desde la perspectiva de la madre gestante, qué significados, opiniones y experiencias tiene acerca del fenómeno en estudio.

Es preciso señalar que el proceso de atención no solo se centra en acciones que el obstetra realiza en la mujer gestante, como hasta ahora se conoce, sino que tiene una connotación especial, y debe ser entendida como una forma de trascender en el comportamiento y actitudes que asume el profesional. Dentro de la atención brindada, el cuidado representa más que un acto, una actitud de ocupación, preocupación, de responsabilidad y de desarrollo afectivo con el otro. «...sin el cuidado, se deja de ser humano». Por tanto, para el profesional obstetra, el cuidar es una actividad inherente al ser humano, lo que implica la interrelación de dos sujetos (cuidador y sujeto del cuidado) (6). Para la investigación, cuidar es generar un vínculo de protección, basado en la comprensión y empatía con la madre gestante. La finalidad del cuidado es ayudar a crecer, ya sea para la vida, para la incapacidad o para la muerte (7).

Por lo tanto, “Cuidar es ante todo un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca”(8). Por ello, la atención brindada por obstetras no solo debe centrarse en el pronóstico, diagnóstico y tratamiento, sino deben tener una conducta bioética, humana de respeto a la vida, para mejorar la atención de las expectativas y necesidades de las gestantes.

En la actualidad se quiere establecer cambios en la asistencia sanitaria que permitan un acercamiento más humanitario a la madre gestante, y sea ella quien tenga el protagonismo de su propio embarazo y parto (9). De esta manera, se busca que la madre disfrute de su embarazo de forma natural, así mismo de un parto sin intervenciones estandarizadas.

Hasta ahora, la atención de la madre gestante con hipertensión suele centrarse, específicamente, en el proceso de medicalización de esta enfermedad, procurando descender las cifras tensionales, con el objetivo de prevenir la eclampsia y sus complicaciones, así como en las recomendaciones dadas a las gestantes: el reposo de decúbito lateral izquierdo y el control de signos vitales maternos y el control de latidos cardíacos fetales; así mismo, la colocación de vía, la toma de medicamentos en el momento en que la presión esté elevada, etc. Todo lo anterior puede conllevar a una crisis y hasta la prolongación de los tratamientos. Por este motivo, se hace necesaria la información anticipada de los procedimientos que se realizan en la gestante con hipertensión. Estas acciones de cuidado son muy necesarias porque se trata de evitar complicaciones y de salvaguardar la vida de la madre y de su hijo. Sin embargo, la atención de la madre debe ir más allá de estas acciones y deben estar acompañadas de “formas de cuidar”. Esto es un modo de ser y de expresarse durante el cuidado de la madre.

En este tipo de investigación se considera que una forma de abordar esta situación es escuchando, conociendo, desvelando y comprendiendo las vivencias de las personas que atraviesan una enfermedad hipertensiva y, en el caso del presente estudio, de la madre gestante, para que, a partir de este conocimiento, se pueda

contribuir a mejorar la atención integral y especializada de las gestantes hipertensas, desde la perspectiva humana y holística, y centrada en la persona como ser único que vivencia esta enfermedad. Esta forma de escuchar ha sido mediante el diálogo y la recopilación de las experiencias vividas por madres gestantes en el proceso de su hospitalización.

En tal sentido, las vivencias en el presente estudio se abordaron desde el enfoque fenomenológico, pues, la fenomenología busca lo que está detrás de la persona, la conciencia; lo cual está directamente relacionado con un hecho o acontecimiento, es decir, se busca estudiar cómo se presenta la realidad ante una persona. Mediante el método se busca comprender la experiencia vivida a través de la develación de la verdad, sacando a la luz las esencias de lo expresado por los sujetos participantes en sus discursos. El lenguaje humano permite conocer las vivencias de cada persona, reconocerlas como diferentes.

Las vivencias son entendidas como las experiencias vivas y humanas. Para la construcción de una vivencia, influyen las costumbres, e idiosincrasias de la persona. Por lo tanto las vivencias son personales y le anteceden el grado de importancia que la persona le atribuye y el lugar donde se desarrollan.

Vivencia es la forma de sentir experiencias distintas, que pueden ser llegar a ser de leves a intensas, las cuales van acompañadas de emociones y sentimientos(10). Por lo tanto, se puede afirmar que las vivencias que dejan huella en la vida de una persona en un momento dado, comprenden funciones emocionales, cenestésicas y orgánicas (11).

Por otra parte, “Merleau-Ponty ha señalado que la percepción no es un añadido de eventos a experiencias pasadas sino una constante construcción de significados en el espacio y en el tiempo”(12).

Así mismo, la experiencia es algo que se vive en soledad e individualmente, pero que, aun así, no puede ser sólo algo subjetivo sino que tiene que poder expresarse a los otros. Está configurada por un tiempo: existe un *antes* y un *después* de esa experiencia, de la cual salimos transformados, no somos los mismos que éramos. Nos

transforma nuestra subjetividad: aquello que somos, lo que sentimos, aquello por lo que nos medimos, evaluamos y decimos. Nos lleva a pensar y a pensarnos de manera diferente a cómo veníamos haciéndolo. Una experiencia es constitutiva de lo que somos, nos cambia, nos transforma, de ahí en adelante no podemos seguir siendo lo que éramos (13).

Asimismo, la experiencia es algo que se vive en soledad e individualmente; pero que, aun así, no puede ser solo algo subjetivo, sino que tiene que poder expresarse a los otros. Está configurada por un tiempo: existe un *antes* y un *después* de esa experiencia, de la cual salimos transformados, no somos los mismos que éramos. Nos transforma nuestra subjetividad: aquello que somos, lo que sentimos, aquello por lo que nos medimos, evaluamos y decimos. Nos lleva a pensar y a pensarnos de manera diferente a cómo veníamos haciéndolo. Una experiencia es constitutiva de lo que somos, nos cambia, nos transforma; de ahí en adelante no podemos seguir siendo lo que éramos (13).

Para la investigación, el hecho de tomar conocimiento de las experiencias de las mujeres gestantes con hipertensión inducida es una herramienta esencial para el obstetra profesional; puesto que permitirá reorientar el cuidado de las gestantes durante la hospitalización. De igual manera, saber qué vivencias tiene y cómo la gestante está experimentando el “fenómeno de la hipertensión inducida por la gestación” ayuda a la comprensión del fenómeno. Estas acciones permiten al profesional obstetra tener los elementos necesarios para mejorar la práctica profesional de manera integral, centrado en la persona.

Este hecho significa que es necesario dar a conocer las manifestaciones verbales y no verbales de las gestantes, ya que la investigación se puede aproximar al mundo de las vivencias de la hipertensión inducida por la gestación, lo que se alcanzará extrayendo unidades de significado de estas vivencias, a efectos de poder transformarlas en categorías que expresen el fenómeno estudiado.

Algunos estudios relacionados con el tema de investigación muestran cómo las gestantes y las puérperas perciben y hacen su representación social respecto de la

hipertensión arterial. Así, un estudio cualitativo realizado en Brasil con el objeto de identificar a púerperas que tienen relación con la hipertensión gestacional, sirvió para conocer cómo perciben el peligro y las consecuencias que implican la enfermedad para las madres gestantes y sus familias. La investigación pone en relieve la importancia de reestructurar el sistema de atención perinatal, desde el primer nivel hasta los institutos especializados (10).

Para intentar comprender el fenómeno se tiene como antecedente un estudio acerca de los significados de las madres sobre los trastornos hipertensivos en la gestación y el parto prematuro. Este estudio tuvo como resultado una significación social negativa, y como principal desafío la muerte y los peligros a los que estuvieron expuestos la madre y el bebé. Posteriormente, en el puerperio, la preocupación por el niño prematuro hospitalizado en la unidad de terapia intensiva neonatal (14).

El análisis de datos cualitativos realizado en trece pacientes en una unidad de parto de alto riesgo de un gran hospital terciario, Edmonton, Alberta, Canadá, tuvo como resultado la comprensión de las necesidades de las gestantes antes del parto de alto riesgo, durante la hospitalización, desde su perspectiva, a fin de ayudar al cuidador profesional de salud a mejorar la calidad de atención a madre gestante, a fin de proporcionar orientación sobre el manejo de estrés y planificar las intervenciones para reducirlo e involucrar a sus familiares (15).

En su estudio de caso, Vivencia de la Mujer Embarazada con Hipertensión Arterial, las informantes no hacen referencia a las dificultades de orden físicas, sino a los problemas afectivos y emocionales; además hay manifestaciones evidentes en las respuestas de las informantes de las etapas de duelo; por tal razón, se recomienda al personal de salud que debe diseñar los planes de atención sobre la base de las necesidades individuales de cada persona (16).

Durante la experiencia profesional en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca se han tenido muchas oportunidades de brindar atención y cuidado a mujeres gestantes con hipertensión arterial inducida por su embarazo y con diversas manifestaciones anímicas: angustia, temor, dudas y

preocupación respecto del proceso de la enfermedad, considerada como de alto riesgo. Las formas de dar atención a la paciente, muchas veces son gratificantes; pero otras desafortunadas, no exitosas, debido a las frecuentes barreras personales y del mismo sistema de salud, que tiene orientación puramente curativa, con imposición de conocimientos exclusivamente académicos; ello, porque se desconocía la dimensión subjetiva de las personas, lo que no permitió avanzar en la atención y cuidado centrado en la persona enferma. Por tanto, se considera que una forma de dar tratamiento a la gestante es centrarse en el cuidado humanizado conociendo sus vivencias, sus experiencias, sus sentimientos y significados durante el proceso de la enfermedad y hospitalización.

Además, los cambios socioeconómicos, culturales y de salud en las personas observados en estos últimos años determinan nuevas formas de cuidado y atención; sin embargo, el mismo sistema de salud imperante, hace que la atención de las mujeres gestantes se limite especialmente al de la enfermedad y a la medicación, dejando de lado el verdadero cuidado, con una mirada integral y más humana.

Estos cambios invitan a los profesionales de la salud a preguntar, explorar, observar, interpretar y comprender el mundo de las personas, a quienes se brinda el cuidado. Así se da paso a una visión más integral, más sensibilizadora, cuya atención se centra en el ser humano y no se fragmenta en teorías especialmente en el área asistencial.

Finalmente, la experiencia vivida en el ejercicio profesional y los estudios de doctorado han permitido conocer nuevas perspectivas de la investigación. Por ello, la motivación para realizar el estudio y dar oportunidad a las madres para que expresen sus vivencias en un contexto natural de su realidad con el aspecto social, con el propósito de incrementar los conocimientos teóricos en obstetricia y su aplicación en la práctica asistencial y comunitaria.

1.2. Pregunta orientadora del estudio

¿Cómo vivencian las gestantes la hipertensión arterial, inducida en el III trimestre de embarazo, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca?

1.3. Objetivo General

Develar, describir y comprenderla experiencia vivida por la madre con hipertensión arterial inducida, durante el III trimestre de embarazo, con el propósito de ofrecer un cuidado con enfoque humanizado a las gestantes.

1.4. Justificación del estudio

Actualmente, el desarrollo de los conocimientos científicos en salud está mayormente ligado a la investigación cuantitativa, donde es la persona el objeto de investigación. En este proceso se han creado ciertas teorías que guían los procedimientos instrumentales y las técnicas y se han establecido protocolos estandarizados o reglas para la atención de la persona enferma. Este tipo de investigación aún no permite ver a la persona como un ser holístico e integral, que se integre al cuidado técnico y biomédico en los servicios de salud obstétrico.

Existen situaciones que conllevan a la gestante a vivir una experiencia diferente con respecto a la hipertensión inducida por la gestación desde el diagnóstico, tratamiento y atención brindada por el obstetra hasta cada uno de los procesos que implican la hospitalización que percibe desde su habitación en el servicio de Gineco-obstetricia.

En la investigación fenomenológica es importante desvelar, describir y comprender el fenómeno de las vivencias de gestantes en el último trimestre de gestación con la enfermedad de hipertensión inducida por el embarazo, y sus implicaciones físicas, psicológicas y emocionales que expresan o quedaron configuradas en las categorías explícitas como parte de los hallazgos.

Asimismo no se han encontrado investigaciones que revelen las vivencias y experiencias de las mujeres gestantes con hipertensión arterial en Cajamarca. Consecuentemente, surge la necesidad de desvelar el fenómeno con una perspectiva fenomenológica. El trabajo ha permitido la reconstrucción de una estructura social referente a la forma cómo las madres vivieron su realidad en el tránsito con la enfermedad.

El conocimiento esencial del fenómeno hallado en la presente investigación ha tenido el objetivo de servir como base para establecer lineamientos básicos en la intervención integral y especializada del profesional obstetra, dirigido a gestantes con similares experiencias; de tal manera que, permita comprender y ofrecer una atención con enfoque humanizado en la gestante. Es decir, los nuevos conocimientos generados ayudaran a mejorar la práctica asistencial y comunitaria. Así, como a establecer una línea de investigación para continuar con investigación referente al ser y quehacer de la obstetricia e incrementar el corpus de conocimiento en la investigación de la profesión. .

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Bases epistemológicas del problema de investigación

“Heidegger define el concepto de fenomenología en Ser y Tiempo, así: lo que se muestra, sacar a la luz, o hacer que se visibilice en sí mismo, poner a la luz. Ahora bien lo que se puede mostrar, en sí mismo, por sí mismo, de diferentes maneras, según cuál sea el modo de acceso a ello” (17). La fenomenología trata de exponer lo vivenciado por las personas, a través de la conciencia, explora lo que la persona describe.

Así mismo, Heidegger, nos refiere que el hombre, como ser en el mundo, constituye a sí mismo y al mundo conforme va existiendo, comprendiendo, temporalizando, especializando su existencia, relacionándola con los objetos y con las personas en las más variadas situaciones, y este sentido de existencia es revelado por los significados que atribuye a sus experiencias, por el modo cómo las comprende. Al tomar conciencia de su existencia, la persona va vivenciando las situaciones, pero siempre va relacionando vivencias con su “Mundo”: Este comprende los seres que lo rodean; así como, la relación que tiene con los demás. Por lo tanto “Mundo” viene a ser toda relación asociada a emociones y sentimientos que tiene un significado trascendental para la persona, este concepto hace referencia a tres aspectos simultáneos: el circundante, el humano y el propio. Refiriéndose el primero a la correlación entre la persona y su medio ambiente. El ser humano tiene un papel activo sobre su mundo, como parte fundamental para integrarse, busca la satisfacción de sus necesidades al convivir con otros seres humanos (18).

Para la investigación, las vivencias son: sentir y explorar la enfermedad, a través de construcciones de las madres gestantes y de la expresión de sus discursos su propio tiempo y espacio en el que experimentan el fenómeno en estudio; siendo, las vivencias habituales la forma esencial de vivir.

Para Barrera los modos de vivir o existir sintonizado dan como resultado vivencias que se integra con el mundo de forma armoniosa e integral. Así mismo, el modo racional de existir permite que el ser humano adquiera conocimiento, analice, reflexione y comprenda su mundo. A través de la experiencia, el ser humano es capaz de construir conceptos de acuerdo a su percepción. Acerca del modo preocupado de existir, esta se refiere a las vivencias de insatisfacción que va desde la tranquilidad hasta la ansiedad. Y temporalizar es en apreciar el tiempo, y esta permite que el ser humano comprenda su propio existir (19).

Para Forghieri, “la persona que yo soy abarca tanto quien ya fui como quien estoy siendo y quien pretendo ser en mi existencia futura”. En nuestro existir inmediato, vivenciamos el tiempo como una totalidad, que, consiste en un presente perenne, abarcador, tanto de lo acontecido como de lo que esperamos que venga a acontecer. Acostumbramos experimentar nuestro existir como flujo continuo, deslizándose en una “velocidad” e intensidad que se alteran de acuerdo con nuestra manera de vivenciar las situaciones (...). Espacializar no solo es cuando el modo cómo vivenciamos el espacio en nuestra existencia, sino inmediatamente cuando tomamos conciencia del mundo, tomando conciencia de significados subjetivos pasados o actuales relacionados a sucesos similares en un espacio fenomenológico que permite entender las vivencias de los demás y las propias (20).

Husserl, considerado el padre de la fenomenología: presenta a la “Fenomenología” como parte fundamental para la construcción filosófica estrictamente científica. La fenomenología permite analizar la esencia del fenómeno en estudio; para ello el investigador aparta de sí percepciones y juicios personales, lo que le permitirá un acercamiento al fenómeno (21).

Desde el punto de vista de Husserl, las vivencias no parten de una reflexión psicológica, sino de vivencias intencionales de la propia persona. Lo cual ha permitido a la investigación tomar dentro del flujo de la conciencia y en una unidad de tiempo, vivencias que han sido reducidas y adecuadamente percibidas por la investigación tratando de que sean captables en su plenitud.

El Dr. Julián Marías, en una conferencia ofrecida en Madrid, acerca de “Husserl y la Fenomenología”, señala: “Justamente, la conciencia es lo que queda cuando yo hago una reducción fenomenológica. Y después habrá otra reducción que él llamará eidética, es decir, se pasa de los contenidos directos de la conciencia a los contenidos eidéticos, es decir, las esencias de la conciencia pura” (22).

Una de las partes importantes de análisis cualitativo con enfoque fenomenológico es el investigador. Él es quien debe situar las vivencias experimentadas por la gestante. El cual debe aislar todo conocimiento preestablecido, así como sus propias experiencias, para lograr descubrir el fenómeno, a partir del discurso de las mujeres que experimentan el fenómeno de la hipertensión inducida por la gestación.

Es importante señalar que la trayectoria fenomenológica no depende de supuestos, proposiciones, ni de teoría explicativa, no formula hipótesis ni contrastaciones previas como ocurre en la investigación tradicional cuantitativa, el rigor que confiere a su estudio se da a través de un rigor epistemológico, aplicado a los discursos donde se busca esclarecer el fenómeno en estudio. Busca comprender la experiencia vivida, sin marco teórico, a través de la develación del fenómeno, sacando las esencias de lo expresado por los sujetos participantes en sus discursos (23).

Cabe destacar además, que para el padre de la fenomenología, Edmund Husserl, fenomenólogos son quienes aceptan el proceso intencional de la conciencia y aplican la reducción fenomenológica minuciosamente la cual permitirá acceder a la forma trascendental del fenómeno. Producto de la reducción fenomenológica se manifiesta la esencia del fenómeno de la conciencia. (24).

Husserl presenta dos formas de relacionar la conciencia y el mundo: la forma natural, en la cual el ser humano interactúa con el mundo externo. De otro modo la relación del mundo desde la perspectiva de la fenomenología, que actúa de forma reflexiva evaluando los actos de la conciencia (17).

La investigación cualitativa no se preocupa de generalizaciones, principios o leyes, sino que centra su atención en lo específico, en lo individual, busca siempre la interpretación de los fenómenos estudiados. En la investigación fenomenológica no hay problema enunciado, sino que el investigador(a) interroga, y, al hacerlo, traza una trayectoria y estará caminando por así decirlo, atrás del sujeto que experimenta la situación. La trayectoria fenomenológica se inicia con ir a las cosas mismas y esto sólo es posible a través del mundo de vida (25).

Se busca comprender la experiencia vivida, a través de la develación del fenómeno, sacando a la luz esencias de lo expresado por los sujetos participantes en sus discursos. El lenguaje humano nos permite comprender el mundo de cada persona, y reconocerlo como diferente a los demás.

La trayectoria no se sujeta a supuestos, proposiciones o teoría alguna; la investigación cualitativa fenomenológica no formula hipótesis ni contrastaciones previas como ocurre en la investigación tradicional cuantitativa, el rigor que confiere a su estudio se da a través de un rigor epistemológico, aplicado a los discursos, donde se busca esclarecer el fenómeno en estudio (23).

Para la fenomenología, el objeto de conocimiento es la vivencia, su manifestación en la persona y la forma cómo se construye a través del fenómeno tal y cual es representado o como es experimentado por las personas que la vivencian. En el estudio esta vivencia es presentada por las madres gestantes con hipertensión inducida por la gestación; es decir, se buscará ingresar al mundo de la experiencia vivenciada.

En el mismo sentido, se encuentra que la experiencia vivenciada, es definida como todo lo que ocurre, a cada instante, en el contexto de la conciencia individual. Entendiéndose por conciencia individual o intencional, toda conciencia toda conciencia humana (26).

“Si dirijo la mirada, como hombre que piensa en la actitud natural, a la percepción que estoy viviendo, la percibo de pronto y casi inevitablemente (esto es

un hecho) en relación con mi yo; está ahí como vivencia de esta persona viviente, como estado suyo, como acto suyo; el contenido de sensación de esta vivencia está ahí como lo que se da a aquella persona a modo de contenido, como lo sentido por ella, como aquello de que ella es consciente; y la vivencia se inserta, junto con la persona que la vive, en el tiempo objetivo” (27).

