

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

“CASI MORIR PARA DAR VIDA”

**VIVENCIAS DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2022**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: JESSENIA LISETH ABANTO BRIONES

Asesora:

Dra. MARÍA YNÉS HUAMANÍ MEDINA

Cajamarca, Perú

2023

COPYRIGHT © 2023 BY
JESSENIA LISETH ABANTO BRIONES
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS APROBADA:

“CASI MORIR PARA DAR VIDA”

**VIVENCIAS DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2022**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: JESSENIA LISETH ABANTO BRIONES

JURADO EVALUADOR

Dr. María Ynés Huamaní Medina
Asesor

Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva
Jurado Evaluador

M.Cs. Petronila Angela Bringas Duran
Jurado Evaluador

M.Cs. Delia Mercedes Salcedo Vásquez
Jurado Evaluador

Cajamarca, Perú

2023



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 10 horas, del día 17 de febrero de dos mil veintitres, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. JULIA ELIZABETH QUISPE OLIVA, M.Cs. PETRONILA ANGELA BRINGAS DURAN, M.Cs. DELIA MERCEDES SALCEDO VÁSQUEZ**, y en calidad de Asesora la **Dra. MARÍA YNÉS HUAMANÍ MEDINA**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **"CASI MORIR PARA DAR VIDA" VIVENCIAS DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2022**, presentada por la **Bachiller en Obstetricia JESSENIA LISETH ABANTO BRIONES**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó APROBAR con la calificación de 19 (Diecinueve) la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Obstetricia JESSENIA LISETH ABANTO BRIONES**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 11:10 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. María Ynés-Huamani Medina
Asesora

.....
Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Petronila Angela Bringas Duran
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Delia Mercedes Salcedo Vásquez
Jurado Evaluador

A:

Dios, mi Padre, por siempre hacerme saber que soy una de sus hijas predilectas; a Carlos David, mi hijo, a Esther y a Lucía Esperanza, mis queridas mamás, por enseñarme que lo más valioso de la vida es el amor y la unión de la familia, siendo ustedes mis principales pilares de fortaleza, perseverancia y desarrollo.

Jessenia Liseth

AGRADECIMIENTOS:

A mi querida asesora María Ynés Huamaní Medina, por ofrecerme lo mejor de sí misma, tanto académica como personalmente.

También, a todos los docentes de mi Alma Máter que fueron parte de mi formación académico – profesional durante esta etapa de post grado.

Y, principalmente, a todas las mujeres entrevistadas que brindaron su testimonio y tiempo para el logro de la presente investigación, únicamente a cambio de ser escuchadas. A todas ustedes, MIL GRACIAS.

Jessenia Liseth

“MORIR DANDO A LUZ Y DEJANDO VIDA”

Emma Iriarte - 2016

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO I:	
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Presentación del problema de investigación.....	1
1.2. Pregunta orientadora.....	5
1.3. Objeto de estudio.....	5
1.4. Objetivo de la investigación	5
1.5. Justificación del estudio	5
1.5.1. Justificación científica.....	5
1.5.2. Justificación técnica - práctica	6
1.5.3. Justificación institucional y personal	7
CAPÍTULO II:	
REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO	8
2.1 Referencial teórico.....	8
2.1.1. Marco doctrinal de las teorías.....	8
2.1.1.1. La vivencia como unidad de análisis de la conciencia según Vygotsky	8
2.1.1.2. Teorías filosóficas sobre la vida y la muerte	11
2.1.2. Marco epistemológico: La fenomenología	14
2.1.3. Marco Conceptual: Morbilidad materna extrema.....	17
2.1.4. Marco legal	22
2.2 Referencial empírico o estado del arte	23

2.2.1. Antecedentes internacionales	23
2.2.2. Antecedentes nacionales.....	26
2.2.3. Antecedentes locales.....	27
CAPÍTULO III:	
TRAYECTORIA METODOLÓGICA Y FENOMENOLÓGICA	29
3.1. Método y diseño de investigación	29
3.2. Área de estudio	31
3.3. Situación del fenómeno	31
3.4. Sujetos de investigación	32
3.5. Escenarios de investigación.....	33
3.6. Técnicas e instrumentos de recopilación de información.....	33
3.7. Interpretación y análisis de la información.....	36
3.8. Rigor científico.....	38
3.9. Consideraciones éticas.....	40
CAPÍTULO IV:	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1. Presentación de los discursos	42
4.2. Obtención y presentación de las categorías emergentes.....	67
4.3. Discusión sobre las categorías emergentes.....	73
CONSIDERACIONES FINALES.....	129
RECOMENDACIONES	135
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
APÉNDICES	152

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo el objetivo de comprender y describir el significado de las vivencias de las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema y fueron atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2022; utilizando una metodología basada en el paradigma interpretativo, enfoque cualitativo y tipo fenomenológico. El muestreo utilizado fue en bola de nieve, obteniendo 6 discursos de mujeres con morbilidad materna extrema, con quienes se logró la saturación de los datos.

Entre los resultados, se encontró que los significados asignados por las mujeres a este evento se explica a través de 6 categorías: “Discurso del Yo”, (conformada por 6 subcategorías: Sentimientos, sensaciones y emociones, decisiones, acciones, situaciones, incredulidad, y resignación y pensamientos de muerte); “No recuerdo muy bien...” (sin subcategorías); “Me hicieron...” (con 2 subcategorías: Intervenciones médicas e Intervenciones quirúrgicas); “Mi bebé” (sin subcategorías); “Los otros personajes”, (con 3 subcategorías: Personajes familiares, Personajes de salud y Actores institucionales); y “Me ayudó a sobrevivir” (sin subcategorías).

Llegando a la conclusión que no se cumple con lo señalado por la OMS al definir “Salud” refiriendo que se trata del completo estado de bienestar físico, emocional y social, y no solo la ausencia de enfermedad; pues, se está descuidando la parte emocional, subjetiva y humanizada de la atención de la salud materna en general en las instituciones de salud; por lo que, se propone incluir en la atención la aproximación teórica a la que se llegó en el estudio, denominada “*Casi morir para dar vida; Buscando la supervivencia materna holística y humanizada*”.

Palabras clave: vivencias, morbilidad materna extrema, atención materna, humanizada.

ABSTRACT

The present research work aimed to discuss and describe the meaning of the experiences of women who had extreme maternal morbidity and were treated at the Cajamarca Regional Teaching Hospital, 2022; using a methodology based on the interpretative paradigm, qualitative approach and phenomenological type. The sampling used was in snowball, obtaining 6 speeches of women with extreme maternal morbidity, with whom the saturation of the data was achieved.

Among the results, it was found that the meanings assigned by women to this event is explained through 6 categories: "Discourse of the Self", (made up of 6 subcategories: Feelings, sensations and emotions, decisions, actions, situations, disbelief, and resignation and thoughts of death); "I don't remember very well..." (NO subcategories); "They made me..." (with 2 subcategories: Medical Interventions and Surgical Interventions); "My baby" (no subcategories); "The other characters", (with 3 subcategories: Family Characters, Health Characters and Institutional Actors); and "It helped me survive" (no subcategories).

Reaching the conclusion that it does not comply with what is stated by the WHO when defining "Health" referring that it is the complete state of physical, emotional and social well-being, and not just the absence of disease; thus, the emotional, subjective and humanized part of maternal health care in general in health institutions is being neglected.; therefore, it is proposed to include in the attention the theoretical approach reached in the study, called *"Almost dying to give life; Looking holistic and humanized maternal survival."*

Key words: experiences, extreme maternal morbidity, maternal care, humanized.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Presentación del problema de investigación

La morbilidad materna extrema (MME) es un problema de salud pública mundial, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado en que una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo (1). Los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna reflejan no solo las grandes inequidades existentes, producto de las desigualdades sociales, sobre todo de aquellas mujeres con características socioeconómicas y culturales que se resumen en una baja escolaridad, bajos ingresos económicos, o cuyos hogares tienen difícil acceso geográfico, etc., sino también evidencia la deshumanización de los servicios de salud.

Estadísticamente, se observa en algunos países en vías de desarrollo de África, una tasa de MME de 14,9%, en Asia de 5,1% y en América Latina de 4,9%; a diferencia de países con altos ingresos como en América del Norte cuya tasa de MME es de 1,4% y en Europa de 0,8% (2). Además, en América Latina y El Caribe, se estima que por cada muerte materna, 20 a 30 mujeres padecen con complicaciones que tienen impacto a largo plazo y que pueden eventualmente costarles la vida, variando según cada país de la región (3).

A nivel nacional, el MINSA no reporta registros específicos sobre los casos de morbilidad materna extrema, a diferencia de los casos de mortalidad materna; no obstante, se rescata

un estudio realizado en el año 2016, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, donde realizaron una vigilancia epidemiológica de MME de 1107 casos entre los años 2012 y 2015, correspondiendo a una tasa de prevalencia para el 2015 de 15.8 casos de MME por 1000 nacidos vivos, siendo considerada como alta (4).

En el departamento de Cajamarca aún no se cuenta con datos oficiales sobre los casos específicos de morbilidad materna extrema, pero se puede tomar como referencia los casos de mortalidad materna (MM), que para el año 2020 y 2021, años de la pandemia, las cifras aumentaron a 20 (5) y 26 casos respectivamente (6), de igual forma, para el año 2022 se produjeron 24 casos de MM (6), en comparación a los 12 casos de MM que se había logrado reducir en el 2019 (7), debiendo tenerse en cuenta que los casos de morbilidad materna extrema son mucho mayores a los de mortalidad.

Los casos de MME son atendidos en el Hospital Regional Docente Cajamarca (HRDC), puesto que, es un nosocomio de nivel II – 2, a donde llegan referencias de todo el departamento e incluso otras regiones; tal es así, que en el ASIS (Análisis de Situación de Salud) del año 2019, atendieron 114 casos de MME o, también llamadas, muertes evitadas (8), no existiendo registros oficiales de los años 2020, 2021 y 2022; sin embargo, en los registros propios de cada servicio de la Institución, figuran un total de 124 casos de MME en el 2020, 130 casos de MME en el 2021 y 97 casos hasta octubre del 2022.

Estudiar las vivencias de estas mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema, situaciones donde “casi mueren”, pero se logra evitar un desenlace fatal, va a permitir comprender su propio punto de vista, sus sentimientos, pensamientos, emociones, decisiones, etc., y todo el proceso de recuperación psíquica y emocional que nadie o muy pocos se percataron durante su atención, ya que el personal de salud estuvo enfocado en la atención de la MME. Además, facilita la identificación de barreras que percibieron

durante el evento obstétrico, las demoras que se presentaron, ya sea, por desconocimiento de los signos y síntomas de alarma, por no decidir buscar ayuda oportunamente, por tener dificultades para trasladarse o acceder al servicio de salud para recibir atención obstétrica de calidad (9,10) y la poca humanización durante las atenciones médicas.

Aunque son pocas las investigaciones realizadas en base al análisis de las narraciones de mujeres sobrevivientes a MME, se evidencia en estudios anteriores que los principales elementos encontrados son el discernimiento que tienen para reconocer las señales de alarma de la complicación obstétrica y para decidir buscar ayuda, en ocasiones, esto conlleva a que sea el mismo personal de salud el que empieza a tomar decisiones por ellas mismas con la finalidad de brindar una atención inmediata, vulnerando de alguna forma, aunque probablemente sin mala intención, la autonomía de las mujeres (11,12).

Lo mencionado en el párrafo anterior, aunado a las falencias que se asocian a la calidad de atención, la falta de recursos locales, la pobreza, las desventajas sociales, los retrasos en la atención de emergencias, la escasa comunicación efectiva y asertiva entre el personal de salud, las pacientes, las familias y las comunidad en general, así como, otros determinantes sociales, pueden provocar diferentes percepciones en las vivencias de las mujeres que padecieron morbilidad materna extrema (9).

Es necesario tener en cuenta, en los casos de mujeres con MME no solo la parte clínica, sino también la percepción de las experiencias que atraviesan, pues involucran una mezcla de sentimientos y ansiedad, que muchas veces son rezagados por el personal de salud; algunas investigaciones registran que las mujeres distinguen una sensación de angustia, sobre todo cuando la atención se realiza con demasiada rapidez, agregando frases como “urgente” o “está grave”; además, sienten temor a morir y a dejar desprotegidos a sus hijos (13). Así también, otras investigaciones mencionan que las mujeres con estas

patologías perciben la obligación de “entender sus vivencias” y “adaptarse” a las secuelas ocasionadas y que surgen durante su recuperación, tanto físicas y emocionales; existiendo mujeres que prefieren identificar la experiencia como “algo irreal”, aunque no dejan de distinguir que las consecuencias pudieron ser peores (11,12).

Por otro lado, el contexto de la pandemia por COVID – 19 fue una situación que afectó la atención de la salud materna en todos los establecimientos de salud, ya que a parte de la enfermedad y las complicaciones que genera, produjo cambios en el acceso y en la forma de atención de cada institución, afectando aún más las percepciones y emociones que experimentan las mujeres gestantes durante el proceso de maternidad en general y su acceso a los servicios de salud.

Si bien, se ha retomado paulatinamente diversas actividades tras la pandemia, aún no se ha logrado el 100% de atenciones que se realizaban antes de la emergencia sanitaria, ocasionando que el temor al contagio y algunas de las restricciones preventivas dictadas por el gobierno en ese entonces, limitaran el acceso de las gestantes a sus atenciones prenatales de forma oportuna y periódica en la consulta externa del primer y segundo nivel de atención, siendo estos los escenarios principales donde se reconoce, se instruye y se mantiene un seguimiento continuo a las mujeres y sus familias, sobre todo a quienes tienen factores de riesgo, por lo que, conllevó a un incremento importante de la morbilidad materna y mortalidad (14).

El estudio y comprensión de la percepción y vivencias de las mujeres durante la situación de morbilidad materna extrema, ha permitido entender lo que en otras investigaciones se menciona, respecto a la facilidad o dificultad que tienen algunas de ellas para expresar lo que sintieron en esos momentos, pudiendo llegar a procesar y reconocer que estuvieron en peligro de muerte, pero sobrevivieron, mientras que otras, parecen no tener este

discernimiento a pesar de la gravedad de las circunstancias (15).

Sin embargo, no dejan de ser sobrevivientes, mujeres fuertes y valientes que “*casi mueren al dar vida*”, y que necesitan ser escuchadas y comprendidas para no tener miedo al acudir a los servicios de salud, pues si éstos se vuelven más humanizados, sus percepciones, sentimientos, emociones y experiencias se fundamentarán en la confianza que se genere en estos servicios, pudiendo ser una estrategia para disminuir la morbilidad materna extrema, mejorar la salud materna, y de la comunidad en general.

1.2. Pregunta orientadora

¿Cuáles fueron las vivencias de las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema y fueron atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2022?

1.3. Objeto de estudio

Vivencias de mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema.

1.4. Objetivo de la investigación

Comprender y describir el significado de las vivencias de las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema y fueron atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2022.

1.5. Justificación del estudio

1.5.1. Justificación científica

Estudiar las vivencias de las mujeres que tuvieron Morbilidad Materna Extrema fue relevante porque es importante comprender las percepciones, sentimientos, emociones y el contexto en el que se genera este evento obstétrico adverso, pues, este aspecto suele estar desapercibido para el personal de salud. Es así, que esta investigación se fundamentó

en el marco de la definición que brinda la OMS sobre salud, pues, se sabe que no significa solamente la ausencia de enfermedad, sino el estado de completo bienestar físico, mental y social (16); en ese sentido, cabe resaltar la importancia de la atención inmediata y oportuna de estos casos de morbilidad materna extrema, no debe descuidarse el bienestar mental, emocional y social de cada una de las mujeres que tuvieron este padecimiento, para lograr no solo su completa recuperación, sino dar un valor sobreagregado a la atención, bajo un enfoque de humanización de los servicios de salud.

1.5.2. Justificación técnica - práctica

La metodología que la investigación planteó fue un análisis cualitativo de la morbilidad materna extrema que se presentó en la localidad, siendo este tipo de estudio poco frecuente, pero de gran relevancia para evidenciar desde la perspectiva de la mujer que sobrevivió a un evento obstétrico adverso, cuáles fueron sus vivencias, percepciones, sentimientos y experiencias que enfrentó durante su acceso a la atención de salud, situaciones que no son consideradas durante la atención clínica de dichas mujeres, y terminan percibiendo deshumanización de los servicios de salud.

Con el presente estudio se busca beneficiar a las mujeres de la comunidad cajamarquina, pues se quiere mostrar y comprender parte de sus experiencias durante el ejercicio de la “función social” que cumplen: “brindar vida a un nuevo ser humano”, con la finalidad de sensibilizar al personal de salud y la población en general, respecto a la revalorización de la atención de salud materna, que busque el bienestar físico, pero también emocional, promoviendo la incorporación de una aproximación teórica que reivindique la atención integral y humanizada de la mujer en los establecimientos de salud, para que experiencias como la maternidad no sean opacadas por la enfermedad y la muerte.

1.5.3. Justificación institucional y personal

El estudio también fue pertinente para el nosocomio donde se ejecutó la investigación y los establecimientos de salud en general de Cajamarca, ya que, se facilita identificar fortalezas y debilidades durante la atención de salud que se brinda en una emergencia obstétrica, sobre todo, desde el punto de vista de humanización de los servicios de salud. Tomando en cuenta, que al comprender las percepciones y experiencias de las mujeres con complicaciones obstétricas graves, toda Institución que brinda servicios de salud materna, sin importar el nivel de capacidad resolutive, queda facultada para implementar estrategias que verdaderamente logren una atención integral y humanizada, en búsqueda del real bienestar físico, mental y social de las mujeres, principalmente durante su etapa de maternidad.

En el aspecto personal de la investigadora, el estudio fue importante pues se trató de un reto nuevo el realizar una investigación con enfoque cualitativo, permitiendo, no solo ampliar los conocimientos propios, sino también entendiendo el enfoque humanístico que se debe incrustar en la atención de la salud materna, y en forma general.

CAPITULO II

REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO

2.1 Referencial teórico

2.1.1. Marco doctrinal de las teorías

2.1.1.1. La vivencia como unidad de análisis de la conciencia según Vygotsky

Entre los años 1922 y 1934, Vygotsky señalaba que así como la conciencia es el objeto de estudio de la psicología, la vivencia humana constituye su unidad de análisis, definiéndola como “la unidad de la personalidad y del entorno, tal como figura en el desarrollo, siendo la verdadera unidad dinámica de la conciencia” (17). Así también, Vygotsky indicaba que la vivencia expresa las características propias del individuo y las del contexto, posibilita un modo de interpretar, valorar y otorgar sentido a la realidad, a la vez que refleja la unidad de aspectos socioculturales y personales (17,18).

En ese sentido, se logró comprender las vivencias de las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema en el presente estudio, entendiendo su contexto, pensamiento y percepción durante estos eventos; pues, teniendo en cuenta lo que Vygotsky mencionó, cada una de estas mujeres estaban inmersas en su propio entorno sociocultural cuando ocurrió la MME, sin embargo, atravesar y desenvolverse en estos hechos, no se basó solamente en la influencia cultural, sino en la forma de interpretar, pensar, decidir y actuar, bajo sus propias características, criterios y circunstancias.

Al respecto, la última unidad de análisis elaborada por Vygotsky sobre la vivencia, explica la articulación del desarrollo subjetivo en el contexto socio cultural, en un doble juego de negociación, transformación y resistencia en que la cultura se hace propia (17,19). La cultura y el hombre se moldean mutuamente y la categoría vivencia permite comprender la conexión en esta doble implicación. Como unidad dialéctica, no se reduce a lo “individual”, no es “innata”, no es “interna” ni “cognitiva-racional”; se desarrolla en la interacción con otros en la cultura. Las vivencias de las personas se desarrollan en función del contexto e interacción en la que participan (20).

La vivencia reconstruye aspectos intelectuales, cognitivos, emocionales y afectivos y permite pensar, crear y recrear la cultura como una síntesis de apropiaciones participativas en los espacios simbólicos (21). La cultura no es monolítica, es producto de la negociación de significados y de las prácticas que se realizan en contextos socioculturales, por lo tanto es abierta y proclive a la creación de lo nuevo, para ser transmitido en y entre generaciones (22,23). Vygotsky también menciona en otra de sus obras, que el carácter de la vivencia está determinado por cómo el sujeto comprende las circunstancias que lo rodean, lo cual está dado a su vez por el “nivel de desarrollo de las generalizaciones de su pensamiento”. Detrás de cada pensamiento hay una tendencia afectiva volitiva, de la cual, sólo en base a este, se tiene la respuesta al último “por qué” en el análisis del proceso de pensar y actuar” (24).

Al igual que Spinoza, Vygotsky concebía que las emociones, son parte de las vivencias, surgen y se transforman al “calor de una historia” y de su relación con el mundo. La combinación de las emociones y la cognición son parte de la interpretación y el comportamiento durante la vivencia, así como, de la reconfiguración del legado histórico-social y la creación de nuevas combinaciones: “no sentimos simplemente..., el hecho de nombrar los sentimientos hace que éstos varíen, ya que tienen relación con nuestros

pensamientos” (24). Así también, menciona que la vivencia es algo que siempre está fuera de la persona, pero lo que emerge en la persona, es el mundo, agregando lo que uno mismo introduce en ella. El pasaje de un momento a otro de la existencia implica la reestructuración de las vivencias de su medio social y su transformación en otras – la reconfiguración de la conciencia (24).

Así lo ejemplifica Vygotsky, en el artículo “El problema del medio”, señalando el concepto de vivencia, a través de la explicación de una situación de una madre alcohólica y con “desorden mental”, en cuyas vivencias de los hijos se obtiene como resultado las representaciones tan distintas y únicas en cada niño. Así, los dos más pequeños desarrollaron “síntomas neuróticos”, empero, el mayor, en el que Vygotsky reconoció como secuela una “capacidad mental limitada”, mostraba signos de madurez precoz y empatía frente a la madre.

Esto se explica entendiéndolo que cada uno de los niños tiene una actitud diferente ante la misma situación; uno de ellos lo vivenció como un horror inexplicable e incomprensible que lo dejó en un estado de indefensión; el segundo, lo experimentó conscientemente, como un choque entre su fuerte apego y su no menos fuerte sentimiento de miedo, odio y hostilidad; el tercero, lo percibió en la medida en que es posible interpretar para un niño de 10 a 11 años de edad, como una desgracia que le ha ocurrido a la familia y que lo obligó a poner todas las otras cosas a un lado, para intentar mitigarla y para ayudar tanto a la madre enferma como a sus hermanos. Así que, el hecho de que los tres niños experimentaron la misma situación de tres maneras diferentes, hace que la influencia de esta situación sobre su desarrollo también resulte ser diferente (25).

En términos de Vygotsky, la misma situación ambiental y los mismos eventos en ese medio logran influenciar el desarrollo en distintos sentidos, dependiendo de la edad en la

que los individuos se encuentren. Este es el proceso que investiga a través del concepto de vivencia: cómo el medio, “o el prisma”, que juega un rol fundamental en el curso del desarrollo y de la conciencia. La vivencia que surge de cualquier situación o aspecto de su entorno, determina qué tipo de influencia tendrá esta situación en sí mismo. Por lo tanto, ninguno de los factores en sí mismos determinarán algún tipo de influencia en el futuro curso de su desarrollo, sino son los mismos factores refractados a través del “prisma de la vivencia” del individuo (25).

Por su parte, Valsiner añade al concepto de Vygotsky, que existe una relación bidireccional y de intercambio entre la cultura personal y la cultura social (significados, prácticas y símbolos compartidos), de manera que las situaciones sociales y/o vivencias son meramente orientaciones para los sujetos, pero a la vez, éstos las pueden recrear y moldear (26). Valsiner señala que para Vygotsky, la vivencia es un proceso psicológico general de síntesis dialéctica, sin embargo dejó esta idea en mitad de camino (27).

Mok en el 2017, también plantea que la categoría vivencia parece capturar una parte esencial del enfoque cultural - histórico del desarrollo. Sin embargo, las lagunas temporales, culturales, sociopolíticas y lingüísticas que separan a Vygotsky de sus audiencias occidentales han conducido a interpretaciones divergentes del concepto”. Como se evidenció, Vygotsky falleció antes de poder terminar la revisión de sus escritos que se había propuesto, y el concepto de vivencia no quedó del todo integrado en el sistema teórico más amplio (28).

2.1.1.2. Teorías filosóficas sobre la vida y la muerte

Para Heidegger, la vida se basa en la existencialidad humana y la ontología, entendiendo a la constitución del “ser” en un “ente” que comprende que existe (Dasein), y que se encuentra situado en el mundo. Es así que, la vida corresponde a la existencia de la

relación entre “el ser” y “el mundo”; el mundo no es un universo aparte e independiente del hombre, el mundo se constituye desde el hombre. Al respecto, se entiende que la estructura fundamental de la existencia en cuanto “al ser en el mundo” es el cuidado de la vida, lo que significaría el cuidar de las cosas, ocuparse de ellas, y al mismo tiempo coexistir con los demás y en las situaciones habituales (29,30). A esta existencia de la vida, Heidegger opone la existencia auténtica (real), la cual se caracteriza en “ser para la muerte”, conllevándolo a pensar en la finitud del ser, limitada por la integridad del ente (29).

Zaya, JP, menciona al respecto, que hablar de la vida y la muerte son conceptos que comúnmente se compara al día y la noche, sin embargo, no dejan de ser muy similares e interdependientes. La vida se convierte en una rutina hasta que llega la muerte, se nace para morir, se cumple con algunos ciclos como estudiar, trabajar, comer, buscar la felicidad y tranquilidad, sin que se tenga un periodo establecido de vida. Se vive el día a día de forma inconsciente de que la muerte es una realidad, a pesar de que se la observa en el entorno, en personas cercanas, sin embargo, en muchas ocasiones no se considera como parte de la vida (31).

Así también, Zaya, JP, señaló que la muerte es concebida como algo terrible que puede suceder, causar tristeza y dolor, pues genera en las personas una angustia acumulada de que la pérdida de la vida terrenal se lleva las aspiraciones, metas u objetivos de la vida. No obstante, debe ser entendida como una circunstancia natural de la vida. Es por ello, que recomienda que el ser humano debe identificar el lado positivo de la vida “mientras dura”, sin preocuparse por males venideros, vivir el presente, sentirse gratificado por la oportunidad de estar vivo. Por otro lado, se debe mencionar que el tiempo es un factor muy ligado a la vida y la muerte, pues a través de este, las personas toman decisiones que

puede decantar la permanencia en el mundo terrenal, sin que nadie pueda oponer resistencia (31).

Piolanti, A. indicó que “La vida del hombre se define por el fin del mismo, como un camino, por la meta a la cual conduce. La vida es el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la muerte, o mejor, es el conjunto de actos que un viviente realiza desde su principio, hasta su fin”. Por lo que, la razón de ser de las personas radica en la meta que busca, no siendo esta la muerte, sino el trascender hacia una vida superior, entendida con plenitud por haber cumplido con todos sus proyectos, y llegando al final de la vida, inevitablemente a través de la muerte (30,32).

Desde el punto de vista de la antropología, el saber que las personas dejan de existir porque se observa el suceso en el alrededor, es un hecho natural, sin embargo, produce pensar que en algún momento le pasará a uno mismo, convirtiéndose en un pensamiento tormentoso. Lo mismo sucede en el caso de haber atravesado algún episodio propio donde se estuvo a punto de morir, generando sentimientos y emociones relacionados a que cada persona no tiene recursos para luchar contra la muerte, ya que, inexorablemente, tarde o temprano llegará el fin de la vida: la muerte (33,34).