Para comprender la trayectoria fenomenológica, existen principios básicos: la intencionalidad de los actos están dirigidos a un objeto, por lo tanto el sujeto está íntimamente ligado al objeto (23). Por consiguiente la intencionalidad es el núcleo fundamental de las vivencias, a través de ella se toma conciencia de los objetos del mundo.

2.1. Madres gestantes con hipertensión inducida por la gestación

Una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna son los trastornos hipertensivos de la gestación. La enfermedad se caracteriza por presentar signos clínicos a partir de la segunda mitad de la gestación, y su único tratamiento es la culminación del embarazo, y si la gestante con hipertensión arterial no recibe el tratamiento oportuno se pueden generar complicaciones graves que ponen en riesgo la vida de la madre y el bebé.

El protocolo de atención del Hospital Clínico de Barcelona, define las categorías de la hipertensión durante el embarazo:

- **Hipertensión inducida por la gestación:** es la enfermedad que aparece luego de las 20 semanas de embarazo. Y presenta las siguientes categorías:
 - **Hipertensión gestacional (HG):** se caracteriza por proteinuria negativa y Doppler uterino normal. Luego de las 12 semanas post parto si la presión arterial se normaliza se denomina transitoria, caso contrario se denomina hipertensión crónica.
 - **Preeclampsia (PE):** se caracteriza por Doppler uterino patológico con proteinuria positiva.

- **Eclampsia:** es la presencia de convulsiones del tipo gran mal o coma no atribuibles a otras causas.
- **Sd. de HELLP:** variante de la PE grave que se diagnostica cuando aparece:
 - Hemólisis: LDH > 600 UI/L
 - GOT o GPT > 62 UI/L
 - Plaquetas < 100.000/ μ l

El síndrome se considera incompleto cuando hay ausencia de alguno de los tres criterios (28).

La hipertensión en el embarazo debe ser vigilado estrictamente, debido a que entre el 15% al 25% desarrollarán preeclampsia. Es de consideración que cuanto más temprano se manifiesta la hipertensión el riesgo de preeclampsia es mayor (29). En gestantes hipertensas con menos de 34 semanas de embarazo el riesgo de desarrollar preeclampsia es del 40%; así mismo, aumenta el riesgo de complicaciones perinatales (30).

En este sentido, el cuidado brindado por el obstetra debe convertirse en el acercamiento a la gestante, que permita generar un vínculo afectivo y poder comprender que los cambios producto de la enfermedad, acompañan a sus vivencias. Este vínculo, entre el obstetra y la gestante permite la expresión de los sentimientos, pensamientos, alegrías, tristezas y sufrimientos entre ambos. Por lo que, el papel fundamental del obstetra es ser y estar consciente de las necesidades de la madre gestante.

El cuidado que reciba la madre gestante en el presente, tiene trascendencia en el futuro; entonces, el obstetra se convierte en el cuidador de su presente, en el momento de la enfermedad y actúa como protagonista del futuro de la madre gestante; en donde la calidad del cuidado es esencial en el servicio que se brinda.

CAPÍTULO III

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.8. Diseño de la investigación

Se trata de una investigación a la luz del abordaje cualitativo, fenomenológico; pues, este método trabaja con vivencias, permitiendo el estudio de procesos y fenómenos.

Los procesos de la investigación cualitativa permiten examinar y representar y permiten elaborar representaciones teóricas. El fundamento principal de la investigación se centra en comprender el significado de los actos humanos, a través de los discursos de los participantes de la investigación en relación a sus vivencias (31).

La fenomenológica ha permitido encontrar la esencia de la estructura del fenómeno que se ha mostrado a través de las descripciones de los discursos de las gestantes del III trimestre de embarazo que presentan hipertensión inducida por la gestación.

Por lo que, se ha dejado de lado supuestos o pre-conceptos sobre la naturaleza del fenómeno que se va investigar, procurando solicitar que las gestantes describan sus experiencias tal y como las están viviendo.

Sin embargo, no ser parte de un vacío ni de un marco nulo; pues, su perplejidad frente al fenómeno que desea investigar le da intencionalidad y dirige su estudio; espera que los sujetos sean capaces de tener acceso a los contextos y comportamientos de situaciones que están viviendo, que sean capaces de describir lo que están experimentando, del modo más adecuado para que el investigador pueda desvelar el fenómeno (23).

Este enfoque ha permitido ingresar en lo profundo de la experiencia vivida por las gestantes y proyectar su mundo subjetivo. De esta manera, se concede un significado a la hipertensión inducida por la gestación. De ahí que la expresión de la

gestante adquiere importancia, para dar forma a la enfermedad y sus posibles cambios identificados por ella.

3.2. Área de Investigación

El estudio se ha realizado con gestantes que sufren hipertensión arterial en el Hospital Regional de Cajamarca, ubicado en el distrito de Cajamarca y provincia de Cajamarca. Esta se halla ubicada en la parte norte del Perú. Siendo su capital la ciudad de Cajamarca, el 11 de febrero de 1855. La ciudad se encuentra ubicada a 2750msnm, envuelta por un hermoso valle lleno de coloridos y bellos paisajes.

Cajamarca constituye una de las ciudades más importantes de la historia del Perú. Fue el escenario de encuentro entre la población tawantinsuyana y las huestes de Francisco Pizarro y sus socios Diego de Almagro, Fernando de Luque, y el propio sacerdote Valverde. Posteriormente Atahualpa fue hecho prisionero y ejecutado en la plaza central de la ciudad.

Por otro lado, cabe destacar que la ciudad de Cajamarca constituye una atracción turística en el país debido a su campiña y su zona monumental. Como parte de su tradición y cultura destacan las fiestas populares las que reúnen danzas, comidas y bebidas típicas. A través del tiempo la población Cajamarquina sigue conservando sus tradiciones y rituales de la religión católica.

Actualmente, la ciudad de Cajamarca se caracteriza por la presencia de la minería, la cual se constituye en la primera actividad y la más productiva de la ciudad y del país; pero junto con los beneficios parciales han llegado también los enormes daños sociales tales como el trabajo sexual que ha ido aumentando en directa proporción con el incremento de la población. De la misma forma, los conflictos mineros se han presentado por las diferencias entre la población y la empresa minera los cuales han desembocado en protestas y enfrentamientos.

Si bien es cierto que existe un crecimiento económico que ha permitido el desarrollo de las ciudades, las zonas rurales aún tienen muchas carencias.

3.3. Situación del Fenómeno

Para situar el fenómeno se ha realizado la investigación donde aconteció, donde se produce el pensamiento. Así el fenómeno en estudio lo constituyen las vivencias de las gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo en el tercer trimestre, y que se encontraron hospitalizadas en los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca. A ellas se les explicó el motivo del estudio a la cual accedieron participar de manera voluntaria, firmando su consentimiento informado. Para participar en la entrevista; se les indicó que se guardará el anonimato y confidencialidad respectivas.

El fenómeno situado es una modalidad de la investigación cualitativa de enfoque fenomenológico, cuyo objetivo es buscar la esencia o la estructura del fenómeno que se debe mostrar a través de las descripciones en los discursos de las participantes, cuando se les realice una o más preguntas generadoras de debate: ¿Qué significa para usted estar viviendo con esta enfermedad?

En concordancia con Martins y Bicudo, la experiencia nunca es estática y siempre presenta una relación entre el fenómeno que se muestra y el sujeto que lo experimenta (32).

3.4. Escenario del Estudio

El escenario de estudio fue el servicio de hospitalización del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca.

3.5. Recolección de la información

Los datos han sido recolectados con la finalidad buscar los significados atribuidos al fenómeno en estudio; sus discursos han permitido obtener los datos referentes a las situaciones reales vividas en forma consciente.

En el presente estudio de investigación se presentan discursos de gestantes que viven la experiencia de padecer hipertensión arterial durante el tercer trimestre de gestación. Obtenidas a través de las descripciones de las participantes en relación con

la vivencia del fenómeno en estudio la cual ha permitido comprender el fenómeno indagado.

3.5.1 Obtención de las descripciones

Al primer contacto con las gestantes, se les explicó la finalidad y objetivos de la investigación; así como el procedimiento de la misma. Se les garantizó total confidencialidad de la información y se les dio a conocer que la entrevista iba a ser grabada y validada por ellas mismas, firmando un consentimiento informado previo.

La entrevista fenomenológica sirvió como fuente principal para hallar el significado de la hipertensión inducida por la gestación desde las propias vivencias de las madres gestantes. Por ello, la pregunta orientadora permitió recopilar la información, abriendo paso a un diálogo que permitió obtener la información trascendental para la investigación (33).

En las entrevistas posteriores se generó la empatía necesaria para que las gestantes se sientan en confianza para expresar sus vivencias. En todo momento se generó un clima positivo para facilitar la interacción de la entrevista.

Para ello se utilizó preguntas abiertas y generales que posterior a la prueba piloto se han modificado para extraer los datos necesarios para lograr llegar al objeto de estudio. Del modo, que puedan aflorar de las respuestas de las participantes con la finalidad de obtener una información más amplia expresada con las palabras propias de las gestantes.

De la misma forma se utilizaron notas de campo, los cuales ayudaron a registrar datos fruto de la observación como manifestaciones verbales, acciones y actitudes de las participantes de la investigación, fueron reacciones de las madres que no pudieron ser captadas con la grabación.

Se realizó entre dos y tres entrevistas con cada participante, con una duración aproximada de 50 minutos por entrevista; las cuales fueron transcritas y analizadas

fenomenológicamente para hallar las unidades de significado que lleven a desvelar el fenómeno y a comprenderlo.

Al inicio estas unidades se tomaron tal como son propuestas por las gestantes que describen el fenómeno y cuando el investigador llega a una visión global, se inicia la reducción del fenómeno. Cada unidad de significado fue transformada a través del trabajo reflexivo del investigador.

Se buscaron convergencias y divergencias para integrarlas y para que a partir de la misma se logren construir categorías temáticas. Luego se procedió al análisis, lo que ha permitido generar interpretaciones generales del fenómeno.

3.5.2. Interpretación y análisis de datos.

Las información es fueron transcritas en el procesador de texto Word, de acuerdo con la secuencia y continuidad de las entrevistas.

Durante la planeación, diseño y ejecución del estudio se acondicionó una computadora personal para procesar los datos, una grabadora digital con su respectiva batería, dispositivos de almacenamiento de datos y audífonos.

El análisis de la información se realizó en forma manual con base a procedimientos de la fenomenología. El análisis comenzó con la realización de la primera entrevista, seguido de la lectura y la transcripción de las mismas, posteriormente se realizó un análisis minucioso con el objetivo de extraer textos significativos para la investigación. Después del análisis, se pudieron extraer las divergencias y convergencias de los discursos, para lograr obtener las categorías.

El proceso de categorización y codificación de los datos, consistió en el fraccionamiento de la información en unidad, y la construcción de categorías representadas en un gráfico de tal modo que se pudiera hacer un reconocimiento visual ágil de cada una realizando por último una descripción consistente de la estructura del fenómeno estudiado.

- **Sujetos del estudio**

Las participantes de la investigación fueron elegidas intencionalmente; pues, los requerimientos del estudio así lo requieren. Se tuvo contacto con gestantes internadas en el servicio de hospitalización del Dpto. Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca y se realizaron las entrevistas con una duración entre 40 y 60 minutos como máximo.

Las participantes de este estudio son ocho gestantes de diferentes condiciones socioeconómicas (estado civil, religión, edad, procedencia). Todo esto con el objeto de obtener descripciones variadas acerca del fenómeno en forma libre y espontánea.

Se consideró siempre el rigor epistemológico correspondiente y los principios éticos del anonimato y confidencialidad.

3.6. Momentos de la trayectoria metodológica

En la trayectoria fenomenológica se habla de los siguientes momentos; la descripción de los discursos, seguido de la reducción fenomenológica y posteriormente la comprensión de los mismos. Los cuales se utilizaron para el procedimiento de la investigación:

- **Descripción:** en este primer momento el investigador se introduce en los discursos a través de lectura, con el fin de comprender de forma intuitiva el modo de existir de la persona en la situación que se describe.

El discurso representa la posibilidad de comprender lo aprendido a través de la intersubjetividad del sujeto, que en el caso de la investigación se refiere a las vivencias de mujeres con hipertensión inducida por la gestación.

- **Reducción:** en este momento se buscó determinar, a través de la reflexión, qué partes de la descripción van a ser consideradas esenciales y cuáles no. Para realizar las reducciones es necesario que el investigador se desconecte de su cotidianeidad y que se ponga en el lugar del sujeto.

La reducción fenomenológica no consiste en suprimir las percepciones presentes en los discursos, sino rescatar la esencia de las afirmaciones espontáneas,

sin cambiar el sentido de lo expresado referente al fenómeno interrogado, a fin de lograr comprenderlo. Cuando se realiza la reducción fenomenológica, no se dirige al mundo exterior considerado como parte del ser, ni se sustituirá la percepción interior por la exterior. Lo que se intenta es explicar o hacer aparecer en mí esa fuente pura de todos los significados que alrededor de mi persona constituyen el mundo. El propósito de este momento es aislar el objeto de la conciencia, es decir, el fenómeno que se muestra por sí mismo, aspectos que constituyen la experiencia que el sujeto vive (34).

- **Comprensión:** en este momento se asume el resultado de la reducción como un conjunto de afirmaciones significativas que apuntan a la experiencia de la persona. Se transforman en expresiones propias que sustentan lo que está buscando.

- **Análisis ideográfico**

Se refiere al empleo de representaciones de ideas por medio de símbolos o códigos que se asignan a cada uno de los significados extraídos de los discursos.

Mediante el análisis ideográfico, la investigación debe llegar a la comprensión de la estructura general del fenómeno y a sus significados esenciales.

- **Análisis Nomotético**

Este análisis representa la búsqueda de convergencias y divergencias de las unidades de significado.

Consiente en conocer las vivencias de las propias palabras de las gestantes, lo que permitirá comprender el trasfondo común a las manifestaciones particulares.

Finalmente todo proceso de construcción de categorías se hizo uso del análisis del discurso el mismo que consiste en una técnica de análisis de información, El análisis comienza con la codificación la cual consiste en etiquetar pasajes textuales, de acuerdo a la categoría hallada. El etiquetado permite la identificación de categorías mediante la búsqueda vertical de las unidades de análisis; mientras que la búsqueda transversal permite el reconocimiento de una misma categoría en las diferentes unidades de análisis. Luego, el proceso de etiquetado-desagregación-reagregación se impulsa a través de un trabajo de

interpretación con la finalidad de evaluar de manera constante la validez de las semejanzas y diferencias reconocidas en el texto (35).

3.7. Consideraciones éticas y de rigor científico

Para recoger la información de las gestantes con hipertensión arterial inducida por su embarazo en el tercer trimestre, teniendo en cuenta el objetivo del estudio, se ha pedido el consentimiento informado para transcribir, analizar y publicar los discursos.

En el rigor metodológico determinó los criterios de calidad de la información. Los criterios fundamentales para lograrlo son propuestos por Guba y Lincoln (36): la credibilidad o valor de la verdad, transferibilidad o aplicabilidad, la confirmabilidad o auditabilidad y la dependencia que enfatizan en la evaluación del rigor científico al finalizar la investigación (37).

La credibilidad reconoce que los resultados de una investigación son verdaderos para los sujetos de la investigación mientras que para el investigador está en contacto con el fenómeno investigado. Se logró a través de la observación y el diálogo con las gestantes del estudio, producto de ello hallazgos son la aproximación más cercana a las vivencias de las madres gestantes.

De allí la importancia de conocer las vivencias de las madres gestantes que padecen la hipertensión, las cuales son distintas en cada persona. El investigador tiene la función de conocer el mundo de los sujetos de estudio, es decir, captar lo que es cierto, lo conocido o la verdad para ellos en su contexto, de una forma empática y cordial entre el participante y el investigador.

En el presente estudio, el criterio de credibilidad se logró alcanzar al regresar a las entrevistadas dos o más oportunidades con la finalidad de dar la concordancia de los discursos y revisar algunas expresiones o datos.

La confirmabilidad, estuvo dado por el registro y documentación de ideas, observaciones y entrevistas realizadas en el estudio. Todo ello ha permitido comparar conclusiones con otras investigaciones.

La transferibilidad permite que los resultados puedan ser llevados a contextos similares; siendo importante describir el contexto donde se llevan a cabo los hechos, así como las características de las madres participantes del estudio.

La dependencia es un criterio que implica el nivel de consistencia o estabilidad de los resultados del estudio. De acuerdo con este aspecto, la investigación tendrá como objeto de estudio las vivencias de las gestantes con hipertensión arterial internadas en el Hospital Regional de Cajamarca.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LOS DISCURSOS Y ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

A la luz de la pregunta orientadora y los objetivos del estudio se presentan los resultados de la estructura social del fenómeno expresado por las madres gestantes con hipertensión inducida por la gestación.

En este capítulo los resultados contienen las unidades de significado que emergieron de las descripciones o discursos de las madres participantes, el cual es una forma de presentación de las informaciones obtenidas para posteriormente hacer la discusión y análisis finalmente una síntesis de los significados y esencia de las experiencias vivenciadas por las madres. Esto es el aporte al nuevo conocimiento, que se constituirá.

Se consolidaron ocho entrevistas a profundidad, utilizando de manera flexible dos preguntas abiertas que facilitaron la narración de las vivencias. Las ocho madres con hipertensión inducida por la gestación tuvieron edades de 27 a 36 años, que fueron hospitalizadas por Hipertensión Inducida por la Gestación en un inicio y que luego fueron complicándose a Preeclamsia Leve-Severa.

En la siguiente tabla se presentan la caracterización de las participantes de la investigación:

Tabla N° 1: Caracterización de las participantes

Discurso	Seudónimo	Edad	Tiempo de hospitalización en días	N° de gestación	Ocupación	Procedencia
I	Alicia	27	5	4	Ama de casa	Cajamarca
II	Leticia	32	2	1	Ingeniero se sistemas	Trujillo
III	Nora	36	4	2	Profesora de nivel primario	Bambamarca
IV	Lorena	30	5	1	Ama de casa	Colombia
V	Rubela	33	2	1	Comerciante	San Miguel
VI	María	31	3	1	Ama de casa	Celendín
VII	Zaira	31	1	2	Ama de casa	Cajamarca
VIII	Mayra	27	3	2	Ama de casa	Cajamarca

El proceso de análisis de los discursos se realizó a partir de la codificación de las descripciones de las gestantes participantes en el estudio. Se procedió a realizar las lecturas de cada descripción, con la finalidad de buscar el sentido del fenómeno vivenciado por las gestantes, para luego extraer las unidades de significado que permitió realizar la reducción fenomenológica, y extraer la esencia del fenómeno vivenciado.

- **DISCURSO I:**

Bueno, señorita, tengo la presión alta. Nadie me ha explicado, que es lo que tengo, me han dicho que tengo fiebre. Vivir con esta enfermedad me parece mal, porque estoy acá apoyándome. ¡No ve que estoy presa aquí!

Me preocupo también por mis niños que tengo en mi casa.

¡No veo las horas de salir!...,lo que me han dicho es que estoy con la presión. Primerito me dijeron que estoy con la fiebre, sí. Después me dieron remedio y he venido con mi pecho cerrado. Estoy con la gripe y me estoy recuperando ya.

Antes que me traigan también me sentía mal, porque en la posta me mandaron y dijeron que venga porque no puedo ya estar teniéndolos a estos bebés en mi barriga, porque me dice que puedo, a lo más seguro me puedo morir yo y mis bebés.

Y cuando me dijeron que no puedo tener mis bebés y de allí mi barriga no puede soportarlo. Bueno, acá ya estoy bien, porque el doctor me ha dicho que el veinte ya me va hacer mi cesárea, ahora ya estoy bien porque me han dicho ya cuándo es mi cesárea.

Ahorita no me duele mi cabeza, acá me dan remedio, me han tratado bien. El doctor me ha dicho que estoy con la presión alta, pero hoy me ha dicho que ya estoy normal.

Mis hijitos están allá, ahí estarán hasta que me vaya. He dejado tres niños, mi último hijo tiene cuatro años, sólo uno de mis partos ha sido en hospital y los otros dos en mi casa y el ultimito me atendí solita.

Yo no sabía que iban a ser dos. Me dijeron que me saque ecografía porque mi barriga estaba muy grande. Cuando me sacaron ecografía ahí me enteré, ¡que voy hacer!, porque son dos, señorita. Y las enfermeras de la posta me dijeron que me vaya al hospital aunque sea unito mi bebé, que venga al hospital. Mi esposo me quiso hacer operar cuando estoy con mi segundo bebé, no ma, sino que yo no quise porque quería mi hijita mujer, pero van a ser varones también.

Me siento bien, señorita, ya no tengo hijita mujer, ¡solamente tendré mis cinco hijos varones no ma! Ya no tengo hija mujer pue, ¡lo que se mueven!, se relajan...

Acá me siento tranquila; en mi casa tengo que estar haciendo; por más que esté en mi casa, tengo que estar haciendo. Por más que queramos vivir tranquilos, en la casa no se puede. Pa' barrer, pa' cocinar, pa' lavar. Mientras que aquí estamos un poco tranquilos.

Cuadro 1. Reducción fenomenológica del Discurso I

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>A. Bueno, señorita, tengo la presión alta. Nadie me ha explicado, que es lo que tengo, me han dicho que tengo fiebre.</p>	<p>a. Tengo la presión alta. Nadie me ha explicado, que es lo que tengo, me han dicho que tengo fiebre.</p>
<p>B. Vivir con esta enfermedad me parece mal, porque estoy acá apoyándome. ¡No ve que estoy presa aquí!</p>	<p>b. Vivir con esta enfermedad me parece mal, ¡estoy presa aquí!</p>
<p>C. Me preocupo también por mis niños que tengo en mi casa.</p>	<p>c. Me preocupo por mis niños.</p>
<p>D. ¡No veo las horas de salir!...,lo que me han dicho es que estoy con la presión.</p>	<p>d. ¡No veo las horas de salir!</p>
<p>E. No puedo ya estar teniéndolos a estos bebés en mi barriga, porque me dice que puedo, a lo más seguro me puedo morir yo y mis bebés.</p>	<p>e. No puedo tener a estos bebés en mi barriga, porque me puedo morir y mis bebés.</p>
<p>F. Bueno, acá ya estoy bien, porque el doctor me ha dicho que el veinte ya me va hacer mi cesárea, ahora ya estoy bien porque me han dicho ya cuándo es mi cesárea.</p>	<p>f. Estoy bien, el doctor me ha dicho que me va hacer cesárea.</p>

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>G. He dejado tres niños, mi último hijo tiene cuatro años, sólo uno de mis partos ha sido en hospital y los otros dos en mi casa y el ultimo me atendí solita.</p> <p>H. Me siento bien, señorita, ya no tengo hijita mujer, ¡solamente tendré mis cinco hijos varones no ma! Ya no tengo hija mujer pue, ¡lo que se mueven!, se relajan...</p> <p>I. Acá me siento tranquila; en mi casa tengo que estar haciendo; por más que esté en mi casa, tengo que estar haciendo. Por más que queramos vivir tranquilos, en la casa no se puede. Pa' barrer, pa' cocinar, pa' lavar. Mientras que aquí estamos un poco tranquilos</p>	<p>g. He dejado tres niños en mi casa, mi último hijo tiene cuatro años,</p> <p>h. Me siento bien, no tengo hijita mujer, ¡solamente tendré mis cinco hijos varones!</p> <p>i. Acá me siento tranquila; en mi casa tengo que estar haciendo.</p>

Cuadro 2. Convergencias del Discurso I

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>I. Tengo la presión alta. Nadie me ha explicado, que es lo que tengo, me han dicho que tengo fiebre.</p> <p>II. Vivir con esta enfermedad me parece mal, ¡estoy presa aquí! ¡No veo las horas de salir!</p> <p>III. Me preocupo por mis niños. He dejado tres niños en mi casa, mi último hijo tiene cuatro años.</p> <p>IV. No puedo tener a estos bebés en mi barriga, porque me puedo morir y mis bebés.</p> <p>V. Estoy bien, el doctor me ha dicho que me va hacer cesárea.</p>	<p>i. Manifestando confusión La participante manifiesta que nadie le ha explicado su diagnóstico y siente que tiene fiebre confundiendo su enfermedad con un proceso gripal.</p> <p>ii. Deseos de ir a casa Para la participante es importante volver a casa, se siente presa, en el hospital. Manifestando su intención de salir inmediatamente.</p> <p>iii. Preocupación por los hijos En la participante existe preocupación externa, por los hijos que ha dejado en casa.</p> <p>iv. Preocupación por sus bebés La participante muestra preocupación al manifestando el temor que siente por el riesgo de morir o de perder a sus bebés.</p> <p>v. Sintióndose bien Afirma estar bien, afirmando que su embarazo terminará en cesárea, afrontando positivamente la situación.</p>

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>VI. Me siento bien, no tengo hijita mujer, ¡solamente tendré mis cinco hijos varones!</p> <p>VII. Acá me siento tranquila; en mi casa tengo que estar haciendo.</p>	<p>vi. Viviendo bien con sus hijos varones La paciente acepta y se siente bien con la venida de sus futuros hijos varones.</p> <p>vii. Sintiéndose aliviada de las tareas La madre se siente tranquila en el hospital, aliviada de las tareas de hogar.</p>

- **ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DEL DISCURSO I**

El proceso de estar hospitalizada por una enfermedad grave que pone en riesgo a la gestante y a su bebé y por el cual es necesario su internamiento en un hospital, significó para la participante una experiencia difícil de afrontar.

Alicia vivencia su enfermedad de manera diversa: desde la aceptación de la enfermedad, hasta sus estados de confusión, señalando que nadie le ha explicado y siente que tiene fiebre.

Se pusieron de manifiesto sentimientos negativos como tensión y incomodidad, expresando sentirse presa en el hospital, *“no ve que estoy presa aquí”*, manifestando su deseo de libertar por el encerramiento que sufre. Todo esto se agrava por las circunstancias externas de preocupación por los hijos que ha dejado en casa, contribuyendo al aumento de preocupación y deseo de ir a casa, esto es manifestado por *¡no veo las horas de salir!*, Pero, a la vez se siente tranquila en el hospital porque está recibiendo cuidado para tranquilidad de ella y de sus bebés.

Por otra parte, hace un nexo de comparación del embarazo actual con los anteriores. Resalta que en sus embarazos anteriores no ha tenido complicaciones. A esto se suma la percepción de cercanía con la muerte, provocando en ella ansiedad, manifestando el temor que siente del riesgo de morir o de perder a sus bebés.

En el momento de la entrevista señala que le duele la cabeza, cierra los ojos y se toca la frente. Mencionando: *“El doctor me ha dicho que estoy con la presión alta, pero me ha dicho que ya estoy normal”*. Por lo tanto, dentro de los aspectos de la hospitalización, la participante percibe que en un comienzo es complicado y que posteriormente es mejor tolerado, gracias a los cuidados y atenciones que recibió en el hospital.

- **DISCURSO II:**

Nunca he escuchado de preeclampsia, o sea, hay términos así que no sabía. Bueno, cuando ya me dijeron que tenía preeclampsia es esto que le sube la presión a las madres y que las madres, se perjudican tanto para las madres como para el bebé; porque, para el bebé no le ayuda para la oxigenación, entonces me lleno, ¡ah! entonces me comencé a informar un poquito más...

Bueno, como te digo no se naba, nunca salí embarazada y eso que no me cuidaba. Él estaba en Cajamarca y yo en Trujillo y pues el año pasado recién nos hemos casado. Y bueno yo creo que el milagro nos hizo Dios ya para salir yo embarazada. Este embarazo mío es muy importante para nosotros.

Yo, como te digo he estado siendo atendida por médico particular, pero durante todo el tiempo en mi primer mes mi presión siempre ha sido buena baja y así no más el bebé todo bien. Solamente el último mes que sí tuve 120/90, este tuve un poco de presión, y solamente, para descartar, me hice una evaluación de proteinuria y el miércoles me dicen que es negativo; pero el jueves venga de todas maneras el doctor me dice: ¡es negativo todo está bien no te preocupes! Tienes una proteinuria, normal bueno ¡yo feliz con mi esposo!, y me dijo: ¡pero por si acaso te voy a recetar que te pongas estas inyecciones!,... dexametasona...cuatro. Total son miligramos ¿no? Total... ya cuando me voy a colocar la tercera ampolla, fue el día jueves, se me subió un poco la presión. Entonces yo llame al doctor y le digo: me he medido porque tengo este aparatito de muñeca el tensiómetro y entonces le digo: me han medido y me ha salido ¡alta!, entonces me dice: ven al consultorio, yo te tomo acá la presión....me ido a su consultorio nueve y media de la noche y efectivamente estaba alta y entonces me dice: mira-me dice-este... tu vas a hacer dos cosas, de repente te esté chocando la altura ¿qué se yo? viajar a Trujillo o si no hospitalízate....y ¡no estaba mi esposo!, él había viajado a Lima y yo estaba con mi suegra nada más y ella me decía: pero si viajamos, o si nos agarra en el carro algo ¿qué hacemos? me dice.

Entonces, yo opte por hospitalizarme y vine a hospitalizarme, media noche me vine a hospitalizar¹². Y, pues, mi presión seguía alta, me interné todo acá y a las tres de la

mañana tuve el record superior 160/80 o 90 creo ¿no? Entonces ahí me recetaron las pastillas me bajó todo y desde allí ya no me ha vuelto a subir y tengo la tranquilidad. Ojalá, pues, baje, ¿no?

Al tener esta enfermedad más que todo es un poco preocupante para mí, ya que es mi primer hijito. ¡Tenemos mucho tiempo esperando este bebé!, y bueno más que todo por el bienestar de él.

Yo llevo 34 semanas y... pues recién este último mes se me ha dado esta complicación de lo que es una posible preeclampsia. Y, bueno, estamos descartando con exámenes, es por eso mi hospitalización aquí, y bueno me he sometido a todas las evaluaciones.

Me siento ahora muy tranquila. Sí, vine muy preocupada por el estado del bebe. De repente, pues, si se daba, de que hubiera la preeclampsia, me dijeron que tenía que terminar con el embarazo, ¿no? Eso quería decir que pasar o sacarlo al bebe ¿no?... y como todavía está un poco pequeñito ¿no?, era un poco preocupante para mí. Ahora ya estoy un poco tranquila.

Es mi segundo día acá en el hospital; me siento bien. Me atienden a cada momento, pasan a revisarme cómo voy con mi embarazo, el bebé, sus latidos, mi temperatura están ahí conmigo siempre.

Eh, de extrañar a mi familia, ¡la extraño un montón! Es que yo no soy de acá, soy de Trujillo. Aquí sólo vivo con mi esposo y mi suegra, y, pues, si ellos estuvieran aquí serían un apoyo más grande, pero igual.

Los médicos, los obstetras y las enfermeras, para qué, están que cuidan conmigo en lo que es la atención, ¿no? O sea, cada cosa que les preguntaba me explicaban, y, pues, sacarme de dudas más que todo de todo lo que a veces se pasa por la mente, ¿no?

Y... en este caso a mí no se me han hinchado los pies, ni las manos, ni nada. Solamente, el primer día que me he instalado aquí si me dolía un poco la cabeza, pero ahorita estoy muy bien muy tranquila.

Aquí, en el cuarto, cómoda, a veces estoy un poco intranquila, ¿no sé si me paro o me siento? Trato de hacer algunas cosas para no estar saturándome de tantas cosas. Ahora no tengo ninguna molestia. Estoy tranquila. Si quisiera ir de alta, pero solo si el doctor me lo dice, más que todo por el bienestar tanto de mi bebe como para el mío.

Cuadro 3.Reducción fenomenológica del Discurso II

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>A. Bueno, cuando ya me dijeron que tenía preeclampsia es esto que le sube la presión a las madres y que las madres, se perjudican tanto para las madres como para el bebé; porque, para el bebé no le ayuda para la oxigenación, entonces me lleno, ¡ah! entonces me comencé a informar un poquito más.</p> <p>B. Y bueno yo creo que el milagro nos hizo Dios ya para salir yo embarazada. Este embarazo mío es muy importante para nosotros.</p> <p>C. Entonces yo llame al doctor y le digo: me he medido porque tengo este aparatito de muñeca el tensiómetro y entonces le digo: me han medido y me ha salido ¡alta!, entonces me dice: ven al consultorio, yo te tomo acá la presión....me ido a su consultorio nueve y media de la noche y efectivamente estaba alta y entonces me dice: mira-me dice-</p>	<p>a. Cuando me dijeron que tenía preeclampsia, entonces me comencé a informar.</p> <p>b. Yo creo que el milagro nos hizo Dios, para salir embarazada.</p> <p>c. Tengo el tensiómetro y me han medido, y me ha salido ¡alta! y entonces debí tomar la decisión de viajar a Trujillo o si no hospitalizarme.</p>

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>este... tu vas a hacer dos cosas, de repente te esté chocando la altura ¿qué se yo? viajar a Trujillo o si no hospitalízate....</p> <p>D.Y ¡no estaba mi esposo!, él había viajado a Lima y yo estaba con mi suegra nada más y ella me decía: pero si viajamos, o si nos agarra en el carro algo ¿qué hacemos? me dice.</p> <p>E.Entonces ahí me recetaron las pastillas me bajó todo y desde allí ya no me ha vuelto a subir y tengo la tranquilidad. Ojalá, pues, baje, ¿no?</p> <p>F. Al tener esta enfermedad más que todo es un poco preocupante para mí, ya que es mi primer hijito. ¡Tenemos mucho tiempo esperando este bebé!, y bueno más que todo por el bienestar de él.</p> <p>Yo llevo 34 semanas y... pues recién este último mes se me ha</p>	<p>d. No estaba mi esposo, había viajado, y sólo yo estaba con mi suegra.</p> <p>e. Me recetaron pastillas, me bajó la presión y desde allí tengo la tranquilidad.</p> <p>f. El tener esta enfermedad es preocupante para mí, ya que es mi primer hijito. Yo tengo 34 semanas, pues recién este último mes se me ha dado una posible preeclamsia.</p>

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p> dado esta complicación de lo que es una posible preeclampsia. Y, bueno, estamos descartando con exámenes, es por eso mi hospitalización aquí, y bueno me he sometido a todas las evaluaciones. </p> <p>G. Me siento ahora muy tranquila.</p> <p>H. Sí, vine muy preocupada por el estado del bebe. De repente, pues, si se daba, de que hubiera la preeclampsia, me dijeron de que tenía que terminar con el embarazo, ¿no?. Eso quería decir que pasar o sacarlo al bebe ¿no?... y como todavía está un poco pequeñito ¿no?, era un poco preocupante para mí.</p> <p>I. Es mi segundo día acá en el hospital; me siento bien. Me atienden a cada momento, pasan a revisarme cómo voy con mi embarazo, el bebé, sus latidos, mi temperatura están ahí conmigo siempre.</p>	<p>g. Me siento tranquila.</p> <p>h. Vine preocupada por el estado del bebe. Me dijeron de que tenía que terminar con el embarazo. Y como todavía está un poco pequeñito, era un preocupante para mí.</p> <p>i. Me siento bien. Me atienden a cada momento.</p>

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>J. Aquí, en el cuarto, cómoda, a veces estoy un poco intranquila, ¿no sé si me paro o me siento? Trato de hacer algunas cosas para no estar saturándome de tantas cosas. Ahora no tengo ninguna molestia. Estoy tranquila. Si quisiera ir de alta, pero solo si el doctor me lo dice, más que todo por el bienestar tanto de mi bebe como para el mío.</p>	<p>j. A veces estoy intranquila, trato de hacer algunas cosas para no estar saturándome.</p>

Cuadro 4.Convergencias del Discurso II

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>I. Cuando me dijeron que tenía preeclampsia. Entonces me comencé a informar.</p> <p>II. Yo creo que el milagro nos hizo Dios, para salir embarazada.</p> <p>III. Tengo el tensiómetro y me han medido, y me ha salido ¡alta! y entonces debí tomar la decisión de viajar a Trujillo o si no hospitalizarme.</p> <p>IV. No estaba mi esposo, había viajado, y sólo yo estaba con mi suegra.</p>	<p>i. Interés por saber de su enfermedad La participante señala que ha buscado información acerca de su diagnóstico, demostrando interés y preocupación por su enfermedad.</p> <p>ii. Esperanza y Fe en el Ser Superior Considera que su hijo es motivo de alegría, ya que Dios le ha otorgado la oportunidad de ser madre.</p> <p>iii. La hospitalización La participante se plantea estrategias para enfrentar el problema de la hipertensión, una de ellas es decidir hospitalizarse.</p> <p>iv. Presencia Familiar La participante manifiesta su preocupación por la ausencia de su esposo durante la hospitalización, por lo que señala que fue acompañada de su suegra.</p>

<p>CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO</p>	<p>UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS</p>
<p>V. Me recetaron pastillas, me bajó la presión y desde allí tengo la tranquilidad. Me siento tranquila. Me siento bien. Me atienden a cada momento.</p> <p>VI. El tener esta enfermedad es preocupante para mí, ya que es mi primer hijito. Yo tengo 34 semanas, pues recién este último mes se me ha dado una posible preeclamsia.</p> <p>VII. Vine preocupada por el estado del bebe. Me dijeron de que tenía que terminar con el embarazo. Y como todavía está un poco pequeñito, era un preocupante para mí.</p> <p>VIII. A veces estoy intranquila, trato de hacer algunas cosas para no estar saturándome.</p>	<p>v. Sintiéndose bien La actitud de la participante a su hospitalización es positiva, lo que le permite su rápida adaptación.</p> <p>vi. Conviviendo con la enfermedad La participante reconoce que su presión arterial ha sido alta y que al administrarle medicamentos se logra controlar la hipertensión arterial.</p> <p>vii. Preocupación por el bebé Manifiesta la preocupación que sentía por su bebé, le atemoriza el hecho de que le pueda pasar algo, ya que aún es prematuro.</p> <p>viii. Buscando distracción Busca estrategias para adaptarse a la situación.</p>

• ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DEL DISCURSO II

La Sra. Leticia señala que le dijeron que tenía preeclamsia y se preocupó e interesó por buscar información acerca de su diagnóstico, demostrando interés y preocupación por saber en qué consiste su enfermedad. Esta inmensa preocupación genera en ella mucha angustia.

Preocupada por la enfermedad o por la que sentía el malestar acude al médico a su control, quien le indica evaluación de proteinuria “*me hice una evaluación de proteinuria*”, la segunda realizarse la automedida de la presión arterial ella misma “*me he medido porque tengo este aparatito de muñeca el tensiómetro*”, la tercera es acudir a su médico “*me he ido al consultorio nueve y media de la noche*” y la última decidir hospitalizarse “*entonces, opté por hospitalizarme*”. Este evento ocurrió en compañía de su suegra, ya que no contaba con la presencia de su esposo en ese momento.

La participante reconoce que en su hospitalización sus presiones llegaron a ser altas, y le administraron medicamentos y con ello se ha logrado bajar los niveles de la presión arterial. Muestra una actitud abierta, acogedora ante los exámenes y tratamientos que recibe pero a la vez muestra una actitud expectante ya que aún tiene la percepción de que en cualquier momento se eleve la presión arterial.

Durante la entrevista se muestra tranquila “*me siento ahora muy tranquila*” mostrando el lado positivo de la evolución de la hospitalización.

Por otro lado, manifiesta la preocupación que sentía por su bebé, le atemoriza el hecho de que le pueda pasar algo, ya que aún es prematuro y es su primer hijo.

A su vez siente que el personal del hospital la atiende a cada momento *¡me siento bien!*, estableciéndose una relación de confianza con el personal de salud, “*están ahí conmigo siempre*”. Actitud que favorece la comunicación y la cooperación con el personal.

Leticia identifica fácilmente los signos y síntomas de alarma de la Hipertensión Inducida por la Gestación, señalando que en un principio tuvo dolor de cabeza y este a

desaparecido. A su vez percibe el peligro, lo que genera en ella preocupación y la necesidad de comprobar su estado de salud, preguntando las dudas que tiene al personal que esta de turno: *“cada cosa que les preguntaba me explicaban”*.

La Sra. Leticia refiere: *“trato de hacer algunas cosas para no estar saturándome de tantas cosas”*, realiza actividades que la distraigan y que no supongan un gran esfuerzo, señalando un libro que está sobre su mesa. Estrategia que utiliza para afrontar esta situación, buscando adaptarse a la hospitalización.

- **DISCURSO III**

Sí, señorita tengo pre-eclampsia. Bueno, como le estaba diciendo a los doctores que yo me voy por una gripe al hospital y me detectan que tengo presión alta. A raíz de eso vivo con esta enfermedad que a veces llega a casos extremos de 180 sobre 120. Pero así, lo he estado controlando antes de mi embarazo con una pastillita que me dio el doctor que se llama la Enalapril cuando me he embarazado y me cambié a Metildopa.

Me voy a otro doctor y me dice que como ya era una paciente que tenía desde antes eso de la presión alta, que me cambiara a Nifedipino, y con ese Nifedipino estoy ahorita.

Bueno, señorita, me siento bien porque es por mi salud y la de mi bebé.... ¡Claro! que un poco extrañando una niña pequeña que tengo de ocho años, porque he venido con mi esposo para acá; pero la he dejado encargada con mamá en casita, ¡quiero que me vea mi mamá, pues!.