Nuevamente, Heidegger expone que “el ser”, opta por un comportamiento que le hace huir de su realidad. El cuidado le hace vivir atento a las cosas y de espaldas a sí mismo, es por ello, que “el ser” vive disperso, preocupado y pendiente de lo ajeno, atento a las cosas y olvidado de sí. El elemento clave que hace que “el ser” comprenda su finitud es la angustia que revela su intrínseca nihilidad del “ente”, como “ser para la muerte” (29,30). Generalmente, esto se comprende ante la ocurrencia de situaciones cercanas a la propia muerte, que hacen tomar un valor adicional a la vida y al final de la existencia, pues el ser tiene un principio y un fin, el hombre nace y muere.

Teniendo en cuenta lo mencionado en párrafos anteriores, algunas de las teorías filosóficas sobre la vida y la muerte, explican la nueva percepción de las mujeres en estudio, quienes casi mueren por morbilidad materna extrema, pues, en algunos casos desarrollan un sentido de la vida diferente al que tenían antes del evento obstétrico adverso, ya que, al estar de cara a la muerte, en circunstancias donde buscaban dar vida a un nuevo ser, les puede hacer reconocer que la vida no existiría sin la muerte y la muerte sin la vida, de la misma forma en que la alegría no existe sin la tristeza y la tristeza sin la alegría (31); al estar tan cerca de la muerte, entender que cada una estuvo a punto de separarse del mundo terrenal, de su familia, de sus hijos, de sus metas, de su existencia, le añade valor a la nueva oportunidad de vida, ahora recuperada.

2.1.2. Marco epistemológico: La fenomenología

El enfoque fenomenológico de investigación surge como una respuesta al radicalismo de lo objetivable. Se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida, respecto de un suceso, desde la perspectiva del sujeto. Este enfoque asume el análisis de los aspectos más complejos de la vida humana, de aquello que se encuentra más allá de lo cuantificable (35). Según Husserl, es un paradigma que pretende explicar la naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos. El objetivo que persigue es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; la cual, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno. Conocer las vivencias por medio de los relatos, las historias y las anécdotas es fundamental porque permite comprender la naturaleza de la dinámica del contexto e incluso transformarla (36).

El término fenomenología significa literalmente estudio de los fenómenos; Heidegger retoma las raíces griegas de la palabra fenomenología que proviene de "**Phainomenon**" y "**Logos**". **Phainomenon** que significa fenómeno, se

deriva del verbo Phainestai, que quiere decir, aquello que se muestra, manifiesta o revela a partir de sí mismo. Por lo que, fenómeno es lo que está oculto en una experiencia vivida que se muestra por sí mismo, o se manifiesta al ser interrogado, y **Logos**, que significa estudio, ciencia. Por lo tanto, etimológicamente, Fenomenología es el estudio del fenómeno (37).

Husserl define la conciencia como un conjunto de actos que se conocen con el nombre de vivencias. Esta conciencia tiene la peculiaridad de eliminar toda referencia a una existencia real de las cosas, es decir la conciencia no percibe objetos reales sino que aprehende objetos, que se denominan fenómenos. Fenomenológicamente, no es posible concebir la conciencia como estructura interna del sujeto que espera ser afectada por los objetos. Toda aprehensión que la conciencia tenga del objeto constituye una actividad de ésta, así sea de manera pasiva la conciencia preconstituye objetos (38).

Para Forghieri, concibe a la vivencia como el modo como la persona percibe y comprende sus experiencias, en las más variadas situaciones, atribuyéndole significados que, con mayor o menor intensidad, siempre son acompañadas de algún sentimiento. Las situaciones que alguna persona vivencia no poseen un significado en sí mismas, sino que adquieren un sentido para quien las ha experimentado, y se encuentra relacionado a su propia manera de existir (39).

En suma, la fenomenología constituye en todos sus sentidos la más radical crítica de la razón que se ha desarrollado en la historia de la humanidad. Devolverle al hombre su verdadera humanidad, esto es, su racionalidad, siendo una de las tareas más nobles a la que todos están convocados, frente a la exigencia misma que concierne ya no sólo a la fenomenología sino al quehacer filosófico en general; esta exigencia consiste en la

responsabilidad y compromiso filosófico fundados en una tarea absolutamente personal donde la epojé y la reducción se practican libremente (40).

Cabe recordar que Husserl no está en contra de la ciencia ni mucho menos de los logros de la misma, pero sí que es sensible al olvido de lo humano y al reduccionismo de la dimensión racional del hombre, que se resumen en el objetivismo y el naturalismo de la ciencia. La reducción trascendental, descubre el sentido significativo del ser humano, aunque no sepa nada de ella en un primer momento. Por ello, sin comprender el sentido de la reducción no se puede hacer filosofía en serio, pero tampoco se podría comprender el sentido del ser humano como subjetividad constituyente (40).

La crítica que realiza Heidegger a Husserl pretende la radicalización del modo de la investigación fenomenológica, siendo la reducción uno de los conceptos que pone en cuestión de la fenomenología de Husserl, el cual se encuentra en directa relación con el mundo y su función dentro de la fenomenología. La reducción no permite cuestionar el ser de la misma intencionalidad, lo que posibilita la filosofía como ciencia. Pensar el ser de la conciencia, es pensar la posibilidad de la aparición de los entes. En la revisión que realiza Heidegger de la propuesta fenomenológica frente a la tradición, presenta los descubrimientos de esta investigación: la intencionalidad, la intuición categorial, y sentido originario de lo «a priori» (41).

En conclusión, la fenomenología de Martín Heidegger es considerada como hermenéutica existencialista cuyo objetivo es la comprensión de los fenómenos que son traídos a la conciencia del ser humano. La fenomenología busca la comprensión del ser, a través de su existencia con los entes simplemente dados (42). El objeto del conocimiento para la fenomenología no es ni el sujeto, ni el mundo, sino el mundo vivido por el sujeto. En tal sentido mirar las cosas como se manifiestan, ir a las cosas mismas, es la búsqueda de la

esencia del fenómeno, de su invariante, pues el sujeto se dona al sujeto que lo interroga por intermedio de los sentidos; él se dona como dotado de una esencia (37).

Desde esta perspectiva, la fenomenología busca la comprensión y la interpretación de cada caso en particular, a partir de la experiencia, de tal modo que, el vivir se tiene a sí mismo manifestado en el ser y en el modo en que ese vivir habla de sí mismo. Heidegger va más allá de la descripción de este fenómeno de la experiencia, sino que lo refiere como una comprensión e interpretación, una aclaración explicativa del sentido del ser, donde la dimensión de la conciencia se expresa a través del lenguaje y tomando en cuenta el aspecto histórico-socio-cultural (42).

2.1.3. Marco Conceptual: Morbilidad materna extrema

a. Definición de morbilidad materna

Se llama morbilidad materna a los problemas de salud materna relacionados con el embarazo, el parto o el puerperio. Algunos ejemplos comunes de morbilidad materna incluyen los problemas cardiovasculares, como enfermedades cardíacas y problemas de los vasos sanguíneos, diabetes, hipertensión arterial, infecciones, especialmente por cesárea, coágulos de sangre, sangrado (a veces, llamado hemorragia), anemia (nivel bajo de hierro en la sangre), náuseas y vómitos (a veces, llamados malestares matutinos) e hiperémesis gravídica (malestares matutinos severos), depresión y ansiedad (43).

b. Definición de morbilidad materna extrema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME) como el estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo (1). La Federación Latinoamericana de Sociedades de

Obstetricia y Ginecología (FLASOG) señala a la Morbilidad Materna Extrema como una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte (44). Así también, definió algunos lineamientos basados en criterios de inclusión de MME, siendo estos Enfermedad específica (Choque séptico, Choque hipovolémico y eclampsia), Disfunción orgánica y Manejo del caso (45).

Así también, el MINSA refiere que la morbilidad materna extrema es aquella complicación grave ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de una mujer, y requiere de atención inmediata con el fin de evitar la muerte. Señalando también, que el término de morbilidad materna extrema es sinónimo de morbilidad materna severa, morbilidad materna grave, morbilidad materna extremadamente grave o maternal near miss (terminología en inglés) (46).

c. Factores asociados a morbilidad materna extrema

- Factores sociodemográficos

Son aquellas características relacionadas con el individuo o al grupo dentro de una jerarquía u organización, se relacionan también con la distribución de la población en un momento determinado (47). Entre ellos se puede mencionar la edad (edades extremas: menores de 18 y mayores de 35 años) (48), el nivel educativo y estratos socioeconómicos bajos también condicionan mayor riesgo de morir (49,50), la procedencia zona rural también se asocia con MME (51,52), el bajo ingreso económico es otro factor que condiciona en muchas ocasiones niveles de pobreza (48).

- **Factores obstétricos**

Los factores obstétricos se refieren a las características relacionadas a la salud reproductiva de las mujeres que se asocia a una probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas, antes o después del parto (53). Entre ellos se encuentra la multiparidad (47,54); el periodo intergenésico corto y prolongado (55), el número de atenciones prenatales, evidenciándose que aquellas mujeres sin control prenatal o con menos de 3 atenciones suelen advertir desenlaces fatales (56,57); además, los antecedentes de complicaciones obstétricas también representa mayor riesgo de MME (58).

d. Criterios de calificación de morbilidad materna extrema

A lo largo del tiempo han existido diferentes formas de definir la morbilidad materna extrema, sin embargo, algunas definiciones solo incluyen casos con complicaciones más severas y se basan en criterios que requieren de pruebas de laboratorio. El problema es que estas pruebas no pueden aplicarse en lugares de bajos recursos económicos, por lo que no detectan casos en apariencia menos severos, que suelen ser los más frecuentes a nivel de atención primaria, donde se debe instaurar un manejo adecuado y oportuno de las complicaciones (59).

Es así, que se califica como un caso de morbilidad materna extrema cuando una mujer que presenta una complicación grave durante el embarazo, parto o puerperio, que ponga en riesgo su vida, requiere de atención inmediata con el fin de evitar la muerte (46,60), y que por lo menos uno de los sistemas o aparatos que se mencionan a continuación este afectado:

- Sistema o aparato afectado

Este criterio se relaciona con la falla o disfunción de órgano o sistemas (46,61), por lo que se incluye:

- **Falla cardiaca:** Paro cardiaco. Shock, Edema pulmonar, que necesite tratamiento con diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor o vasodilatador, ausencia de pulsos periféricos (60,62). El MINSA señala además que a nivel de laboratorio se encontrará un pH < 7,1 (Acidosis severa) y/o Lactato > 5 μmol /l o 45 mg/dl, (Hipoperfusión severa). En cuanto a las intervenciones necesarias o manejo, se utiliza la administración continua de agentes vasoactivos y/o reanimación cardiopulmonar (46).
- **Insuficiencia vascular:** Hipertensión por >30 minutos + choque séptico u otra etiología. Hipovolemia debida a hemorragia (PAS<90mmHg, PAM<60mmHg, PAD<40mmHg, índice cardiaco >3,5L/min*m2, llenado capilar >2s, requerimiento de soporte vasoactivo, PAS>160 o PAD>110mmHG por > 20minutos). (60,62).
- **Insuficiencia renal:** Deterioro agudo de la función renal por incremento de creatinina basal de un 50% en 24 hrs o elevación de creatinina sérica >1.2mg/dL. Oliguria (<0,5cc/Kg/hr) sin respuesta adecuada a líquidos y diuréticos endovenosos. Trastorno hidroelectrolítico (60,62). Al respecto, el MINSA plantea como criterio clínico oliguria resistente a los líquidos y diuréticos, además se encontrará una creatinina: 300 μmol/l o ≥ 3,5 mg/dl, por lo que es probable que sea necesario diálisis en caso de insuficiencia renal aguda (46).
- **Insuficiencia hepática:** Ictericia de piel y escleras, con o sin hepatomegalia o bilirrubina total >3,0mg/dL. AST y ALT >70UI/L (60,62). Así también, el MINSA señala como criterio clínico la ictericia en presencia de preeclampsia, evidenciándose en los resultados de laboratorio que la bilirrubina aumenta a más de 100 μmol/l o > 6 mg/dl (Hiperbilirrubinemia aguda severa) (46).

- **Falla metabólica:** Comorbilidades (ejemplo: cetoacidosis diabética, crisis tiroidea) con signos propios y además pueden cursar con hiperlactacidemia $>200\text{mmol/L}$, hiperglicemia $>240\text{mg/dL}$ (sin que sea diabética) (60,62).
- **Trastornos neurológicos:** Coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, lugar y tiempo; signos de focalización; lesiones hemorrágicas o isquémicas (60,62). En este aspecto, el MINSA considera la pérdida de conocimiento o el coma mayor a 12 horas, crisis epilépticas incontroladas, accidente cerebrovascular (ACV), parálisis generalizada (46).
- **Insuficiencia respiratoria:** Síndrome de dificultad respiratoria del adulto. Con o sin necesidad de soporte ventilatorio invasivo (60,62). El MINSA señala que los criterios clínicos pueden ser cianosis, respiración convulsiva o audible (jadeante), $\text{FR} > 40$ rpm (taquipnea severa), $\text{FR} < 6$ (bradipnea severa). A nivel de laboratorio se presentará una saturación de oxígeno $< 90\%$ durante ≥ 1 hora o $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ mmHg (Hipoxemia severa), siendo necesaria la intubación y ventilación no relacionadas con la anestesia (46).
- **Trastornos hematológicos o de la coagulación:** Diagnóstico de coagulación intravascular diseminada (CID). Trombocitopenia (<100.000 plaquetas). Hemólisis ($\text{LDH}>600$) (60,62). Al respecto el MINSA señala la presencia de una plaquetopenia $< 50\ 000$ plaquetas /mL (trombocitopenia aguda severa), siendo necesaria la transfusión de 3 o más volúmenes sanguíneos (sangre, hemoderivados, paquete globular) (46).
- **Disfunción uterina o por manejo específico:** También se puede calificar la morbilidad materna extrema teniendo en cuenta como sustituto alternativo en función a la gravedad e intervenciones de la siguiente manera (46,61):

- Histerectomía después de infección o hemorragia uterina.
- Otras cirugías/intervenciones diferente a la cesárea asociada a las complicaciones presentadas.
- Ingreso a UCI > 72 horas (46).

2.1.4. Marco legal

En el área de Salud Materna y Morbilidad Materna Extrema se puede mencionar el siguiente marco normativo:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencia y Partos.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NTS N° 018-MINSA/DGSPV.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos".
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".
- Resolución Ministerial N° 278-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Adecuación cultural de la Orientación/ Consejería en Salud Sexual y Reproductiva"

- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSPV.01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna”, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 159-2014/MINSA, que establece precisiones y modifica la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.
- Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 124-2016-MINSA-V.01: Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 251-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 084-MINSA/2019/DGIESP, Directiva Sanitaria que establece la Organización y Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal
- Directiva Sanitaria N° 098-MINSA/2020/DGIESP. Directiva Sanitaria para el monitoreo y seguimiento de la morbilidad materna extrema en los establecimientos de salud
- Ley N° 29414. “Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud”

2.2 Referencial empírico o estado del arte

2.2.1. Antecedentes internacionales

Chávez N. & Acosta N. Su objetivo fue comprender los significados de sobrevivientes a MME, utilizando una metodología cualitativa; encontrando como teoría sustantiva que dicha experiencia es vista como “un sufrimiento que vale la pena”, construida con las categorías: ”embarazo, suceso inesperado que es mejor en compañía”, “la complicación: la angustia de la separación” y la “vida vivida después de la casi muerte”; donde finalmente la calidad de vida de las mujeres depende no solo de la supervivencia, sino del apoyo social y la sobrevivencia del bebé; además, identifica el impacto del rol social de

la mujer, ligado a la maternidad y a su nuevo papel de cuidadora y protectora de vida; finalmente, añade que el rol de los servicios de salud es crítico, por la deshumanización del personal sanitario, surgiendo sentires de soledad, preocupación y estrés (63).

Valencia J. Realizó un estudio cualitativo con el objetivo de comprender las experiencias de las mujeres con MME atendidas en el Hospital Universitario San José de Popayán, donde utilizó el método ordenamiento conceptual en base a la teoría fundamentada; encontrando como resultados las siguientes categorías: “darse cuenta”, “voy a morir”, “entregarse”, “desconexión”, “desenlace” y “los otros”, la cual le permitió comprender lo sucedido desde la mirada de las entrevistadas. Finalmente, la investigadora llegó a la conclusión de que intentar comprender como se desarrollan los eventos relacionados a la MME es complejo, pero explorando la mirada propia de la mujer permite visualizar algunos elementos que contribuyen a entender el comportamiento de las personas frente a la organización de los servicios de salud materna (11).

Rangel Y. et al. Realizaron un estudio biográfico – narrativo en 20 mujeres con la finalidad de investigar las narrativas sobre morbilidad materna extrema en San Luis Potosí, para lo cual realizaron un análisis paradigmático del contenido; encontrando como resultados en el marco de la antropología del riesgo que manifestaron a la MME como sinónimo de muerte, como evento fortuito y efímero y como una situación ilegítima inventada. Por lo que, los investigadores llegaron a la conclusión que las narrativas que han construido sobre su experiencia de MME son diversas, que van desde el miedo, hasta la aceptación e incredulidad; sin embargo, analizaron que ninguna de esas narraciones aportaron al desarrollo de una agencia real para prevenir un riesgo obstétrico futuro (12).

Hoyos L. & Muñoz L. Ejecutaron un estudio de tipo cualitativo, etnográfico para describir las creencias y prácticas de cuidado cultural de mujeres que tuvieron MME,

inasistentes al control prenatal y atendidas en un Hospital de la ciudad de Medellín – Colombia. Entre los resultados que encontraron fue que las mujeres adoptan dos tipos de prácticas de cuidado cultural: desde lo profesional (basadas en orientaciones del equipo de salud) y desde lo genérico (basadas en conocimiento folclórico, cultural, en su saber y experiencias previas o de parientes cercanos). Por lo que, concluyeron que la mujer con morbilidad materna extrema, tiene sus propios modos de cuidado a sí misma y al hijo por nacer cuando está enferma, debiendo incluirse como parte de la atención de salud para mantener las prácticas beneficiosas y reestructurar las perjudiciales (64).

Rincón, D. En su investigación de tipo cualitativo – fenomenológico, interpretativista, tuvo el objetivo de caracterizar las narrativas que construyeron las mujeres sobre MME; encontrando 3 categorías: determinantes estructurales: siendo riesgo la escasez de recurso material, dificultades para llegar a la institución y desconfianza, y protección: la diversidad de instituciones de salud en la localidad. En los determinantes sociales, fue riesgo: la capacitación del personal y falta de información, y como protección, adecuada respuesta, educación e indicaciones para el manejo de la patología, percepción favorable de la atención y apoyo de redes sociales. Y en los determinantes culturales, constituyó riesgo las falencias en los conocimientos de las mujeres y su percepción de inmunidad subjetiva, y protección, fue la aceptación y confianza en la atención (65).

Osorio L. En su estudio cualitativo con abordaje etnográfico, el objetivo fue describir el significado que atribuyen las puérperas con MME a su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos y la del hijo(a) prematuro en la Unidad Neonatal; donde encontró como resultado el surgimiento de 2 temas: el significado de su propia hospitalización, la cual abarcó 8 dominios como: conocimiento de los signos de alarma, temor a morir, muy difícil para mi compañero, aplazar la lactancia materna, de regreso a la clínica, mi familia me cuida, la enfermera me cuida y aprender de esta experiencia; mientras que, en lo que

respecta a los significados sobre la hospitalización del hijo(a) prematuro descubrió 5 dominios: el mejor momento de mi vida, el canguro, cuidar al recién nacido prematuro, conocimientos, educación sobre los cuidados del prematuro y milagro de Dios (13).

Valencia B. y Gaviria M. Realizaron una investigación narrativa autobiográfica, con la finalidad de interpretar la experiencia de mujeres sobrevivientes y cuidadoras acerca de afrontar un evento de morbilidad materna extrema. Los resultados que presentaron señalaron que la historia de sobrevivir a la MME da sentido a la resignificación del cuidado humano y al reconocimiento de las capacidades humanas, siendo el cuidado humanizado durante la complicación un factor determinante para ellas. Por otro lado, los investigadores señalaron que las condiciones familiares, sociales, culturales e históricas limitan las posibilidades que las mujeres tienen para ser, actuar y decidir después de sobrevivir a una morbilidad materna extrema (66).

2.2.2. Antecedentes nacionales

Mamani L. Realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, de revisión de historias clínicas, con la finalidad de determinar las características socio-demográficas y clínicas asociadas al evento de morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Entre sus resultados encontró que la MME fue más frecuente en mujeres con nivel educativo bajo, de procedencia rural, con controles prenatales insuficientes; además, entre las causas más frecuentes de MME se encuentra la enfermedad hipertensiva de la gestación, seguida por la hemorragia postparto, falla multiorgánica en 40% Y fallas en el mecanismo de coagulación (67).

Lara R. En su estudio de tipo descriptivo – correlacional, tuvo por objetivo determinar las características epidemiológicas clínicas de las muertes maternas evitadas en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello del Tambo. Señalando entre sus resultados

que, el 25,25% de la población tuvo nivel primario y 3,16% eran iletradas, el 48,42% no recibió atenciones prenatales; las causas más comunes de morbilidad materna extrema fueron shock séptico para el 44,21%, shock hipovolémico para el 41,05% y eclampsia en el 14,74% (68).

2.2.3. Antecedentes locales

Lezama M. Realizó un estudio de tipo correlacional, prospectivo y transversal con el objetivo de determinar los factores asociados a morbilidad materna externa; donde la investigadora encontró el 45,3% de pacientes obstétricas tuvieron algún tipo de MME. Entre los factores asociados a morbilidad materna extrema son las edades extremas, nivel educativo inferior a secundaria, ser de procedencia rural, existencia de las demoras en la atención tipo I, II, III, menor número de atenciones prenatales y culminación del embarazo actual vía cesárea (58).

Ocas J. En su investigación de diseño no experimental, tipo transversal, descriptivo, correlacional y prospectivo, buscó determinar la relación entre morbilidad materna extrema y las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca; encontrando que las características de mujeres con MME fueron tener de 20 a 35 años, de procedencia rural, con educación básica e ingreso económico bajo. Además, encontró relación significativa entre la morbilidad materna extrema y las demoras para la atención tipo I, II, III y IV (69).

Sánchez L. Realizó un estudio no experimental, descriptivo-correlacional, transversal, prospectivo, con la finalidad de determinar los factores de riesgo que se relacionan con MME según enfermedad específica en el Hospital Regional Docente Cajamarca. La investigadora encontró una prevalencia de MME según enfermedad específica de 19,7%, (87,5% de preeclampsia severa – eclampsia y 12, 5% de shock hipovolémico). Entre los

factores de riesgo que encontró fueron tener entre 20 a 34 años (54,2%), primigestas (50,0%), periodo intergenésico mayor de 4 años (22,3%), sin antecedentes patológicos obstétricos (87,5%), terminación del embarazo por vía cesárea (66,7%), nivel educativo primario (41,7%), ingreso familiar menor al salario mínimo vital (SMV) (95,8%) y proceder de zona rural (70,8%) (47).

CAPITULO III

TRAYECTORIA METODOLÓGICA Y FENOMENOLÓGICA

3.1. Método y diseño de investigación

Paradigma interpretativo: Puesto que, la presente investigación tuvo la finalidad de profundizar en el conocimiento y comprensión de una realidad (70). Al respecto, Martínez y Galán señalaron que dicho paradigma estudia las manifestaciones humanas como una totalidad, sin definir por anticipado las variables que intervienen en los fenómenos estudiados, por lo que, aborda directamente la complejidad y pretende comprender a partir del sentido que las personas tienen o le atribuyen a determinada experiencia, en este caso al episodio de morbilidad materna extrema (71).

Enfoque cualitativo: Porque se realizó un procedimiento sistemático, no numérico, de indagación y técnicas especializadas para recabar datos basados principalmente en descripciones y observaciones, que buscan reconstruir la realidad tal como la vivenciaron los sujetos, en este caso, las mujeres que tuvieron MME (70). Abero L, et al., enfatizaron que este enfoque surge de la identificación de situaciones adversas en las relaciones sociales del ser humano o por la presencia de vacíos teóricos que impiden comprender y transformar la realidad social (72). Así también, en el presente estudio se mantuvo una constante interacción con los participantes, tal como lo señala Escudero y Cortez (70), para encontrar las respuestas centradas en su experiencia social, entendiendo el significado que tuvo este evento obstétrico adverso en la vida de las mujeres en estudio.

Método fenomenológico: Se utilizó dicho método porque la investigación buscó comprender el significado que le atribuyen los sujetos a determinado evento o fenómeno social, en este caso, las vivencias de las mujeres con morbilidad materna extrema, donde se tuvo en cuenta la perspectiva de las mismas mujeres que atravesaron dichas circunstancias (70), por lo que, según lo mencionado por Katayama y Rodríguez, et al., se buscó describir la experiencia de cada mujer, renunciando a cualquier tipo de explicación causal, para desentrañar la estructura del mundo propio de cada una de ellas, es decir, entender el significado que ellas mismas le atribuyen al evento de morbilidad materna extrema que les sucedió (73,74).

Heidegger y Husserl (29,36), los principales precursores de la fenomenología, señalaron que el estudio de las vivencias, abordándolas en toda su complejidad y extensión, permiten entender los significados del fenómeno en estudio, en este caso los eventos de morbilidad materna extrema, ya que, aunque por sí solas no manifiestan un significado, si las tiene para quien las experimenta; por lo que, se logrará comprender la hermenéutica existencial de estas experiencias, es decir, entender al ser humano de forma natural y cotidiana durante el evento obstétrico y no como teoría del conocimiento.

Diseño de Teoría Fundamentada (TF), pues, tuvo el propósito de descubrir una teoría a partir de los datos y codificación obtenida en base al lenguaje y las expresiones de los sujetos en estudio, esto facilitó identificar y explicar el fenómeno social de la morbilidad materna extrema en su contexto natural (70). Vivar, et al., señalaron que este diseño facilita la comprensión de la experiencia subjetiva de las personas para proporcionar una atención holística y competente, por lo que se recomienda utilizarlo para explorar procesos de transición o cambio, como por ejemplo, tras el diagnóstico de una enfermedad grave o el proceso de muerte (75).

3.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), la cual se ubica en la ciudad de Cajamarca, capital de la provincia y departamento del mismo nombre, localizada al noroeste del Perú, a una altitud de 2,750 m.s.n.m. Se trata de un nosocomio de tipo II-2, siendo el de mayor complejidad a nivel de la Región Cajamarca. Al ser un Hospital referencial, no cuenta con población asignada, ya que atiende a todas las personas referidas de las 13 provincias del Departamento de Cajamarca, incluso recibe pacientes de otras Regiones como la Libertad, Amazonas (Balsas, Chachapoyas) y otros departamentos del Perú (8).

3.3. Situación del fenómeno

El fenómeno en estudio hace referencia a las vivencias experimentadas por las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema, ya sea, durante el embarazo, parto y/o puerperio, dichos casos de MME surgieron a raíz de las patologías obstétricas que se les diagnosticaron y, que de una u otra manera, terminaron complicándose aún más por diferentes circunstancias, hasta llegar al punto de “casi morir”. Existen muchas situaciones que pueden provocar MME, ya sea por dificultad para reconocer los primeros síntomas de alarma, retraso para decidir buscar ayuda, no tener facilidades para trasladarse a un centro de salud o acceder a una atención obstétrica de calidad, entre otras circunstancias, colocándolas al borde de la muerte y generando múltiples emociones y sentimientos durante el transcurso de estas vivencias que determinan su forma de entender y actuar ante dicho fenómeno.