A veces sentía un poquito que el pecho se me oprimía cuando andaba y a veces es un dolor de frente; pero, algo que se pasaba ligeramente, ¿no?; pero, a veces que me iba, ¡ah!; cómo le puedo explicar, que me iba, ¡ah...como dicen a veces a nublar los ojos a ver lucecitas ¿no? De vez en cuando esas lucecitas, pero no del diario...no se me han hinchado los pies. Lo único que he estado sintiendo estos días es adormecimiento de dedos; pero como mi mamá me decía que esto que tengo problemas de artritis, porque cuando lavo con el Ace a veces se me adormecen; pero creo que es problema de la presión arterial que tengo, porque horita sigo pero ya se están desadormeciendo ya, mis dedos.

Mi esposo está afuera, los primeros días ha estado durmiendo afuera, pero hace dos días que ha localizado un amiguito, se está quedando ahí.

¡Yo quiero regresar a casita! Claro que a nadie le va a gustar tener esta enfermedad; pero ¡qué voy a hacer!, como dicen, ¡por algo vendría esta enfermedad! Como provengo de padres hipertensos ya tendría esta enfermedad desde niña.....Más bien, me voy agradecida como pensamos que tenemos seguro nos tratan bien en este centro hospitalaria.

Bueno, como le digo me siento agradecida del personal que me ha atendido en este hospital y pedirles a ellos que siempre sigan tratando de esa manera al personal que llegamos acá, a los pacientes.

Cuadro 5.Reducción fenomenológica del Discurso III

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>A. Bueno, señorita, me siento bien porque es por mi salud y la de mi bebé.</p> <p>B. ¡Claro! que un poco extrañando una niña pequeña que tengo de ocho años, porque he venido con mi esposo para acá; pero la he dejado encargada con mamá en casita, ¡quiero que me vea mi mamá, pues!</p> <p>C. De vez en cuando esas lucecitas, pero no del diario...no se me han hinchado los pies. Lo único que he estado sintiendo estos días es adormecimiento de dedos; pero como mi mamá me decía que esto que tengo problemas de artritis, porque cuando lavo con el Ace a veces se me adormecen; pero creo que es problema de la presión arterial que tengo, porque horita sigo pero ya se están desadormeciendo ya, mis dedos.</p>	<p>a. Me siento bien porque es por mi salud y la de mi bebé.</p> <p>b. Extrañando una niña pequeña que tengo, la he dejado encargada con mamá y he venido con mi esposo.</p> <p>c. De vez en cuando veo lucecitas, he estado sintiendo adormecimiento de dedos.</p>

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>D. ¡Yo quiero regresar a casita!</p> <p>E. Claro que a nadie le va a gustar tener esta enfermedad; pero ¡qué voy a hacer!, como dicen, ¡por algo vendría esta enfermedad!</p>	<p>d. Quiero regresar a casita.</p> <p>e. A nadie le va a gustar tener esta enfermedad.</p>

Cuadro 6.Convergencias del Discurso III.

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>I. Me siento bien porque es por mi salud y la de mi bebé.</p> <p>II. Extrañando una niña pequeña que tengo, la he dejado encargada con mamá y he venido con mi esposo.</p> <p>III. De vez en cuando veo lucecitas, he estado sintiendo adormecimiento de dedos. e. A nadie le va a gustar tener esta enfermedad.</p> <p>IV. Quiero regresar a casita.</p>	<p>i. Sintiéndose bien La participante manifiesta sentirse bien durante la hospitalización.</p> <p>ii. Presencia familiar Expresa su necesidad de apoyo familiar, especialmente de su madre y señala extrañar a su pequeña hija.</p> <p>iii. Conviviendo con la enfermedad La participante experimenta los cambios anómalos que se producen en su cuerpo.</p> <p>iv. Deseos de ir a casa Manifiesta sus deseos de volver prontamente a su casa.</p>

- **ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DEL DISCURSO III**

La participante Nora señala que tenía hipertensión antes del embarazo. Según su historia clínica se pudo evidenciar que su diagnóstico de ingreso fue Hipertensión Inducida por la Gestación, descartar Preeclamsia Severa.

En la entrevista se muestra angustiada, describe vivencias negativas que ha tenido anteriormente, mostrando intranquilidad al responder: “*vivo con esta enfermedad que a veces llega a casos extremos de 180 sobre 120*”, “*tenía desde antes eso de la presión alta*”. Frases que expresan la aceptación de la hipertensión crónica como una realidad que tiene que vivir.

Dentro de las formas de vivenciar la Hipertensión Inducida por la Gestación, se puede evidenciar que la Sra. Nora manifiesta resignación por su enfermedad, al expresar: “*A nadie le va a gustar tener esta enfermedad; pero ¡qué voy a hacer!*”, así mismo, Nora refiere: “*por algo vendría esta enfermedad*”. En este caso la resignación tiene una función negativa, se conforma con una enfermedad que ya esperaba.

Nora refiere *el pecho se me oprimía*”, “*a veces un dolor de frente*”, “*de vez en cuando esas lucecitas pero no del diario*”, puede identificar los síntomas de alarma en la gestación de riesgo. Sensaciones que experimenta durante el proceso de su enfermedad, percibiéndolos como procesos anómalos en su cuerpo.

Señala que últimamente ha estado sintiendo “*adormecimiento de dedos*”, y en este momento de la entrevista abre y cierra las manos, asintiendo: “*pero ya se me están desadormeciendo ya mis dedos*”.

Por otro lado, expresa su necesidad de apoyo familiar, especialmente de su madre. Extraña a su pequeña hija. Y se preocupa porque su esposo no tenía donde quedarse, ya que no son de la ciudad.

En cuanto a la atención del equipo de salud la participante refiere sentirse agradecida. Así mismo, refiere que el equipo está pendiente de su situación de enfermedad, lo cual genera en ella confianza frente a la atención brindada.

En el momento de la entrevista la Sra. Nora señaló dolor leve en el vientre, siendo controlada por el personal de turno. Pero al día siguiente, al acercarme a saludarla rompió en llanto mencionando que su bebé había fallecido en su vientre, al no soportar las presiones arteriales tan altas que presentaba en su embarazo. Y que debía bajar la presión arterial para que vuelva a casa, y agradeció las atenciones que recibió durante su hospitalización.

- **DISCURSO IV**

Sí ¡yo sé!,... que esto es pasajero, tengo cinco días hospitalizada, me siento bien, ¡más bien relajada!

Lo que pasa es que me dolía el estómago horrible, entonces llegué aquí para la consulta, entonces me detectaron que tenía eso...me ardía el estómago, no tenía dolor de cabeza, sólo me ardía el estómago, mi presión estaba normal.

Me siento a la vez un poco triste, ¿cierto? Dios me da fuerza y me da ánimo para seguir adelante.

La medicina que me han dado sí me hace bien. Me están dando Ranitidina. y me está haciendo efecto.

Yo estaba bien, sino que como me dio a pensar cosas, ¿cierto? Me estresé como mucho, me estresé ¿cierto?. ¡Y sentí un dolor aquí horrible!, ¡Yo me estaba muriendo, ya, no podía respirar!. Entonces ¡yo me estaba muriendo y el bebé estaba latiendo, pero yo me estaba muriendo!

¡Ay, pero horrible!, ¡horrible!, ¡horrible!, ¡horrible!. Ayer me estaba muriendo lentamente. Pero el bebé latía, bajó un poquito no más. Eh..., pero latía, y yo ¡uuuh! ya no podía respirar, estaba vomitando hasta sangre, ¡horrible!, ¡horrible!, ¡horrible!, estresada estaba. Bueno y llegó el doctor.....y mandó llamar donde mi esposo, me recetó ese purgante, vomité el purgante, luego me dieron ya una Ranitidina y ahí ya queda.

¡Ay porque me voy al fondo ya!, porque ¿sabes?, qué horrible ha sido! Hasta las tres de la mañana ha sido. Por eso, es que del dolor tan impresionante que yo temía que bajó el latido del bebé, bajó un poquito así; bajó, bajó y me llevaron abajo para ponerme unas cosas por aquí, y yo ¡ya no pude más!

Y ya pasó todo, y el bebé está mejor. A pesar que estaba muriéndome, subió de 120 a 90, no más. ¡Yo me estaba muriendo!, ¿si me entiende?, ya no podía respirar, si ¿me entiende?

Y después de un momento ya bajó, y después de un momento ya me subieron pa' cá. Desde las doce hasta las tres de la mañana, bajó y estuvo 110/70, 110/60, normal. Es que ¡yo no soy preecláptica!, nada más.

¡Yo no soy hipertensa!, porque yo creo a que las personas les duele la cabeza, les sube la presión de un rato a otro. Y yo como embarazada estoy normal, ¡soy una mujer normal! ¡Imagínese, ella a punto de dar a luz y tenía la misma presión y es que estaba ya para morise! Yo no creo que soy preecláptica, ¡no!, no lo creo y no lo creeré nunca.

Mal me sentía, porque acá una chillaba allá la otra, ¡ah!. Me sentía mal; ¿usted me entiende?, ella lloraba, la otra de allá decía no puedo más ¡uuh! Luego me salí para afuera un rato, ¿cierto?, y luego entraba otra vez, el ambiente pesadito. ¡Yo no estoy acostumbrada!, porque es primera vez. ¡Ah... ¡Dios, estaba tensísima!, ¡tensísima!

¡Ya no voy a decir ni pio, ya no esta vez!, sino que mi esposo ya me compró eso, sino que yo quiero saber, ¿cada cuánto tiempo el doctor me dijo para tomar una copita? Y la ¿gastro, no sé qué? ...gastroenteróloga, ella pasó a revisarme y me dio ¡ah!, y ese es el mismo derivado de ese; yo, la semana pasada sufrí muchísimo de eso, y tomé AC pero, es el mismo. Entonces, el doctor dijo: ¡no te preocupes!, ¡ah! yo me estaba muriendo, ¿usted me entiende? ¡La colombiana se va a morir! Todo el mundo pa' allá y pa' acá estaba. ¡Ah!, y ¡horrible!, ¡horrible!, y así tiritaba, y el bebé estaba vivo y yo muriéndome. Y el bebé punzaba normal y pasó tuc, tuc, y ¡horrible!, ¡horrible!

¡Y me estaba muriendo, lentamente y pausadamente! ¡Y Dios, ayúdame! Y Dios me rescató, porque yo ya estaba..., y ¡el bebé vivo! Porque ¡el bebé estaba vivo! ¡Imagínese!

De verdad ¡estoy agradecida de que me atiendan!, a pesar de que no tengo SIS, pero han tratado de colaborar en lo más que han podido; porque, pues, ya sabe, soy de Colombia; pero, ¡que Dios los bendiga a todos y los amo!

Cuadro 7.Reducción fenomenológica del Discurso IV.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>A. Sí ¡yo sé!,... que esto es pasajero, tengo cinco días hospitalizada, me siento bien, ¡más bien relajada!</p> <p>B. ¡Yo no soy hipertensa!, porque yo creo a que las personas les duele la cabeza, les sube la presión de un rato a otro. Y yo como embarazada estoy normal, ¡soy una mujer normal!</p> <p>C. ¡Yo me estaba muriendo y el bebé estaba latiendo, pero yo me estaba muriendo!</p> <p>D. Por eso, es que del dolor tan impresionante que yo temía que bajó el latido del bebé, bajó un poquito así; bajó, bajó y me llevaron abajo para ponerme unas cosas por aquí, y yo ¡ya no pude más!</p> <p>E. Luego me salí para afuera un rato, ¿cierto?, y luego entraba otra vez, el ambiente pesadito. ¡Yo no estoy acostumbrada!, porque es primera vez. ¡Ah... ¡Dios, estaba tensísima!, ¡tensísima!</p>	<p>a. Me siento bien.</p> <p>b. No soy hipertensa, estoy normal.</p> <p>c. Me estaba muriendo</p> <p>d. Temía porque bajó el latido del bebé.</p> <p>e. Sentía el ambiente pesadito.</p>

Cuadro 8.Convergencias del Discurso IV.

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>I. Me siento bien.</p> <p>II. No soy hipertensa, estoy normal</p> <p>III. Me estaba muriendo</p> <p>V. Temía porque bajó el latido del bebé.</p> <p>V. Sentía el ambiente pesadito.</p>	<p>i. Sintiéndose bien La participante manifiesta sentirse bien.</p> <p>ii. Negación a la enfermedad Señala que no es hipertensa.</p> <p>iii. Sintiéndose morir Siente morir.</p> <p>iv. Temor de perder a su hijo Sentía temor porque bajó el latido del bebé.</p> <p>v. Incomodidad Sentía el ambiente pesado.</p>

- **ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DEL DISCURSO IV**

La participante del Discurso IV a la cual llamaremos Lorena, manifiesta sentirse relajada en el momento de la entrevista, estuvo leyendo la biblia.

Ante las circunstancias por la que pasa participante, realiza una construcción de su hospitalización:

Acude al hospital por consultorios externos, por el dolor de estómago que sentía: *“me dolía el estómago horrible, entonces llegué aquí para la consulta, “sólo me ardía el estómago”*. Le encuentran su presión normal, pero le diagnostican Hipertensión Inducida por la Gestación: Descartar Preeclampsia Severa, por lo que la hospitalizan.

Manifiesta sentir tristeza, pero a la vez manifiesta apoyarse en Dios, de quien consigue fuerza y ánimo para continuar: *“Dios me da fuerza y me da ánimo para seguir adelante”*.

Siente que la medicina que le han dado para la gastritis “ranitidina” le está haciendo efecto.

Siente que por estar preocupada por situaciones personales se había estresado, al cual le atribuye el dolor que comenzó a tener en el estómago. Esto ha hecho que pierda el control llegando a evocar la posibilidad de muerte: *¡Yo me estaba muriendo!, ¡Y me estaba muriendo, lentamente y pausadamente!*

Vivencia la enfermedad como una emoción compleja y desagradable, que expresa a través de frases llenas de tensión y temor.

Otra de las reacciones que manifiesta, es que niega tener preeclampsia e indica tener gastritis, mencionando: *“soy una mujer normal”, “yo no creo que soy preecláptica”, “no lo creo y no lo creeré nunca”*.

Manifiesta la angustia que sintió al compartir su habitación con compañeras que estaban en trabajo de parto, eso la estresó. Encontrando dificultad para adaptarse al proceso de hospitalización y a las limitaciones que implica la convivencia con otras

pacientes: *“ella lloraba”, “la otra decía ¡no puedo más!”*, *“yo no estoy acostumbrada”*.

También sintió temor y angustia, de que la enfermedad pueda causar la muerte de su bebé *“bajó el latido del bebé”*. La preocupación por su hijo en su monitoreo hace que esté pendiente de los latidos cardíacos fetales, más que en concentrarse en estar tranquila y relajada.

Por otro lado, se siente agradecida y atendida por el personal. Manifiesta no contar con Seguro Integral de Salud (SIS). A pesar de ello el personal de salud ha colaborado en sus medicamentos. Por otro lado expresa su situación como extranjera (Colombiana).

En el sexto día de hospitalización la paciente pidió y firmó su alta voluntaria, y continuamente negaba tener preeclamsia. El mismo día de su alta, ingresó por la noche por el servicio de emergencia, terminando su embarazo en una cesárea de emergencia por una complicación de la hipertensión inducida por la gestación, la preeclamsia severa.

- **DISCURSO V**

Vine por la preeclampsia, estaba hinchándome. Pero ahorita ya me siento bien, ya me siento recontra bien, señorita. Ya me estoy recuperando.

Me sentía un poco inflada, ¡hinchada! Y, pues, acudí acá. Pero ya me siento recontra bien, señorita. Los médicos me dicen que me sienta tranquila, que no me preocupe y me atienden a cada momento. Me siento bien más tranquila, ahora ya como, me dan de alta.

Me sacaron sangre, orina, pero ¡me siento bien! Ahora me falta mi ecografía no más y hoy día dijeron que me dan de alta, doctorita. Mi bebé se mueve a cada rato y ahora me siento bien, segura. El bebé no más de a lado que es bien gritón, necio es.

Yo tengo un cuarto arrendado allá, es que como estaba buscando. ¡Está bien caro todo!, y ¡yo prefiero mi salud!, queda por el mercado, para abajo, he alquilado, he buscado y ese día por buscar mucho es ahí donde se me hincharon los pies.

El doctor me dijo anoche que el suero no interesa que no baje, que normal que me puedo ir, que me dan de alta, y que normal dice. Si me sube me ha dicho que me controle en las farmacias, para no venir hasta acá; si es que puedo, que venga hijita quiero que sea mujer, ¡ay! porque los hombres son. Mujer siempre, ¡ay! no, pero siempre me he querido mujer.

Estoy desde antes de ayer, doctorita. Se mueve el bebé, sí, señorita. ¡Se mueve el bebé! ¡Quiero irme de alta, ya de alta, doctorita! Como le compro su ropa a mi bebita, para irme a lavarlo, alistarlo, porque a la hora de la hora doy a luz y, ¿a qué hora para ponerlo? Ponerle diario; si no, tengo que ver en las farmacias, por ahí mi presión y que le traiga apuntadito.

Me ha dicho que cualquier cosita que me sienta mal o si me viene sangrado o cualquier cosita que me venga, sí.

Ya me siento mejor, ya, doctorita; sí, y como ya me siento bien quiero irme a descansar alistar las cosas de mi hijita, ¡mi primera bebita! Sí, y me siento bien, ¡Ah! Pero eso

sí, estoy media asustada porque nunca he dado a luz, eso sí. Porque, cómo serán los dolores, en eso sí, espero que me toque un buen doctor u obstetra, señorita. ¡Ay ahí sí, sería lindo!

Mi hijita quiero que sea mujer, ¡ay! porque los hombres son. Mujer siempre, ¡ay! no, pero siempre me he querido mujer.

Estoy desde antes de ayer, doctorita. Se mueve el bebé, sí, señorita. ¡Se mueve el bebé! ¡Quiero irme de alta, ya de alta, doctorita! Como le compro su ropa a mi bebida, para irme a lavarlo, alistarlo, porque a la hora de la hora doy a luz y, ¿a qué hora para ponerlo? Ponerle todo ahí para que no le falte nada.

Por eso, me he venido yo de allá, para dar a luz acá, por eso me he alquilado mi cuarto, doctorita. Le diera la dirección pero no sé o para que me visite. Ahí estoy pagando fuerte, querían s/250.00 estoy pagando s/200.00 y eso es un sacrificio que he hecho y el agua queda en el tercer piso. De San Miguel me vine para acá a comprar la ropita y como me sentía mal, tuve problemas, preocupaciones, acudí y me dijeron: tienes que ir a dar a luz al hospital, como eres primeriza tienes que ir a dar a luz allá.

Acá en San Miguel es posta pues, y allá te atienden mejor; yo pensaba, Digo: ¿dónde quedará el hospital? y ¡lo veo lindísimo!

Soy del mismo San Miguel, señorita. Si hay hospital chiquito, pero ¿no? ¡no es igual! Se ponen a jugar pelota, me voy y les digo: ¡están hinchados mis pies! y dicen: es normal que me lave con agua de sal, así me han tenido todo el tiempo, ni siquiera me han visto así; con suero, ni siquiera me han tratado cada el rato, nada, doctorita. Allí ya no atienden, y me dicen después: no te vayas a Cajamarca y van a decir que no hay doctores acá...,o sea, ¡ya se hacen, doctorita!

Usted misma habrá visto, en San Miguel no hay atención, se ha muerto recién un niño, se ha perdido su bicicleta, se fue la luz y le dio un derrame cerebral. Mi amiga también murió, allá no se arriesga la gente. Si, se murió, ¿No ha escuchado usted que se murió una señora de 38 años con la presión alta? Embarazada, se murió y ese

niñito, pobrecito ¡Cuando no está su mamá sufren, pues, doctorita! Dio a luz y la trajeron de emergencia acá; de allí a Trujillo y se murió. Es que no le controlaron de la presión, ¡así como yo! Allá, le voy a decir, en Odontología sí hay buenos, en lo que fallan allá, si hay buenos obstetras, ¿no? Lo que pasa es que hay una que recién ha pasado, las que están haciendo sus prácticas, las que estudian en instituto, esas son las que son malogradas, las que estudian en universidad es más bueno.

Yo quiero dar a luz acá, y no quiero que me pase nada. Pero ya me siento más segura acá como familia, porque veo que las madres dan a luz parto normal. Y tranquilas felices las veo. Yo, por eso digo: ¡ojalá, Diosito, que me toque mi parto normal! Mi mamita está en San Miguel; tengo que ser fuerte y, como sea, dar a luz.