3.4. Sujetos de investigación

Los sujetos de estudio de la presente investigación fueron las mujeres con diagnóstico de morbilidad materna extrema, que estuvieron hospitalizadas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el 2022.

3.4.1. Muestra de estudio

La muestra estuvo conformada por seis mujeres que tuvieron el diagnóstico de morbilidad materna extrema, durante el año 2022. La cantidad de la muestra fue definida teniendo en cuenta lo señalado por Katayama, respecto al muestreo tipo bola de nieve utilizado para enfoques cualitativos, el cual consistió en captar a los sujetos de estudio que tenían una característica especial, en este caso, dicha característica fue que las mujeres atravesaron por un evento de morbilidad materna extrema, por lo que, la muestra se generó de forma progresiva, conforme surgieron los casos durante el periodo de recolección de datos, hasta llegar a un punto de saturación, es decir, se detuvo la recolección y análisis de datos en el momento en que se dejó de obtener nuevos datos o categorías, siendo evidente la redundancia (73).

3.4.2. Criterios de inclusión

En la investigación se incluyeron a todas las mujeres hospitalizadas por morbilidad materna extrema en el Departamento de Gineco Obstetricia del HRDC, quienes fueron atendidas en el 2022 y firmaron el consentimiento informado autorizando su participación en el estudio y la grabación de la entrevista en su totalidad en formato de audio. Cabe recalcar, que una de las mujeres con MME entrevistada fue menor de edad, por lo que, también se le consultó y solicitó la firma del consentimiento informado a su madre apoderada, quién estuvo presente y participó de la entrevista realizada a su menor hija, siendo esto conveniente para el estudio, pues se logró ampliar el entendimiento de los

significados asignados por el sujeto de estudio, respecto a las experiencias que tuvo un familiar directo, así también, su presencia facilitó la expresión de la menor de edad.

3.5. Escenarios de investigación

El escenario principal de la investigación es el Hospital Regional Docente de Cajamarca, pues, es ahí donde se han atendido las pacientes que tuvieron morbilidad materna extrema. Cabe resaltar que las mujeres con morbilidad materna extrema proceden de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), no obstante, se observó que algunas de ellas no procedían de UCI, sino de otros servicios de cuidados intermedios, como Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), Shock Trauma, Observación de emergencia, Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), no necesariamente porque no requirieron cuidados especializados, sino porque no lograron alcanzar cama disponible de cuidados críticos en UCI durante su atención.

El escenario de captación de la muestra fue el servicio de hospitalización de gineco obstetricia, área de destino final para la recuperación de pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema, pues se encuentran en franca mejoría y evolución favorable. Siendo en algunos casos necesario continuar la entrevista en el domicilio de las participantes, para terminar de captar sus ideas y vivencias en su totalidad para el logro de la investigación.

3.6. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Para la obtención de las descripciones, el procedimiento que se realizó fue el siguiente:

- Se solicitó la autorización correspondiente al Director del Hospital Regional Docente de Cajamarca para la realización de la investigación.

- La identificación y captación de las mujeres que tuvieron MME se realizó en el servicio de hospitalización de Gineco – Obstetricia, área donde fueron transferidas después de haber estado en cuidados críticos para culminar su recuperación.
- Luego de identificar cada caso de morbilidad materna extrema, se explicó a cada una de las mujeres seleccionadas el objetivo y la metodología del trabajo de investigación con la intención de solicitar su participación y autorización escrita de manera voluntaria en el estudio, así como para realizar la grabación auditiva de la entrevista.
- Después de la aceptación y firma del consentimiento informado, se procedió con la recolección de datos haciendo uso de la siguiente técnica cualitativa:

La entrevista fenomenológica en profundidad, fue diseñada y aplicada para obtener descripciones del mundo vivido por las mujeres entrevistadas durante el momento de morbilidad materna extrema, haciendo uso de sus propias palabras para interpretar de forma fidedigna las perspectivas y el significado que le atribuyeron al fenómeno estudiado (76). Para ello, todas las entrevistas fueron realizadas bajo el modelo de una conversación abierta, informal, flexible y dinámica entre iguales, con una actitud de escucha por parte de la investigadora, con encuentros cara a cara que tuvieron una duración promedio alrededor de 30 a 45 minutos, y fueron realizadas durante su recuperación post evento obstétrico.

Este tipo de técnica fue adecuada para lograr el objetivo planteado en la investigación, pues, como Pérez señaló, permite obtener información de niveles psicológicos más profundos y hacer surgir a la superficie actitudes y sentimientos hacia el tema en estudio (77). En ese sentido, la entrevista a profundidad fue grabada en formato auditivo (mp4), previa firma de la autorización de cada participante, con la finalidad de captar todo lo expresado por ellas para su posterior análisis, sin tener la necesidad de interrumpir o

retrasar su relato, ya que esto podría influenciar en la espontaneidad de la expresión de sus emociones y sus discursos.

Instrumento de recolección de datos: Guía de entrevista en profundidad

La guía de entrevista a profundidad estuvo compuesta por preguntas abiertas que sirvieron para iniciar un conversatorio con las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema. Dicho instrumento fue elaborado por la investigadora, con la finalidad de recoger los datos necesarios para el logro de los objetivos del presente estudio; además, fue sometido al Juicio de cuatro Expertos, quienes realizaron las sugerencias pertinentes para verificar se cumpla con lo mencionado. Por otro lado, durante la aplicación de la entrevista se tuvo la flexibilidad de alterar el orden y la forma de las preguntas, con la finalidad de lograr un mejor entendimiento de éstas y un conversatorio más fluido con las entrevistadas, sin que esto signifique perjuicio para concretizar la finalidad del instrumento.

Así también, a la guía de entrevista se le adaptó en la parte posterior un acápite que servía a manera de diario de campo donde se registraban el lenguaje metacognitivo o cualquier dato relevante que cada entrevistada realizaba o expresaba durante su narración, con la finalidad de lograr una mayor comprensión de lo manifestado por las participantes.

Por otro lado, el papel de la investigadora fue ser la facilitadora durante la entrevista que se les realizó a cada mujer con morbilidad materna extrema, con la finalidad de buscar profundizar durante los conversatorios sus experiencias, percepciones, intereses, orientaciones, circunstancias, sentimientos y dudas que fluyeron durante sus narraciones. Eso implicó, no solo la realización y grabación de la entrevista, sino también la recolección y registro de sus ideas y lenguaje metacognitivo, sin emitir ninguna apreciación o juicio adicional.

3.7. Interpretación y análisis de la información

La interpretación y análisis de información fue realizada bajo las perspectivas y técnicas de algunos exponentes de investigaciones cualitativas como Sousa Minayo, quien indicó que la interpretación y el análisis cualitativo de los fenómenos consiste en la elaboración, de forma inductiva, de una estructura jerarquizada y ordenada de la información contenida en el discurso (78). De igual forma, Martínez Miguelez (79), quien se fundamenta en otros autores como Strauss y Corbin (80), Gadamer (81), Heidegger (29), Shatzman y Strauss (82), entre otros, indican que el análisis cualitativo requiere de la construcción de relaciones o estructuras novedosas u originales que buscan la solución a un nuevo problema, emergiendo a través de procesos como: categorización, estructuración, contrastación y teorización de los datos obtenidos a raíz de un proceso cualitativo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, la interpretación y análisis del presente estudio se realizó en base al diseño de investigación denominado Teoría Fundamentada, la cual construye conceptos a partir de la información obtenida de los discursos de las mujeres con morbilidad materna extrema; en ese sentido, se siguieron los momentos de trayectoria fenomenológica, las cuales son: categorización, estructuración, contrastación y teorización, descritos ampliamente por Martínez.

– Categorización:

Después de la culminación de cada entrevista a profundidad, se realizó la transcripción textual de las narraciones obtenidas, haciendo uso del software Word Professional 2020, realizando de forma simultánea los procesos de codificación y categorización hasta llegar a la saturación de los datos. Para ello, en el proceso de categorización se utilizó el método de comparación constante de Glasser y Strauss que contempla la codificación abierta, la codificación axial y, como parte de la estructuración, la codificación selectiva (83).

Además, se hizo uso del software Atlas. Ti versión 22.0.11, la cual, es un programa cuya finalidad es permitir manipular, ordenar, organizar, e incluso interpretar datos cualitativos.

Por lo tanto, para realizar el proceso de codificación abierta, se ingresó cada entrevista transcrita en el software de Atlas. Ti v.22, y se codificaron términos o expresiones que conformaron las unidades temáticas, permitiendo el descubrimiento inicial de 638 códigos descriptivos que correspondía a frases breves, claras e inequívocas identificadas en cada entrevista (Tabla 1). Posteriormente, los códigos se fueron comparando y relacionando a través del software Atlas. Ti v.22, haciendo uso de la codificación axial, puesto que surgieron categorías que se podían agrupar o integrar en una categoría más amplia y comprensiva, logrando reducir grandes cantidades de datos y códigos a un número menor de unidades analíticas, obteniéndose un total de 105 códigos, las cuales fueron descritos para construir las categorías emergentes (Tabla 2).

– **Estructuración**

La estructuración consistió en realizar una descripción endógena de las categorías descriptivas, es decir, se realizó un esquema organizacional, a través de nexos y algunas relaciones entre los códigos que se desarrollaron en la primera etapa, en base al análisis de los propios discursos, para esta etapa también se hizo uso del software Atlas. Ti v.22, la cual, permitió dar pase a la codificación selectiva, donde se asociaron las categorías de acuerdo a su naturaleza y contenido, consiguiendo el refinamiento de éstas y generando seis (06) categorías núcleo emergentes, con sus respectivas subdimensiones y factores.

– **Contrastación**

Esta etapa consistió en relacionar y contrastar los resultados y categorías que emergieron con el marco referencial teórico y empírico, haciendo uso de la triangulación de investigadores y resultados. Esta etapa, se realiza de forma simultánea con la

categorización y estructuración, ya que es un proceso que se enriquece con el cuerpo de conocimientos estudiados previamente. Así también, se debe tener en cuenta que durante este proceso, la “fuerza estructurante” de la información predominó sobre los valores, la cultura y las rutinas mentales preexistentes en la investigadora, puesto que esto impulsó una nueva dirección que permitió generar una estructura teórica diferente y original (79).

– **Teorización**

El proceso de teorización utiliza todos los medios disponibles a su alcance para lograr la síntesis final de un estudio o investigación (79). La "creación de una estructura conceptual" como la "generación de una teoría" es fruto de una actividad específicamente “humana y personal” y se establece en torno a una idea que tiene un gran poder de explicación del fenómeno o problema estudiado (82). La etapa de teorización consistió en descubrir y manipular las seis categorías que emergieron de los procesos anteriores, a través de las relaciones continuas que se establecieron entre ellas y sus atributos, creando una esquematización ideal del objeto de la teoría, relacionando con los conceptos teóricos y las relaciones de forma más compleja, haciendo uso de la imaginación y con ayuda del control de la razón y la experiencia para lograr una aproximación conceptual (84).

3.8. Rigor científico

Ante un enfoque cualitativo, la presente investigación tuvo en cuenta los siguientes criterios de rigor metodológico (85):

- **Consistencia:** hace referencia a la estabilidad de los datos; para lo cual, en la presente investigación se optó por utilizar como estrategia la descripción detallada del proceso de recogida de datos y la triangulación de investigadores y resultados, no existiendo dificultades significativas para dar el valor correspondiente a los resultados.

- **Credibilidad:** señala la veracidad de los datos, la cual se logró a través de las entrevistas a profundidad grabadas que se realizaron a las mujeres, donde ellas mismas reconocen los sentimientos y circunstancias que atravesaron durante esos momentos.
- **Transferibilidad:** Consiste en la posibilidad de transferir o generalizar los resultados a otros contextos y/o poblaciones; por lo que, se describió detalladamente las características de las mujeres, el contexto y la metodología que se utilizó durante la ejecución del presente estudio para que pueda ser replicado en el futuro.
- **Auditabilidad:** Se encarga de acercar a la investigadora a percibir cada suceso desde distintos puntos de vista, para sumergirse en la realidad estudiada, comprenderla e interpretarla en su propio contexto, así como también, se trata de la habilidad que tiene otro investigador para seguir la ruta de la investigación original; es por ello, que en la investigación se realizó la transcripción de las entrevistas de forma textual y se describió cada paso que se realizó para la obtención de los resultados y conclusiones a las que se llegó.
- **Neutralidad:** Está relacionado con la etapa de reflexión de la investigadora, garantizando que los descubrimientos y categorías emergentes no estuvieron soslayados por intereses personales o motivaciones particulares; es por eso, que también se ha descrito en párrafos anteriores el papel de la investigadora.
- **Relevancia:** Porque a través de la investigación y su metodología se ha alcanzado los objetivos planteados y un conocimiento holístico del fenómeno en estudio, como son las vivencias de mujeres con morbilidad materna extrema.
- **Adecuación teórica-epistemológica:** pues, se investigó sobre las vivencias sobre morbilidad materna extrema, contrastándola con la teoría existente, haciendo uso de la triangulación de investigadores y de la teorización.

3.9. Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas se basaron en los principios internacionales de Helsinki, como:

- Beneficencia: para cada una de las participantes de la investigación, ya que, cada acción u conversación con las mujeres entrevistadas tuvieron implícito la búsqueda de su bienestar, de esta forma, se puede mencionar como beneficio visible e *in situ* el ser escuchadas bajo su propio punto de vista, sin que sientan que son prejuizadas o que sus vivencias y emociones no tienen valor alguno para el personal de salud; esto además, promueve la propuesta de implementación de la atención humanizada para estas mujeres que tienen mucho que contar, promoviendo un servicio de mejora colectivo a futuro para las mujeres cajamarquinas.
- Justicia: Porque todas las participantes fueron elegidas en base a como se presentaron los casos de morbilidad materna extrema, sin que exista algún criterio de discriminación o separación.
- Respeto a la dignidad humana, la igualdad, la autonomía individual y la libertad de expresión de las entrevistadas, así como el acceso a la información.
- Consentimiento Informado: Pues, a cada mujer se le explicó detalladamente los objetivos y metodología de investigación en la que se le solicitaba participar, brindando su autorización escrita, informada, voluntaria y espontánea para ser parte del estudio, así como, para realizar la grabación auditiva de la entrevista. También, se tuvo en cuenta que al ser una de las participantes menores de edad, se tomó en consideración su consentimiento y el de su madre apoderada.
- Autonomía: En relación a las mujeres hospitalizadas por MME, quienes como todo ser humano con facultad para decidir por sí mismo, capaz de dar sentido y direccionalidad a su vida expresó sus vivencias y percepciones durante el fenómeno de morbilidad materna extrema.

- Confidencialidad. En todo momento se tuvo en cuenta el deseo de la entrevistada de mantener su nombre bajo anonimato, para lo cual, a cada una se le asignó un pseudónimo, quedando constatado en las grabaciones y en el consentimiento informado. Por otro lado, bajo ninguna circunstancia se develó la información obtenida durante las entrevistas a personas ajenas al estudio, o con fines que no sean exclusivamente destinados para la investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de los discursos

Discurso 1: “Adriana”

Adriana es una mujer de 24 años de edad, con nivel de instrucción de segundo de primaria, procedente de San Marcos, fue su primer embarazo y solo tuvo tres (03) atenciones prenatales. Fue referida al Hospital Regional Docente Cajamarca (HRDC), donde es ingresada por emergencia con el diagnóstico de: Primigesta de 24 semanas por ecografía del segundo trimestre, no labor de parto, trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia severa por crisis hipertensiva, es por ello, que le realizan una cesárea de emergencia, egresando de sala de operaciones con el diagnóstico de: Post cesareada por preeclampsia severa, insuficiencia respiratoria aguda, descartar congestión pulmonar y bradicardia sinusal.

Su recién nacida tuvo 900g de peso, 28 semanas de edad gestacional por examen de Capurro, APGAR 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, por lo que, pasa al servicio de UCI de neonatología. Adriana también fue ingresada a UCI, donde tuvo una permanencia de tres (3) días. Durante la entrevista, la paciente se mostró sin mayor preocupación, ansiosa de ir a casa sin mayor temor, y manifestando lo siguiente:

“Me fui hinchada a la posta, se me había hinchado mi pie, no tenía otra molestia, estaba tranquila, solo tenía la hinchazón...; me preocupé y le decía a mi mamá

que mis pies están hinchándose y me dijo de qué será pue, la presión seguro, y me dijo que tengo que ir a la posta, y nos fuimos y madrugamos, ahí mismo me fui en la mañana, ese mismo día nos fuimos... (En la posta) me dijeron por qué te viniste, si hoy no es tu control, le dije que mi pie estaba hinchándose, ¿será de la presión?, y si pue de la presión me dijeron, al toque me evaluaron y llamaron de San Marcos y de ahí urgente urgente que me traigan para allí dijeron (a José Sabogal), porque si no puede pasar algo decían, hasta que buscamos 2 motos, pasamos no más el día, me habían sacado a las 3 de la tarde, primero me llevaron a Sabogal, llegaría a las cuatro y media allí a Sabogal...”

“Sin pensar dije ahí no más pues, si estaba de acuerdo que me lleven, porque aquí (HRDC) se gasta más también, porque todo comprado, ahí mismo para acá vuelta (al HRDC), llegué de noche, me sacaron a las 5 de la tarde. He estado consciente en todo momento. Llegué a emergencia, me han subido más o menos cuarto para las seis, ahí me han tenido 2 días creo, ahí ya no veía a nadie, me sentía tranquila esos 2 días, en la noche es cuando ya me sentía mal, parecía que se parte por acá (señalando su abdomen), no me dejaba ni respirar, si me asustaba, feo me hacía, parecía que se parte, de ahí ya el jueves dicen - ya a lo mejor quiere cesárea - de una vez - le dije yo, - Sí, porque te puedes morir me dijeron...”

“No me explicaron los riesgos, a mi familia creo que le explicaron, de ahí no sentí mucho dolor también, la hora que me hicieron la cesárea también nada, después también no, algunos dicen que se desmayan, yo no, yo también recuerdo durante la cesárea, ...mmm no he sentido cuando me han cortado, sentía que dijeron mujercita dijeron, ahí ya me pasaba el dolor de barriga, ya quería levantarme al otro día no más (se ríe)”

“No lo creo (que sea una enfermedad peligrosa) (dudando)... ha sido si medio peligroso, no mucho, pero no lo siento así (incrédula y sonriente). Mi familia no me dijo nada, no, no me explicaron nada, también me preguntaron por mi bebé - ¿qué me dijeron? – le dije - no me han informado nada tampoco, tanto y cuánto creo lo escuche que fue mujercita, de ahí no sé nada. Yo estaba tranquila, no tenía pena, tranquilo era yo, como me decían que no mucho me altere, trataba de estar tranquila, tranquila he estado, me llevaron para acá (a hospitalización), yo quería levantarme ya al otro día, hoy día si me he levantado, pero ahí medio me he mareado, así me he ido para el baño”

“No sé (qué enfermedad se le diagnosticó), la boca del estómago si me dolía feazo, por mi tierra, sí, mi ropa no me entraba, mis faldas, es no me entraban, pero ahora ya me he quedado flaca (se ríe)... ¿Muerto?, no, no, no sé, no creo. (sonríe entrecortada, incrédula)... Mejor vivir pues, porque muerta es estar acabada ya... Sí, sobrevivir por algo, ¿por qué sería?, sí, quizás por la ayuda de Dios, la posta también, si ayudan. Sí estoy contenta por sobrevivir (se ríe), ya estoy mejorcita ya, también estoy contenta por mi bebé, aunque no sé cuánto tiempo estará aquí...”

Discurso 2: “Betty”

Betty es una mujer de 21 años de edad, con nivel de instrucción de secundaria completa, procedente de Bambamarca, fue su primer embarazo y tuvo siete atenciones prenatales. Betty no fue referida, porque inicialmente estuvo hospitalizada en un Hospital de esa misma ciudad, siendo dada de alta; sin embargo, al tener dudas sobre su diagnóstico y recuperación, decidió acudir por cuenta propia al HRDC, siendo ingresada por emergencia con el diagnóstico de Primigesta de 35 semanas por ecografía del I trimestre, amenaza de parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia severa, insuficiencia respiratoria: descartar edema agudo de pulmón vs COVID 19 y descartar sepsis a foco pulmonar.

Es por ello, que le realizan una cesárea de emergencia, egresando de sala de operaciones con el diagnóstico de: post cesareada por preeclampsia severa, descartar COVID 19, insuficiencia respiratoria con edema agudo y oliguria. Además, su recién nacido tuvo 3740g de peso, 36 semanas de edad gestacional por examen de Capurro, APGAR 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, por lo que, pasa al servicio de neonatología. Betty fue ingresada a UCI, donde tuvo una permanencia de cuatro (4) días. Durante la entrevista, la paciente lució tranquila y animada en su proceso de recuperación, llegando a manifestar lo siguiente:

“Bueno, me cogió dolores de cintura, demasiado y mi parte vaginal también, y fui al hospital también, me llevaron, en donde ya fui con 2 de dilatación, en donde fui y los médicos me dijeron que era prematuro mi bebito, y me pusieron medicamentos, ampollas y pastillas para que lo detengan. Y entonces... ya que me pusieron el medicamento para que no tenga dolor de parto, al día siguiente los médicos me dijeron que tengo que esperar nuevamente que me vengan los

dolores, porque mi bebé ya se notaba que era de '28 semanas' por ahí (probablemente se confunda con 38 semanas)''

“... Me dijeron que espere el momento para que me coja nuevamente los dolores, pero no, no sentía nada de dolor (confundida), estuve ahí internada (3 días), luego, el doctor me dio de alta y es donde que de ahí mis familiares me dijeron mejor vamos a Cajamarca, (desconfiada) porque en Bambamarca no me hacían nada, y es donde ahí, casi ese mismo momento vine para acá a Cajamarca. Lo que pasó es que cuando ya estaba cerca del hospital, me dolió demasiado la cabeza, mi pecho y mi espalda me dolía demasiado, empezaba a agitarme”

“Entonces llegué para acá, en donde me hicieron sacar mis papeles, eso... empecé más más (angustiada), donde una enfermera le dijo al doctor que necesitaba oxígeno ya, porque ya, yo misma me quedaba, ya sentía que quería desmayarme, y entonces, allá no me he sentido así, ese dolor ha sido ya cuando ya llegué ya para acá, el mismo día que vine para acá y al día siguiente nació mi bebé. Cuando llegué acá me pusieron sonda, oxígeno y me dijeron que me van hacer cesárea, porque ahorita el peligro, me dijo, no está el bebé sino usted me dijo el doctor, que tenía como coágulo o agua en los pulmones (duda), me sacaron una placa, esperé hasta las 12.30 para que me hagan la cesárea y ahí ya nació mi bebé”

“No recuerdo la verdad, no recuerdo si me dijeron (por qué tenía líquido en los pulmones), porque estaba con el dolor todo eso, la verdad no mucho caso les hice a los doctores. Tenía miedo (rotundamente)... de que me pase a mi algo o a mi bebé... si..., tuve miedo entrar a cesárea también, cuando me hicieron la cesárea, no me cogió creo la anestesia o qué sería, me dolía demasiado la espalda, después

me pusieron, me hicieron echarme, y casi ahí 5 o 10 minutos creo lo sacaron a mi bebito ya, y ahí fue todo. Yo seguía con el dolor, ahí entré a la sala de la cesárea con oxígeno y doble suero en los 2 brazos, sí me dijeron que tenía presión alta, pero no recuerdo si me dijeron antes o después de la cesárea creo que me dijeron”

“Siempre he estado ahí consciente, si me dolía sí, pero de ahí a no saber ni que me llamo, eso no. Durante la cesárea también estaba consciente, le vi a mi bebé, todo. Después de mi parto, ahí no más casi me pasaron a UCI. No, no me dijeron en ese mismo momento por qué me pasaban ahí, solamente me pasaron, no sabía ni a donde me pasaban tampoco, yo pensaba que me iban a pasar para acá (hospitalización de GO) junto con mi bebé, pero después no. Yo pasé al otro lado, pero si pregunté por mi bebé y me dijeron que estaba en la incubadora. Después, ya, los médicos que estaban ahí en UCI me dijeron que estaba ahí porque tenía problemas en mis pulmones y que no podía respirar, que tenía que estar con el oxígeno, por lo que he tenido presión alta”

“Al inicio, antes de entrar a sala de parto, pensaron que era COVID, pero después, no, descartaron, porque me sacaron la placa, ahí no más estando embarazada todavía, me sacaron, y ahí dijeron que no era COVID, sino que tenía coágulo o agua en los pulmones, algo así me dijeron. Bueno, la verdad como nunca he utilizado oxígeno, me sentí mal, porque, o sea, dije de repente es algo malo que me pasa, pero después ya, así, así, ya me he tranquilizado conforme pasaban los días, me tranquilicé, pero también por otro parte, preocupada por mi bebé, mis familiares me pasaban la voz como estaba, porque los doctores no me decían nada, me decían que mi bebé ya está bien, que ya se está recuperando, que tenía problemitas en su corazón, cuando lloraba medio que se agitaba, pero ahorita ya está tranquilo”

“Sí, sí, he tenido una complicación muy fuerte, desde el inicio no más (del embarazo), desde que casi supe, casi así, me iba al hospital por problemas de infección y descenso, lo detenían, me decían que era amenaza de parto prematuro algo así... Sería por estrés, preocupación también, porque más estaba preocupada por mi bebé, porque me dijeron, algunos doctores me decían que ya era su hora, y otros me decían que todavía, ¿total?, no sabía a quién creerle, y eso me preocupó, porque, o sea ya, me dijeron, que ya, cesárea sí o sí, otros me decían que espere todavía los dolores, como le dije, eso me preocupó más”

“Bueno, no se... (qué le ayudó a sobrevivir) (duda), solamente empecé a rezar y poner toda mi vida en manos de Dios, dije a la de Dios ya, si me pasa algo, ya pues, ya me dejé ahí no más (actitud de conformidad)... Varios también me dijeron que pude haber muerto, los doctores después, me dijeron que me he salvado de la última... bueno... a pesar de todo he estado fuerte hasta el último. Me alegra porque a pesar que he pasado por situaciones difíciles, lo he enfrentado normal no. Aunque aún no veo a mi bebé, pero bueno, con lo que me han dicho mis familiares, de que ya está recuperándose, que posiblemente mañana ya le den de alta, ya me siento más tranquila también yo”

Discurso 3: “Carla”

Carla es una mujer de 28 años de edad, con nivel de instrucción de secundaria completa, procedente de Porcón Bajo - Cajamarca, fue su segundo embarazo, con un periodo intergenésico de 8 años y con nueve (09) atenciones prenatales. Carla fue referida al Hospital Regional Docente Cajamarca (HRDC), donde es ingresada por emergencia con el diagnóstico de: post cesareada de una hora por cesareada anterior una vez más placenta acreta, shock hipovolémico, coagulopatía por dilución por pérdida y anemia severa por pérdida; es por ello, que solicitan atención especializada por el servicio de UCI, sin embargo, no encuentran cama disponible; le transfundieron 3 paquetes globulares y 3 plasmas frescos congelados. Durante la entrevista, Carla lució sin mayor preocupación, con su bebé en brazos, en proceso de recuperación, por lo que, manifestó lo siguiente:

“O sea, que ya yo tuve dolores no?, Y vine, porque en mi posta me dijeron para venir a Simón Bolívar, yo soy de la posta de Porcón Bajo, y ahí me dijeron que vaya a Simón Bolívar o Pachacútec, porque ahí no se atiende partos. En Simón Bolívar me examinaron, primero me dijo normal (parto), después me dijo la doctora que va a ser cesárea, por placenta... hay no me acuerdo (duda) – placenta acreta - sí, o sea me dijo que está..., porque en el primer bebé también me habían hecho la cesárea por el mismo motivo, me explicó la doctora”

“...Bueno, primero no estaba de acuerdo (sonríe), después ya me decidí ya pues... porque no había otra más. No estaba de acuerdo porque ya me habían hecho la primera vez cesárea también, pero me dijo (la doctora) que iba haber riesgo. Después de la cesárea, mi familiar dice que he sangrado mucho, y por eso es que me han trasladado para acá (HRDC). Yo no me acuerdo, perdí el conocimiento,

como estaba ahí con todos los medicamentos que me habrán puesto, me habré dormido y no recuerdo nada...”

“... Desperté acá (en el HRDC), en emergencia... Bueno, me sentí ya un poco más tranquila de lo que había estado, pero no me acuerdo, o sea, yo no sentí nada de lo que he perdido el conocimiento (pensativa), de ahí ya me desperté ya, estaba un poco mejor, no tenía dolor, simplemente de la barriguita donde me han aplastado al bebé, solo eso sentía, después no... Cuando desperté, o sea, primero no sabía dónde estoy ¿no?, ya ahí había un letrero, y ya me di cuenta que estoy acá (HRDC), me sentía normal, no me asustó (dudando y pensativa)...., me dijeron las señoritas (personal de salud) que estoy mal porque había perdido líquido (sangrado), hasta me preguntaron si estoy bien ya, por lo que había perdido la sangre”

“...O sea, entre los doctores conversaban, pero a mí no me habían dicho, yo solo los escuchaba que decían que me deberían llevar a los cuidados (UCI) ¿no?, pero como no había cama, me dejaron ahí (observación de emergencia), y yo también ya me sentía un poco mejor, por eso es que me dejaron ahí no más en emergencia... Bueno, quizás pasó porque me preocupé ¿no?, podría ser... Me ayudó a sobrevivir las medicinas que me pusieron, pensar en mi bebé, Dios también podría ser, cuando no es para morir dijo... Podría ser, que pude haber muerto, bueno, antes no pensaba, ahora que me pasó, pues sí, he sobrevivido... me siento ahora tranquilo, bien, sí, ya no estoy preocupada...”

Discurso 4: “Danna”

Danna es una mujer de 25 años de edad, con nivel de instrucción de secundaria completa, procedente de Otuzco - Cajamarca, fue su segundo embarazo, con un periodo intergenésico de 4 años y tuvo siete (07) atenciones prenatales. Danna fue referida al Hospital Regional Docente Cajamarca (HRDC), donde es ingresada por emergencia con el diagnóstico de: segundigesta de 33 semanas, amenaza de parto pretérmino, cesareada anterior una vez hace 4 años, feto transverso derecho, placenta previa total y acretismo placentario; es por ello, que le plantean una cesárea con una posible histerectomía de emergencia; para lo cual, egresa de sala de operaciones con el diagnóstico de: post histerectomía radical por acretismo placentario, politransfundida, insuficiencia respiratoria aguda en resolución y shock hipovolémico grave.

Es por ello, que solicitaron atención especializada por el servicio de UCI, sin embargo, no encuentran cama disponible; le transfundieron seis paquetes globulares, cuatro paquetes de plasma fresco congelado y 2 paquetes de plaquetas; además, tuvo un recién nacido de 3740g de peso, 36 semanas de edad gestacional por examen de Capurro y con un Apgar de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Durante la entrevista, Danna lució un poco atemorizada por lo que le había pasado, pero optimista por su recuperación, manifestando lo siguiente:

“... En mi C.S. hicieron una campaña de ecografías, y ahí me hicieron una ecografía, y el doctor que hace la ecografía me explicó que mi caso estaba... (duda)... era placenta previa, eso me dijo... No me explicó muy bien, solamente me dijo que era un riesgo muy fuerte en mi embarazo, y me dejó con las ginecólogas (obstetras) que nos hacían el control, ellas tampoco me explicaron muy bien... El doctor que hizo la ecografía dejó recomendado que me hagan

monitoreo de ecografías mensual para que me puedan seguir mi caso, pero en mi centro de salud no hacen ecografías mensual, hacen cada 2 o 3 meses campañas...”

“En la siguiente ecografía, que hubo campaña, me tomaron en cuenta a mí, porque me dijeron que mi caso era grave, y lo volvieron a ver, y salían los mismos resultados, entonces me refirieron al puesto de salud de Baños del Inca, para que me hagan más seguimiento con una máquina más especializada en ecografías, un Doppler, creo que se llama, y me volvieron a ver también, de ahí me refirieron al hospital de aquí (HRDC), para que me hagan una ecografía aquí en el hospital, para que estén al pendiente de mi caso, por qué era un caso muy grave, pero no me explicaban, solamente me decían que es muy grave, pero no me explicaban qué era lo que tenía, qué era lo que había pasado, por qué se había dado, y solo eso me decían... pero aquí en el hospital, aquí no me podían atender porque no tenían ecografías libres, algo así...”

“Me hicieron primero una teleconsulta, pero por emergencia dice que no me podían atender, hasta que no tengan un diagnóstico bien de lo que tengo, me hicieron teleconsulta, me citaron para tal fecha, para estar aquí (en el HRDC), el día que yo iba a venir aquí al hospital para que me saquen ecografía, me sacan una prueba COVID en Baños del Inca, salgo positivo, y me mandaron 10 días de descanso a mi casa, y que después volviera para volver aquí al hospital... Pasó más de 10 días, porque el doctor que me iba atender aquí, tenía reunión o algo así en la Diresa, después vine aquí, y me tomaron ecografía, y ahí confirmó el doctor que sí, mi caso era muy grave, pero yo ya estaba de 29 semanas, en la primera ecografía tenía como 13 semanas, casi al inicio del embarazo”

“El Dr. De aquí (del HRDC) dijo que sí, que mi caso era muy grave, que me tenían que referir al Instituto Materno (IM) de Lima porque aquí en el Hospital no atienden este tipo de casos, porque mi caso era muy grave ya... Este... lo que el Dr. Nos explicó que la placenta del bebé se había formado en la parte baja de mi útero y que incluso había sobresalido del útero y estaba afectando lo que es la vejiga, que ya eso era muy grave para que me atiendan acá (HRDC), que no lo podían atender aquí, y me hizo una referencia y todo para el Instituto Materno de Lima”

“Tengo todos mis papeles listos para el IM de Lima, todo ya estaba listo para mi viaje, todo, para el día 4 (de marzo) yo tenía mi cita allá, primero me hicieron una teleconsulta, el 23 de febrero, fue la teleconsulta con un Dr. De allá de Lima del IM, la cual él me dijo pues que tenía que verme allá, porque una cosa es lo que habían visto los médicos acá y otra su diagnóstico de él, y me citaron para el día 4 de marzo.”

“Tenía yo mi cita allá en el IM, sino que no viaje por la economía, porque es otra ciudad, tenía que ver quién me acompañe, tenía que ver con quién dejaba a mi hijo, tengo otro hijo de 4 años, y que no lo puedo dejar así no más tampoco, o sea que fue del momento, como decirle, teníamos que ver muchas cosas, aparte, nosotros, con mi esposo, estábamos entre ida y venida, nos citaban a Baños, nos citaban a la posta de Otuzco, vuelta aquí al hospital, a veces él no trabajaba y la economía a veces no nos alcanza, tenía que ver allá en donde nos íbamos a quedar todo, yo ya tenía listo todos mis papeles todo, la referencia de allá, mis tickets de cita, mis tickets de laboratorio, mis tickets de ecografía que allá me iban a sacar, pero no viajé, no viajé...”

“Me sentí muy preocupada, como le digo es otra ciudad, a mí me decían... ya la Obstetrix del puesto de salud de Otuzco nos visitó en mi casa, se reunió con mis papás, con mi esposo, incluso estuvieron presentes mi suegros, y nos explicó todo, todo, la gravedad, como iba a ser, me preocupó más, porque tengo un hijo de 4 años, tenía que movilizarme como le digo a otra ciudad, solo con mi esposo, por la economía (un poco angustiada), y nos preocupó bastante. No podíamos estar tranquilos, o sea era otra ciudad, quién nos iba a ayudar allá, no es como acá por ejemplo, tienes familia en donde quedarte, estamos cerca, Otuzco está cerca, no está muy lejos, si nos ha preocupado bastante ...”

“Luego, yo ya no viajé, informé al IM en Lima, que no podía viajar por motivos de que mi DNI estaba vencido, y sí estaba vencido (enfatisa), y me pedían un DNI actualizado también, me mandaron todo fotos de toditito lo que tengo que tener, y les informé que no podía viajar, y me dijo que no había problema, pero lo que sí tenía que informar, ya sea aquí en el hospital, ya sea en mi puesto de salud, para que estén al pendiente de mi caso hasta el día que yo viajara, cuando yo tenga todo listo, mis papeles y la economía para viajar, tenía que yo informar allá al IM para que me iban a dar de nuevo mi cita, eso me dijeron...”

“Entonces, eso fue para el día 4, el día 4 yo tenía mi control en el P.S. de Otuzco, yo fui normal a mi control, estaba tranquila, para el día sábado 5, yo traté de levantarme de mi cama, yo me doy cuenta que tengo sangrado, fue hartito, ese día mi esposo no estaba en casa, había salido a trabajar, mi mamá que está más cerca también, y bajemos rápidamente al P.S. de Otuzco, me hicieron mi referencia, mis papeles y todo, de ahí me trajeron para aquí al hospital, ahí nos ingresaron por emergencia...”

“Me asusté cuando vi el sangrado, porque dijeron que mi caso es muy grave y que un mínimo sangrado puede ser que me venga como una hemorragia, por eso es que yo tenía que estar hospitalizada o al menos con los controles con algún médico cerca... Me atendieron por emergencia, me sacaron ecografías, vieron que si tengo una placenta previa, pero que no estaba muy grave como me habían dicho al principio, que estaba invadiendo parte de la vejiga, sino estaba más poquito nada más, si había salido una parte del útero, pero no estaba hasta afuera de la vejiga, y me tuvieron aquí en emergencia para que me pudieran pasar a sala...”

“Me preguntaron, me dijeron que si tenía conocimiento de mi caso que estaba muy grave, y si sabía cuál era la gravedad que yo estaba corriendo, de perder el útero, o que no también, porque dice que a veces las ecografías no salen tan bien, pero en todo caso si es que no fuera así, me pidieron autorización para poder ligarme, porque yo ya estaba muy mal, mi útero no estaba muy bien como para volver a tener otro hijo... Yo no había conversado todavía con mi esposo, salieron a preguntarle a mi esposo, no sé qué habrá dicho él, yo pensaba al menos que por mi salud estaría bien, porque bueno ya tenía 2 hijos, y volverlos hacerlos pasar por ahorita, como están ellos, tengo uno que está en mi casa, que está que pregunta por mí, el otro que está en UCI también, porque ha nacido antes de tiempo, entonces preferible mejor haberme ligado”

“... Entonces me hicieron firmar para la cesárea, para el banco de sangre también, me hicieron esperar porque tenían que pasar varios médicos también, venían de urología también, el que me había sacado la ecografía, y así a cada momento a preguntarme como estoy... La verdad si estaba un poco nerviosa, porque como le digo ya me habían dicho que el hospital no está preparado para

este tipo de casos, tenía miedo de repente que de verdad no estén preparados, no logren salvarme o en todo caso a mi hijo de repente, si estaba un poco nerviosa ... En la cesárea no recuerdo del todo, me acuerdo que empezaron con la anestesia, me tuvieron que poner vendas todo, hasta que se siente el corte cuando empieza a salir sangre, vi a los doctores que se desesperaban, empezaron a correr para acá, para allá todos, y yo, a mí me empezó a faltar el aire y ya no me acuerdo más...”

“Me acuerdo cuando ya estaba en otra sala ya, en UCI creo, en el descanso ya, ahí me desperté... (duda) El médico que estaba ahí se acercó y me dijo que ya había pasado, que estaba tranquilo, se acercaron más médicos también a preguntarme como estoy, me explicaron lo que había pasado, había tenido una hemorragia muy fuerte, más de 3 litros creo de sangre que había perdido, que me tuvieron que poner sangre de emergencia, y los otros médicos igual me explicaron que es lo que había pasado, que mi hijito por lo que ha nacido antes de tiempo está en las incubadoras, y nada más, solo eso me dijeron, pero que esté tranquila, que ya pasó... Y ahí sí me sentía tranquila (con una expresión como si se hubiera quitado un peso de encima), sí estaba más calmada, porque como me decían algunos doctores esta es una oportunidad más de la vida para al menos verlos a mis hijos...”

“Cuando me desperté me explicó el doctor que me sacaron el útero, porque me dijo que habían tratado de salvarlo, pero que estaba muy dañado y que me lo tuvieron que sacar, y como yo ya tenía conocimiento que eso iba a pasar entonces lo tomé con calma, porque ya me habían explicado que eso podía pasar... mmm... Se siente de repente un poco incómodo como mujer, porque es parte de nuestro cuerpo, de repente ya no voy a poder menstruar, es lo que me han dicho también,

pero a la vez un poco aliviada, porque siento que estoy bien y que voy a poder ver a mis hijos”

“.... No sé por qué me pasó, los médicos me dijeron que son casos totalmente muy extraños, que de 200 mujeres embarazadas, suele pasar 1 o 2, y la verdad no sé por qué pasó. La obstetra que me atendía en el puesto de salud de Otuzco, me dijo que puede ser por mi cesárea anterior, puede ser... pero no me explicaron que sea eso de verdad... Sí, soy consciente que pude haber muerto, como le digo, es una oportunidad más de la vida, yo soy creyente de la palabra de Dios, y para mí es darle gracias a Dios porque estoy viva y por mis hijos, porque los puedo ver como todavía están chiquitos, y me siento aliviada de saber que tengo una oportunidad más de vivir... Yo pienso que lo que me ayudó a sobrevivir es la fe o la voluntad de Dios, que Dios sabe cuándo nos va a recoger, y si él todavía nos deja, todavía es por algo, tengo mucho que hacer todavía en esta vida con mis hijos...”

Discurso 5: “Elisa”

Elisa es una mujer de 25 años de edad, con nivel de instrucción de secundaria completa, procedente de Huambocancha Baja - Cajamarca, fue su primer embarazo y tuvo 06 APN. Elisa tuvo un parto vaginal en el Hospital Simón Bolívar, con una recién nacida en óptimas condiciones, sin embargo, tuvo complicaciones en el alumbramiento, puesto que presentó acretismo placentario y una posterior inversión uterina, motivo por el que la refieren al Hospital Regional Docente Cajamarca (HRDC), donde es ingresada por emergencia con el diagnóstico de: shock hipovolémico severo y puérpera de Parto Institucional de 40 minutos; es por ello, que pasa directo a sala de operaciones, donde activan código rojo y le realizan una restitución uterina, laparotomía exploratoria, histerotomía segmentaria transversa, extracción de restos, B-Lynch modificado y una episiorrafia, logrando salvarle el útero.

Además le transfunden 6 paquetes globulares y 6 paquetes de plasma fresco congelado, pasando al servicio de UCI durante 4 días. Durante la entrevista, Elisa lució inicialmente tímida, pero luego tranquila y entusiasta con su recuperación, manifestando lo siguiente:

“...Fui a dar parto y se me complicó con la placenta, estaba con contracciones, he dado a luz, todo me han atendido, y después que he dado a luz, la placenta se queda, o sea la obstetra lo suelta no, no es que se queda, y de ahí se confunde y lo jala el útero... En ese momento mi cuerpo se empezó a debilitar, decaerse, me asusté porque empecé a sangrar, no me explicaban nada, simplemente llamaron al Dr. De emergencia, lo activaron por código rojo y llamaron a los doctores de Simón Bolívar, y vino el doctor y me dijo que estaba empezando a sangrar demasiado, y quisieron cortarme la sangre y no podían, me pusieron 4 tampones,

seguía sangrando demasiado, me sobaban el estómago demasiado, de ahí me han trasladado para acá (HRDC)...”

“De frente me han trasladado, no me dijeron si estaba de acuerdo, porque era para que me hagan (cirugía: laparotomía exploratoria) en Simón Bolívar, pero los anestesiólogos, no sé qué pasó, no han querido, me han referido para acá al regional... Cuando llegué aquí ya no sentía mi cuerpo, nada solamente empecé a ver borroso, llegué a sala, me anestesiaron y me han tenido que hacer cesárea (confunde el procedimiento de laparotomía con cesárea)... Cuando me trasladaron aquí no estaba muy consciente, recuerdo que el doctor venía diciéndome que me calme y me tranquilice, porque yo lo quería botar sus manos del doctor, me dolían demasiado, eso y nada más... recuerdo que me han hecho llegar dijo el Dr. En 5 minutos, porque el Dr. ha controlado en su reloj”

“Lo único que me imaginaba es que me voy a morir, y quería que me dejen morir (enfatisa) porque no aguantaba ya los dolores, era demasiado doloroso, porque me han tenido que aplastar, sobar bastante (señala su abdomen) para que pare la sangre y no, no paraba, nada... En sala de operaciones (del HRDC) activaron su código rojo, recuerdo que solo el doctor me anestesió, luego de ahí no sentía ya, porque me dormí, pero sentía el manejo de sus manos, de las tijeras, de ahí sentía que ya me estaban cociendo, y de ahí nada más... No pensaba nada en ese momento, solo sentía lo que hacían”

“He despertado el día viernes, más o menos, porque no recuerdo, mi memoria he perdido totalmente hasta ahorita, hay cosas que me olvido todavía. He despertado en UCI... En UCI me explicaron, tan solo vinieron, las licenciadas creo que atienden ahí, se alegraron porque ya me vieron manejar y despertarme, dijeron

ya hay reacción, llamaron a la enfermera, y se alegraron, porque... supongo que han estado preocupadas, porque toditas...2 o 3 creo... han estado alrededor de mi cama... cuidándome supongo pues no. La hora que ya ha empezado a abrir mis ojos, me saludaron, me hablaron, me dijeron como estás, qué sientes, y yo no... mi cuerpo lo sentía como muerto todavía... seguía anestesiada... la anestesia incluso... ahora ya lo siento mejor... todo normal, aunque no tengo mucho esfuerzo, recién para el día de ayer”

“Después.... yo me sentía alegre porque lo único que yo pedía era que me muera, y recuerdo que el doctor me decía que no me va a dejar morir... lo único que me desperté es buscándolo a mi hijita, recuerdo que miraba a un lado y otro, y en mi mente estaba que yo ya había dado a luz, pero no lo veía a mi hijita... Luego recordé yo, que se había quedado en simón bolívar, y de ahí ha tenido que sacarlo mi esposo. Y eso, o sea me hacía sentir recontra mal, para no tenerlo a mi hijo para que lacte, me preocupaba, que mame su seno, era una preocupación...”

“Al día siguiente (de despertar) me han hecho llegar mi celular, el día sábado, ya mi esposo ha venido y lo ha dejado mi teléfono, y ahí me dijo que mi bebé estaba bien, que no me preocupara, porque o sea me vio bien....(angustiada), totalmente he estado blanca blanca, y bien pálida... Luego en UCI me han atendido muy bien, cuando necesitaba algo o tenía algún dolor, como estaba ahí la licenciada, estaban toditas, al toque me atendían, rapidito. Estaba menos preocupada ya, más aliviada, más tranquila, sabía que me iba a recuperar y que me iba a ir a verla a mi hijita...”

“Cuando perdí la conciencia mi esposo no estaba acá, lo único que estaba mi amiga y mi mamá, pero no me han contado porque a ellos todavía no los veo hasta

ahorita... No sé por qué pasó, no lo sé.....(pensativa y dudando) lo único que he entendido es que ha sido culpa de quién me atendió el parto, porque ella lo ha soltado la placenta, o sea lo ha.... No sé qué pasaría (tipo sorprendida), en la emoción de mi bebé o no sé, la placenta lo ha tenido cogida y yo sentí que se asomó para adentro, después la obstetra dijo ¡la placenta! ¡la placenta! (entonando como grito), y el Dr. Empezó a sobarme y salió el útero primero. Prácticamente, lo han vuelto a meter a la placenta 2 veces, una en simón bolívar y otra aquí”

“Me ayudó a sobrevivir... El doctor... lo que me han atendido, la operación que me han hecho, porque si lo dejaban la placenta ahí, una moría y ... ya para recuperarme la medicina, el apoyo de las enfermeras, las licenciadas que me han atendido en UCI. El doctor también me ha ayudado tranquilizándome la hora que me venía la sangre y el dolor, porque él es el que lo sostenía mi estómago, me decía que era para mi bien, que me tranquilice y me hablaba...”

“No recuerdo ni que me hablaba (sonríe)... pero él no me dejaba dormirme, porque a mí, había un momento en que ya empecé a perder sangre, empecé a querer dormir, dormir, solo dormir, y el doctor no me dejaba, me hablaba y me hablaba, y recuerdo que le dijo a una su colega, o no se ... a alguien que venía apoyando ahí , que me moviera los brazos, para que no deje de manejarme, me empezaron a mover los brazos, los pies todo ... y así me han hecho... He sentido también apoyo emocional, gracias al doctor también, bueno...no sé su nombre, pero era un gordito, y no tan alto, chatito... su nombre no me acuerdo”

“Ese apoyo emocional me ha hecho sentir más tranquila, porque gracias al Dr. Que me ha hablado, me ha apoyado, estoy recuperándome, porque si no, no

estuviera acá... Aquí en el hospital también he sentido apoyo, también, en UCI por ejemplo ha sido mucho más mejor que acá (en hospitalización de GO), porque, o sea por eso se llama UCI ¿no?, a cada rato venían hacerme reír, a alegrarme, me veían un ratito pálida, y ya venía alguna enfermera y me hablaba, me hacía reír. Acá (en hospitalización) no, no mucho, porque... como no tienen tiempo, pero sí también, en lo que me miden la presión todo eso, sí están alegres, algunas... no todas tampoco, algunas vienen molestas y molestas se van (se ríe)”

“Sí, soy consciente que pude haber muerto... Ser sobreviviente me hace sentir bien, me da mucha tranquilidad para mí, también para mi hijita, porque si no... bueno sufriría mi familia y mi hijita no... que se quedaba pequeña, recién nacida...”

Discurso 6: “Flor y su mamá Fresia”

Flor es una mujer de 15 años de edad, con nivel de instrucción de tercero de secundaria, procedente de Celendín, fue su primer embarazo y tuvo diez (10) atenciones prenatales. Flor fue referida del Hospital General de Celendín por estrechez pélvica más gestante de 40 semanas, sin embargo, ingresó a emergencia del HRDC por el diagnóstico de: primigesta de 40 semanas por ecografía, trabajo de parto fase activa, eclampsia y adolescente; es por ello, que activan protocolo de preeclampsia severa y le indican cesárea de emergencia

Durante el procedimiento le transfunden 2 paquetes globulares, además, tuvo un bebé varón de 3130g de peso, con 39 semanas de edad gestacional por Test de Capurro y Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Posterior al procedimiento quirúrgico, la trasladan a UCI donde le agregan los diagnósticos de acidosis metabólica, hipokalemia, síndrome convulsivo eclámpico y signos de alteraciones plaquetarias, estando hospitalizada en dicha área durante 4 días. Durante la entrevista, Flor lucía bastante tímida y poco comunicativa; estuvo acompañada por su madre Fresia, quién de alguna manera la ayudó a expresarse un poco más; ambas manifestaron lo siguiente:

Flor: *“Fui por emergencia, sentía dolor por acá por mi barriga (señala). Le conté primero a mi mamá... decidimos ir a la posta por lo que más y más ya me dolía. En la posta me trajeron para acá, porque tenía pelvis estrecha. Si me dijeron que también era por la presión... pero yo estaba normal (luce despreocupada inicialmente)... sí me asusté... porque temía que me pase algo malo, nada más. No me acuerdo qué pasó cuando llegué.... Me acuerdo del trayecto.... Pero no, no se...”*

“Yo ya me recuerdo cuando yo era sin mi bebé, nada ya, era operada... Me desperté abajo en UCI que le dicen... Mmm si reconocía a los doctores; los médicos me hablaron de cómo estoy y nada más... Estaba tranquila... hasta el momento estoy tranquila... En ese momento ya no tenía miedo... Sí me preocupé por mi bebé, pensaba que no estaba, que le habrá pasado... Nada más... pregunté por él y si me explicaron...”

Fresia: *“Yo me sentía asustada y no lo dejé pasar más tiempo, y lo llevé al hospital ahí mismo (de Celendín). En el hospital me dijeron que tenía que venir a Cajamarca porque tiene la pelvis estrecha y... veníamos pues... A mí solo me dijeron que era por la pelvis estrecha, no por la presión... Me sentí preocupada, yo sí estaba de acuerdo con que la refieran, su esposo no quiso para traerlo... La verdad no sé por qué... Porque es de bajos recursos...”*

“Yo también me dije no, porque no tenemos plata, no tenemos a donde llegar, de ahí ya acepté ya pues y vinimos... porque pensé que era mejor. Llegamos, estuvimos en la sala de espera, le pidieron exámenes para que entre a la sala del parto, y cuando la Sra. Obstetra me llama para firmar que su parto era normal, yo estaba así a punto de firmar ya, y resultamos que convulsionó, y como ella convulsionó ya no se pudo dar el parto normal, sino pasó a cesárea.”

“Yo sentí preocupación, sentía como si ya la había perdido (solloza), ... sí... me asusté mucho...ahí me dijeron que convulsionó por lo mismo de la presión, de la edad que tiene, como es menor de edad..... ahí mismo la atendieron, yo he estado ahí, justo viéndolo también, si la han atendido... La verdad, no sé cuánto tiempo habrá estado convulsionando, yo la vi ahí, pero luego ya la han pasado a ver más doctores, más especialistas me dijeron y ya por ahí no me han dejado pasar, y de

ahí ya la han pasado para acá para la sala de operaciones, ya peor ahí no me han dejado entrar; y cuando ya le han sacado, ya tampoco lo he visto yo, sino su pareja. Ahí nos dijo, ya lo sacaron ya, la pasaron a UCI dijo, ni qué es UCI nos explicaron ... nada... luego he entrado vuelta a verlo y ya lo encontré ahí en el UCI que dicen, cuando la vi ahí, yo seguía igual preocupada, porque ella seguía dormida, habrá estado 2 días así”

“... Nos dijeron que lo habían hecho dormir de nuevo porque al momento que la han cesareado le habían puesto la anestesia, de ahí se ha despertado a las 12, y dijeron vuelta ha convulsionado, vuelta lo han hecho dormir, luego vuelta se ha despertado a las 5, igual ha convulsionado, por eso de nuevo dijeron que la han hecho dormir, así me han dicho... Luego ya no ha convulsionado, porque yo vine a exigir que lo atiendan pues, porque si no lo sacaba a una clínica, y cuando yo vine así a exigir, la han atendido, le llevaron a sacarle el análisis de la cabeza y ahí lo han traído y salió, gracias a Dios, salió todo bien, desde ahí empezaron a sacarle las mangueras, ella empezó a mirar, a hablar, ya cuando ya empezó así, ya he estado más tranquila (llora), y ahorita estamos contentos porque gracias a Dios salió todo bien, y en cualquier momento ya le darán de alta”

“Cuando la veía con los tubos pensaba que ella ya era muerta ya, y cuando me hacían pasar lo tocaba su corazón que latía, me decían que está bien, que ella está tranquila, sino que está durmiendo, y así lo pasó (llorando)...Para mí sí ha sido bien difícil...”