Cuadro 9.Reducción fenomenológica del Discurso V.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>A. Pero ahorita ya me siento bien, ya me siento recontra bien, señorita. Ya me estoy recuperando.</p> <p>B. ¡Quiero irme de alta, ya de alta, doctorita!</p> <p>C. Como le compro su ropa a mi bebita, para irme a lavarlo, alistarlo, porque a la hora de la hora doy a luz y, ¿a qué hora para ponerlo?</p> <p><i>J.</i> Soy del mismo San Miguel, señorita. Si hay hospital chiquito, pero ¿no? ¡no es igual! Se ponen a jugar pelota, me voy y les digo: ¡están hinchados mis pies! y dicen: es normal que me lave con agua de sal, así me han tenido todo el tiempo, ni siquiera me han visto así; con suero, ni siquiera me han tratado cada el rato, nada, doctorita. Allí ya no atienden, y me dicen después: no te vayas a Cajamarca y van a decir que no hay doctores acá...o sea, ¡ya se hacen, doctorita!</p>	<p>a. Ya me siento bien</p> <p>b. Quiero irme de alta.</p> <p>c. Su ropa de mi bebita para irme a alistarlo.</p> <p>d. Soy del mismo San Miguel, señorita. Si hay hospital, pero no es igual. Se ponen a jugar pelota, me voy y les digo: ¡están hinchados mis pies! y dicen: es normal que me lave con agua de sal, así me han tenido todo el tiempo, ni siquiera me han visto. Allí ya no atienden.</p>

Cuadro 10.Convergencias del Discurso V.

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>I. Ya me siento bien</p> <p>II. Quiero irme de alta.</p> <p>III. Su ropa de mi bebita para irme a alistarlo.</p> <p>IV. Soy del mismo San Miguel, señorita. Si hay hospital, pero no es igual. Se ponen a jugar pelota, me voy y les digo: ¡están hinchados mis pies! y dicen: es normal que me lave con agua de sal, así me han tenido todo el tiempo, ni siquiera me han visto. Allí ya no atienden.</p>	<p>i. Sintiéndose bien La participante señala sentirse bien.</p> <p>ii. Deseos de ir a casa Quiere irse de alta.</p> <p>iii. Preparando el recibimiento del bebé La participante se prepara para la llegada de su bebé.</p> <p>iv. Desatención y desinterés del personal de salud La participante señala desatención y desinterés por parte del personal de salud de su establecimiento de control prenatal.</p>

• ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DEL DISCURSO V

En el segundo día de hospitalización de Rubela, que acudió al hospital porque tiene Hipertensión Inducida por la Gestación, descartar preeclampsia leve. Realiza una descripción detallada de su evolución:

Señala que vino de San Miguel con el objetivo de comprar ropa para su bebé, pero sintió preocupación porque se le estaban hinchando sus pies. Le indicaron en la posta en la que se controlaba que era normal. Los sentimientos expresados por Rubela son predominantemente negativos marcados por resentimiento y desatención por el personal de la posta en la que llevaba su control prenatal.

A la vez indica que es su tercer día de hospitalización siente mejoría y espera ansiosamente los resultados de laboratorio porque quiere ir a casa: *“me siento bien, quiero irme a descansar”*.

De igual manera percibe los movimientos de su bebé, lo que la hace sentirse segura, manifestando también que le gustaría que su bebé sea del sexo femenino. Centra su atención en los preparativos a la llegada de su bebé como una forma de adaptarse a la nueva situación.

Al referir que en su establecimiento no hay atención también recuerda sucesos tristes de amigos y conocidos al manifestar que su amiga murió a consecuencia de una mala atención y por preeclampsia.

Siente temor porque no ha experimentado un parto antes, por lo que espera que le toque un buen doctor u obstetra. Pero a la vez se siente segura porque se encuentra en un Hospital.

- **DISCURSO VI**

Estoy hospitalizada por la alta presión que he tenido.

No, bueno....no. me siento mal porque no lo he tenido, tengo cuatro hijos y nunca lo he tenido, no he venido al hospital. Primera vez que vengo al hospital, y... ¡acá ya estoy aburrida!, ¡quiero irme ya! Ah, que por la alta presión no me pueden dar de alta.

No me explicaron nada en mi posta, y los análisis que me he demorado en hacerme. ¡no!, no me han explicado.

O sea, de un momento a otro, me dolió el estómago y me daba vómitos y mis brazos se me hincharon..., eso es lo único y con eso es que he venido al hospital...un poco aburrida, acá estoy cinco días.

Sino, que ¡me he demorado al venir!, y porque ¡no quería! ¡Me sentía nerviosa!..., yo pensaba que era un simple dolor de estómago...y me he demorado al venir y entonces ¡me estaba complicando!, ¡ya mis brazos, ya se morían!, si no que yo llegué para acá y ya estaba más grave. Encima mi bebé decían que había tomado un líquido y dicen que ya no pueden controlarlo y que me tienen que hacer la cesárea de todas maneras sino me ¡muero yo!, ¡bien él o bien yo! ¡Más él!, porque estoy de ocho meses y le falta un mes.

Bueno el doctor nos estaba explicando que debemos tomar las pastillas, que debemos ir a nuestros controles; así, el control de la alta presión, y tomar la medicina que él nos receta. Siento un poco dolorosa porque no se pueden hacer muchas cosas, porque la aguja nos hace doler, también incómodo porque no se puede levantar, ni para irme al baño, cómo es incómodo.

Las doctoras nos atienden eso pero mmm pero de todas maneras me aburro no me siento cómoda, no sé pero no me siento cómoda.

Cuadro 11.Reducción fenomenológica del Discurso VI.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>A. O sea, de un momento a otro, me dolió el estómago y me daba vómitos y mis brazos se me hincharon..., eso es lo único y con eso es que he venido al hospital...un poco aburrida, acá estoy cinco días.</p> <p>B. Primera vez que vengo al hospital, y... ¡acá ya estoy aburrida!, ¡quiero irme ya!</p> <p>C. No me explicaron nada en mi posta, y los análisis que me he demorado en hacerme. ¡no!, no me han explicado.</p> <p>D. Sino, que ¡me he demorado al venir!, y porque ¡no quería! ¡Me sentía nerviosa!..., yo pensaba que era un simple dolor de estómago...y me he demorado al venir y entonces ¡me estaba complicando!, ¡ya mis brazos, ya se morían!, si no que yo llegué para acá y ya estaba más grave</p>	<p>a. Me dolió el estómago y me daba vómitos y mis brazos se me hincharon.</p> <p>b. Estoy aburrida, quiero irme.</p> <p>c. No me explicaron nada en mi posta.</p> <p>d. ¡Me sentía nerviosa!, y me he demorado al venir y entonces, llegué para acá y estaba grave.</p>

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>E. ¡Ya mis brazos, ya se morían!, si no que yo llegué para acá y ya estaba más grave.</p> <p>F. Siento un poco dolorosa porque no se pueden hacer muchas cosas, porque la aguja nos hace doler, también incómodo porque no se puede levantar, ni para irme al baño, cómo es incómodo.</p> <p>G. Las doctoras nos atienden eso pero mmm pero de todas maneras me aburro no me siento cómoda, no sé pero no me siento cómoda.</p>	<p>e. Mis brazos, ya se morían.</p> <p>f. La aguja hace doler, también incómodo porque no se puede levantar, ni para irme al baño.</p> <p>g. Las doctoras nos atienden.</p>

Cuadro 12.Convergencias del Discurso VI.

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>I. Me dolió el estómago y me daba vómitos y mis brazos se me hincharon.</p> <p>II. Estoy aburrida, quiero irme.</p> <p>III. No me explicaron nada en mi posta y los análisis que me he demorado en hacerme.</p> <p>IV. ¡Me sentía nerviosa!, y me he demorado al venir y entonces, llegué para acá y estaba grave.</p> <p>V. Mis brazos, ya se morían.</p> <p>VI. La aguja hace doler, también incómodo porque no se puede levantar, ni para irme al baño.</p> <p>VII. Las doctoras nos atienden.</p>	<p>i. Conviviendo con la enfermedad La participante expresa los signos y síntomas que sintió con la preeclampsia.</p> <p>ii. Deseos de ir a casa La participante se siente aburrida, y manifiesta sus deseos de irse.</p> <p>iii. Desinterés del personal de salud Expresa en que en la posta, señala que existe que se han demorado en sus exámenes auxiliares.</p> <p>iv. Decidiendo hospitalizarse Se sentía nerviosa, por lo que se ha demorado al tomar la decisión de hospitalizarse.</p> <p>v. Sintiéndose morir Sentía que se iba a morir.</p> <p>vi. Molestia e incomodidad Expresa su malestar por la falta de libertad para movilizarse.</p> <p>vii. Atención del personal Se siente atendida</p>

- **ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DEL DISCURSO VI**

Al realizar el análisis del discurso de María se puede identificar que en su tercer día de hospitalización presenta un estado emocional intenso. En el cual coexisten sentimientos opuestos, la alegría dada por la expectativa de tener un hijo y a vez la percepción del peligro generado por su embarazo y la preeclampsia severa y a los cambios generados por la misma.

Manifiesta que en este embarazo tiene presión alta, pero hace una comparación con sus embarazos anteriores, indicando que no le había sucedido anteriormente. En su historia clínica se pudo evidenciar que sus partos anteriores fueron en casa, atendidos por partera o un familiar.

También, reconoce los signos y síntomas de la preclamsia, al manifestar: *“me dolió el estómago y me daba vómitos y mis brazos se me hincharon”*

Señala que en su posta no le brindaron información con respecto a su situación, tampoco recibió explicación de los análisis que le tomaron. Expresando la desatención que sintió por el personal que la atendió en la posta.

La forma de enfrentar la enfermedad, en un principio, fue negándose a ser hospitalizada. Resistiéndose al cambio, por el temor que siente a lo desconocido, “el hospital”. Por lo que menciona llegar grave al hospital.

Así pues, la participante expresa el temor que sintió por el riesgo de morir. Asegura que experimentó una serie de reacciones emocionales que intervienen en los sentimientos de la participante frente a la enfermedad. Como la preocupación que muestra en la siguiente expresión: *“me tienen que hacer la cesárea de todas maneras sino me ¡muero yo!, ¡bien él o bien yo!”*. En la cual muestra vulnerabilidad frente a la enfermedad, porque la salud de su hijo y la suya están en peligro. Se evidencia una repentina ansiedad, como una señal de muerte inminente.

Manifiesta que el médico le ha dado indicaciones de cómo debe cuidarse: “debemos tomar las pastillas”, “ir a nuestros controles”, “control de la presión”. Prestando atención a sus indicaciones.

Finalmente la participante describe la dureza de la experiencia debido al sufrimiento que ocasiona la enfermedad, tanto por las consecuencias ocasionadas como por los instrumentos utilizados en el tratamiento y los procedimientos realizados.

- **DISCURSO VII**

Me dio preeclampsia, se me sube la presión desde que estoy embarazada, y por eso estoy acá en el hospital. Sé que... zumbidos, se ven lucecitas, mareos, dolor de cabeza.

Para mi primer bebito, también he tenido así,... y ya más o menos sé cómo es la experiencia.

Bueno, prácticamente, nos tienen que hacer la cesárea, para poder salvarnos, a cualquiera, ¡bien sea yo, o mi bebito!

Me afecta bastante, es como si me fuera a morir.

La atención es buena. Me dicen que por la preeclampsia me cuide, para ya no tener hijos, para que ya no vuelva a venir la preeclampsia.

Uno se siente como mareada, y, a veces, como convulsionas. Yo convulsioné antes para mi primer bebé, sí. Pero, para este embarazo no he llegado a convulsionar; pero tenía zumbidos, mareos, dolor de cabeza, me comencé a hinchar....y.... ¡Ya no quiero volver a tener hijos!

Cuadro 13.Reducción fenomenológica del Discurso VII.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>A. Me dio preeclampsia, se me sube la presión desde que estoy embarazada, y por eso estoy acá en el hospital. Sé que... zumbidos, se ven lucecitas, mareos, dolor de cabeza.</p> <p>B. Me afecta bastante, es como si me fuera a morir.</p> <p>C. La atención es buena.</p> <p>D. Me dicen que por la preeclampsia me cuide, para ya no tener hijos, para que ya no vuelva a venir la preeclampsia.</p>	<p>a. Me sube la presión desde que estoy embarazada.</p> <p>b. Es como si me fuera a morir.</p> <p>c. La atención es buena.</p> <p>d. No tener hijos para que no vuelva la preeclampsia.</p>

Cuadro 14.Convergencias del Discurso VII.

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>I. Me sube la presión desde que estoy embarazada.</p> <p>II. Es como si me fuera a morir.</p> <p>III. La atención es buena.</p> <p>IV. No tener hijos para que no vuelva la preeclamsia.</p>	<p>i. Sintiendo la enfermedad La participante percibe la enfermedad.</p> <p>ii. Sintiéndose morir Expresa una sensación de peligro al manifestar la posibilidad de morir.</p> <p>iii. Atención del personal de salud Siente que la atención brindada por el personal de salud es buena.</p> <p>iv. Sintiendo Preocupación Expresa su temor al tener la posibilidad de volver a tener un nuevo embarazo y que la enfermedad se repita.</p>

- **ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DEL DISCURSO VII**

Zaira narra la experiencia de la enfermedad, desde el punto de vista amenazante para su vida y la de su bebé.

Su discurso encierra como “una vuelta atrás”, un retorno a lo vivido. Describe la enfermedad como mortal: *“nos tienen que hacer cesárea para salvarnos”, “bien sea yo, o mi bebido”*. *“es como si me fuera a morir”*. Se puede evidenciar en ella la creación de la idea del retorno de la enfermedad como un hecho amenazante para su vida.

En su experiencia Zaira hace imagen del pasado, vinculándolo directamente con la experiencia actual: *“sé cómo es la experiencia”, “me afecta bastante”, “yo convulsioné antes para mi primer bebé”* Para ella, el hecho de estar viviendo con la enfermedad incluye forzosamente peligro para su vida y la de su bebé.

Experimenta e identifica los cambios que la enfermedad genera en su cuerpo: *“uno se siente como mareada”, “zumbidos”, “dolor de cabeza”, “me comencé a hinchar”*, por la experiencia que tuvo en su embarazo anterior con la misma enfermedad. Reconoce que su embarazo terminará en cesárea, para poder salvar su vida. En este caso los pensamientos limitantes como el riesgo de muerte que se generan en ella, la hacen actuar continuamente en alerta.

Por otro lado, la participante manifiesta que ha recibido un buen trato por parte del personal de salud, sintiéndose atendida.

Nuevamente, hacia el final de la entrevista surge en ella el miedo por la enfermedad, al escuchar del personal de salud, que debe cuidarse para ya no tener más hijos. Por lo que se plantea el hecho no volver a tenerlos, para que la enfermedad no se repita.

- **DISCURSO VIII**

Estoy hospitalizada por una preclampsia severa. Exactamente, no sé, sólo sé que tiene que ver con la presión, ¿no?, y que puede provocar algunos, no sé, malos... o mejor dicho puede provocarme cierto daño a otros órganos...esto de la presión. Me dijeron que el hígado, el corazón los riñones, incluso el cerebro, tanto mío como del bebé.

Bueno, en realidad, yo ingresé sin ningún síntoma, yo vine aquí por un control de mi bebé. Porque tiene una malformación cardíaca y entonces vine para consulta que tenía el día martes y cuando me estaban haciendo lo normal en triaje me detectaron que yo estaba con la presión alta, que no era normal y que estaba haciendo una preeclampsia severa. Y me dijeron que primero habría que tratar eso. Y luego se vería lo otro, ¿no? Entonces, desde el día martes esto..., sí, tres días. Me colocaron sodio, sodio me dijo que era creo, ¿no?, suero, y una sonda para ir depurando, viendo cuanto líquido puedo eliminar durante el día, eso es lo que me dijeron.

Bueno, en realidad no sabía que esto le estaba afectando al embarazo; pero, me han dicho que la placenta ha madurado muy rápido, lo que ha hecho que disminuya el peso del bebé; por lo mismo que, probablemente, tengan que interrumpir el embarazo. Y bueno, estoy esperando eso. Ayer me tenían que haber atendido; pero, parece que no se ha hecho nada. Una interconsulta entre doctores, no ha sucedido, cosa que eso ya me tiene muy incómoda; porque yo ya debería incluso saber si se me va a derivar fuera de Cajamarca. Entonces, eso es lo que me está causando incomodidad ahora.

Bueno, en realidad, no estoy satisfecha con el servicio. Desde ya como mencioné hace un momento, se suponía que debería tener una respuesta el día de ayer nada más. Porque, obviamente, lo mío no es algo simple. Yo he entrado con algo muy grave y llevo tres días hospitalizada. Yo ya no estoy con sodio eso está ya cerrado...con suero. Y solo hasta ayer en la mañana, ni siquiera ayer me han dado nada para controlar la presión. No entiendo qué es lo que estamos controlando, porque quizás yo lo podría hacer en mi casa, solo porque no sé, a lo mejor, medirme la presión, nada más. Porque no hay otra forma no me han dado nada en realidad. Mis presiones han bajado,

lógicamente, porque yo he ingresado bastante elevado. No sé, exactamente, con cuánto, pero sí ha sido demasiado; pero, por eso es que se hizo una preeclampsia severa.

En realidad, sería bueno calificar al personal. Yo sé que es muy incómodo trabajar todos los días, los mismos, pero siempre es importante la sensibilización. Hace un ratito venía una enfermera, esto estaba obstruido, y, desde ayer, lógicamente, me dolía; incluso, cuando venían a lo de la presión, incluso, salía la sangre y para la tarde todo se ha quedado ahí. La enfermera que ha venido hoy en la mañana lo ha limpiado, lo ha destapado; por ejemplo, eso pudieron hacerlo ayer nada más si se hubiesen dado cuenta era obvio, pero no.

Pero la sugerencia es esa, que se dé un poco más de sensibilización; porque no hay un trato como uno, a veces, espera; pero yo tengo un SIS independiente, yo cancelo mensual un servicio; tampoco tengo mucho, porque si no estaría aquí atendiéndome, eso no más.

Cuadro 15. Reducción fenomenológica del Discurso VIII.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>A. Exactamente, no sé, sólo sé que tiene que ver con la presión, ¿no?, y que puede provocar algunos, no sé, malos... o mejor dicho puede provocarme cierto daño a otros órganos...esto de la presión.</p> <p>B. Me colocaron sodio, sodio me dijo que era creo, ¿no?, suero, y una sonda para ir depurando, viendo cuanto líquido puedo eliminar durante el día, eso es lo que me dijeron.</p> <p>C. Bueno, en realidad, no estoy satisfecha con el servicio. Desde ya como mencioné hace un momento, se suponía que debería tener una respuesta el día de ayer nada más. Porque, obviamente, lo mío no es algo simple. Yo he entrado con algo muy grave y llevo tres días hospitalizada. Yo ya no estoy con sodio eso está ya cerrado...con suero.</p>	<p>a. No sé qué es la preeclamsia.</p> <p>b. Me colocaron suero y una sonda.</p> <p>c. No estoy satisfecha con el servicio. Yo ya no estoy con suero.</p>

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>D. En realidad, sería bueno calificar al personal. Yo sé que es muy incómodo trabajar todos los días, los mismos, pero siempre es importante la sensibilización. Hace un ratito venía una enfermera, esto estaba obstruido, y, desde ayer, lógicamente, me dolía; incluso, cuando venían a lo de la presión, incluso, salía la sangre y para la tarde todo se ha quedado ahí.</p>	<p>d. Es importante la sensibilización del personal.</p>

Cuadro 16. Convergencias del Discurso VIII.

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>I. No sé qué es la preeclamsia.</p> <p>II. Me colocaron suero y una sonda.</p> <p>III. No estoy satisfecha con el servicio. Yo ya no estoy con suero.</p> <p>IV. Es importante la sensibilización del personal.</p>	<p>i. Desconocimiento de la enfermedad La participante desconoce que es preeclampsia.</p> <p>ii. Atención del personal de salud Manifiesta que el personal le colocó suero y una sonda.</p> <p>iii. Sintiendo molestia e incomodidad No se siente satisfecha con el servicio brindado por el personal del hospital.</p> <p>iv. Desinterés del personal de salud Manifiesta que es importante la sensibilización del personal del hospital.</p>

- **ANÁLISIS IDEOGRÁFICO DEL DISCURSO VIII**

Mayra en su discurso tiene una idea del daño que puede causar la enfermedad y afirma: *“puede provocar daño a otros órganos...”*, *“el hígado, el corazón los riñones, incluso el cerebro, tanto mío como del bebé.”*

Desconocía que la enfermedad estaba afectando su embarazo, lo que ha provocado una desagradable noticia al saber que su bebé estaba disminuyendo de peso y hubo la posibilidad de interrumpir el embarazo.

Caracteriza al descubrimiento de la enfermedad como algo inesperado, ya que el motivo principal por el cual acudió al hospital fue por la malformación cardíaca que tiene su bebé. De igual forma, menciona que no manifestaba ningún síntoma de preeclampsia.

Por otro lado, las presiones que ha presentado durante su hospitalización han sido elevadas, pero que poco a poco han ido disminuyendo.

En relación con los procedimientos realizados en la participante por parte del personal de salud, hace una recapitulación de las instrucciones dejadas por el médico.