Flor: *“Yo no recuerdo cuando estaba en UCI...no sentía nada... Ahora, no me hace sentir nada (saber que estaba con tubos y dormida)... Sí, me siento triste al*

ver a mi mamá, cómo se siente y se preocupaba... (solloza)... no sé por qué habrá pasado...”

Fresia: *“Dijeron que le ha pasado eso porque es menor de edad dicen... pero la verdad no sé porque será pue...”*

Flor: *“Sí, creo que pude haber muerto... me ayudó todo lo que me ponían, los sueros, la sangre... no sé ... sobreviví porque quizás es una nueva oportunidad, y voy a tratar de aprovecharla...”*

Fresia: *“Yo siento alegría, lo que le ha ayudado es Dios... y también las medicinas, pero en primer lugar Dios, en segundo lugar oxígeno, medicinas y eso...”*

4.2. Obtención y presentación de las categorías emergentes

Para iniciar con el proceso de categorización, se realizó el procedimiento de codificación abierta haciendo uso del software Atlas. Ti versión 22.0.11, obteniendo un total de 638 códigos, de las cuáles se realizó un análisis del enraizamiento de cada código (cuántas veces aparecieron en los discursos) y la densidad de éstos (relaciones y subordinaciones de códigos). En la tabla 1 se muestra 50 de los 638 códigos identificados, los cuales tuvieron mayor enraizamiento y densidad según se detalla:

Tabla 1. Codificación abierta con mayor enraizamiento del análisis de los discursos de MME.

N°	Código	Enraizamiento	Densidad	N°	Código	Enraizamiento	Densidad
1	● YO	139	123	26	○ NO ME DIJERON	13	17
2	○ DIJERON	84	92	27	○ NO SÉ	18	17
3	○ PERSONAL DE SALUD	67	74	28	○ PLACENTA	10	17
4	○ RECUERDO	23	46	29	○ NO SENTÍ	10	16
5	○ BEBÉ	30	44	30	● PENSABA	9	16
6	● MAMÁ	33	41	31	○ EMBARAZADA	9	15
7	○ TENGO	50	36	32	○ REFERENCIA	10	15
8	○ DOLOR	26	36	33	○ NOSOTROS	12	15
9	○ HOSPITAL	33	36	34	○ ME HICIERON	20	15
10	○ SOBREVIVIR	17	35	35	● SANGRADO	15	15
11	○ ME SENTÍA	25	32	36	○ HOSPITALIZACION	6	14
12	● UCI	19	30	37	○ LIMA	11	14
13	○ ESTABA	73	30	38	○ HIJOS	12	14
14	○ CESÁREA	22	30	39	○ MUERTO	8	13
15	○ FAMILIA	18	27	40	● NO VIAJÉ	6	13
16	○ ESPOSO	13	23	41	● SI ESTABA DE ACUERDO	9	13
17	○ POSTA	17	22	42	○ ME PREOCUPÉ	15	13
18	○ TRANQUILA	25	20	43	○ ME PASABAN	9	12
19	○ DESPUÉS	23	20	44	○ POR QUÉ	12	12
20	○ EMPECÉ	12	20	45	○ DESPERTÉ	10	12
21	○ DIOS	11	19	46	○ ATENDER	14	12
22	● CREES	23	19	47	○ LE VI	6	11
23	● NO RECUERDO	17	18	48	○ NO	51	11
24	○ ECOGRAFÍA	15	18	49	○ ESPERAR	4	11
25	○ AYUDA	13	18	50	○ PROBLEMAS	5	10

RESUMEN - Título: ATLAS. Ti – Informe de códigos - **N° de discursos:** 6 - **Número de códigos:** 638 – **Fecha:** 10 de abril del 2022

Fuente: Atlas. Ti – Análisis de discursos de MME

Para concluir con el proceso de categorización, se realizó la codificación axial, la cual también se realizó a través del software Atlas. Ti versión 22.0.11, reduciendo las unidades analíticas de 638 a un total de 105 códigos que se detallan a continuación:

Tabla 2. Codificación axial del análisis de los discursos de MME.

N°	Código	N°	Código	N°	Código
1	o DISCURSO DEL YO	36	o LAS ENFERMERAS DE UCI ME HACÍAN REÍR	71	o MI ESPOSO ME VIO MUY MAL
2	o ME AYUDÓ A SOBREVIVIR	37	o CONVULSIONÉ	72	o LE DIJE A MI MAMÁ
3	o MATERNIDAD	38	o YA ME QUEDABA	73	o NO VEÍA A MIS HIJOS
4	o EMOCIONES	39	o TENGO MUCHO QUE HACER CON MIS HIJOS TODAVÍA	74	o ME REFIRIENRON AL HOSPITAL
5	o INTERVENCIONES MÉDICAS	40	o ME FALTABA EL AIRE	75	o LAS MEDICINAS
6	o ME SENTÍ	41	o LA OBSTETRA FUE A MI CASA Y LE EXPLICÓ A TODA MI FAMILIA	76	o IMAGINABA QUE ME VOY A MORIR
7	o PERSONAJES FAMILIARES	42	o SANGRADO	77	o MI BEBÉ ESTABA EN PELIGRO
8	o LO QUE OTROS DIJERON	43	o INICIO	78	o OTROS TAMBIÉN ME DIJERON QUE PODÍA PASAR ALGO MALO
9	o EMPECÉ CON DOLOR Y...	44	o ME PREOCUPÉ	79	o ASÍ ME DIJERON
10	o NO RECUERDO MUY BIEN	45	o NO CREO QUE HUBIERA MUERTO	80	o ESCUCHÉ A LOS MÉDICOS
11	o INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	46	o NO SABÍA A QUIEN CREERLE	81	o LOS MÉDICOS DIJERON
12	o DESPERTÉ EN UCI	47	o YO NO LO CREO	82	o DIJERON QUE MI CASO ERA MUY GRAVE
13	o PERSONAJES DE SALUD	48	o YO CREO	83	o DIJERON PUDISTE HABER MUERTO
14	o ME HICIERON...	49	o YO ME SENTÍA MAL	84	o BUSCABA A MI BEBÉ
15	o MI BEBÉ	50	o SE SIENTE INCÓMODO COMO MUJER	85	o SOBRVIVÍ EN PRIMER LUGAR POR DIOS
16	o PENSAMIENTOS DE MUERTE	51	o SIENTO QUE ESTOY BIEN	86	o EL DOCTOR
17	o GRACIAS A DIOS	52	o YO TENGO QUE IR A LA POSTA	87	o LA POSTA
18	o INCREULIDAD	53	o YO NO VIAJÉ POR MI ECONOMÍA Y MIS HIJOS	88	o LA VOLUNTAD DEDIOS
19	o RESIGNACIÓN	54	o YO DECIDÍ	89	o SIEMPRE ESTUVE CONSCIENTE
20	o DECISIONES	55	o YO ESTABA DE ACUERDO	90	o NO ESTABA MUY CONSCIENTE
21	o ACTORES INSTITUCIONALES	56	o YO PREFERÍ	91	o ME HABRÉ DORMIDO
22	o LOS OTROS PERSONAJES	57	o HE ENFRENTADO SITUACIONES DIFÍCILES	92	o NO RECUERDO
23	o SITUACIONES	58	o LO ÚNICO QUE IMAGINABA ES QUE VOY A MORIR	93	o YO RECUERDO
24	o ACCIONES	59	o MI BEBÉ SE QUEDABA PEQUEÑA	94	o ME EXPLICARPN PORQUE ESTABA EN UCI
25	o ME ANESTESIARON	60	o YO ESTABA UN POCO MÁS TRANQUILA	95	o LOS SUEROS
26	o PARTO	61	o YA ME SENTÍA ALEGRE	96	o ESTUVE EN UCI 4 DÍAS
27	o YO QUERÍA QUE ME DEJEN MORIR	62	o ME SIENTO TRISTE	97	o SOY CREYENTE DE LA PALABRA DE DIOS
28	o CESÁREA	63	o TENÍA MIEDO	98	o ME SOBABAN MI ESTÓMAGO
29	o OTROS SÍNTOMAS	64	o ME ASUSTÉ	99	o ME HICIERON DORMIR
30	o PENSABA QUE LE HABRÁ PASADO A MI BEBÉ	65	o CUANDO NO ES PARA MORIR	100	o ME PASARON SANGRE
31	o YO YA ME DEJÉ AHÍ NO MÁS	66	o QUE DEBERÍA ESTAR EN UCI	101	o ME TUVIERON QUE SACAR EL ÚTERO
32	o EN LA POSTA NO ATIENDEN PARTOS	67	o LA FE	102	o ME PUSIERON OXÍGENO
33	o DEBÍA IR A LA POSTA	68	o LA VOLUNTAD DE DIOS	103	o EL OXÍGENO
34	o EL DOCTOR ME APOYÓ	69	o PENSAR EN MI BEBÉ	104	o NO HABÍA CAMAS EN UCI
35	o EL DOCTOR ME EXPLICÓ QUE MI CASO ERA MUY GRAVE	70	o VINO MI AMIGA	105	o PUDE HABER MUERTO

RESUMEN

Título: ATLAS. Ti – Informe de códigos axial - **N° de discursos:** 6 - **Número de códigos:** 105 - **Fecha:** 20 de abril del 2022

Fuente: Atlas. Ti – Análisis de discursos de MME

Para la estructuración y teorización de las categorías inductivas, se realizó un esquema organizacional en el software Atlas. Ti versión 22.0.11, haciendo uso de la codificación selectiva, donde se asociaron las categorías de acuerdo a su naturaleza y contenido, consiguiendo el refinamiento de éstas y generando seis (06) categorías núcleo emergentes, con sus respectivos factores, así como la aproximación conceptual:

Tabla 3.1. Categorías emergentes y aproximación conceptual de las vivencias de mujeres con morbilidad materna extrema

CATEGORÍA EMERGENTE	SUB - CATEGORÍA	FACTORES
1. DISCURSO DEL YO	1.1. Sentimientos, sensaciones y emociones	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Se siente incómodo como mujer</i> - <i>Me asusté</i> - <i>Empecé con dolor</i> - <i>Yo me sentía mal</i> - <i>Empecé con dolor y...</i> - <i>Me preocupé</i> - <i>Me siento triste</i> - <i>Yo estaba un poco más tranquila</i> - <i>Ya me sentía alegre</i>
	1.2. Decisiones	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Yo preferí...</i> - <i>Yo decidí...</i> - <i>Yo estaba de acuerdo</i>
	1.3. Acciones	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ahí mismo fui a la posta</i> - <i>Yo tengo que ir a la posta</i> - <i>Yo no viaje por mi economía y mis hijos</i>
	1.4. Situaciones	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Desperté en UCI</i> - <i>Se me complicó con la placenta</i> - <i>He enfrentado situaciones difíciles</i>
	1.5. Incredulidad	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Yo no lo creo</i> - <i>No creo que hubiera muerto</i> - <i>No sabía a quién creerle</i>
	1.6. Resignación y pensamientos de muerte	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Yo quería que me dejen morir</i> - <i>Lo único que imaginaba es que voy a morir</i> - <i>Pude haber muerto</i> - <i>Yo ya me dejé ahí nomás</i>
2. NO RECUERDO MUY BIEN	Sin subcategorías	<ul style="list-style-type: none"> - <i>No recuerdo muy bien</i> - <i>Yo recuerdo...</i> - <i>No recuerdo</i> - <i>No estaba muy consciente</i> - <i>Me habré dormido</i> - <i>Siempre estuve consciente</i>
3. “ME HICIERON...”	3.1. Intervenciones médicas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Me pusieron oxígeno</i> - <i>Me sobaban mi estómago</i> - <i>Me pasaron sangre</i> - <i>Me hicieron dormir</i>
	3.2. Intervenciones quirúrgicas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Me anestesiaron</i> - <i>Me pasaron a cesárea</i> - <i>Me atendieron el parto</i> - <i>Me tuvieron que sacar el útero</i>

Fuente: Atlas. Ti – Análisis de discursos de MME – Adaptación propia.

Tabla 4.2. Categorías emergentes y aproximación conceptual de las vivencias de mujeres con morbilidad materna extrema

CATEGORÍA EMERGENTE	SUB - CATEGORÍA	FACTORES
4. MI BEBÉ	Sin subcategorías	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Buscaba a mi bebé</i> - <i>Mi bebé estaba en peligro</i> - <i>Mi bebé se quedaba pequeña</i> - <i>Yo ya estaba sin mi bebé cuando desperté</i>
5. LOS OTROS PERSONAJES	5.1. Personajes familiares	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Le dije a mi mamá</i> - <i>No veía a mis hijos</i> - <i>Mi esposo me vio muy mal</i> - <i>Tengo mucho que hacer con mis hijos todavía</i> - <i>Vino mi amiga</i>
	5.2. Personajes de salud	<ul style="list-style-type: none"> - <i>El doctor me apoyó</i> - <i>El doctor me explicó que mi caso era muy grave</i> - <i>Las enfermeras de UCI me hacían reír</i> - <i>La obstetra fue a mi casa y le explicó a toda mi familia</i>
	5.3. Actores institucionales	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Debí ir a la posta</i> - <i>Me refirieron al hospital</i> - <i>En la posta no atienden partos</i>
6. “ME AYUDÓ A SOBREVIVIR”	Sin subcategorías	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pensar en mi bebé</i> - <i>Las medicinas</i> - <i>La posta</i> - <i>El doctor</i> - <i>La voluntad de Dios</i>
<p>Aproximación Teórica: CASI MORIR PARA DAR VIDA: BUSCANDO LA SUPERVIVENCIA MATERNA HOLÍSTICA Y HUMANIZADA</p>		

Fuente: Atlas. Ti – Análisis de discursos de MME – Adaptación propia.

4.3. Discusión sobre las categorías emergentes

Tras el análisis cualitativo de los discursos, se obtuvo seis (6) categorías, las cuáles son: “El discurso del Yo”, “No recuerdo muy bien”, “Me hicieron...”, “Mi bebé”, “Los otros personajes” y “Me ayudó a sobrevivir”; a través de las cuales se llega a la siguiente aproximación teórica “*Casi morir para dar vida: Buscando la supervivencia materna holística y humanizada*”. Estas categorías surgen tras el análisis y comprensión de los discursos de las mujeres que vivenciaron este evento obstétrico adverso de morbilidad materna extrema, pues, tal como señala Kitayama y Cohen, las mujeres recrean mentalmente estos acontecimientos haciendo uso de sus aspectos intelectuales, culturales, emocionales y afectivos (21), expresando sus vivencias en relación a su contexto y desde su propia perspectiva.

Todas las mujeres entrevistadas, además de relatar los acontecimientos que atravesaron durante el episodio de morbilidad materna extrema, introdujeron en cada narración sus emociones, sentimientos, preocupaciones y entendimiento, en su interrelación con el mundo y durante un momento específico de su existencia, tal como lo señala Vygotsky (25), alcanzando el surgimiento de las seis categorías que emergen del análisis en conjunto de cada discurso de las vivencias, donde se reflejan sus características propias y las de su contexto.

Cabe resaltar que los resultados coinciden, en cierta manera con otras investigaciones; como es la de Valencia J, que guarda relación al mencionar entre sus categorías a la “desconexión” y “los otros” (11), congruentes con las categorías de la presente investigación: “No recuerdo bien...” y “los otros personajes”. De igual forma, Rangel, et al., señala entre sus categorías “sinónimo de muerte” y “situación ilegítima” (12) que se asemeja con “Me ayudó a sobrevivir...” y a una de las subcategorías del “Discurso del Yo”, denominada “incredulidad”.

1. Categoría 1: “Discurso del Yo”

La primera categoría y la más amplia, “El discurso del Yo”, ha emergido a raíz de diferentes y amplias constantes donde cada mujer expresa en sus narraciones ser la protagonista de cada acontecimiento vivido, coincidiendo con algunas de las cualidades presentadas por Valencia, J, pues, la mujer al narrar su vivencia se muestra como la actriz principal, aún a pesar, que el personal de salud no la tiene en suficiente consideración (11). En la presente investigación, cada mujer entrevistada recalcó reiteradamente su forma sentir, pensar, proceder, etc., e intentó dar una razón de sus acciones durante cada momento de su enfermedad. De esa forma, esta categoría se compone de seis subcategorías: Sentimientos, sensaciones y emociones, Decisiones, Acciones, Situaciones, Incredulidad y Resignación y pensamientos de muerte.

1.1.Sub categoría Sentimientos, sensaciones y emociones

Los testimonios de las mujeres trataron de expresar de diversas formas lo que sintieron en diferentes momentos del evento adverso de morbilidad materna extrema; si bien es cierto, cada una emana diferentes sensaciones, se puede señalar en forma general, que los principales sentimientos que emergen de cada discurso son el miedo, la preocupación y la angustia. Resultados similares encontró Celmira & Acuña, al señalar que estas travesías provocan un marcado sentimiento de temor, angustia e incertidumbre, así como sufrimiento por los síntomas físicos y procedimientos dolorosos (86). De igual forma, Rangel, et al., señalan que prevalece la ansiedad y el miedo, llegando a la resignación de un suceso no deseable o a la autoculpabilidad de la MME (12).

Estos sentimientos y emociones se han manifestado sobre todo durante los momentos iniciales de la complicación obstétrica, donde ellas empiezan a notar en el embarazo o en el parto mismo, alguna situación que no transcurre con normalidad o que les causa temor, ya sea porque se percatan de la existencia de algunos síntomas de alarma o porque durante

sus atenciones obstétricas les manifiestan que tienen un embarazo de mucho riesgo, distinguiéndose en las siguientes narraciones:

“Me sentí con los pies hinchados, y se hacía así mis pies (señalando); me preocupé y le decía a mi mamá que mis pies están hinchándose...” (Adriana, 24 años, MME por preeclampsia severa e insuficiencia respiratoria).

“...empecé más, más (angustiada)..., donde una enfermera le dijo al doctor que necesitaba oxígeno ya, porque ya, yo misma me quedaba...” (Betty, 21 años, MME por preeclampsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Me asusté cuando vi el sangrado, porque dijeron que mi caso es muy grave... La verdad sí estaba un poco nerviosa, porque como le digo, ya me habían dicho que el hospital no está preparado para este tipo de casos...” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“En ese momento mi cuerpo se empezó a debilitar, decaerse, me asusté porque empecé a sangrar, no me explicaban nada...” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

Posteriormente, después de los episodios álgidos de la patología, cuando ellas inician su proceso de recuperación, y en algunos casos recobran la conciencia, manifiestan tener sensación de tranquilidad y calma al notar que el peligro para sus vidas está pasando y se van a recuperar, incluso refieren sentir alegría por su bienestar:

“...pero después ya, así, así, ya me he tranquilizado conforme pasaban los días, me tranquilicé”, “Me alegra porque a pesar que he pasado por situaciones difíciles, lo he enfrentado normal” (Betty, 21 años, MME por preeclampsia severa e insuficiencia respiratoria)

“Bueno... me siento ahora tranquilo, bien, sí, ya no estoy preocupada” (Carla, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida).

“El médico que estaba ahí se acercó y me dijo que ya había pasado... Y ahí sí, me sentía tranquila (con una expresión como si se hubiera quitado un peso de encima), sí, estaba más calmada... (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“Estaba menos preocupada ya, más aliviada, más tranquila, sabía que me iba a recuperar y que me iba a ir a verla a mi hijita” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

“Ella empezó a mirar, a hablar, ya cuando ya empezó así, ya he estado más tranquila (llora)” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Sin embargo, no se puede dejar de lado, los sentimientos que les provocó a algunas de ellas el no tener a sus recién nacidos a su lado, ya que a consecuencia de la complicación, tuvieron un bebé prematuro que requerían de atención especializada, expresando también preocupación y estrés:

“Sería por estrés, preocupación también, porque más estaba preocupada por mi bebé, porque me dijeron, algunos doctores me decían que ya era su hora, y otros me decían que todavía, ¿total?, no sabía a quién creerle...”, “Por otro parte, preocupada por mi bebé, mis familiares me pasaban la voz cómo estaba, porque los doctores no me decían nada” (Betty, 21 años, MME por preeclampsia severa e insuficiencia respiratoria)

“Y eso, o sea me hacía sentir recontra mal, para no tenerlo a mi hijo para que lacte, me preocupaba, que mame su seno, era una preocupación” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

Al respecto, Chávez & Acosta coinciden también con los resultados, pues señalaron que la separación madre hijo dificulta la lactancia, lo que produce sentimientos de culpa, arrepentimiento y sensación de fracaso como madre por la ruptura prematura del vínculo, lo que terminan agrupando en la categoría que denominaron “la complicación: la angustia de la separación” (63). De igual forma manifiesta Valencia J, quien señala que un bebé pretérmino que no tiene contacto y amamantamiento precoz y el cual está en riesgo de muerte provoca un momento de crisis para la familia en general, provocando ansiedad, preocupación y confusión, señalando la necesidad que surge en la mujer por salir de su situación y apoyar a su bebé (11).

Tampoco se puede dejar de mencionar, algunas particularidades resaltantes, como es el caso de Danna, a quien desde el inicio del embarazo le indican que “*su caso era muy grave*”, pues le diagnostican placenta acreta planteándole la necesidad de acudir a la ciudad de Lima para un tratamiento con mayor seguridad, sin embargo, por múltiples factores como su economía y su otro hijo no puede acudir; aun así, el caso se resuelve satisfactoriamente en el Hospital, pero Danna queda con una secuela importante y delicada en el aspecto femenino, que le genera los siguientes sentimientos:

“Me preguntaron, me dijeron que si tenía conocimiento de mi caso que estaba muy grave, y si sabía cuál era la gravedad que yo estaba corriendo, de perder el útero, o que no también...”, “mmm... se siente de repente un poco incómodo como mujer, porque es parte de nuestro cuerpo, de repente ya no voy a poder menstruar, es lo que me han dicho también... pero a la vez un poco aliviada,

porque siento que estoy bien y que voy a poder ver a mis hijos” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

En el relato de Danna se percibe que, de alguna manera había aceptado la posible eventualidad de perder el útero, no dejando de manifestar cierta incomodidad al tratarse de un órgano que socialmente es tomado como símbolo de femineidad. No obstante, ella no deja que estas circunstancias le afecten emocionalmente, pues reconoce que ha sido una forma de salvarle la vida para que continúe principalmente a lado de sus hijos, demostrando que ellos eran su prioridad en todo momento. Así también, lo afirman Chávez y Acosta, quienes señalaron que las participantes de su investigación mencionaron que las afecciones corporales no son tan relevantes para la mayoría, pues reconocen que fue para salvarles la vida y estar con sus familias (63).

Circunstancias similares se observan en el estudio de Valencia J., quien obtuvo los discursos de dos mujeres que tuvieron como desenlace no deseado la histerectomía; sin embargo, en uno de estos casos, la mujer ya tenía conocimiento desde la planificación del embarazo que existía este riesgo, no causando mayor impacto en ella cuando sucedió, lo que no ocurrió en el otro caso, pues la mujer no se imaginaba que iba a tener la secuela de quedarse sin útero, afectando sus creencias personales, aunque finalmente aceptando su situación (11).

Ante lo mencionado en el párrafo anterior, se evidencia que disminuye el impacto emocional en las mujeres ante estas secuelas (histerectomía) cuando han sido advertidas o discutidas previamente, tal como sucedió con Danna; sin embargo, no en todos los casos se puede tener previo conocimiento de estas secuelas, cada consecuencia física o psicológica será diferente en cada mujer, y su reacción también lo será, por lo que su manejo debe ser de forma personalizada.

Otro aspecto importante a notar, es en el relato de Flor de 15 años de edad, que tuvo eclampsia y disfunción hematológica; no obstante, su condición de adolescente no le permite asimilar cabalmente la gravedad de la patología por morbilidad materna extrema que tuvo, manifestando poco interés en expresar sus emociones, incluso mostrándose introvertida durante la entrevista. Al respecto Virgen A, señala que los adolescentes tienen poco control de sus emociones y suelen reconocer los estímulos externos de manera despreocupada (87). Esto se refleja en Flor, quien se está enfrentando a una situación bastante complicada para una adolescente, por lo que durante la entrevista ella se muestra algo despreocupada y desentendida de la situación y su gravedad.

Al ser menor de edad, se encontraba acompañada de su madre Fresia, quien también participó de la entrevista, y de alguna manera facilitó un poco más la expresión de Flor, sin embargo, se exterioriza en Fresia, como familiar directo de Flor, un mayor grado de discernimiento de lo que le sucedía a su menor hija, ejerciendo determinada influencia en el actuar y vivenciar de Flor durante el evento obstétrico adverso, así como, la de su esposo:

“Los médicos me hablaron de cómo estoy y nada más. Estaba tranquila... hasta el momento estoy tranquila, ya no tenía miedo. Sí me preocupé por mi bebé, pensaba que no estaba, ¿qué le habrá pasado?, nada más... pregunté por él y si me explicaron” (Flor, 15 años, MME por eclampsia más disfunción hematológica).

“Sentí preocupación, sentía como si ya la había perdido (solloza), ... sí... me asusté mucho...ahí me dijeron que convulsionó por lo mismo de la presión, de la edad que tiene, como es menor de edad...” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Por otro lado, es importante reconocer que muchas de estas emociones de las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema fueron provocadas por cómo se sintieron físicamente, todas ellas expresan una sensación de vulnerabilidad que percibieron ante la manifestación de sus síntomas:

“En la noche es cuando ya me sentía mal, parecía que se parte por acá (señalando su abdomen), no me dejaba ni respirar...” (Adriana, 24 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Lo que pasó es que cuando ya estaba cerca del hospital, me dolió demasiado la cabeza, mi pecho y mi espalda me dolía demasiado, empezaba a agitarme” (Betty, 21 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Me tuvieron que poner vendas todo, hasta que se siente el corte, cuando empieza a salir sangre, vi a los doctores que se desesperaban, empezaron a correr para acá para allá todos, y yo, a mí me empezó a faltar el aire” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida)

“Cuando llegué aquí ya no sentía mi cuerpo, nada solamente empecé a ver borroso” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

Situación similar se muestra en el estudio de Valencia, J, quien presentó su categoría “darse cuenta”, haciendo referencia al momento en que inician los síntomas de la complicación obstétrica, a su vez, estos signos y síntomas de alarma provocan sentimientos de temor y confusión (11). Esta reacción psicológica y emocional de las mujeres se observa presente desde el inicio de las vivencias, por lo que, deben ser consideradas para buscar evitar que empeore la situación de salud; se ha observado en

diferentes situaciones que unas pocas palabras de calma por parte del personal de salud contribuyen a la confianza que el paciente le brinda durante su atención y contribuye a evitar que estas sensaciones agraven la situación física de la mujer.

1.2.Subcategoría Decisiones

Las decisiones es otro de los factores que se expresan en el “Discurso del Yo”, en este aspecto se puede evidenciar que muchas de las mujeres tomaron decisiones en relación a la opinión o consejos de sus familiares, otras por las condiciones de la atención de su salud, otras no ejercieron su autonomía propia porque el personal de salud tomó decisiones en su nombre, probablemente de urgencia, pero que no fueron consultadas con ellas mismas o sus familiares, ni tampoco explicadas antes o después del evento obstétrico.