Menciona que hasta la fecha no se le ha realizado ninguna interconsulta, lo cual le habían indicado que se realizará. Esta situación la hace sentir incómoda, porque ya debería conocer si se la refiere a otro establecimiento de mayor complejidad o no.

A lo anterior se le agrega la percepción que tiene del personal del cual ha recibido la atención. Valora primero el esfuerzo que realiza día a día el personal de salud; pero, y al mismo tiempo, señala el descuido del cual ha sido víctima. Manifiesta que el personal de salud debe mostrar interés sincero ante las necesidades físicas de sus pacientes. Por todo lo anterior, la participante sugiere que se debe sensibilizar al personal de salud para la atención de los pacientes hospitalizados.

La Sra. Mayra expresa como el personal de salud en situaciones difíciles se muestran insensibles, lo que es una llamada de atención y preocupación para que se trabaje en formas de cuidado más humanizado en especial el profesional de obstetricia, que está más cerca de las gestantes, esto es posible desde la formación profesional.

4.3.CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS

La descripción del fenómeno relacionado con las vivencias de las gestantes con hipertensión inducida por la gestación ha sido posible gracias a la interpretación de los discursos de vida de las mismas madres que viven la enfermedad. Las categorías muestran el temor y preocupación que sienten las participantes al sentir la enfermedad en su cuerpo y afecta a la madre y al bebé. El miedo y la muerte cruzan por su mente; lo cual le produce mayor intranquilidad y ansiedad. Pues, en los pensamientos no aceptamos la muerte como un proceso de la vida o la existencia del ser humano.

A la vez la hospitalización les significa dejar la familia y los hijos en casa y, a veces solos, de allí que surge la categoría de la preocupación por los hijos que quedaron solos. Sin embargo, esta situación emocional es compensada por la espera del nuevo bebé para lo cual la madre se prepara para recibirlo con cariño y mucha emoción. Así, la madre se siente bien a pesar de la enfermedad y de las preocupaciones por la salud de su bebé, siente tranquilidad por estar siendo cuidada y atendida en el servicio de hospitalización.

Del otro lado, la categoría conviviendo con la enfermedad muestra cómo las madres niegan la presencia de la hipertensión inducida por la gestación en su cuerpo, motivo por el cual fuerzan la hospitalización

4.3.1. Categoría: Temores y preocupaciones

La preocupación en el ser humano es una sucesión de pensamientos negativos, por el intento de corregir problemas cuyos resultados pueden ser negativos (38). En circunstancias ajenas al control humano genera ansiedad que puede repercutir en la salud del bebé y de la madre gestante.

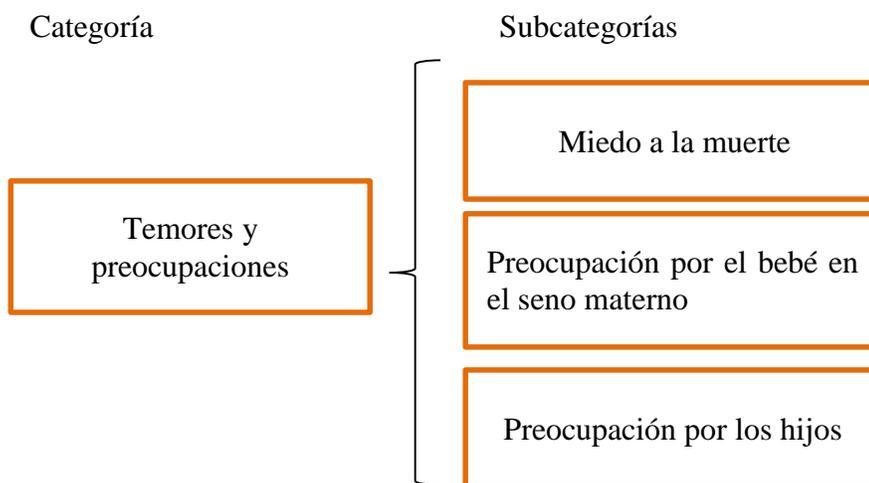
La preocupación en las gestantes es un proceso centrado en la percepción de la muerte y en la preocupación por los hijos, especialmente por el bebé, debido a su actual estado. Esta preocupación es también evidenciada al momento de la entrevista, cuando se advierte el aumento de su respiración, temblor y nerviosismo al hablar.

La idea de la muerte está en las madres como una posibilidad; pero que “aún no puede darse en este momento”, y asumen que “falta mucho” para que llegue. Este temor a la muerte se presenta cuando experimentan cambios corporales, debido a la enfermedad, manifestados como sensaciones de peligro en su organismo.

Heidegger en su obra *Ser y Tiempo* menciona al Dasein que significa “ser, ahí”, y coloca al ser humano como un ser hecho para la vida y la muerte. Heidegger describe a la muerte como una posibilidad que se puede presentar en cualquier momento, desde que el ser humano nace, hay una posibilidad de morir (39). Para la investigación el temor de morir está presente en las participantes de la investigación, pero aún el ser humano no está preparado para su muerte.

En esta categoría se encuentra como subcategoría del miedo a la muerte, preocupación por los hijos, y la preocupación para prepararse a la llegada del bebé.

Figura 1. Categoría: Temores y preocupaciones



- **Subcategoría: Miedo a la muerte**

En las madres la ansiedad aumenta de intensidad debido a la pérdida física y la sensación de muerte.

La ansiedad que se experimenta ante el peligro de morir, se produce ante las amenazas que se perciben en el cuerpo de la persona. Estas amenazas son las complicaciones de la enfermedad y ante cualquier situación que ponga en riesgo la vida

de la madre o el bebé. La ansiedad juega un papel importante en el ser humano como un estímulo para generar pensamientos negativos relacionados al peligro de morir (40).

En la investigación se hace referencia a la muerte durante el proceso de hospitalización debido a la percepción del riesgo de morir que sienten las gestantes. Se sienten amenazadas por la enfermedad, experimentando el peligro de morir.

“Me afecta bastante, es como si me fuera a morir” (Discurso VII).

¡Yo me estaba muriendo y el bebé estaba latiendo, pero yo me estaba muriendo! (Discurso IV).

La preocupación se manifiesta con reacciones que oscilan desde la desorientación, incredulidad, confusión y desesperación. Todo esto se presenta debido a que la idea de dejar de existir es rechazada y la muerte se convierte en un acto no propio, temido (41).

Las madres gestantes durante el proceso de la enfermedad viven una ansiedad transitoria, lo cual se incrementa con el temor de perder su embarazo.

Los comportamientos que adoptan las gestantes ante el peligro de muerte son el resultado de las idiosincrasias de cada una de las participantes de la investigación; así como, las propias circunstancias en las que viven la hospitalización. Todo esto, frente a: 1) la pérdida del control de la situación, 2) planteamiento de dudas respecto de la enfermedad, y 3) angustia.

En este contexto se puede evidenciar que el ambiente físico donde se encuentran influye en su respuesta ante la hipertensión inducida por la gestación. Este estado le incomoda y le causa malestar. Cabe destacar el lugar de procedencia: tres de las gestantes provienen de la zona rural de Cajamarca, una de Trujillo, otra es colombiana y tres más son del distrito de Cajamarca. Todas estas condiciones potencian la ansiedad que experimentan.

Por otro lado, la fe en Dios permite afrontar de forma positiva la hipertensión inducida por la gestación; puesto que, en la gestante se incrementa la posibilidad de sobrellevar la hipertensión.

De la misma forma, la hipertensión inducida por la gestación se relaciona con circunstancias personales, familiares, sociales y laborales de cada una de ellas, tal es la expresión: *¡no estaba mi esposo!, él había viajado a Lima y yo estaba con mi suegra nada más...* (Discurso II).

Manifiestan con ello que para el afrontamiento de la enfermedad es necesario el apoyo y ayuda emocional del familiar más próximo. Se puede evidenciar que la familia cumple un factor protector así como apaciguador del estrés provocado por la enfermedad.

Sin embargo, padecer los síntomas causa aún un temor mucho más grande: “el temor por el riesgo de morir”. En este estado, las gestantes ven cerca de la muerte. En el Discurso I: “...*lo más seguro me puedo morir yo y mis bebés*”. Las gestantes se plantean también el miedo de que la enfermedad pueda causar la muerte de sus bebés.

Así, pues, se hace importante la comunicación y comprensión de la gestante con hipertensión inducida por la gestación, con el objetivo de calmar su miedo, ansiedad, dudas e inseguridad.

En este proceso de hospitalización, las gestantes no están solas; muchas de ellas están acompañadas de sus esposos o algún familiar, y ellos también deben estar informados en todo momento del estado de la gestante.

- **Subcategoría: Preocupación por el bebé en el seno materno**

La maternidad en las participantes de la investigación se manifiesta con ternura, felicidad y amor por la espera de un nuevo ser, ser; lo que se convierte en una experiencia incomparable y única.

Se genera un vínculo emocional entre el bebé y la madre: emociones, pensamientos, sentimientos y hasta motivaciones. Esto propicia que la gestante se preocupe por las necesidades esenciales para la llegada del bebé.

“Cómo le compro su ropita a mi bebita, para irme a lavarlo, alistarlo, porque a la hora de la hora doy a luz y, ¿a qué hora para ponerlo?” (Discurso V).

¡Ah..., Dios!, ¡estaba tensísima!, ¡tensísima! (Discurso IV)

A las vivencias de las gestantes se añade el sentido de responsabilidad y preocupación por los preparativos para recibir a su nuevo hijo. Estas preocupaciones son atribuibles, por un lado, a la hipertensión inducida por la gestación y la inestabilidad que ocasiona frente a posibles complicaciones que esta enfermedad implica, y de otra parte, a la incomodidad que genera la hospitalización.

Asimismo, nace la preocupación por el bebé, lo se demuestra durante la sensación de peligro que experimentan las gestantes tras reconocer los signos de alarma de la hipertensión inducida por la gestación o sus complicaciones. Este hecho despierta en las gestantes la idea de muerte, *¡muero yo!, ¡bien él o bien yo!* (Discurso VI).

Todo esto llega a ser un doble sufrimiento, puesto que el bebé es considerado un ser amado, capaz de ejercer un intenso impacto emocional en la gestante.

En otras circunstancias, las gestantes expresan su temor al tener la posibilidad de un nuevo embarazo y que la enfermedad se repita. Este temor que nace en las madres gestantes, es por los efectos negativos que sienten en su cuerpo a causa de la

enfermedad; en el momento de las entrevistas, experimentan un estado emocional de ansiedad.

“A veces sentía un poquito que el pecho se me oprimía cuando andaba y a veces es un dolor de frente; pero, algo que se pasaba ligeramente, ¿no?; pero, a veces que me iba, ¡ ah!; cómo le puedo explicar, que me iba, ¡ah...como dicen a veces a nublar los ojos a ver lucecitas ¿no? De vez en cuando esas lucecitas, pero no del diario...no se me han hinchado los pies. Lo único que he estado sintiendo estos días es adormecimiento de dedos” (Discurso III)

La madre gestante enfrenta situaciones que significan amenaza para su vida y la de su bebé. Estas situaciones son reconocidas en su cuerpo como diferente a una gestación normal, lo que conlleva a eventos estresantes internos y externos en la madre gestante: los signos y síntomas que reconocen en su cuerpo y también la preocupación del riesgo de morir ella o su bebé. *“Para mi primer bebito, también he tenido así, ... y ya más o menos sé cómo es la experiencia. Bueno, prácticamente, nos tienen que hacer la cesárea, para poder salvarnos, a cualquiera, ¡bien sea yo, o mi bebito!”*(Discurso VII).

Frente a esta situación acompañan a las gestantes diversas emociones y sentimientos que hacen de ella un ser con mucha entereza para salir adelante a pesar de las experiencias vividas durante la enfermedad.

- **Subcategoría: Preocupación por los hijos**

La hospitalización de las gestantes es vivida como un hecho inesperado, lo que implica dejar a los hijos en casa al cuidado de algún familiar, amiga o vecina. Para las gestantes esto se transforma en una situación preocupante, ya que sienten que descuidan a sus otros hijos.

La hipertensión inducida por la gestación ha incrementado una necesidad emocional, como se presenta en el Discurso II y IV, respectivamente:

“... Extrañando a una niña pequeña que tengo de ocho años, porque he venido con mi esposo para acá pero la he dejado encargada con mamá en casita”.

“... de extrañar a mi familia, ¡la extraño un montón! Es que yo no soy de acá soy de Trujillo.”

Todo esto se suscita frente a sensaciones desconocidas hasta ahora, por ejemplo en el Discurso VI: *“O sea, de un momento a otro, me dolió el estómago y me daba vómitos y mis brazos se me hincharon...”* Aparece el temor generalizado frente a esta nueva experiencia. Este sentimiento genera la búsqueda de respuesta inmediata a su enfermedad.

“...lo más seguro me puedo morir yo y mis bebés”(Discurso I).

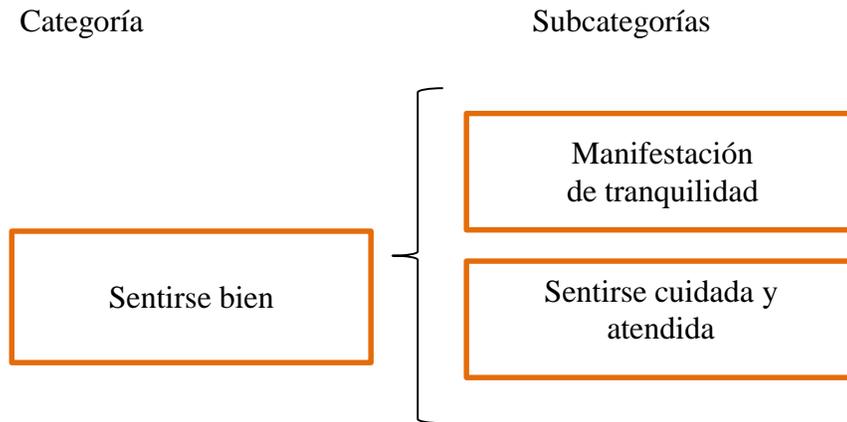
En las gestantes se puede evidenciar que no en todas se produce la expresión afectiva mediante la palabra, sino mediante la actitud y gestos de incomodidad y cansancio. Así se advierte en las entrevistas, Esta situación se da por el malestar físico que genera todo el proceso de la hospitalización. En su mayoría los procedimientos realizados dentro del hospital provocan malestar, y a ello se le suma el hecho de que no se les explica lo que se está realizando. Por otro lado, se sienten apartadas de sus referentes afectivos.

4.2.2. Categoría: Sintiéndose bien

Esta categoría está compuesta por dos subcategorías, que se puede advertir a través de las expresiones: 1) tranquilidad y 2) sentirse cuidada.

Es una de las categorías que revela cómo se siente la gestante con hipertensión inducida por la gestación durante la hospitalización.

Figura 2. Categoría: Sintiéndose bien



El estar bien, para el ser humano es un estado psíquico sujeto a la felicidad. Este estado está ligado a la dimensión temporal: al referirse a la felicidad, esta se relaciona diferentes momentos relevantes por los que pasa el ser humano y varía de una persona a otra (42). Por lo tanto, el proceso de “sentirse bien” varía de una gestante a otra, y depende de la evolución de la enfermedad.

Se puede evidenciar que las gestantes que han experimentado sentimientos fuertes como la preocupación o tranquilidad durante la enfermedad, aceptan, luego, en forma positiva la forma de sobrellevar la enfermedad “sintiéndose mejor”. Por esta razón, el obstetra y los demás profesionales de la salud que brindan la atención deben adaptarse a evolución de la enfermedad y a la forma de asimilación de la gestante, a efectos de poder comprender mejor la hipertensión inducida por la gestación, y a fin de que permita establecer un contacto más humanizado y único, capaz de minimizar la angustia en el proceso de la enfermedad.

Las gestantes llenan de significado positivo su hospitalización. En la expresión del Discurso IV:

Sí, ¡yo sé!, ... que esto es pasajero, tengo cinco días hospitalizada, me siento bien, ¡más bien relajada! Se aprecia cómo la gestante vivencia su actual condición de hospitalizada de manera positiva y segura de sí misma. De esta manera, se torna optimista y se adecua al medio físico y social que implica la hospitalización.

Por su parte, el investigador Fierro relaciona el bienestar psicológico con la probabilidad estar bien y sentirse bien, manifestando que la persona es responsable de sus vivencias al ser consciente de ellas. Por lo tanto, el ser humano piensa y obra siendo consciente de lo que hace (43). Todo ello permite que el ser humano se adapte a su mundo, siendo consciente de sus vivencias de manera que es consecuente con sus actos.

Por otra parte, el estado peruano, a partir del 2012 decreta la Ley de Promoción y Protección al Parto Humanizado y de la Salud de la Mujer Gestante. A través de este documento legal se recomienda que para el bienestar de la madre y su familia es necesario que los profesionales de la salud posean conocimientos y capacidades para prestar el apoyo emocional adecuado. En el Perú, los roles que le compete al obstetra tienen como eje central el proceso de atención e intervención especializada que brindan a través del acto obstétrico y de acuerdo a las competencias adquiridas en su formación (44). Por ello, es indispensable el cuidado humanizado que se brinde durante la atención a las madres gestantes.

El cuidado que brinda el obstetra a una gestante con hipertensión inducida por la gestación debe ser personalizado, por el alto riesgo que implica esta enfermedad tanto para el bebé como para la madre gestante.

Para el obstetra, la importancia de cuidar a la gestante radica en proteger, velar y brindar una atención humanizada desde la primera atención prenatal hasta su restablecimiento total al culminar el puerperio.

- **Subcategoría: Manifestación de tranquilidad**

Para la investigación ha sido importante la evolución favorable que ha tenido la enfermedad, puesto que las gestantes muestran su confianza y tranquilidad frente al proceso de la hospitalización.

“Bueno, señorita, me siento bien porque es por mi salud y la de mi bebé”
(Discurso III).

Les produce tranquilidad el hecho de que su enfermedad está evolucionando favorablemente, por los medicamentos, el reposo y los tratamientos que reciben.

“Ahora ya estoy un poco tranquila” (Discurso II).

“Aquí, en el cuarto, cómoda...” (Discurso II).

La serenidad que se manifiesta en las gestantes es como una sensación de bienestar al percibir que todo está bien a su interior y su alrededor.

Durante la enfermedad, el estado emocional de las gestantes está relacionado con el tipo de afrontamiento individual que toman, como la esperanza en Dios. Vivenciando un momento lleno de espiritualidad, soportando de esta forma la enfermedad.

“¡Y Dios, ayúdame! Y Dios me rescató...” (Discurso IV).

El proceso de la enfermedad ha constituido una oportunidad para la gestante de aprender a superar en forma positiva una dificultad, buscando en su interior la fuerza para soportar una amenaza. Esta esperanza ha permitido sobrellevar la enfermedad, constituyéndose en una actitud para enfrentar una situación adversa como esta, manteniéndolas motivadas y fortalecidas.

- **Subcategoría: Sintiendo cuidada y atendida**

El cuidado profesional, es realizado por profesionales de la salud, y consiste en aplicar habilidades técnicas y científicas adquiridas durante la formación profesional que permiten auxiliar a personas, familias y comunidades y a mejorar, recuperar o preservar su la salud (41). Cuidar implica preocuparse por otro ser humano, el cual, en este caso es una madre gestante con múltiples preocupaciones, debido al problema que afrontan ella y su bebé.

En el Discurso VII: *“La atención es buena. Me dicen que por la preeclampsia me cuide, para ya no tener hijos, para que ya no vuelva a venir la preeclampsia.”*

Al analizar esta subcategoría se evidencia que las acciones terapéuticas del obstetra están dirigidas a disminuir el dolor, monitorear los signos de peligro, estabilizar a la gestante de alto riesgo, etc.

Todo ello exige al profesional obstetra que lidie con el dolor, la ansiedad, el temor y otros sentimientos que acompañan a la gestante con hipertensión inducida por la gestación.

Cuidar requiere dedicación, paciencia, el cual requiere contar con conocimientos teóricos y práctico para ser aplicados en un contexto determinado (45). El efecto de cuidar de otro ser humano también implica comprender que la madre gestante es capaz de expresar libremente sus necesidades, y tome sus propias decisiones, ejerciendo el principio de autonomía.

Según Watson (46), las principales hipótesis de la ciencia del cuidar incluyen:

- El cuidar se demuestra mediante unas buenas relaciones interpersonales.
- El cuidar comprende factores de custodia.
- El cuidar debe promover la salud como el crecimiento personal y familiar.
- El cuidar significa aceptar al ser humano tal y como.
- El cuidar permiten a la persona elegir la mejor acción en un momento determinado.
- El cuidar es más favorable para la salud que los procedimiento médicos. El cuidar promueve beneficios físicos y de comportamiento del ser humano.

El cuidar permiten que el ser humano tenga un crecimiento espiritual y de valores que permanecen en el tiempo, por lo tanto el cuidador debe sumergirse en el fenómeno vivenciado por la persona para llegar a la comprensión del contexto en el cual se desarrolla.