Valencia, J encontró en su categoría “Darse cuenta” que la decisión de las mujeres para buscar ayuda ante la percepción de los síntomas de la complicación obstétrica, lo hacen inicialmente en su red de soporte social, ya sea con sus familiares, vecinas o amigas, y luego optan por acudir a los servicios de salud con algún acompañante (11); todo esto también se observa en la presente investigación, pues, la toma de decisiones de las entrevistas se vio influenciada, de una u otra forma, por otras personas involucradas en su vida personal, como el esposo o la mamá:

“Feo me hacía, parecía que se parte, de ahí ya el jueves dicen ya a lo mejor quiere cesárea, de una vez le dije yo...” (Adriana, 24 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Bueno, primero no estaba de acuerdo (sonríe), después ya me decidí ya pues... porque no había otra más... No estaba de acuerdo porque ya me habían hecho la primera vez cesárea también, pero me dijo (la doctora) que iba haber riesgo”

(Carla, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida).

“Me pidieron autorización para poder ligarme... Yo no había conversado todavía con mi esposo, salieron a preguntarle a mi esposo, no sé qué habrá dicho él, yo pensaba al menos que por mi salud estaría bien, porque bueno ya tenía 2 hijos...” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“De frente me han trasladado, no me dijeron si estaba de acuerdo, porque era para que me hagan en Simón Bolívar, pero los anestesiólogos, no sé qué pasó, no han querido, me han referido para acá al regional” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

“Le conté primero a mi mamá... decidimos ir a la posta por lo que más y más ya me dolía” (Flor, 15 años, MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Todas estas decisiones, no solo se vieron influenciadas por el momento de la emergencia o el estado de salud en el que se encontraban, sino también por el aspecto socio-cultural, la edad, la educación, la familia y otros factores histórico-culturales en los cuales se desenvuelven todas las entrevistadas en su día a día; es decir, existe todo un contexto alrededor de ellas, por lo que, cada una percibe de diferente manera las situaciones vividas durante la morbilidad materna extrema, ejerciendo también de diferente manera su capacidad de decisión.

Sin embargo, se resalta en los relatos de las mujeres que en algún momento durante la emergencia dejan de ejercer su autonomía para tomar decisiones, y es el personal de salud quien decide las acciones que va a realizar sin previamente ponerle de conocimiento y/o

consultarle. Valencia, J., de igual forma, menciona que en ocasiones las decisiones del manejo de la morbilidad materna extrema son decisiones del personal de salud que labora en los establecimientos (11); aunque este aspecto es resaltado en los discursos, las mujeres terminan aceptando esta situación porque al verse involucrada en la emergencia perciben no tener otra opción.

Al respecto, Osamor P, et al. y Tiruneh F, et al., mencionaron en sus respectivas investigaciones que existen factores que afectan la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones durante su atención médica, volviéndolas vulnerables o propensas a adquirir alguna enfermedad; recomendando el empoderamiento de la autonomía de las mujeres ya que influye positivamente con la utilización de los servicios de salud materna (88,89). Sin embargo, dentro de las instituciones de salud, también es necesario que se fortalezca esta autonomía de las mujeres, pues son seres humanos que están esperando ser tratadas con dignidad y respeto a sus creencias, principios y valores; entendiéndose que al estar en riesgo su vida durante la MME, por lo menos, se le debe comunicar y explicar con un lenguaje entendible cada procedimiento que se le pretende hacer.

Lo mencionado en el párrafo anterior, se observa cuando a una de ellas ni si quiera le consultan, ni le comunican las razones de su traslado a otra institución, siendo la decisión tomada exclusivamente por el personal de salud; mientras que a otra de las mujeres entrevistadas la persuaden respecto a la decisión de optar por una segunda cesárea como mejor opción, a pesar de manifestar su desacuerdo. Nótese que la actuación del personal médico, si bien se basa en el estado de salud de la paciente y la emergencia del momento, deja de lado el derecho, pero sobre todo, el sentir de cada mujer y la necesidad de decidir por sí misma, asimilándolo de tal forma que no tiene injerencia en las decisiones de su salud, o reconociendo que el personal de salud no siempre tiene la disposición de comunicarle su estado de salud o proceso de atención.

Cabe resaltar, que esta pérdida de autonomía de las mujeres tampoco llegan a objetarla totalmente, pues también reconocen que sirvió para salvarle la vida. Al respecto, el estudio de Maney S, et al., indica que algunas mujeres pueden manifestar satisfacción en relación a delegar su autonomía al personal de salud, pues confían en su criterio médico para salvarle la vida o la de sus bebés (90). Lo contrario señala Szulik D, et al., ya que estas acciones pueden ser consideradas como violencia institucional y vulneración de derechos, puesto que las mujeres no participan, ni son informadas oportunamente sobre el diagnóstico y los procedimientos correspondientes (15).

Ante ello, Quemba, MP menciona que las mujeres que sobrevivieron a algún evento de morbilidad materna extrema, suelen vivir en un contexto donde generalmente no pueden ejercer su autonomía libremente, por causa de diferentes determinantes sociales que reflejan su realidad y que provoca que existan personas menos favorecidas de los servicios de salud, provocando deshumanización en los servicios de salud y en la atención de la salud materna, pues la mujer es observada como un objeto, un conjunto de signos y síntomas al que se le agrega un número más de atención (91).

En ese sentido, los discursos de las mujeres que participaron en la presente investigación reflejan la necesidad que tienen de solicitar “tácitamente” el respeto a sus derechos, a tomar decisiones en beneficio de su salud y hacer ejercicio de su autonomía, o por lo menos de conocer y ser informadas en forma oportuna y comprensible sobre las enfermedades que padecieron, las causas y los procedimientos que les realizaron, de tal forma que puedan entender cada travesía de la propia historia que vivenciaron durante la morbilidad materna extrema.

Por otro lado, en algunos fragmentos de los discursos se observa que la toma de decisiones de algunas de ellas, también se ve influenciada en lo que piensa la familia, como es el caso de Danna que deseaba consultarle a su esposo sobre la ligadura de trompas, o el caso

de Flor, cuyas decisiones fueron tomadas en conjunto con su madre. Esto también se puede expresar según los términos de Szulik D, et al., pues, señalaron que las mujeres toman decisiones y buscan ayuda en los servicios de salud siguiendo los consejos de sus parejas, sus madres, vecinas, entre otros (15).

En el caso de Danna, se aprecia que el esposo es un pilar fundamental en su vida para la toma de decisiones, pues ella prefiere que éstas sean tomadas en conjunto; tal es así, que a pesar de conocer que la histerectomía era una de las probables consecuencias de su patología, ella aún se preocupaba por lo que su esposo pudiera pensar en relación a tener otro hijo, dejando de lado su intención de decidir por sí misma cuando le preguntan por optar por una esterilización, a pesar de percibir el riesgo al que se expondría en un futuro embarazo.

Al respecto, Rangel, et al., señala que las mujeres de su estudio, en su categoría “sinónimo de muerte”, señalaron que está experiencia, así como la influencia del personal de salud, la orillaron a decidir acceder a la esterilización, sin embargo, otras mujeres prefirieron asimilarlo como una amenaza que volverán a enfrentar en un próximo embarazo, ya que no asumen el control personal de sus decisiones respecto a su salud reproductiva, sino que influye la decisión de su pareja o familia (12), esto genera sentimientos ambiguos en las mujeres sobre lo que puede pasar si aceptan o rechazan un futuro embarazo.

Mientras que, en el caso de Flor, es notoria y comprensible la necesidad que tiene de que su madre intervenga en la resolución de su caso, pues se trata de una menor de edad que no desarrolla aún su criterio propio o la capacidad para tomar decisiones por sí sola, sobre todo cuando se presentan circunstancias difíciles relacionadas a su propia salud. En ese sentido, el personal de salud debe desarrollar capacidades de empatía también con la familia, pues se convierten en personajes fundamentales y estratégicos en la toma de decisiones de las mujeres respecto a su salud reproductiva.

1.3.Subcategoría Acciones

Las acciones de cada mujer entrevistada fueron basadas en las circunstancias que trascurrían en cada momento, muchas de ellas manifiestan que realizaron ciertas cosas por su propia decisión, mientras que otras fueron estimuladas por sus familiares también. Sin embargo, en todas ellas se denota la necesidad de realizar alguna acción que sirva para el cuidado de su salud o prevenir algún riesgo:

“(Mi mamá) me dijo que tengo que ir a la posta, y nos fuimos y madrugamos, ahí mismo me fui en la mañana, ese mismo día” (Adriana, 24 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Fui al hospital también, me llevaron, en donde ya fui con 2 de dilatación”, “porque en Bambamarca no me hacían nada, y es donde ahí, casi ese mismo momento, vine para acá a Cajamarca” (Betty, 21 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“O sea, que ya yo tuve dolores ¿no?, y vine porque en mi posta me dijeron para venir a Simón Bolívar, yo soy de la posta de Porcón Bajo, y ahí me dijeron que vaya a Simón Bolívar o Pachacútec porque ahí no se atiende partos” (Carla, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida).

“Teníamos que ver muchas cosas, aparte, nosotros con mi esposo estábamos entre ida y venida, nos citaban a Baños, nos citaban a la posta de Otuzco, vuelta aquí al hospital, a veces él no trabajaba y la economía a veces no nos alcanza, tenía que ver allá en donde nos íbamos a quedar todo, yo ya tenía listo todos mis papeles todo, la referencia de allá, mis tickets de cita, mis tickets de laboratorio, mis tickets de ecografía que allá me iban a sacar, pero no viajé, no viajé.” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más

acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“Luego ya no ha convulsionado, porque yo vine a exigir que lo atiendan pues, porque si no lo sacaba a una clínica, y cuando yo vine así a exigir, la han atendido” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

En Adriana se puede observar que, inicialmente, tuvo dudas para realizar alguna acción al percatarse que presentaba síntomas “extraños” en el embarazo, sin embargo, opta por acudir a su mamá, quien la impulsa a ir a la posta a consultar sobre su salud. Es por ello que, López K, señala el valor que tiene involucrar a la familia de las gestantes, pues son quienes están alrededor y orientan a la realización de ciertas conductas, es por ello, que señala la importancia de educar concienzudamente a las mujeres, sus familias y la sociedad en general sobre cuidados a lo largo de la concepción, parto y puerperio y a la búsqueda de ayuda obstétrica oportuna de ser necesario (92).

Se evidencia a lo largo de las narraciones, que la mayoría de acciones realizadas por las mujeres se basaron en la búsqueda de ayuda ante algún síntoma de alarma o ante la posibilidad del inicio del trabajo de parto. Incluso, algunas de estas acciones se basan en recomendaciones de familiares o del mismo personal de salud, como es el caso de Carla, cuya atención se daba en un centro de salud de menor complejidad donde no atienden partos; por lo que, siguiendo el consejo del personal de salud, acude a otro establecimiento para la atención de su parto, sin terminar de entender los motivos reales por los que tiene que acudir a un lugar lejano para ella, pues se identifica falta de conocimiento, tanto en relación al riesgo que presenta en el parto por el antecedente de cesárea, así como, de la capacidad resolutoria que tiene cada establecimiento de salud.

En ese sentido, Valencia J, muestra situaciones contrarias al identificar en su población un conocimiento indirecto del manejo de la Red de Servicios de Salud, pues manifestaba que las mujeres aprendieron a reconocer los síntomas de peligro orientándoles a acudir a un establecimiento de salud en base a los riesgos que podrían presentar (11). Algo que no se observa en el presente estudio, pues si Carla acude a otro establecimiento de salud para la atención de su parto, lo hace porque en su institución le dijeron que no atienden partos, no teniendo claro la principal razón, la cual es el riesgo de tener una cesárea anterior, lo que la convertía en candidata de requerir una sala de operaciones de urgencia, por lo que, se debe entender que las mujeres tienen el derecho de conocer por qué necesitan ser atendidas en un establecimiento de mayor complejidad para tener un parto seguro.

No obstante, la situación de Danna es diferente, ella conocía desde el inicio del embarazo que presentaba una condición que la ponía en riesgo, tanto así que le plantearon la necesidad de referirla a la ciudad de Lima; sin embargo, a pesar que ella cumplió con todo lo que el personal de salud le indicaba, no pudo realizar el viaje, pues, también se debe tener en cuenta, que existen otros factores y situaciones que influyen en las acciones que realizan las mujeres, como la responsabilidad de tener otro hijo, y peor aún, la situación económica en la que se encontraba ella y su familia.

Estos factores y cualidades no son tomados en cuenta al momento de realizar el acto médico; Danna cuenta en su relato todas las “idas y venidas” que realizó entre diferentes establecimientos de salud y el tiempo y circunstancias que transcurrieron para acceder a una atención de salud por un especialista, obteniendo como respuesta que su caso no era tratable en su propia ciudad, sino que debería dejar todo para atenderse en un establecimiento de salud de mayor complejidad en otra ciudad; incluso el mismo personal de salud que la atiende en teleconsulta le indica que primero tendrá que evaluarla personalmente, porque su criterio puede no coincidir con el criterio del personal de salud

de Cajamarca, causándole aún mayor preocupación e inseguridad respecto a si su caso, “que era muy grave”, se podrá resolver satisfactoriamente.

Durante toda la travesía que vive Danna, en ningún momento el personal de salud le pregunta si tiene los medios económicos o las posibilidades de dejar sus actividades diarias para viajar, llegando ella a manifestar que no lo hizo porque su “DNI estaba vencido”, probablemente como una forma de escusarse con un motivo ligero, tratando de esconder su realidad, pues percibía que las razones por las que no logró viajar realmente no eran trascendentales para el personal de salud, y peor aún, para todo el sistema de salud.

En cuanto a Flor, cuya edad cronológica influye en su falta de capacidad de tomar decisiones y acciones ante situaciones de emergencia o para mejoría de su estado de salud, se evidencia, como su madre Fresia, en su desesperación e impotencia de ver a su hija con riesgo de morir a causa de la morbilidad materna extrema que presentó, intentó hacer una especie de protesta o exigencia al personal de salud, solicitando que atiendan a su hija, siendo una forma de expresión y de liberar energía, creyéndola apropiada o como la única forma de ayudar a su menor hija.

1.4.Subcategoría Situaciones

A lo largo de las narraciones de cada una de las mujeres, afloran diferentes situaciones que enmarcan el contexto en que sucede los casos de morbilidad materna extrema, resaltando diferentes aspectos en cada una de ellas que consideraron importantes en aquel momento y tiempo determinado:

“Hasta que buscamos 2 motos, pasamos no más el día me habían sacado a las 3 de la tarde, primero me llevaron a Sabogal, llegaría a las 4 y media allí a Sabogal... de ahí, ahí mismo para acá vuelta, llegué de noche, me sacaron a las 5 de la tarde”, “Llegué a emergencia, me han subido más o menos cuarto para

las 6, ahí me han tenido 2 días creo, ahí ya no veía a nadie” (Adriana, 24 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

Para Adriana, una de las situaciones que más resalta durante su atención fue el tiempo que transcurre, percibiéndolo de alguna manera, como tiempo donde ella no tiene ninguna complicación, pues no tiene mayores síntomas que la hagan pensar que realmente su enfermedad es grave y amerite su hospitalización por tanto tiempo.

“Estuve internada desde el 23 hasta el 26 en el Hospital de Bambamarca, y entonces ya que me pusieron el medicamento para que no tenga dolor de parto, al día siguiente los médicos me dijeron que tengo que esperar nuevamente que me vengan los dolores, porque mi bebé ya se notaba que era de “28 semanas” por ahí (duda, probablemente se confunda con 38 semanas), y me dijeron que espere el momento para que me coja nuevamente los dolores, pero no, no sentía nada de dolor (confundida), estuve ahí internada hasta el 26, entonces, el 26 el doctor me dio de alta y es donde que de ahí mis familiares me dijeron mejor vamos a Cajamarca, (desconfiada)” (Betty, 21 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

Betty en cambio, resalta el hecho de haber estado hospitalizada por varios días en el Hospital de Bambamarca, pues no tenían un diagnóstico certero para ella y su bebé, puesto que, los médicos de la institución le daban diferentes diagnósticos cada día, hasta darle de alta, generando en ella dudas y desconfianza, por lo que, prefiere optar por la opinión del personal de salud de otra institución de mayor complejidad, quienes confirman sus dudas pues es justamente donde se desencadena toda la patología de morbilidad materna extrema.

“O sea, entre los doctores conversaban, pero a mí no me habían dicho, yo solo los escuchaba que decían que me deberían llevar a los cuidados (UCI) ¿no?,

pero como no había cama, me dejaron ahí (observación de emergencia)” (Carla, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida).

Carla, en su discurso resalta la situación de encontrarse en un lugar donde no le comentan o explican directamente los cuidados que ella requería, teniendo que captarlos de forma improvisada a través de las conversaciones que escucha del personal de salud, es por ello, que ella no tiene muy claro la necesidad que tenía de acceder a una atención especializada en el servicio de UCI. Al respecto, no se debe olvidar lo mencionado por Chávez & Acosta, pues indican que la afección emocional empeora en las mujeres con morbilidad materna si el ámbito hospitalario no cumple con las expectativas necesarias, siendo un ejemplo de esto, la falta de comunicación entre el personal de salud y la paciente (63).

De esta forma, todas estas situaciones anteriores reflejan la escasa comunicación efectiva que existe entre el personal de salud y los pacientes o sus familiares, pues si bien en algún momento las mujeres refieren haber escuchado o entendido algo sobre su atención, no tienen claro su diagnóstico preciso, ni su tratamiento o los procedimientos que les realizaron, ocasionando una serie de dudas que terminan generando sentimientos y emociones en las mujeres, las cuales perciben que tampoco son importantes para el personal de salud durante su atención.

“El día que yo iba a venir aquí al hospital para que me saquen ecografía, me sacan una prueba COVID en Baños del Inca, salgo positivo, y me mandaron 10 días de descanso a mi casa, y que después volviera para volver aquí al hospital. Paso más de 10 días, porque el doctor que me iba atender aquí, tenía reunión o algo así en la Diresa” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

Danna, refleja en su narración el tiempo que va transcurriendo mientras intenta acceder a una consulta con un especialista, así como también, se denota que quiere expresar las situaciones que ha tenido que enfrentar durante este proceso, donde se ve afectada incluso por la pandemia del COVID o por temas administrativos que involucran al médico especialista que la iba a atender. Esto hace que Danna se sienta afectada por los múltiples trámites burocráticos a los que se enfrenta, así como a las circunstancias diarias que se presenta en la vida; situaciones que la afectan emocionalmente, pues sabe el riesgo al que estaba enfrentándose de perder la vida y dejar a su familia.

En dicha narración, también se infiere la frialdad de los sistemas de salud, al no tomar en consideración ninguna de estas situaciones, por el contrario, se generan demasiados trámites y papeles para lograr una atención especializada, evidenciándose incluso, la necesidad que Danna tiene de por lo menos ser escuchada y entendida en lo difícil que fue para ella cada suceso a la que se enfrentaba diariamente, peor aún, conociendo que en cualquier momento se podría desencadenar una emergencia que afectará su vida y la de su bebé y con la incertidumbre de no saber si las instituciones de la ciudad serían capaces de resolver su problema de salud.

“Se me complicó con la placenta, estaba con contracciones, he dado a luz, todo me han atendido, y después que he dado a luz, la placenta se queda, o sea la obstetra lo suelta ¿no?, no es que se queda. Y de ahí se confunde y lo jala el útero.” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

Elisa también demuestra en su narrativa la necesidad que tiene que le expliquen porque le ocurre esa situación de complicación con la placenta, pues si bien sabe que la atendieron y que lograron salvarle la vida, no entiende por qué o cómo le sucedió la complicación, situación que asume como si se tratará de un error en su atención, pues, como ya se había

mencionado anteriormente, la escasa comunicación efectiva que hay entre el personal de salud y sus pacientes, imposibilita una correcta comprensión de la situación real de la patología que ella presentó.

“La verdad no sé cuánto tiempo habrá estado convulsionando, yo la vi ahí, pero luego ya la han pasado a ver más doctores, más especialistas me dijeron, y ya, por ahí no me han dejado pasar, y de ahí ya la han pasado para acá para la sala de operaciones, ya peor ahí no me han dejado entrar; y cuando ya le han sacado, ya tampoco lo he visto yo, sino su pareja. Ahí nos dijo, ya lo sacaron ya, la pasaron a UCI dijo, ni qué es UCI ... nada... luego he entrado vuelta a verlo y ya lo encontré ahí en el UCI que dicen, cuando la vi ahí, yo seguía igual preocupada, porque ella seguía dormida, habrá estado 2 días así” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

En el caso de Fresia, expresa la situación que vivió como familiar mientras observaba y esperaba la atención de Flor, quien estaba inconsciente durante esa parte de su experiencia; la familia reconoce en la situación que si la estaban atendiendo, pero que no recibían mayor información, tampoco les explicaron por qué pasaba a UCI, ni si quiera el significado de “UCI”, resaltando también el tiempo que transcurrió durante su espera; corroborando que es necesario mejorar la comunicación que existe entre el personal de salud y el paciente o su familia, pues se deja de lado los sentimientos de preocupación que causa estas situaciones provocadas por la morbilidad materna extrema.

En relación a lo mencionado anteriormente, Chávez y Acosta señalan que estas fallas en la comunicación entre los profesionales de la salud, el paciente y la familia, la atención tardía y la deshumanización durante la atención, provoca sentimientos negativos en las mujeres y la población en general frente al uso continuo de los servicios de salud (63).

Hoyos, L, quien en su investigación mostró que las mujeres tienen dos significados del cuidado postparto y postcomplicación obstétrica relacionada a sus prácticas culturales, las que pueden ser influenciadas desde el aspecto profesional, es decir, recomendaciones que el personal de salud brindó y se asimiló en la psique de la mujer, o también pueden surgir desde lo genérico, es decir desde el conocimiento folclórico, experiencias personales o de parientes cercanos (64).

Lo que significa, que las mujeres interpretan de diversas formas las recomendaciones del personal de salud, que además, a veces son poco comprensibles, pudiendo optar por practicarlas o dejarlas de lado, y aplicar los cuidados que ellas conocen por su experiencia previa; siendo esto, en ocasiones, un factor que contribuye a la identificación tardía de las complicaciones obstétricas graves, más aún si sus experiencias en servicios de salud son poco gratificantes, pues las mujeres no tendrán en su primera opción de búsqueda de ayuda en los establecimientos de salud, situación que debe cambiar, integrando también el aspecto cultural, tanto para contribuir con la humanización de los servicios de salud, así como, para disminuir la morbilidad materna extrema.

1.5.Subcategoría Incredulidad

Algunas de las mujeres entrevistadas han expresado percepciones de incredulidad de la gravedad de la enfermedad, coincidiendo este resultado con Rangel et al., quienes señalaron en su categoría “situación ilegítima o inventada”, pues algunas mujeres de su estudio se negaban a aceptar la experiencia que han vivido, incluso señalando que es una exageración del personal de salud asociada al interés que tienen por recomendarles la esterilización, otras manifiestan sentir una “inmunidad subjetiva” o que pudo haber sido consecuencia de una yatrogenia (12). En las mujeres de la presente investigación, esta incredulidad se asocia a que algunas no sintieron síntomas que las pongan en alerta, o

porque no tienen la edad suficiente para dimensionar el caso de MME, o porque no han logrado entender el tipo de patología o la forma en que resolvieron su situación de salud:

“No lo creo (que se una enfermedad peligrosa) (dudando)... ha sido si medio peligroso, no mucho, pero no lo siento así (incrédula y sonriente)”, “¿Muerto?, no, no, no sé, no creo. (sonríe entrecortada, incrédula)... Mejor vivir pues, porque muerta es estar acabada ya” (Adriana, 24 años, MME por preeclampsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Podría ser, bueno, antes no pensaba, ahora que me pasó, pues sí, he sobrevivido.” (Carla, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida).

“Sí (pudo haber muerto), También no sé por qué (pasó)...” (Flor, 15 años, MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Para Adriana no se trata de una enfermedad peligrosa lo que ha sucedido, no conoce la gravedad de la enfermedad, probablemente porque nadie en alguno de los establecimientos de salud en los que estuvo, tuvo la paciencia de explicarle adecuadamente desde el nombre de la enfermedad, hasta el daño que puede provocar en su organismo. Razón misma, por la que el personal de salud debe hacer mayor énfasis en acciones educativas y humanizadas que le den la oportunidad de conocer su enfermedad y cómo puede repercutir en su vida futura.

Cabe la probabilidad que, el desconocimiento de Adriana sobre la enfermedad que le provocó morbilidad materna extrema no sea lo único que influyó en su baja percepción del peligro de perder la vida, pues, no se debe olvidar que existen otros factores como el grado de instrucción o el mismo nivel de generalización del pensamiento que también intervienen en el momento en que el cerebro crea una concepción de alguna situación;

pudiendo incluso haber sucedido lo que Heidegger mencionaba en una de sus obras, donde el “ser” opta por un comportamiento de “huida de la realidad” (93).

De igual forma, para Carla, aunque sí se siente una sobreviviente, no es del todo consciente que ha tenido una patología grave, pudiendo ser probable que aún esté en proceso de asimilación de lo ocurrido, pues como ella misma dice “antes no pensaba” que pudiera estar en una situación similar. Mientras que, el caso de Flor, es muy particular, pues se trata de una menor de edad, en la que se debe tomar en cuenta lo que Vygotsky señala respecto a la edad, ya que es un factor influyente en el desarrollo de distintos significados y en la forma de cómo perciben sus vivencias (25). Ante ello, solo se puede señalar que Flor sabe que pudo haber muerto, pero no asimila completamente el sentido de su situación, prefiriendo desatender el tema al no intentar buscar explicaciones de la enfermedad que atravesó y continuar con su línea de tiempo desde ese momento.

Esta situación de incredulidad, la explica Valencia J, en su investigación, al mencionar que no siempre las mujeres al darse cuenta que tienen algunos síntomas de alarma que complican su embarazo las hace entender la gravedad de la complicación (11), por lo que, es necesario que el equipo de salud tenga una visión más holística al momento de realizar actividades de promoción de la salud, pues debe entender la cultura e idiosincrasia de cada mujer al momento de recepcionar estos mensajes, pues no siempre los consideran signos de alarma.

1.6.Subcategoría Resignación y pensamientos de muerte

En alguno de los discursos se denota expresiones de resignación, pues algunas manifiestan haber estado en una situación donde incluso preferían demitir, es ahí donde aparecen los pensamientos de muerte:

“Si me pasa algo, ya pues, ya me dejé ahí no más (actitud de conformidad)”

(Betty, 21 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Tenía miedo de repente que de verdad no estén preparados, no logren salvarme o en todo caso a mi hijo de repente” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida)

“Lo único que me imaginaba es que me voy a morir, y quería que me dejen morir (enfatisa) porque no aguantaba ya los dolores, eran demasiado doloroso” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida)

“Temía que me pase algo malo, nada más” (Flor, 15 años, MME por eclampsia más disfunción hematológica).

“Cuando la veía con los tubos pensaba que ella ya era muerta ya, y cuando me hacían pasar, lo tocaba su corazón que latía (llorando)” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Estos relatos, comprueba la concepción de la vida y la muerte desde el punto de vista antropológico que tiene Yepes, quien señaló que pensar que “uno va a morir” se convierte en un pensamiento tormentoso (33), evidenciándose aquello en esta subcategoría por el temor a la muerte que manifiestan que sintieron las mujeres durante su atención. Estos resultados coinciden con una de las categorías de Valencia, J llamada “Voy a morir”, donde describe que se surgen sentimientos, sensaciones y pensamientos de angustia, temor, culpa, al percibir el agravamiento de su enfermedad y distinguir acciones no verbales del personal de salud en relación a la urgencia y agitación que muestran durante su atención (11). También coinciden con Rangel, et al., en su categoría “Sinónimo de muerte”, pues esa fue la percepción de las mujeres en su estudio, logrando sobrevivir por una fuerza superior o divina (12).

Así también, es necesario mencionar la resignación que sintió una de ellas al saber que si bien es cierto sobrevivió, tuvo que perder parte de su cuerpo, como es el caso de Danna:

“Me explicó el doctor que me sacaron el útero, porque me dijo que habían tratado de salvarlo, pero que estaba muy dañado y que me lo tuvieron que sacar, y como yo ya tenía conocimiento que eso iba a pasar entonces lo tomé con calma, porque ya me habían explicado que eso podía pasar” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida)

Es indudable que situaciones como las que atravesaron las mujeres con MME van a surgir pensamientos alrededor de la muerte, se evidencia la fragilidad de la humanidad donde solo le queda es resignarse a lo que pueda ocurrir. No obstante, estas mujeres se salvaron, y no se conformaron con eso, sino que también hicieron posible el milagro de la vida, estuvieron a punto de “casi morir para dar vida”, siendo necesario reivindicar su lucha contra la muerte, donde el personal de salud debe demostrar un trato humanizado a todas las mujeres que atraviesan esta situación, donde se les permita llorar y expresar sus emociones, sin que sean juzgadas, ni que se las estigmatice como si esos sentimientos fueran a provocar pérdida de tiempo para el personal de salud; todo lo contrario, reconocerlas por su valentía y fortaleza en circunstancias tan adversas durante el milagro de procrear.

2. Categoría 2: “No recuerdo muy bien”

Esta segunda categoría emerge de la pérdida de conciencia durante alguna parte de las vivencias de algunas de las mujeres entrevistadas a causa de la gravedad de la morbilidad materna extrema. Esta categoría coincide con Valencia J, quien en su investigación la denominó como “Desconexión”, pues hace referencia a la interrupción de su vivencia por la pérdida de la conciencia a consecuencia del aumento de la gravedad de la complicación

obstétrica (94). De esta manera, las mujeres pierden el sentido de su propia historia, quedando un vacío o dudas sobre lo que ocurrió en esos instantes.

En la presente investigación, no todas las mujeres llegaron a estar inconscientes, pero, aun así, algunas no se percataron de diferentes situaciones o no las recuerdan en su totalidad, pues, durante algunos momentos estuvieron tan preocupadas en lo que podría pasar, la cual, las hace expresarse como si se tratara de recuerdos lejanos o inconscientes:

“He estado consciente en todo momento... mmm no he sentido cuando me han cortado...” (Adriana, 24 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Siempre he estado ahí consciente”, “No recuerdo la verdad, no recuerdo si me dijeron, porque estaba con el dolor todo eso, la verdad no mucho caso les hice a los doctores” (Betty, 21 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Yo no me acuerdo, perdí el conocimiento, como estaba ahí con todos los medicamentos, qué me habrán puesto, me habré dormido y no recuerdo nada” (Carla, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida).

“En la cesárea no recuerdo del todo, me acuerdo que empezaron con la anestesia, me tuvieron que poner vendas todo, hasta que se siente el corte cuando empieza a salir sangre, vi a los doctores que se desesperaban, empezaron a correr para acá, para allá todos, y yo, a mí me empezó a faltar el aire y ya no me acuerdo más... Me acuerdo cuando ya estaba en otra sala ya, en UCI creo, en el descanso ya, ahí me desperté” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“Cuando me trasladaron aquí no estaba muy consciente, recuerdo que el doctor venía diciéndome que me calme y me tranquilice...”, “He despertado el día viernes, más o menos, porque no recuerdo, mi memoria he perdido totalmente hasta ahorita, hay cosas que me olvido todavía” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

“No me acuerdo qué pasó cuando llegué.... Me acuerdo del trayecto.... Pero no, no se... Yo ya me recuerdo cuando yo era sin mi bebé, nada ya, era operada... Me desperté abajo en UCI que le dicen...”, “Yo no recuerdo cuando estaba en UCI...no sentía nada...” (Flor, 15 años, MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Cómo se observa, aunque algunas mujeres no perdieron el conocimiento a causa de la MME, existen episodios durante la atención que no recuerdan claramente, incluso una de ellas, atañe la pérdida de consciencia a los medicamentos que le pudieron haber colocado; sin embargo, el haber interrumpido el proceso de su vivencia provoca en ellas incertidumbre y confusión, que se van disipando poco a poco después de haber despertado, durante su recuperación o por el relato de sus familiares., así lo afirma Valencia, J. (11), señalando que las mujeres suplen esta pérdida de conciencia, cuando logran conversar con sus familiares o con el personal de salud, completando la historia de su vivencia.

De esta categoría se rescata, que la familia es una de las organizaciones con mayor relevancia en el proceso de salud enfermedad de las embarazadas, pues siguen siendo pilares de fortaleza que sostienen a las mujeres en los momentos difícil, razón por la cual, la familia también debe ser reivindicada para el personal de salud, pudiendo ser aliados que permitan mejorar el cuidado antes, durante y después de una complicación obstétrica;

siendo necesario, promocionar la salud materna en la familia y la comunidad, para que se conviertan en aliados estratégicos durante estas situaciones de emergencias obstétricas.

3. Categoría 3: “Me hicieron...”

Otra categoría fundamental es la que emerge de las mujeres como las acciones que realiza el personal de salud durante la atención de la morbilidad materna extrema, haciendo hincapié a cada momento sobre “Me hicieron...”. Una categoría coincidente muestra Valencia, J denominada “entregarse”, donde las mujeres al analizar su situación durante su recuperación de la MME, hacen conciencia de la exclusión que realiza el personal de salud y de la falta de confirmación y validación que le brindan a ella y su familia; donde prácticamente, “el discurso del yo” cambia a “ellos me hicieron”, pues se traslada las decisiones al personal de salud sin preguntar el porqué de cada procedimiento (11).

Si bien es cierto, algunas de las mujeres aceptan que el personal de salud sea quien decida el procedimiento más adecuado para salvar su vida porque se encuentran durante la emergencia donde es necesario actuar con rapidez, es por eso que confían en las capacidades y conocimientos del personal de salud, pero hay quienes también lo hacen por temor a la posición dominante del médico. En base a ello, se ha optado por estudiar esta categoría en base a dos factores que surgieron de las narraciones como “intervenciones médicas” e “Intervenciones quirúrgicas”.

3.1. Subcategoría Intervenciones médicas

Entre las intervenciones médicas que señalan las mujeres que les realizaron fueron transfusiones, oxigenoterapia, masaje uterino vigoroso, en este factor, también se incluyen las referencias de un establecimiento de salud de menor complejidad, a otro de mayor complejidad, entre otros:

“Llamaron de San Marcos y de ahí urgente, urgente, que me traigan para allí dijeron (a José Sabogal), porque si no puede pasar algo decían” (Adriana, 24 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Después de mi parto, ahí no más casi me pasaron a UCI... no me dijeron en ese mismo momento por qué me pasaban ahí, solamente me pasaron, no sabía ni a donde me pasaban tampoco” (Betty, 21 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Me hicieron firmar para la cesárea, para el banco de sangre también, me hicieron esperar porque tenían que pasar varios médicos también, venían de urología también, el que me había sacado la ecografía, y así a cada momento a preguntarme como estoy...” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“Vino el doctor y me dijo que estaba empezando a sangrar demasiado, y quisieron cortarme la sangre y no podían, me pusieron 4 tampones, seguía sangrando demasiado, me sobaban el estómago demasiado, de ahí me han trasladado para acá (HRDC)” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

“Lo habían hecho dormir de nuevo porque al momento que la han cesareado le habían puesto la anestesia, de ahí se ha despertado a las 12, y dijeron vuelta ha convulsionado, vuelta lo han hecho dormir, luego vuelta se ha despertado a las 5, igual ha convulsionado, por eso de nuevo dijeron que la han hecho dormir, así me han dicho...” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

En el relato de las mujeres se aprecia que todas estas intervenciones médicas quedan como aceptadas, sin que hayan sido explicadas previamente, si bien en algunos casos ellas estaban inconscientes, posterior a la intervención médica debió haberse explicado y corroborado para que las mujeres conozcan y entiendan lo que les sucedió y lo que se tuvo que hacer para salvarles la vida, sobre todo teniendo en cuenta su cultura e idiosincrasia, pues son características que intervienen en la forma de como asimila cada mujer sus vivencias, sobre todo si se tiene en cuenta la influencia que genera para futuras atenciones en los establecimientos de salud.

En todas las mujeres que brindaron sus discursos, es constante las frases “Me hicieron...”, “me pasaron...” “me sacaron...”, “ me trasladaron”, entre otras, no considerando estas acciones como parte del manejo para salvarles la vida, sino como decisiones que tomó el personal de salud por alguna razón que ellas no entienden, porque incluso después de la urgencia tampoco fueron explicadas claramente, generando en ellas incertidumbre o sensaciones de impotencia o torpeza en entender estas acciones, además de discernir la poca consideración que el personal de salud les tiene al no tomarlas en cuenta.

Respecto a lo mencionado en el párrafo anterior, se puede mencionar que varias de estas intervenciones médicas, incluso ni si quiera cuentan con una autorización documentada previa, puesto que no está protocolizado para estas acciones menores, excepto en el caso de transfusión sanguínea; sin embargo, las mujeres no se sienten consideradas cuando existen intervenciones médicas debido a que ni antes, ni después les explican los procedimientos o lo que sucedió en relación a sus patologías, porque el personal de salud simplemente las realiza, a veces incluso sin explicarle lo que van hacer o por qué pueden ser necesarias.

3.2. Subcategoría Intervenciones quirúrgicas

La intervenciones quirúrgicas que señalan las mujeres que les hicieron se expresa en las siguientes narraciones:

“De ahí no sentí mucho dolor también, la hora que me hicieron la cesárea también nada, después también no, algunos dicen que se desmayan, yo no... mmm no he sentido cuando me han cortado, sentía que dijeron mujercita dijeron” (Adriana, 24 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Cuando me hicieron la cesárea, no me cogió creo la anestesia o qué sería, me dolía demasiado la espalda, después me pusieron, me hicieron echarme, y casi ahí 5 o 10 minutos creo lo sacaron a mi bebito ya” (Betty, 21 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Primero me dijo normal (parto), después me dijo la doctora que va a ser cesárea, por placenta... hay no me acuerdo (duda) – placenta acreta - sí, o sea me dijo que está..., porque en el primer bebé también me habían hecho la cesárea por el mismo motivo, me explicó la doctora” (Carla, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida).

“Me explicó el doctor que me sacaron el útero, porque me dijo que habían tratado de salvarlo, pero que estaba muy dañado y que me lo tuvieron que sacar...” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“Cuando llegué aquí ya no sentía mi cuerpo, nada solamente empecé a ver borroso, llegué a sala, me anestesiaron y me han tenido que hacer cesárea (confunde el procedimiento de laparotomía con cesárea)” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

“Yo ya me recuerdo, cuando yo era sin mi bebé, nada ya, era operada...” (Flor, 15 años, MME por eclampsia más disfunción hematológica).

“Como ella convulsionó ya no se pudo dar el parto normal, sino pasó a cesárea” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Durante las narraciones, la mayoría de las mujeres muestran expresiones de alivio cuando empiezan a narrar lo que sucedió cuando despertaron, después de la cirugía, concibiendo la intervención quirúrgica como el momento más álgido de la enfermedad. Sin embargo, se aprecia que no todas las mujeres tienen la misma percepción, siendo la intensidad de los síntomas o malestares que tuvieron en ese momento el factor influyente en este aspecto, conllevándolas a tener un análisis propio de la gravedad de su enfermedad en base a las pocas molestias que tenían, pudiendo percibirlo hasta como una exageración por parte del personal de salud, como es el caso de Adriana, que refiere no sentir dolor antes, durante, ni después de la cesárea, mostrando una actitud incluso incrédula.

Por otro lado, también se aprecia como ellas, al momento de narrar sus experiencias, lo hacen como si fueran espectadores de una película que involucra parte del proceso del embarazo, parto y alumbramiento de sus bebés, puesto que, la complicación grave se presentó en alguno de estos momentos, lo que las hace sentir indirectamente como aquellas mujeres que tuvieron que *“casi morir para dar vida”*, convirtiéndolas en

mujeres valientes que, a pesar de las circunstancias, han logrado enfrentar estas situaciones difíciles.

Aquí también, es necesario mencionar que para las intervenciones quirúrgicas, si existen consentimientos de autorización escritos; que las mujeres los señalan de la siguiente forma:

“... entonces me hicieron firmar para la cesárea, para el banco de sangre también...” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“... y cuando la Sra. Obstetra me llama para firmar que su parto era normal, yo estaba así a punto de firmar ya, y resultamos que convulsionó, y como ella convulsionó ya no se pudo dar el parto normal, sino pasó a cesárea” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

En ese sentido, cabe recalcar que el consentimiento informado para las intervenciones quirúrgicas, no deja de ser una simple firma de un papel para las mujeres, puesto que el personal de salud solo se encarga de recabar la firma, sin brindarle una explicación concienzuda de lo que están autorizando, los riesgos y beneficios que implica cada intervención, etc. Cabe recalcar, que la MME requiere de la actuación rápida, no permitiéndole al personal de salud ahondar en cada especificación del consentimiento informado; siendo esto contradictorio con los derechos de las pacientes y familiares al ser informado adecuadamente de estas intervenciones, sin embargo, lo mínimo que las mujeres esperan es que aunque sea después de la intervención reciban una explicación clara y completa de los acontecimientos.

Quemba, en su estudio de cómo mitigar el desarrollo de la morbilidad materna extrema, señala que muchas de estas estrategias e intervenciones están en función con la deshumanización de los servicios de salud y la problemática en cuanto a la aplicación del consentimiento informado (91). Por lo que, es necesario implementar una política que facilite a las mujeres a ejercer sus derechos de ser correctamente informadas sobre los procedimientos que se le van a realizar para salvar su vida en los casos de morbilidad materna extrema, que si bien el tiempo es un factor en contra, por lo menos se debe reivindicar esta acción de forma posterior, logrando la comprensión de la mujer ante el manejo que se le ha realizado y despejando todas las dudas que se le ha generado.

4. Categoría 4: “Mi bebé”

Otra de las categorías que emergen de las narraciones de las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema es “Mi bebé”, pues no deja de ser una constante preocupación para ellas, antes, durante y después del episodio de morbilidad materna extrema:

“No me explicaron nada, también me preguntaron por mi bebé... no me han informado nada tampoco, tanto y cuánto creo lo escuche que fue mujercita, de ahí no sé nada” (Adriana, 24 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Aunque aún no veo a mi bebé, pero bueno, con lo que me han dicho mis familiares, de que ya está recuperándose, que posiblemente mañana ya le den de alta, ya me siento más tranquila también yo” (Betty, 21 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Me ayudó a sobrevivir las medicinas que me pusieron, pensar en mi bebé...” (Carla, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida).

“Me explicaron que es lo que había pasado, que mi hijito por lo que ha nacido antes de tiempo está en las incubadoras, y nada más, solo eso me dijeron, pero que esté tranquila, que ya pasó...” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“Lo único que me desperté es buscándolo a mi hijita, recuerdo que miraba a un lado y otro, y en mi mente estaba que yo ya había dado a luz, pero no lo veía a mi hijita... Luego recordé yo, que se había quedado en simón bolívar, y de ahí ha tenido que sacarlo mi esposo” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

“Sí me preocupé por mi bebé, pensaba que no estaba, que le habrá pasado...” (Flor, 15 años, MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Cualidades similares se observa en el estudio de Chávez y Acosta, quienes mencionaron que el embarazo siempre es idealizado, sin embargo, en estos casos se desdibuja con un presente angustiante y decepcionante para las mujeres con morbilidad materna extrema, al verse separadas de sus bebés (63). Está en la naturaleza femenina desarrollar ese instinto de maternidad y protección para su hijo, no dejando de ser el motivo principal al momento de aceptar el embarazo desde el inicio de éste, expresando el sentimiento sublime que genera la maternidad en su máxima expresión, incluso en los momentos difíciles, pues se convierte en el ser que inspira en luchar por la vida.

De esta forma, Chávez y Acosta mencionan que la mujer ejerce un gran impacto en el rol social que desempeña en relación a la maternidad, asumiendo un nuevo papel a partir del parto y a consecuencia de superar la MME, la cual es la de ser la cuidadora y protectora de la vida (63). Por otro lado, Valencia J, señaló que las mujeres al saberse en peligro de muerte, se enfocan en privilegiar la vida del bebé, incluso tratando de “negociar” con el

personal de salud el tratamiento para proteger a su bebé (11). Esto mismo se observa en las mujeres entrevistadas de la investigación, ya que, a raíz de su enfermedad, anteponen la vida de sus hijos a la de ellas mismas, pues la preocupación que se genera, se enfatiza en el bienestar del bebé y en si el personal de salud o el mismo Hospital tiene la capacidad de resolver la complicación de la MME, para salvar a su hijo (a).

Es innegable los sentimientos y la fortaleza que se genera en las mujeres al pensar en sus hijos, impulsándolas a su recuperación, sin embargo, así como el bebé se convierte en una fortaleza, también puede ser causa de estrés y preocupación para la madre el pensar en su bienestar, sobre todo en el caso de un bebé prematuro, pudiendo afectar su salud y recuperación. Así también lo concibe Valencia, J, pues señala que tras los episodios más álgidos de la morbilidad materna extrema, el bebé se convierte en el foco de atención y de mayor preocupación para la madre (11).

En ese sentido, el personal de salud debe tomar en cuenta esta categoría al momento de atender a las pacientes con morbilidad extrema con la finalidad de optimizar los procedimientos que se le puedan realizar destinados a su recuperación, ya que, si se le explica o brinda información señalando que parte de su atención también está destinada a procurar el bienestar de sus bebés, se logrará un mayor entendimiento y calma en ella disminuyendo el estrés y sus consecuencias en el organismo, y favoreciendo su estado de salud.

5. Categoría 5: “Los otros personajes”

“Los otros personajes” es otra categoría que emerge de las narraciones de las mujeres con morbilidad materna extrema donde se evidencia que alrededor de ella hay otros personajes o instituciones que interactúan con ella. Categoría similar a la de Valencia J, quien llamó a la familia, a la pareja y al personal de salud como “los otros”, pues cumplen también un papel importante en la vivencia de las mujeres, siendo uno de los soportes de

acompañamiento, asesoría y reconstrucción de sus historias (11). En esta categoría se involucran o son parte del círculo de cada mujer, de su existencia, son actores esenciales en su vida e incluso en su recuperación, correspondiendo para la presente investigación a la familia, el personal de salud y las mismas instituciones de salud de menor y mayor complejidad.

5.1. Subcategoría Personajes familiares

Los personajes familiares son los actores que más mencionan las mujeres en su discurso; Valencia J menciona en su estudio que la familia es un soporte social inicial pues ayudan a mitigar el temor que las mujeres tienen a las instituciones de salud (11); observándose en los discursos de las mujeres que son quienes las acompañan desde el inicio de los síntomas, en otros casos son quienes conocen lo que ocurrió durante el estado de inconsciencia que tuvieron, o son parte de la fortaleza que les impulsa a luchar por sobrevivir:

“Le decía a mi mamá que mis pies están hinchándose y me dijo de qué será pue, la presión seguro, y me dijo que tengo que ir a la posta, y nos fuimos y madrugamos” (Adriana, 24 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Mis familiares me dijeron mejor vamos a Cajamarca (desconfiada), porque en Bambamarca no me hacían nada, y es donde ahí, casi ese mismo momento vine para acá a Cajamarca” (Betty, 21 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Después de la cesárea, mi familiar dice que he sangrado mucho, y por eso es que me han trasladado para acá (HRDC)” (Carla, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida).

“... se reunió con mis papás, con mi esposo, incluso estuvieron presentes mis suegros, y nos explicó todo, todo, la gravedad, como iba a ser, me preocupó más, porque tengo un hijo de 4 años, tenía que movilizarme como le digo a otra ciudad, solo con mi esposo, por la economía (un poco angustiada)...” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“Cuando perdí la conciencia, mi esposo no estaba acá, lo único que estaba mi amiga y mi mamá, pero no me han contado porque a ellos todavía no los veo hasta ahorita...” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

“Me sentí preocupada, yo sí estaba de acuerdo con que la refieran, su esposo no quiso para traerlo... la verdad no sé por qué... porque es de bajos recursos...” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Chávez y Acosta, en su investigación, rescatan la categoría “embarazo: un suceso inesperado que es mejor en compañía”, resaltando el apoyo familiar y de la pareja, repercutiendo en la aceptación de la situación de morbilidad materna extrema, sus posibles secuelas y facilitando la recuperación de la mujer (63), siendo similar la interpretación de sus resultados al de la presente investigación, pues también se demuestra que las mujeres presentan entre sus pilares de fortaleza a sus hijos, esposos, madres y su familia en general.

Los familiares que se hacen presentes con mayor relevancia son el esposo y la mamá de las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema, quienes desempeñaron papeles importantes, principalmente en las decisiones y acciones que involucran acudir al

establecimiento de salud ante la ocurrencia de la emergencia obstétrica. Donde, Valencia y Gaviria señalaron que el esposo de las mujeres con morbilidad materna extrema, también manifiestan sentimientos de temor y ansiedad ante estas situaciones, porque incluso en ocasiones son quienes llegan a tomar ecisiones cuando sus esposas no están en la capacidad de hacer (66)

De esa forma, Valencia J en su estudio, incluso menciona que la familia no tendría que convertirse en una barrera para acudir a los servicios de salud si se logra concientizarla; sin embargo el personal de salud la considera a la causa de demoras en la atención de salud (11). No obstante, la familia debe ser considerada durante la atención de los casos de morbilidad materna extrema, y sobre todo, desde las atenciones prenatales, se debe reforzar la educación y promoción de la salud materna con la familia y la comunidad, pues son actores importantes que se involucran y orientan a las mujeres al cuidado de su salud, y en algunos casos, son quienes terminan tomando decisiones cuando las mujeres han perdido la consciencia.

Por otro lado, también se mencionan otros personajes familiares como los demás hijos que puedan tener las mujeres, quienes se convierten en motivo de preocupación ante la amenaza a la vida que provoca la morbilidad materna extrema, pudiendo incluso ocasionar estrés que afecte su situación de salud en general en esos momentos; sin embargo, la percepción de cada una de ellas es que el personal de salud se muestra poco interesado en conocer sus otras preocupaciones, a pesar incluso de que ellas lo mencionan en cada momento que les es posible.

Si estas preocupaciones de las mujeres fueran escuchadas durante la atención de cada caso de morbilidad materna extrema, provocaría que se sientan consideradas al percatarse que el personal de salud no las observa únicamente como una persona con alguna enfermedad, sino como un ser humano importante para su familia; así también, el tan solo

ser escuchadas y conocer sus preocupaciones en relación a sus otros hijos, puede ocasionar una sensación de alivio y tranquilidad que favorezca su estado de salud y recuperación.

Esta categoría, también señalada por Chávez y Acosta, aunque con diferente denominación, “Embarazo: un suceso inesperado que es mejor en compañía”, muestra que la construcción de los significados de las vivencias de cada mujer que tuvo morbilidad materna extrema, necesita del soporte familiar, de la pareja y del bebé (63); además, Rincon, D, señala que se constituyen en un determinante de protección, al convertirse en una red de apoyo social (65). Es por ello, la importancia de involucrar y considerar a la familia, porque son personajes de gran importancia en la vida de las mujeres, sobre todo en procesos como la maternidad.

5.2. Subcategoría Personajes de salud

Los personajes de salud también forman parte importante en las vivencias de las mujeres con morbilidad materna extrema, Valencia J, señala que son ellos quienes determinan la gravedad y el manejo de la complicación obstétrica (11); así también, en la presente investigación son las personas encargadas de velar por su cuidado durante el embarazo, parto y puerperio, siendo mencionadas en cada momento por las mujeres, más aún, durante estos casos de morbilidad materna extrema, porque han sido quienes han logrado impedir que “casi mueran, para que puedan dar vida”:

“Después, ya, los médicos que estaban ahí en UCI me dijeron que estaba ahí porque tenía problemas en mis pulmones y que no podía respirar, que tenía que estar con el oxígeno, por lo que he tenido presión alta.” (Betty, 21 años, MME por preeclampsia severa e insuficiencia respiratoria).

“... ya la Obstetrix del puesto de salud de Otuzco nos visitó en mi casa, se reunió con mis papás, con mi esposo, incluso estuvieron presentes mi suegros, y nos

explicó todo, todo, la gravedad...”, “El médico que estaba ahí se acercó y me dijo que ya había pasado, que estaba tranquilo, se acercaron más médicos también a preguntarme como estoy, me explicaron lo que había pasado, había tenido una hemorragia muy fuerte, más de 3 litros creo de sangre que había perdido, que me tuvieron que poner sangre de emergencia, y los otros médicos igual me explicaron que es lo que había pasado, que mi hijito por lo que ha nacido antes de tiempo está en las incubadoras, y nada más, solo eso me dijeron, pero que esté tranquila, que ya pasó...” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“En UCI me explicaron, tan solo vinieron, las licenciadas creo que atienden ahí, se alegraron porque ya me vieron manejar y despertarme, dijeron ya hay reacción”, “Recuerdo que el doctor me decía que no me va a dejar morir...” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

“Los médicos me hablaron de cómo estoy y nada más... estaba tranquila...” (Flor, 15 años, MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Las mujeres reflejan en sus discursos que percibían la preocupación del personal de salud, resaltando principalmente las acciones que no tienen que ver con el acto médico, sino aquellas que perciben como más humanizadas, ya sea porque en determinado momento se reunieron con la familia para explicarles la gravedad del asunto, porque se alegraron al ver mejoría en la recuperación o porque tuvieron mayor ahínco en no dejarla morir. Si bien es cierto, otras reconocen las actuaciones médicas que les dijeron que realizaron, es notoria la sensación que tuvieron al expresar que el personal de salud se interesaba en su bienestar emocional, además del físico.

También es necesario recalcar, que durante las narraciones existieron muchos momentos donde las mujeres señalan que el personal de salud “no les dijeron” o “no les explicaron” sobre diferentes aspectos durante su atención:

“No me dijeron en ese mismo momento por qué me pasaban ahí, solamente me pasaron, no sabía ni a donde me pasaban tampoco, yo pensaba que me iban a pasar para acá (hospitalización de GO) junto con mi bebé, pero después no.”

(Betty, 21 años, MME por preeclampsia severa e insuficiencia respiratoria).

“...O sea, entre los doctores conversaban, pero a mí no me habían dicho, yo solo los escuchaba que decían que me deberían llevar a los cuidados (UCI)”

(Carla, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida).

“Solamente me decían que es muy grave, pero no me explicaban qué era lo que tenía, qué era lo que había pasado, por qué se había dado, y solo eso me decían...” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“Me asusté porque empecé a sangrar, no me explicaban nada, simplemente llamaron al Dr. de emergencia” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

“Ahí nos dijo, ya lo sacaron ya, la pasaron a UCI dijo, ni qué es UCI nos explicaron ... nada...” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

En este aspecto es necesario mencionar, que se evidencia que las mujeres que tuvieron morbilidad manera extrema se esfuerzan en tratar de entender y realizar las indicaciones

que les brinda el personal de salud, a pesar que en ocasiones no logran entenderlas por completo; sin embargo, como mencionan Chávez y Acosta, las mujeres terminan aceptando la atención que les brindan a pesar de sus falencias porque no les queda otra opción, sin embargo, resulta más significativo y positivo para las mujeres y sus familias cuando el personal de salud se toma el tiempo de explicar comprensiblemente la causas de la complicación obstétrica y la explicación de la forma de manejarla (63).