La gestación es un período de gran vulnerabilidad si se toma en cuenta la hipertensión inducida por la gestación. Esta no puede entenderse únicamente a partir de la perspectiva biomédica; sino, desde los aspectos: psicológico, cultural emocional y social.

Desde la perspectiva sociocultural, es muy importante señalar que un grupo de personas de nuestra sociedad es quien da la definición de lo que es el cuidado, y, al mismo tiempo, el que genera las formas de cuidarse, ya venga la atención de una partera o de la vecina.

Ello ha permitido precisar que: “El cuidado es un constructo universal y no entiende de etnias, géneros, edad o grupos sociales, y es, por ello, que el cuidado desde siempre —y cada vez más— tiene una mayor proyección psicosocial y cultural” (47).

Por lo tanto, el cuidado desde un enfoque cultural y social significa brindar atención humanizada teniendo en cuenta las creencias, religión y comportamientos ligados a nuestra sociedad, respetando la forma de “vivenciar la enfermedad de una manera individual”. De esta forma, el cuidado que brinde el obstetra permitirá el acercamiento de la gestante en forma integral.

Desde la perspectiva psicológica y espiritual, cuidar involucra comprender a la gestante con hipertensión inducida por la gestación, para lograr el apoyo que implica afrontar la enfermedad, brindando un soporte emocional y conociendo con anticipación sus necesidades para la recuperación o mejora de su salud.

La enfermedad hace de la gestante un ser humano sensible a variados estímulos, no solo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del trato que recibe por parte del personal de salud y de las relaciones que se establecen durante su hospitalización. El principal objetivo del obstetra debe estar centrado en el cuidado de la gestante como el “cuidado del todo”.

En el Discurso III:

“De verdad ¡estoy agradecida de que me atiendan!, a pesar de que no tengo SIS, pero han tratado de colaborar en lo más que han podido; porque, pues, ya sabe, soy de Colombia; pero, ¡que Dios los bendiga a todos y los amo!”

En esta expresión la gestante siente que recibe el apoyo y el cuidado de ella y de su bebé; pero esta ayuda no solo es física, sino va más allá de eso que es cuidar sin interés y preocupación de la vida de la madre y el bebé con amor y cariño.

Existe por lo tanto, la interacción entre la gestante y el ambiente. En este caso, todo lo que implica la hospitalización se convierte en una experiencia positiva. Se asimila la dependencia de sus cuidadores: médicos, enfermeras, obstetras y técnicos. La gestante exterioriza la satisfacción de su hospitalización.

4.2.3. Categoría: Conviviendo con la enfermedad

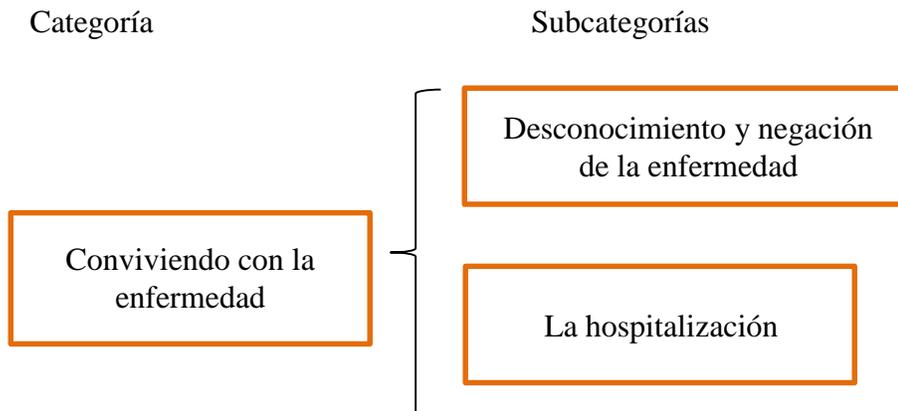
En la investigación se ha podido evidenciar que la gestante con hipertensión inducida por la gestación pasa por períodos de asimilación a la enfermedad:

La percepción de los síntomas. Lo que constituye reconocer y/o negar los signos y síntomas de la hipertensión. En el cual la gestante aún no se siente preparada para aceptar su diagnóstico. Luego se da la aceptación de la enfermedad, el cual consiste en percibir el proceso de deterioro de sus salud. La hospitalización comienza desde el reconocimiento de la enfermedad por la madre gestante hasta su total recuperación y reincorporación a su medio habitual.

- **La decisión de hospitalizarse.** Consiste en afrontar la hipertensión y todos los procesos que implican su manejo clínico. En este proceso las gestantes se adecuan a una nueva forma de vivenciar la hipertensión inducida por la gestación. A su lado están sus nuevos cuidadores, “el personal de salud”.

Esta es una categoría que describe cómo las gestantes conviven con la hipertensión inducida por la gestación y está conformada por subcategorías:

Figura 3. Categoría: Conviviendo con la enfermedad



- **Subcategoría: Desconocimiento y negación de la enfermedad**

Este proceso implica la aceptación o negación de la hipertensión inducida por la gestación, lo cual conlleva a tomar la decisión de hospitalizarse o no.

La madre gestante entra en un proceso de asimilación a su nueva condición, generando cambio de planes en su vida cotidiana.

Para las gestantes, el hecho de convivir con la enfermedad incrementó los temores relacionados con el desconocimiento de los signos y síntomas de alarma en la hipertensión inducida por la gestación y sus complicaciones. Asimismo, ha experimentado cambios emocionales desde el aspecto subjetivo, tales como actitudes, percepciones, sentimientos.

Del discurso IV:

- *¡Yo no soy hipertensa!*
- *“Yo no creo que soy preecláptica, ¡no!, no lo creo y no lo creeré nunca”.*
- *“entonces me comencé a informar un poquito más...”*

Las expresiones manifiestan la negación de la enfermedad como un mecanismo de defensa que les permite enfrentar una situación crítica como la que están viviendo.

Por otro lado, el desconocimiento de la enfermedad las lleva a investigar y preguntar, y buscan más información sobre el tema.

“Nunca he escuchado de preeclampsia, o sea, hay términos así que no sabía” (Discurso III).

Está claro que las gestantes buscan argumentos propios de su estilo de expresión y manifiestan expresiones diferentes a su diagnóstico para justificar su realidad *“yo pensaba que era un simple dolor de estómago...”* (Discurso VI).

Todo el proceso de la enfermedad está relacionado con el significado que la madre gestante le da a la hipertensión inducida por la gestación. Lo que genera en ella respuesta de adaptación como la negación, tristeza, estrés, etc. Asimismo, se generan cambios no solo en la gestante sino también en la familia.

Se produce una serie de ajustes económicos que ella y su familia deben afrontar. *“Mi esposo está afuera, los primeros días ha estado durmiendo afuera, pero hace dos días que ha localizado un amiguito, se está quedando ahí”* (Discurso III). Se originan cambios en la familia que están dados por las propias características del nivel socioeconómico, solidez familiar, etc. *“Aquí sólo vivo con mi esposo y mi suegra, y, pues, si ellos estuvieran aquí serían un apoyo más grande, pero igual”* (Discurso II). Todo esto conlleva a una serie de ajustes en la forma de sobrellevar la enfermedad, la ansiedad que se produce en la gestante, la negación al diagnóstico y la decisión de la hospitalización especialmente en una enfermedad de alto riesgo en el embarazo.

- **Subcategoría: La hospitalización**

En la investigación se ha demostrado que las mujeres gestantes enfrentan su enfermedad de diversas maneras. Una de las manifestaciones está constituida por la reacción emocional y cómo se presenta esta, que se genera frente a la hospitalización.

La oposición a ser hospitalizada está acompañada de cambios de conducta, que pueden llegar a una situación autodestructiva en la gestante; puesto que muchas de

las entrevistadas han ingresado con un diagnóstico de hipertensión inducida por la gestación, pero a la vez descartar preeclampsia leve/severa.

Sino que ¡me he demorado al venir!, y porque ¡no quería! ¡Me sentía nerviosa!..., yo pensaba que era un simple dolor de estómago...y me he demorado al venir y entonces ¡me estaba complicando!, ¡ya mis brazos, ya se morían!, si no que yo llegué para acá y ya estaba más grave (Discurso VI).

El concepto que se forma de la enfermedad está relacionado directamente con el comportamiento de la gestante. Tal es así, que cuando los síntomas se agravan acuden a un establecimiento de salud. Y el temor al desenlace fatal de la enfermedad motiva a las gestantes a buscar ayuda.

“O sea, de un momento a otro, me dolió el estómago y me daba vómitos y mis brazos se me hincharon..., eso es lo único y con eso es que he venido al hospital” (Discurso VI).

A esta expresión se le suma la sensación de gravedad de la enfermedad, cuando la gestante ya ha tenido un episodio similar en un embarazo anterior:

“Para mi primer bebito, también he tenido así,... y ya más o menos sé cómo es la experiencia” (Discurso VII). Busca ayuda antes de que se complique su situación.

Pero en ambas vivencias, las gestantes manifiestan la sensación que tienen por el riesgo de morir. Manifiestan deterioro funcional y otras complicaciones no relacionadas a la enfermedad, pero que ponen en riesgo la vida de la madre y su bebé.

Durante la hospitalización las gestantes vivencian una hospitalización desagradable manifestando incomodidad, frustración, angustia, mostrando incapacidad para sobrellevar la hospitalización.

Así mismo se puede evidenciar la irritabilidad y el aburrimiento que sienten al estar hospitalizadas:

“Las doctoras nos atienden, eso, pero ¡mmm!, pero de todas maneras me aburro no me siento cómoda, no sé pero no me siento cómoda” (Discurso VI).

El proceso de hospitalización se torna más difícil debido a los procedimientos invasivos que se realizan en la madre gestante.

“Siento un poco dolorosa porque no se pueden hacer muchas cosas, porque la aguja nos hace doler, también incómodo porque no se puede levantar, ni para irme al baño, cómo es incómodo” (Discurso VI).

La hospitalización conlleva a las gestantes a una situación de vulnerabilidad, su cuidado depende ahora del personal de salud.

Se deben adaptar a las normas que implica su tratamiento, como adecuarse a la nueva forma de alimentación, al reposo absoluto y al monitoreo continuo de sus signos vitales, lo que contribuye a la tensión emocional por el que pasa la gestante.

La enfermedad involucra malestar físico; así mismo, como las gestantes pueden darse cuenta de los problemas físicos que se presentan, también lo hacen con sus respuestas y alteraciones de índole psicológicas y espirituales.

En el Discurso III:

“A veces sentía un poquito que el pecho se me oprimía cuando andaba, y, a veces, es un dolor de frente; pero, algo que se pasaba ligeramente, ¿no?; pero, a veces, que me iba, ¡ah!, cómo le puedo explicar, que me iba, ¡ah!...como dicen, a veces a nublar los ojos a ver lucecitas ¿no? De vez en cuando, esas lucecitas, pero no del diario...no se me han hinchado los pies”. Se puede evidenciar como la gestante manifiesta los signos y síntomas de alarma de de la preeclamsia.

Una de las gestantes manifiesta que no se siente satisfecha con los cuidados recibidos por el personal de salud. La considera una experiencia desagradable.

“Yo he entrado con algo muy grave y llevo tres días hospitalizada. Yo ya no estoy con sodio eso está ya cerrado...con suero. Y solo hasta ayer en la mañana, ni

siquiera ayer me han dado nada para controlar la presión” (Discurso VII). La gestante expresa la necesidad de un trato apropiado en la hospitalización.

Todo el proceso de hospitalización implica una serie de procedimientos que en la experiencia profesional, el obstetra se ve limitado en realizar, debido a la cantidad elevada de gestantes de alto riesgo que se encuentran en el servicio de hospitalización y a la poca cantidad de obstetras para su atención. Otra dificultad que se pudo evidenciar durante las entrevistas es que no existe un área específica para las gestantes de alto riesgo que requieren un monitoreo continuo, pues estas se encuentran en habitaciones compartidas con pacientes ginecológicas.

Es importante resaltar que una de las gestantes tuvo una dificultad individual en su hospitalización. No contaba con su seguro integral de salud por ser extranjera. A causa de ello recibió el apoyo del personal de salud para sus medicamentos, Este estímulo le ayudó a afrontar positivamente su hospitalización, *“De verdad ¡estoy agradecida de que me atiendan!, a pesar de que no tengo SIS, pero han tratado de colaborar en lo más que han podido; porque, pues, ya sabe, soy de Colombia; pero, ¡que Dios los bendiga a todos y los amo!”*(Discurso IV).

Por otro lado, más allá de los cambios percibidos por las gestantes, existe la experiencia subjetiva que aún no tiene la misma importancia dentro de nuestra realidad. No solo por el hecho de estar hospitalizada recibe una adecuada atención; sino, porque se debe contar con una Unidad de Cuidados Intensivos especialmente para gestantes de alto riesgo, donde, la gestante reciba una atención exclusiva y personalizada por profesionales de la salud, sensibilizados y capacitados para sus atención.

En esta subcategoría también se puede apreciar la forma en que las gestantes perciben su recuperación, los cambios logrados luego de todos los procedimientos clínicos realizados:

En primer lugar, las gestantes han generado conciencia de su enfermedad y han aceptado a la hospitalización.

Por otra parte, surge un cambio importante en la gestante donde muestra confianza y tranquilidad, y logra manejar mejor sus emociones y disminuir su rechazo a la hospitalización.

“Acá me siento tranquila; en mi casa tengo que estar haciendo; por más que esté en mi casa, tengo que estar haciendo. Por más que queramos vivir tranquilos, en la casa no se puede. Pa´ barrer, pa´ cocinar, pa´ lavar. Mientras que aquí estamos un poco tranquilos”(Discurso I).

Se puede evidenciar en las expresiones, que el estado de ánimo de sobrellevar la enfermedad se manifiesta de un forma positiva, teniendo la esperanza de una recuperación rápida.

“Me siento ahora muy tranquila. Sí, vine muy preocupada por el estado del bebe. De repente, pues, si se daba, de que hubiera la preeclampsia, me dijeron que tenía que terminar con el embarazo, ¿no? Eso quería decir que pasar o sacarlo al bebe ¿no?... y como todavía está un poco pequeñito, ¿no?, era un poco preocupante para mí. Ahora ya estoy un poco tranquila” (Discurso II).

Las gestantes también manifiestan sus deseos de recuperación inmediata. Deseos que se convierten en expresiones con un fuerte mensaje de “retorno a casa”.

“¡Yo quiero regresar a casita! Claro que a nadie le va a gustar tener esta enfermedad; pero ¡qué voy a hacer!, como dicen, ¡por algo vendría esta enfermedad!”(Discurso III).

“Ya me siento mejor, ya, doctorita; sí, y como ya me siento bien quiero irme a descansar alistar las cosas de mi hijita, ¡mi primera bebida!”(Discurso V).

Estas expresiones son un indicador de los deseos de mejoría de la gestante, vinculados al deseo de retomar su vida nuevamente, a sus proyectos y su trabajo.

Para la mayoría de las madres gestantes se presentó una larga hospitalización y una evolución satisfactoria la cual culminó en parto vaginal o cesárea; pero, para

una de las participantes de la investigación terminó en un embarazo frustrado por óbito fetal.

La fuente última del significado de las vivencias de madres gestantes con hipertensión ha sido las categorías. A través de todas las etapas de análisis fenomenológico, se ha llegado a la transformación de las vivencias de las madres gestantes en conocimiento significativo. Las vivencias se han transformado en experiencias conscientes que han dejado huella en las madres gestantes, y, que están conectadas con otras propias y ajenas al fenómeno en estudio.

Por ello, la experiencia vivida de las madres gestantes, a través de sus sentimientos; preocupaciones y percepciones de sus vivencias son la base para la comprensión de su cuidado y el cuidado del profesional obstetra en la hospitalización. Asimismo, la perspectiva subjetiva de las madres que vivencian el fenómeno permitió la aproximación al proceso de la salud – enfermedad, que experimentaron tanto ellas como sus bebés; esto, en los síntomas, signos físico/biológico y especialmente fuertes emociones que van de lo negativo a lo positivo, de peligro de muerte a la tranquilidad y sentirse bien, para recibir al nuevo ser que formará parte del hogar y a la familia.

Es importante señalar que las emociones que las madres experimentan en el proceso de la enfermedad también son compartidas por el bebé. Precisamente, porque, desde la concepción, están unidos por un lazo simbólico. Ese vínculo madre – hijo es un lazo fomenta el bienestar emocional y físico, imprescindible entre los dos seres, y que continuarán aun después del parto unidos el uno con el otro.

4.4.CONSIDERACIONES FINALES

Las vivencias de las madres gestantes con hipertensión inducida por la gestación revelan que aún es un fenómeno que requiere ser investigado y profundizado en las investigaciones, desde las perspectivas teóricas para su comprensión y ampliación de conocimientos en obstetricia, con el objeto de brindar cuidado en el área asistencial y comunitaria, con enfoque de la comprensión de la persona en situación de riesgo.

De las voces de las madres gestantes con hipertensión inducida por la gestación, participantes en el estudio, surgieron tres categorías: 1) temores y preocupaciones, 2) sentirse bien, y 3) convivir con la enfermedad. Cada una de ellas con temas / subcategorías que la configuran y le dan sentido a la experiencia vivida.

Al expresar sus vivencias, las madres gestantes describen la trascendencia de sus vidas y la del bebé en el proceso con la enfermedad y su hospitalización. Esta trascendencia involucra temor y preocupación por la salud de ellos y de sus bebés; puesto que existe el riesgo a morir; por tanto, es necesario aceptar que la cesárea o el parto evitaron mayor peligro. El bebé es su mayor preocupación, a pesar de que expresaron también que la enfermedad las tiene “presas” en el hospital. Sin embargo, existe preocupación por los hijos pequeños que quedaron en casa al cuidado de algún familiar. Estas situaciones, estados emocionales diversos, debido a que también se agregan las condiciones de hospitalización y el trato del personal de salud.

No obstante las divergencias y convergencias en los discursos como: “acá estoy bien”, “deseo ir a casa”, “estoy presa aquí”, “sentía el ambiente pesado”, “intranquilidad” y el cuidado que recibieron del personal médico, les permite decir que se “sienten bien”; manifestaron que tienen tranquilidad porque están recibiendo cuidado y atención.

La hipertensión inducida por la gestación es una enfermedad que es considerada muchas veces silenciosa, que compromete los estados fisiológicos y emocionales de la madre y el bebé, seres que vivencian en su estructura orgánica, “un

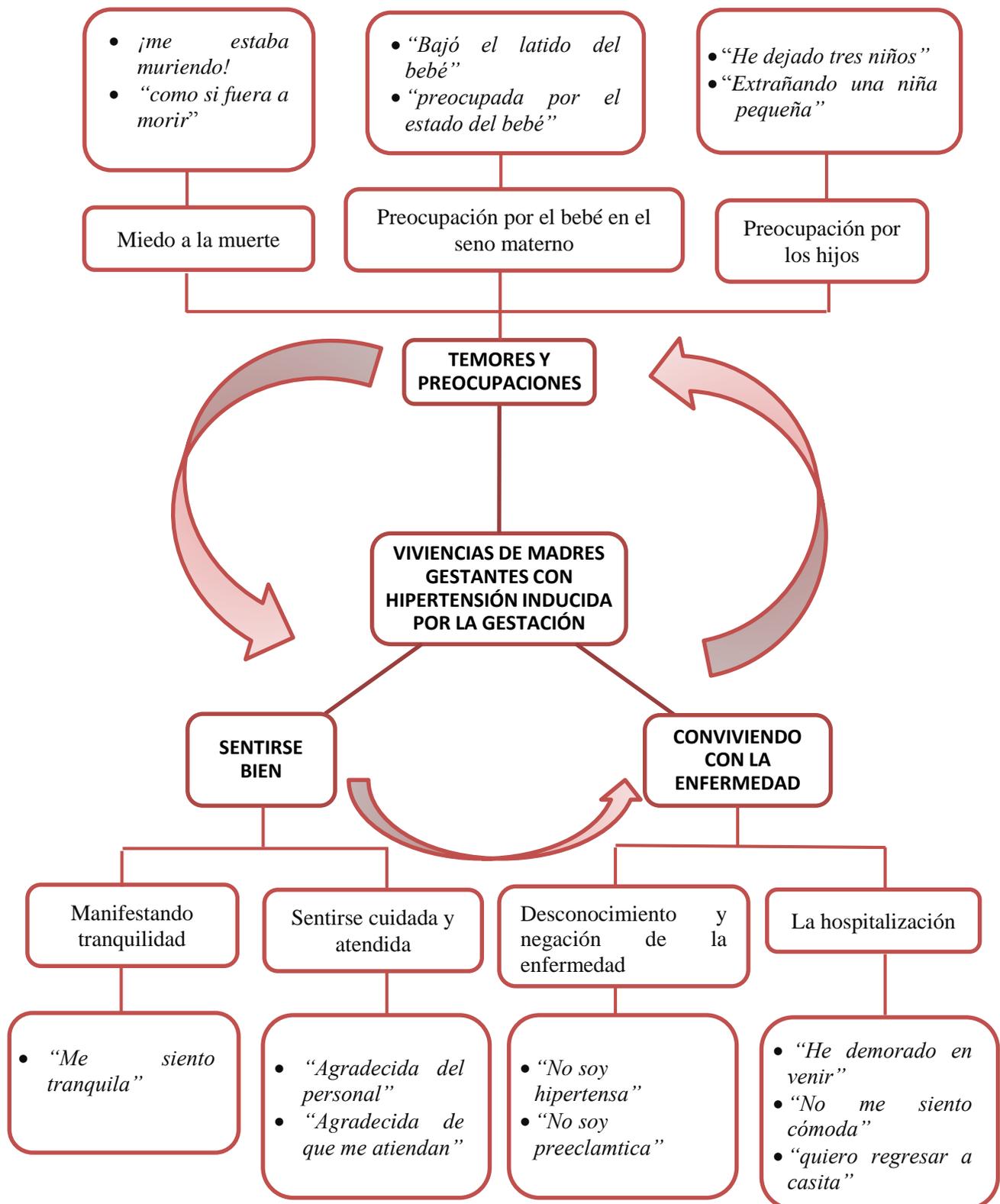
cuerpo”, en su manifestación objetiva y subjetiva, que expresan el cuidado y alivio de su dolencia.

Las madres participantes brindaron como aporte para la práctica del profesional obstetra la esencia del fenómeno que experimentaron en la convivencia con la enfermedad. Este fenómeno es necesario para reflexionar y comprender cómo la persona que sufre la hipertensión se refleja en su estado emocional, en su proceder y en su aceptación para su hospitalización, su curación y su cuidado.

Las madres con hipertensión inducida por el embarazo presentan temores y preocupaciones no solo por el bebé que llevan en su vientre, sino por los demás hijos pequeños que quedan solos. En este proceso viven situaciones de acercamiento a la muerte; pero, al recibir el necesario cuidado en la hospitalización se sienten bien, se sienten cuidadas y atendidas, con mayor seguridad y confianza. Esta realidad se manifiesta en la recuperación de la salud de ellas y de su hijo. Ellas se sienten agradecidas.

En este sentido, a partir del fenómeno estudiado, el tratamiento y atención de las madres gestantes en situación de riesgo para la vida del niño y de ella misma, debe darse desde el enfoque de la comprensión y de la humanización de la atención materna.

APROXIMACIÓN TEÓRICA CONCEPTUAL DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR LA GESTACIÓN



4.4. Recomendaciones

- Las características de la población gestante con la que cuenta la región Cajamarca, la cultura y el nivel educativo aún continúa siendo desigual. Y exclusivamente las gestantes que han participado de la investigación generalmente provienen de lugares lejanos al distrito de Cajamarca, pertenecen a condiciones económicas y sociales distintas, esta situación las despoja de un cuidado más especializado.
- Al Hospital Regional de Cajamarca, se sugiere la creación de una Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos, en donde la atención de gestantes de alto riesgo sea personalizada y llevada a cabo por profesionales de salud capacitados y sensibilizados para una atención más humanizada y holística.
- Se sugiere que el profesional obstetra debe incorporar en su práctica asistencial las experiencias vividas por las madres gestantes, para que permita una mejor comprensión de su salud.
- A la Universidad Nacional de Cajamarca, que en la formación profesional del obstetra se priorice como un eje transversal en los cursos de carrera la investigación cualitativa que permita ampliar el conocimiento para la práctica asistencial y comunitaria.
- Que en la formación profesional se incorpore el tema de cuidar bajo un enfoque más humanizado y holístico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malvino, E. Preeclampsia grave y eclampsia. [página en internet] 2011 [citado el 20 de marzo del 2012]; [pantalla 5]. Disponible en:
http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf
2. Donoso E. Muerte Materna en Chile por Eclampsia. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. [página en internet] 2010 [citado el 15 de enero del 2012]; pantalla 1. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500001
3. MINSA. Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva, 2007. Perú, p 53,54.
4. DIRESA. Boletín epidemiológico 2015. Semana 33. 2015; p 13.
5. Hospital Regional de Cajamarca. Muertes Maternas 2015. Perú: Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental; 2015. Noti Web Muertes Maternas, 2015.
6. Bernal M, Sánchez L. “Significado del cuidado obstétrico desde el cotidiano del estudiante de enfermería”. EU [página en internet]2014 [citado 27 de noviembre del 2015]; 11 (3): 81-86 URL Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314726703>
7. Waldow, R. Cuidar: Expressá o Humanizadora da Enfermagem. Petópolis, Rj:Vozes. Brazil, 2006.
8. Colliere, M. Promover la vida, Mc Graw- Hill./ Interamericana de España. Madrid, 1993.
9. Martínez J. Delgado M. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. GOM[página en internet] 2013 [citado el 27 de noviembre del 2015]; [pantalla 1] Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom1312d.pdf>
10. Silva E, Córdova F, Chachamovich J, Záchia S, ¿Cómo un grupo de mujeres percibe la enfermedad de la hipertensión gestacional? Pubmed [Página en internet] 2011 [citado 17 de enero del 2012]; [pantalla 1] Disponible en:

<http://translate.google.com.pe/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21987993>

11. Perlo C, López M. Editores. RIFITS [en internet] 2014 [citado el 28 de noviembre del 2015]; 19 (65): 75-90. Disponible en:
http://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/3845/art_culo_utopia_y_praxis.pdf?sequence=3
12. Merleau-Ponty, M. 1975 Fenomenología de la percepción, Barcelona, Península, 1975.
13. Salinero J. El concepto foucaultiano de experiencia en la Filosofía con niños. La Plata: Universidad Nacional de la Plata; 2013.
14. Souza N., Fenandes C, Céu I., Significados atribuidos por puérperas a los síndromes hipertensivos de la gravidez y nacimiento prematuro. [página en internet] 2011 [citado 14 de enero del 2012]; [pantalla 1] Disponible en:
http://translate.google.com.pe/translate?hles&langpair=en%7Ces&u=http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/en_v45n6a02.pdf
15. Richter M, Parkes C, Chaw-Kant J. Escuchar las voces de los pacientes hospitalizados antes del parto de alto riesgo. Pubmed [Página en internet] 2007 [citado 22 de enero del 2012]; [pantalla 1] Disponible en:
http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=es&langpair=en%7Ces&rurl=translate.google.com.pe&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17594405&usg=ALkJrhhw1SZdRMDwNpgLoQYTGIMSwl-Ilg
16. Suárez S, Puertas de García M. Vivencias de la mujer embarazada con hipertensión arterial. Estudio de caso. Biblioteca Las casas, 2008; [citado el 20 de enero del 2015]; [pantalla 4] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0364.php>
17. León, E. El giro hermenéutico de la fenomenología en Martín Heidegger. RUB [página en internet] 2009 [citado el 11 de enero del 2012]; volumen 8: [pantalla 270] Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/polis/v8n22/art16.pdf>

18. Heidegger, Martin, Ser y Tiempo. 1927. Trad. Rivera, Jorge. Chile: Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. [página en internet]; [citado el 11 de setiembre del 2015] Disponible en: <http://www.philosophia.cl/biblioteca/Heidegger/Ser%20y%20Tiempo.pdf>
19. Barrera B. Vivencias de la Enfermera en el Rol de Paciente durante el periodo de hospitalización [proyecto de investigación]. Argentina: 2008.
20. Forgeri Y. Psicología fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas. São Paulo: Pioneira, 1993.
21. Dartigues, A. que é fenomenología. São Paulo: Moraes, 1992, 3ª. Ed.
22. Marías J. Husserl y la Fenomenología. Portugal: ed.: Jean Lauand; [página en internet] 2011 [citado el 20 de marzo del 2013]; [pantalla 4]. Disponible en: <http://www.hottopos.com/collat11/17-22Marias.pdf>
23. Martins J, Bicudo M. Pesquisa QualitativaemPsicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: EDUC/Moraes, 1992.
24. Mora J. Actualización de la Fenomenología de Husserl, desde Xavier Zubiri [página en internet] 2004 [citado el 11 de enero del 2012]; [pantalla 8]. Disponible en: <http://www.uca.edu.sv/facultad/chn/c1170/galeana3.pdf>.
25. Bustamante, S.; Investigación Cualitativa. Universidad Nacional de Trujillo. Perú; 2002.
26. Marqués I, Ajustamento Materno e Paterno: Experiancias Vivenciadas pelos país pós – parto. Dissertação de candidatura ao grau de doutor en Ciências de enfermagem sub medita ao Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar. Universidad de Porto Alegre; 2009.
27. Husserl E. La idea de la fenomenología [página en internet] [citado el 11 de enero del 2012]; [pantalla 19]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/joyce/idea.pdf>

28. Hernández S, Gómez D, Bellart J, Domenech M, Peguero A, Mazarico E, Plaza A, Figueras F. Hipertensión y Gestación. GCMMF [Página en internet] 2013 [citado 27 de octubre del 2015]; [pantalla 1] Disponible en:
https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/hipertensi%F3n%20y%20gestaci%F3n.pdf
29. Sosa L, Guirado M. Estados hipertensivos del embarazo. RUC [Página en internet] 2013 [citado 27 de octubre del 2015]; volumen (28): [pantalla 10] Disponible en: http://www.suc.org.uy/revista/v28n2/pdf/rcv28n2_sosa_embarazo.pdf
30. Ministerio de Salud. Guía para el diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión en el embarazo. Argentina: Ministerio de salud; 2010
31. Hernández R.; Fernández C. Baptista, P. Metodología de la Investigación. [página en internet] México, D. F., 2003. [citado el 22 de setiembre del 2012]. disponible en:
<http://www.terras.edu.ar/aula/tecnicatura/15/biblio/SAMPIERI-HERNANDEZ-R-Cap-1-El-proceso-de-investigacion.pdf>.
32. Martins y Bicudo. A Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: EDUC/Moraes; 1989.
33. Richar M, Bo R, Climent C; Propuesta de Análisis Fenomenológico de los datos Obtenidos en la Entrevista [página en internet] 2010. [citado el 17 de setiembre del 2015]. disponible en:
<http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny10/article07.pdf>
34. Merleau-Ponty, Maurice. Fenomenología de la percepción. Barcelona. página en internet]. [citado el 17 de setiembre del 2015].1975URL disponible en:
http://www.opuslibros.org/Index_libros/Recensiones_1/merleau_fen.htm
35. Sayago S. El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa de las ciencias sociales. Escuela de Periodismo. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso [página en internet] 2014. [citado el 2 de diciembre del 2015]. disponible en:
<http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/49/sayago.html>

36. Guba, E, Lincoln Y. Investigación naturalista. Bervely Hills, California: Sage Publications; 1985.
37. Suarez, M. El saber pedagógico de los profesores de la universidad de los andes Táchira y sus implicaciones en la enseñanza: El Carácter científico de la investigación [en línea] España; 2007, URL [citado el 22 de setiembre del 2012] Disponible en:
http://www.tdr.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0702107-131124//10Cap%EDtuloXEIcaracterCient%EDficodelainvestigaci%F3ntfc.pdf
38. Borkovec, T., Robinson, E., Pruzinsky, T. & DePree, J. (1983). Preliminary exploration of worry: Some Characteristics and processes. Behaviour Research and Therapy, 21, 9-16.
39. Filosofía contemporánea [página en internet], [citado 17 de setiembre de 2015]; Disponible en: www.educagratis.org/moodle/mod/resource/view.php?id=22247
40. Colell Brunet R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. [Tesis doctoral]. Barcelona, 2015.
41. Grau Abalo J, Llantá Abreu M, Massip Pérez C, Chacón Roger M, Reyes Méndez M, Infante Pedreira O, Romero Pérez T, Barroso Fernández I, Morales Arisso D. PP [en línea] 2008 [citado 17 de setiembre de 2015]; volumen (4): 31. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80111670003.pdf>
42. Csikszentmihalyi, M. (2005). Fluir (Flow). Una psicología de la felicidad. (1era edición 1990). (Undécima edición 2005). Barcelona: Kairós. [Versión original en inglés: Flow. The Psychology of Optimal Experience, 1990].
43. Fierro, A. Sobre la vida feliz. Málaga: Archidona Aljibe; 2000.

44. Líneas de Investigación [homepage en Internet]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles Chimbote; [actualizada el 2014]; [consultado 27 de noviembre del 2015]. Disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/sigec/moduloinvestigacion/php/rptweblneasinvestigacion.php?semestre=2014&sede=&escuela>
45. Racero, J. Cuidar desde una perspectiva cultural. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades; 2000.
46. Watson J. Philosophieet sciences de soinsinfirmiers. París: Editions SeliArslam; 1998.
47. Valle Racero J, Cuidar desde una perspectiva cultural [página en internet], 2000 [citado 18 de setiembre de 2015]; [pantalla 4]. Disponible en:
http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5089/1/CC_07-08_11.pdf

ANEXOS

ANEXO A

CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO PARA SER APLICADO A LAS MUJERS GESTANTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO Y PREGUNTAS GENERADORAS DE DEBATE.

Título de la Investigación: “Hipertensión arterial inducida por la gestación: un enfoque fenomenológico, Cajamarca, 2012”.

I. IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTICIPANTES:

- Fecha:.....
hora.....
- Lugar:.....
- Nombre/Seudónimo.....
- Edad:
- Tiempo de hospitalización.....
- Procedencia.....
- Dirección.

II. PREGUNTA GENERADORA DE DEBATE:

- ¿Qué significa para usted estar viviendo con esta enfermedad?
- ¿De qué forma le ha afectado esta enfermedad a su embarazo?

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GESTANTES CON HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR LA GESTANCION, HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA

Presentación del motivo del estudio

Título de la Investigación: “Hipertensión arterial inducida por la gestación: un enfoque fenomenológico, Cajamarca, 2012”.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

Yo:, mediante las explicaciones dadas a conocer por la obstetra, Lorena Judith Becerra Goicochea, acepto participar en la investigación y entrevista, con la seguridad de la reserva del caso, que las informaciones serán confidenciales, y mi identidad no será revelada, así como tendré la libertad de participar o retirarme en cualquier fase de la investigación.

Cajamarca,.....de.....del 2012

Firma de la participante

ANEXO B

ANÁLISIS NOMOTÉTICO									
UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS	*	DISCURSOS							
Temores y preocupaciones		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1. La participante muestra preocupación al manifestando el temor que siente por el riesgo de morir o de perder a sus bebés.	I (iv)	C ₁₅	C ₉ , C ₈ C ₂₄						
2. Expresa su necesidad de apoyo familiar, especialmente de su madre y señala extrañar a su pequeña hija.	III(ii)			C ₃		C ₁₀	C ₁₂		
3. Manifiesta sus deseos de volver prontamente a su casa.	III(iv)			C ₂		C ₁₀	C ₁₂		
4. Siente morir.	IV(iii)						C ₁₃	C ₆	
5. Sentía temor porque bajó el latido del bebé.	IV(iv)		C ₉					C ₇	
6. Expresa una sensación de peligro al manifestar la posibilidad de morir.	VII (ii)				C ₄		C ₁₃		

*Representa la procedencia de la unidad de significado interpretada.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO									
UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS	*	DISCURSOS							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
7. Expresa su temor al tener la posibilidad de volver a tener un nuevo embarazo y que la enfermedad se repita.	VII (iv)		C ₉		C ₅				
8. La participante manifiesta su preocupación por la ausencia de su esposo durante la hospitalización, por lo que señala que fue acompañada de su suegra.	II (iv)	C ₁ C ₁₅	C ₉ C ₂₄						
9. Manifiesta la preocupación que sentía por su bebé, le atemoriza el hecho de que le pueda pasar algo, ya que aún es prematuro	II (vii)	C ₁ C ₁₅	C ₉ C ₂₄						
10. Quiere irse de alta.	V (ii)			C ₂ C ₃			C ₁₂		

*Representa la procedencia de la unidad de significado interpretada.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO									
UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS	*	DISCURSOS							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
11. La participante se prepara para la llegada de su bebé.	V (iii)					I ₁₁			
12. La participante se siente aburrida, y manifiesta sus deseos de irse.	VI (ii)	C ₁₄		C ₂ C ₃		C ₁₀			
13. Sentía que se iba a morir.	VI (v)				C ₄			C ₆	
14. Para la participante es importante volver a casa, se siente presa, en el hospital. Manifestando su intención de salir inmediatamente.	I (ii)			C ₂ C ₃		C ₁₀	C ₁₂		
15. En la participante existe preocupación externa, por los hijos que ha dejado en casa.	I (iii)	C ₁	C ₂₄ C ₈ C ₉						

*Representa la procedencia de la unidad de significado interpretada.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO									
UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS	*	DISCURSOS							
Sintiéndose bien		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
16. Afirma estar bien, afirmando que su embarazo terminará en cesárea, afrontando positivamente la situación.	I (v)	C ₁₇ C ₁₈			C ₂₀	C ₂₂			C ₃₉
17. La paciente acepta y se siente bien con la venida de sus futuros hijos varones.	I (vi)	C ₁₆ C ₁₈	C ₁₉		C ₂₀	C ₂₂			C ₃₉
18. La madre se siente tranquila en el hospital, aliviada de las tareas de hogar.	I (vii)	C ₁₆	C ₁₉		C ₂₀	C ₂₂			C ₃₉
19. La actitud de la participante a su hospitalización es positiva, lo que le permite su rápida adaptación.	II (v)	C ₁₆ C ₁₈			C ₂₀	C ₂₂			C ₃₉

*Representa la procedencia de la unidad de significado interpretada.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO									
UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS	*	DISCURSOS							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
20. La participante manifiesta sentirse bien	IV (i)	C ₁₇ C ₁₈	C ₁₉			C ₂₂			C ₃₉
21. Considera que su hijo es motivo de alegría, ya que Dios le ha otorgado la oportunidad de ser madre.	II (ii)		I ₂₁						
22. La participante señala sentirse bien.	V (i)	C ₁₇ C ₁₈	C ₁₉		C ₂₀				C ₃₉

*Representa la procedencia de la unidad de significado interpretada.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO									
UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS	*	DISCURSOS							
Conviviendo con la enfermedad		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
23. La participante manifiesta que nadie le ha explicado su diagnóstico y siente que tiene fiebre confundiendo su enfermedad con un proceso gripal.	I (i)	I ₂₃							
24. La participante señala que ha buscado información acerca de su diagnóstico, demostrando interés y preocupación por su enfermedad.	II (i)	C ₁ C ₁₅	C ₈ C ₉						
25. La participante se plantea estrategias para enfrentar el problema de la hipertensión, una de ellas es decidir hospitalizarse.	II (iii)	C ₁ C ₁₅	C ₈ C ₉ C ₂₇						

*Representa la procedencia de la unidad de significado interpretada.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO									
UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS	*	DISCURSOS							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
26. La participante reconoce que su presión arterial ha sido alta y que al administrarle medicamentos se logra controlar la hipertensión arterial.	II (vi)						C ₃₄	C ₃₆	C ₃₈
27. Busca estrategias para adaptarse a la situación.	II (viii)		C ₂₅						
28. Señala que no es hipertensa	IV (ii)						D ₃₁ D ₃₄		
29. Sentía el ambiente pesado.	IV (v)						D ₃₃		
30. La participante señala desatención y desinterés por parte del personal de salud de su establecimiento de control prenatal.	V (iv)		D ₂₆						D ₃₈

*Representa la procedencia de la unidad de significado interpretada.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO									
UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS	*	DISCURSOS							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
31. La participante expresa los signos y síntomas que sintió con la preeclampsia.	VI (i)				D ₂₈			C ₃₅	C ₃₇
32. Expresa en que en la posta, señala que se han demorado en sus exámenes auxiliares.	VI (iii)		D ₂₆						D ₃₈
33. Expresa su malestar por la falta de libertad para movilizarse.	VI (vi)				C ₂₉				
34. Se siente atendida	VI (vii)								D ₄₀
35. La participante percibe la enfermedad	VII (i)				D ₂₈		C ₃₁		
36. Siente que la atención brindada por el personal de salud es buena.	VII (iii)								D ₄₀
37. La participante desconoce que es preeclampsia.	VIII (i)						D ₃₁	D ₃₅	

*Representa la procedencia de la unidad de significado interpretada.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO									
UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS	*	DISCURSOS							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
38. Manifiesta que el personal le colocó suero y una sonda.	VIII (ii)		C ₂₆				C ₃₄	C ₃₆	
39. No se siente satisfecha con el servicio brindado por el personal del hospital.	VIII (ii)	C ₁₇ C ₁₈	C ₁₉		C ₂₀	C ₂₂			
40. Manifiesta que es importante la sensibilización del personal del hospital.	VIII (iv)						D ₃₄		

*Representa la procedencia de la unidad de significado interpretada.