Esto conlleva a pensar en la necesidad de incentivar la comunicación efectiva entre el personal de salud, los pacientes y sus familiares más cercanos, para que conozcan claramente la gravedad de sus riesgos, las complicaciones y la necesidad de llevar un tratamiento correcto; además, es preciso que el personal de salud sea empático con el entorno de los pacientes, pues, forman parte de sus vivencias, de su contexto y de su existencia, por lo que, se debe brindar una atención humanizada a las mujeres y a sus familias.

Por otro lado, cabe mencionar el estudio de Rangel, et al., quienes entre sus categorías señalan el significado que algunas mujeres le asignan al evento de morbilidad materna extrema, denominado “evento fortuito o efímero”, puesto que el personal de salud puede enviar mensajes ambiguos al momento de expresarles que la complicación “ya pasó”, en forma de restarle importancia, pues, en ocasiones las mujeres podrían entender que la patología que tenían era algo propio del embarazo o parto, y que termina en breve tiempo, llegando a pensar incluso, que probablemente no se vuelva a presentar (12).

Es por ello, que el personal de salud debe ser consciente que las explicaciones o comentarios que le brinde a las pacientes deben ser claras, comprensibles y completas, para que cada mujer conozca el verdadero riesgo o peligro al que estuvo expuesta, y al que podría estar en un futuro. De esta categoría, se desprende que las mujeres perciben momentos de interacción con el personal de salud que se sienten tratadas de forma

humanizada, así como, deshumanizada, es decir, el trato cálido y adecuado que les gustaría recibir durante sus atenciones de salud, no es todo el tiempo el mismo, que cada personal tiene diferente tipo de trato o que del momento.

En ese sentido, se puede analizar también la atención que se brinda en los diferentes niveles de atención, es decir en los establecimientos de salud de menor y mayor capacidad resolutive; pues algunas de ellas mencionan el interés del personal de salud de las instituciones de menor complejidad, en acudir incluso a sus casas para explicarle a toda su familia la situación de riesgo en la que se encuentran; así como, también reconocen que el personal de salud de los establecimientos de mayor complejidad se esfuerzan por solucionar su emergencia y darles una nueva oportunidad de vida. Por el contrario, otras mujeres manifiestan que el personal de salud, tanto de los establecimientos de menor y mayor complejidad, no fueron lo suficientemente claros durante su atención, sin discriminar la diferencia de las instituciones de salud.

En base a lo anteriormente mencionado, la atención que brinda el personal de salud es percibida por las mujeres de forma independiente al nivel de capacidad resolutive de cada establecimiento de salud, suelen resaltar principalmente los actos o frases de humanidad que expresan durante su atención y que les brindan esperanza, aunque de forma sorprendente, pues sienten que no es común esperar esa actitud por parte del personal de salud, por lo que, asumen que el trato durante la atención depende de cada persona o situación, pues distinguen cualidades buenas y malas en cada profesional de salud.

5.3. Subcategoría Actores institucionales

Además de los personajes familiares y de salud, ha surgido como otro personaje los actores institucionales, que si bien no son seres que interactúan con cada mujer que tuvo morbilidad materna extrema, se menciona reiterativamente a lo largo de sus discursos:

“Primero me llevaron a Sabogal, llegaría a las cuatro y media allí a Sabogal... Sin pensar dije ahí no más pues, si estaba de acuerdo que me lleven, porque aquí se gasta más también, porque todo comprado, ahí mismo para acá vuelta (al HRDC), llegué de noche, me sacaron a las 5 de la tarde” (Adriana, 24 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Estuve ahí internada (3 días), luego, el doctor me dio de alta y es donde que de ahí mis familiares me dijeron mejor vamos a Cajamarca (desconfiada,) porque en Bambamarca no me hacían nada,” (Betty, 21 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Yo soy de la posta de Porcón Bajo, y ahí me dijeron que vaya a Simón Bolívar o Pachacútec, porque ahí no se atiende partos” (Carla, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida)

“El doctor que hizo la ecografía dejó recomendado que me hagan monitoreo de ecografías mensual para que me puedan seguir mi caso, pero en mi centro de salud no hacen ecografías mensual, hacen cada 2 o 3 meses campañas”, “Me hicieron primero una teleconsulta, pero por emergencia dice que no me podían atender, hasta que no tengan un diagnóstico bien de lo que tengo”, “El Dr. De aquí dijo que sí, que mi caso era muy grave, que me tenían que referir al Instituto Materno (IM) de Lima porque aquí en el Hospital no atienden este tipo de casos” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“De frente me han trasladado, no me dijeron si estaba de acuerdo, porque era para que me hagan (cirugía: laparotomía exploratoria) en Simón Bolívar, pero

los anestesiólogos, no sé qué pasó, no han querido, me han referido para acá al regional...” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

“En el hospital me dijeron que tenía que venir a Cajamarca porque tiene la pelvis estrecha y... veníamos pues... A mí solo me dijeron que era por la pelvis estrecha, no por la presión...” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Se aprecia en cada caso la necesidad de hacer uso de recursos institucionales, porque deberían ser referidos a un establecimiento de salud de mayor complejidad, pues los establecimientos de salud de periferia tienen menor capacidad resolutive, menor personal especializado, entre otros; aun así, se observa que algunas de ellas fueron referidas de Hospitales de menor complejidad, sobre todo porque los casos de morbilidad materna extrema requieren del manejo de un Establecimiento de Salud con Mayor Capacidad Resolutiva, donde se brinda un enfoque multidisciplinario a través de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Pero esto no es un tema conocido por las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema, ni la población en general; corroborando lo mencionado en la categoría “Darse cuenta” de la investigación de Valencia J, pues señala que las mujeres no conocen el sistema de referencias ante los casos de gravedad que se suscitan en los establecimientos de salud, y lo único que tienen claro es que tuvieron la necesidad de estar en UCI, siendo el único ambiente que suelen reconocer (11); por lo que, es necesario incluir información de los niveles de atención dentro de las atenciones prenatales y durante cualquiera de las actividades de promoción de la salud, para que sepan la organización de las redes de salud y entiendan que las referencias interinstitucionales también son necesarias para salvar vidas.

Sin embargo, un aspecto que también se revela en las narraciones es que al existir la necesidad de una referencia interinstitucional, sobre todo cuando se trata de un cambio de ciudad, surgen otras preocupaciones para las mujeres en relación a la familia y demás que haceres que se dejan, así como también el gasto en alimentación, traslado y estadía para el familiar que acompaña; situación no prevista en muchas oportunidades pues el sistema de salud tampoco lo considera, esto afecta el bienestar emocional de las pacientes por las necesidades que acarrea el traslado para ella y su familia, sintiéndose desprotegidas, vulnerables y como mujeres a quienes se les corta las oportunidades de sobrevivir por estas barreras.

6. Categoría 6: “Me ayudó a sobrevivir”

La última categoría que emergió de los discursos de las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema, es “me ayudó a sobrevivir”, que surge a manera de conclusión y de entendimiento de que el peligro de perder la vida ha pasado y que se encuentran en estado de recuperación:

“Sobrevivir por algo, ¿por qué sería?, sí, quizás por la ayuda de Dios, la posta también, si ayudan. Sí estoy contenta por sobrevivir (se ríe), ya estoy mejorcita ya, también estoy contenta por mi bebé, aunque no sé cuánto tiempo estará aquí...” (Adriana, 24 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Bueno, no se... (qué le ayudó a sobrevivir) (duda), solamente empecé a rezar y poner toda mi vida en manos de Dios”, “Me alegra porque a pesar que he pasado por situaciones difíciles, lo he enfrentado normal” (Betty, 21 años, MME por preeclamsia severa e insuficiencia respiratoria).

“Me ayudó a sobrevivir las medicinas que me pusieron, pensar en mi bebé, Dios también podría ser, cuando no es para morir dijo...” (Carla, 25 años, MME por

shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, coagulopatía y politransfundida).

“Yo pienso que lo que me ayudó a sobrevivir es la fe o la voluntad de Dios, que Dios sabe cuándo nos va a recoger, y si él todavía nos deja, todavía es por algo, tengo mucho que hacer todavía en esta vida con mis hijos...” (Danna, 25 años, MME por shock hipovolémico por atonía uterina, más acretismo placentario, post-histerectomía, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y politransfundida).

“Me ayudó a sobrevivir... el doctor... lo que me han atendido, la operación que me han hecho, porque si lo dejaban la placenta ahí, una moría y... ya para recuperarme la medicina, el apoyo de las enfermeras, las licenciadas que me han atendido en UCI” (Elisa, 25 años, MME por shock hipovolémico por hemorragia postparto, más placenta acreta y politransfundida).

“Creo que pude haber muerto... me ayudó todo lo que me ponían, los sueros, la sangre... no sé... sobreviví porque quizás es una nueva oportunidad, y voy a tratar de aprovecharla...” (Flor, 15 años, MME por eclampsia más disfunción hematológica).

“Yo siento alegría, lo que le ha ayudado es Dios... y también las medicinas, pero en primer lugar Dios, en segundo lugar oxígeno, medicinas y eso...” (Fresia, mamá de Flor de 15 años, con MME por eclampsia más disfunción hematológica).

Esta categoría es similar a la de Chávez y Acosta, denominada “la vida después de la casi muerte”, pues hace alusión a los significados que le asignan las mujeres a aquello que creen que les ayudó a sobrevivir y sobrellevar la complicación y recuperación de su salud, principalmente en aquellas mujeres que obtuvieron su bebé con vida, pues, se convierte en un mecanismo de afrontamiento para reconstruir la cotidianidad de su vida,

significando que la MME es algo que valió la pena y se trata de una oportunidad de aprendizaje o de darle un nuevo sentido a la vida (63).

Es así, que en la investigación, las mujeres expresan sentimientos de tranquilidad y alegría por haber sobrevivido, cada una lo entiende y lo menciona a su modo, pero todas señalan algunas de las razones que creen que les ayudó a sobrevivir, estas razones son diversas, mencionan a Dios, las medicinas, los doctores, personal de salud y otras simplemente agradecen tener una nueva oportunidad de vida para continuar protegiendo a su familia y a sus bebés; pues, tal como lo dijeron. Valencia J, también encuentra entre sus resultados que el discurso de las mujeres respecto al desenlace se basa en la religión atribuyéndole a Dios el haberse salvado (11).

En ese sentido, se evidencia que la esperanza de sobrevivir se basa en diversos motivos, todas estas ideas en relación a su pensamiento e idiosincrasia de lo que les ayudó a sobrevivir son significados de cómo cada mujer entiende su vivencia de morbilidad materna extrema, siendo diferente la interpretación que cada una de ellas le brinda a su experiencia, pues como Vygotsky señala, el sujeto comprende a partir de su contexto propio, depende del desarrollo de la generalización de su pensamiento, involucrando una tendencia afectiva – volitiva (25).

Las razones de sobrevivencia que las mujeres rescatan en su entender, como: “la voluntad de Dios”, “las medicinas”, “los doctores”, etc., son basadas en su cultura personal y social, orientadas desde la perspectiva de sus propias vivencias, las cuales recrean y moldean al momento de brindar sus discursos, tal como lo señala Valsiner (26). Por otro lado, Yepes, y García (33,34), señalan que las personas al pensar que van a morir, les genera sentimientos y emociones por no poder luchar por sí solas contra la muerte, pudiendo provocar que los significados que construyen en relación a lo que les ayudó a sobrevivir se base no solo en las intervenciones médicas, sino en una manifestación divina.

Así también se observa, lo que señala Heidegger en relación a la vida y la muerte (30), pues algunas de estas mujeres que atravesaron un episodio de MME y que estuvieron cerca de la muerte, han comprendido la *“finitud de la vida”*, pues, reconocen la vulnerabilidad de su organismo, pero, además son conscientes que son generadoras de vida, señalando gratitud y la intención de aprovechar la nueva oportunidad que tienen de vivir y continuar junto a su familia, a pesar que en algunas situaciones se sintieron desconsideradas y dejadas de lado. Sin embargo, se deben tener en cuenta lo que señalan Valencia y Gaviria, respecto a que la calidad humana del cuidado del personal de salud a las mujeres con MME, se convierte en un elemento trazador en la recuperación de la complicación y posibilitador del despliegue de capacidades humanas (66).

7. Teorización y aproximación conceptual: “Casi morir para dar vida: Buscando la supervivencia materna holística y humanizada”

Gracias a la fenomenología, se ha logrado estudiar y comprender las vivencias de las mujeres con MME, a través de una análisis de aspectos que son más complejos y van más allá de lo cuantificable (35), desentrañando diversas categorías que emergieron de los discursos y entendiendo el sentido y significado que tienen para las mujeres que experimentaron estas vivencias en relación a su propia manera de existir (39), devolviéndole a cada mujer su humanidad (40). Todas estas categorías convergen como si fueran una ruta a tener en cuenta antes, durante y después de la atención de MME, pues son factores que intervienen en el bienestar físico, emocional, psicológico y social de las mujeres, influyendo en su recuperación; es por ello, que se llega a la aproximación teórica *“Casi morir para dar vida: Buscando la supervivencia materna holística y humanizada”*.

Rangel, et al., señalan que las enfermedades además de causar discapacidades y/o muertes, también trascienden en el ámbito bio-psico-social (12). Por tal motivo, se plantea que las vivencias de morbilidad materna extrema deben ser observadas como un

llamado de las mujeres en la “búsqueda de sobrevivir” a la morbilidad materna extrema, de tal forma, que sea concebida como un ser humano que siente, percibe, decide, actúa, etc., en cada momento que transcurre con esta patología, y la que necesita ser escuchada y atendida de forma holística y humanizada.

Como se describe a lo largo del documento, son varias categorías y factores que se reflejan en cada una de las mujeres, vélgase decir: sentimientos, emociones, decisiones, acciones, situaciones, incredulidad, resignación y pensamientos de muerte que se reflejan en el “Discurso del yo”, así como “No recuerdo”, “Me hicieron...”, “Mi bebé”, “Los otros personajes”, como la familia, el personal de salud y los actores institucionales, y la categoría “Me ayudó a sobrevivir”, sobresaliendo el aspecto multidimensional y holístico que se debe observar en cada caso de morbilidad materna, no siendo solo un conjunto de signos y síntomas graves, por lo que, se debe tener en cuenta durante cada atención en los establecimiento de salud.

A ello, se debe señalar las secuelas que han dejado los casos de morbilidad materna extrema como son los casos de las mujeres que les hicieron histerectomía, tuvieron bebés prematuros, ingresaron a UCI, fueron politransfundidas, y el estrés que atravesaron aquellas que conocían y entendían el riesgo al que estaban expuestas incluso desde el inicio del embarazo, pudiendo producirse en ellas una especie de shock postraumático, pues, tal como lo mencionaron Reed, et al., puede provocar incluso aislamiento social, alteración dinámica familiar, aumento de gastos y suicidios (95). Sin dejar de mencionar lo que señala Osorio, L, al decir que para las mujeres, la necesidad de ingresar a UCI es significativo y genérico del “temor a morir”.

Por lo que, serán ellas quienes enfrenten esta situación y dependerá del manejo y actitud que cada una de ellas tome frente a estas consecuencias, dependiendo de su fortaleza y la personalidad que tienen para reponerse a esta experiencia. En relación a ello, Chávez y

Acosta mencionan que las mujeres que a pesar de la morbilidad materna extrema, reaccionan con una actitud de felicidad y optimismo, les va a facilitar evaluar estos hechos adversos de forma benevolente (63).

Es necesario tener en cuenta en la aproximación teórica, la definición de supervivencia materna, conceptuándola como la conservación de la vida de la madre, sobre todo después de un determinado suceso, situación difícil o momento de peligro (96,97); siendo los casos de morbilidad materna extrema los mejores ejemplos de supervivencia materna, pues son aquellas mujeres que “casi mueren” por alguna complicación grave en el embarazo, parto o puerperio, cuya priorización es de gran valor para la sociedad (98). Sin embargo, Rangel, et al., mencionan que esta supervivencia es sobrevalorada y desestima la calidad de vida de la mujer cuando solo se habla epidemiológicamente o clínicamente (12).

Razón por la cual se pretende agregar el término holístico, entendiéndose como aquello que pertenece a una doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo, de forma integral, distinto de la suma de las partes que lo componen (99). La CEPAL señala que el enfoque holístico corresponde a la forma completa y exhaustiva que se interpreta cada fenómeno, determinado por el conocimiento o situación, considerando al individuo, sus experiencias y sus procesos como un todo (100).

Finalmente, el concepto de humanizado/deshumanizado surge tras un creciente uso y avance tecnológico en la asistencia sanitaria, la prioridad por la búsqueda de la eficiencia y el control de los costos, la presión asistencial, la falta de tiempo, la masificación, el trato inadecuado e impersonal a la persona enferma provocando que el personal de salud priorice las actividades administrativas, procedimentales o económicas y brinde menos importancia al verdadero sentido de la atención al ser humano, convirtiendo al enfermo en un objeto al que no se le escucha, ni se le habla más de lo necesario (101).

Esto se refleja aún más en los casos de morbilidad materna extrema, pues si bien es cierto que se requiere de acciones inmediatas para salvarle la vida a la madre, se deja de lado varios ejercicios que permitan brindar una atención holística, para que cada mujer se sienta valorada por el personal de salud como un ser humano integrante de una familia, y no como un caso nuevo de alguna complicación severa del embarazo. Por lo que, se tiene en cuenta lo que Rangel, et al., mencionaron al indicar que las narraciones de las mujeres le atribuyen una configuración social al riesgo obstétrico (12), pudiendo llegar a esta aproximación teórica.

En ese sentido, “*Casi morir para dar vida: Buscando la supervivencia materna holística y humanizada*” es una propuesta que se desea incluir como parte de la atención integral de salud materna, entendiendo que no solo se debe proporcionar la mejor atención y tratamiento médico oportuno y eficaz que se necesita clínicamente, sino también, se debe considerar que cada mujer con complicación obstétrica tiene un fundamento de dignidad, respeto, solidaridad, empatía, beneficencia, autonomía, equidad, justicia, considerando sus características, sus valores, sus idiosincrasias, sus decisiones, su cultura, su familia, su personalidad, sus preocupaciones, etc. para comprenderla en su totalidad; para lo cual, es necesario escucharla, conocerla, reconocer sus problemas, tanto físicos como emocionales y sociales, sus esperanzas, sus dificultades, su historia (101).

Al respecto el Hermano Pierluigi Marchesi señala que “el gran reto del sistema sanitario del siglo XXI será lograr que el paciente vuelva a ser protagonista de las actuaciones de los profesionales” (102). Así también, Campos, cita a Tianchen Li, de la Dinastía Ming quien indica que “deberíamos tratar a los pacientes como a nuestras madres” (103). Ambas reflexiones conllevan a fundamentar la aproximación teórica sobre “*Casi morir para dar vida: Buscando la supervivencia materna holística y humanizada*”, la cual, surgen a raíz de las seis categorías descritas anteriormente, pues las vivencias sobre MME de las mujeres entrevistadas han reflejado múltiples cualidades, desde el punto de vista

subjetivo, que también se involucra durante el proceso de salud / enfermedad de las pacientes, y no son considerados dentro de la atención médica.

Es necesario fundamentar la atención de la salud materna, en la búsqueda que realizan las mujeres de ser escuchadas, respetadas y tratadas como seres humanos durante su proceso de maternidad, donde buscan ejercer su mayor don que es el milagro de dar vida a un nuevo ser humano, incluso exponiéndose al riesgo de morir. Esta búsqueda de sobrevivir a la maternidad, lo manifiestan a través de la expresión de las vivencias que tuvieron durante la morbilidad materna extrema, haciendo un grito silencioso respecto a su solicitud de trato digno, a la empatía que demandan del personal de salud, al respeto a sus derechos que merecen, a la necesidad de ser escuchadas y comprendidas sin ser prejuizadas, así como, a la humanización de los servicios de salud.

Es por ello, que Quemba, MP propone implementar explícitamente el verdadero sentido de la ética en los servicios y las profesiones de salud, no simplemente como unas cuantas palabras escritas, sino señalando que se puede lograr en estudios como este, identificar en qué punto se pierde el principio de beneficencia, observando que la dinámica del personal que labora en los establecimientos de salud, quienes ejercen su función de forma rutinaria y áspera, con el objetivo de lograr cumplir los indicadores que les exigen para demostrar eficiencia; sin tener la consideración mínima de llamar a cada una de sus pacientes por su nombre, considerar sus dudas, sentimientos o emociones que surgen durante el proceso de maternidad en general, pues, no tienen en cuenta que están atendiendo a una mujer, a su recién nacido y a toda su familia, quienes realmente son seres humanos (91).

Por último, estas vivencias reflejan no solo la necesidad de salvar la vida de las mujeres en los casos de MME, sino la urgencia de atender también el aspecto psicológico, emocional y social que surge a causa de estas patologías, siendo necesario que el personal de salud humanizado se concientice y acompañe a la mujer durante la transformación que

implica saberse sobreviviente. Para ello, es necesario lograr un equilibrio entre lo clínico y lo intangible, para que el aspecto subjetivo reflejado en las narraciones de estas experiencias no quede de lado, las mujeres merecen conseguir un poco de comprensión durante su recuperación y todo el proceso del embarazo, parto y puerperio en general, pues son mujeres que “*casi mueren para dar vida*”, lo que las convierte en mujeres valientes que merecen una atención holística y humanizada, fundamentada en lo que debería ser un proverbio en el sistema de salud “la ética”.

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio “CASI MORIR PARA DAR VIDA”, Vivencias en mujeres con morbilidad materna extrema del Hospital Regional Docente Cajamarca – 2022; tuvo como finalidad comprender y describir el significado de las vivencias de las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema, logrando evidenciar seis categorías: “El discurso del yo”, “No recuerdo muy bien”, “Me hicieron...”, “Mi bebé”, “Los otros personajes” y “Me ayudó a sobrevivir”, las cuales, permitieron plantear una aproximación teórica que se la denominó “*Casi morir para dar vida: Buscando la supervivencia materna holística y humanizada*”, con el propósito de formular una línea de investigación de las vivencias de las mujeres que casi mueren por dar vida y la humanización de los servicios de salud materna.

La reconstrucción de las vivencias de las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema han permitido revelar los aspectos subjetivos que atraviesan durante toda su atención en las diferentes instituciones de salud a las que acuden, siendo expresadas e interpretadas de diferentes maneras por cada una de ellas, pero, que aun así, no dejan de reflejar la necesidad que tienen de ser escuchadas, no solo desde el aspecto clínico, sino también emocional y social, pues desean expresar sus percepciones, temores, preocupaciones, historias, fortalezas y debilidades que cada una mantiene en su interior y que no es de prioridad para el personal ni el sistema de salud local y nacional.

De acuerdo con Badiou cada sujeto es singular y construye sus realidades y los simulacros de la verdad en que vive de acuerdo con sus contextos políticos, científicos, artísticos y amorosos, pues “no hay un solo sujeto, sino tantos como verdades hay”. Por tanto, la pregunta que surge a la luz de estas reflexiones es cómo se abordan desde los servicios

de salud materna esas singularidades, o más bien, de qué forma se prestan esos servicios estandarizados, que muchas veces no son sensibles a las necesidades sentidas por estas mujeres (104,105).

La respuesta al cuestionamiento de Badiou se refleja en las categorías encontradas en la presente investigación, siendo la primera “El discurso del Yo”, donde las mujeres necesitan ser consideradas como las protagonistas de su historia de supervivencia materna, y no como objeto, a quienes les colocan medicinas, oxígeno y otras cosas que ni conocen, pues, en sus discursos se reflejan sus sentimientos, emociones, percepciones, ya sea de tristeza, preocupación, temor, estrés, etc.; también señalan las decisiones y acciones que realizan para acudir a los establecimientos de salud, la cual, durante el proceso de atención se percibe la pérdida de su autonomía cuando es el personal de salud quien decide sin consultarle o explicarle las acciones que toman para salvarle la vida.

Dentro de esta misma categoría, expresan algunas situaciones que atraviesan en ese determinado momento, o durante el embarazo, el parto o su recuperación, situaciones que nadie les ha preguntado, ni se han interesado en saber, pero que causa preocupación a la mujer; también se reflejaron otras cualidades como la incredulidad, pues en base al desconocimiento y a la falta de comunicación efectiva entre el personal de salud y las pacientes, algunas mujeres no comprendían la gravedad de la enfermedad, dudando del diagnóstico y accionar del personal de salud, considerándolo principalmente como “exagerado”.

Por otro lado, también manifestaron que no existía concordancia en lo que decían los profesionales de la salud, generando dudas en las pacientes. Siendo la resignación y los pensamientos de muerte la última cualidad encontrada en la categoría del “Discurso del yo”, pues las mujeres expresaron que durante los momentos más críticos de la morbilidad

materna extrema dimitieron, pensaron e imaginaron que iban a morir, o incluso llegaron a desearlo, por lo difícil que sintieron su situación en esos momentos.

En lo que respecta a la segunda categoría, “No recuerdo muy bien” se evidenció que las mujeres que llegaron a perder la conciencia, a causa de la gravedad de la patología obstétrica, sienten una pérdida de la continuidad de sus historias, no siendo capaces de concluirla y aceptando que lo manifestado por sus familiares o el personal de salud fue lo que sucedió mientras estaban inconscientes; algunas logran manifestar las sensaciones que tuvieron justo antes de sentir que se “dormían”, emitiendo frases como “ veía a todos que se desesperaban” o “no recuerdo muy bien”; no obstante, otras refieren haber estado consientes en todo momento.

La tercera categoría “Me hicieron...” expresa muchos de los procedimientos que ellas recuerdan que les realizaron, algunos de ellos sin ser comunicados, explicados o autorizados, incluso hasta el momento de la entrevista; algunas fueron sometidas a intervenciones médicas y otras a intervenciones quirúrgicas, que involucra además de una cesárea de emergencia, el resultado de un recién nacido prematuro, que necesita cuidados intensivos; pero, también implica procedimientos como la histerectomía, que a pesar de conocer el riesgo previamente, no deja de significar una sensación de afectación a su femineidad. Todas estas intervenciones son percibidas por las mujeres como actuaciones desconocidas para ellas, que implican riesgo y temor a la pérdida de la vida, del bebé o de no volver a ver a su familia, pero son reconocidas como las que permitieron su supervivencia materna.

La cuarta categoría, también importante para cada mujer con MME fue “Mi bebé”, pues es otro de los personajes principales en sus historias, ya que, para ellas todo el proceso de embarazo, parto y puerperio gira en torno a lograr que el bebé nazca saludable, siendo considerada como la razón de ser del embarazo; por lo que, aquellas que despertaron en

la sala de UCI y quienes tuvieron un parto pretérmino expresan su preocupación al no ver a su bebé a su lado, manifestando la necesidad de preguntar y buscarlo para alimentarlo, lo que, generó ansiedad y estrés, puesto que, el personal de salud no le da información al respecto. También se reflejó en los discursos, que las mujeres cuando estaban en un estado crítico y aún conscientes tienen pensamientos relacionados a sus bebés, principalmente por la preocupación de dejarlos pequeños si llegan a morir.

La quinta categoría fue “los otros personajes”, pues las vivencias de las mujeres contienen fragmentos que son recordados por la intervención de los familiares, el personal de salud y la interacción que se realiza entre instituciones de salud de menor a mayor capacidad resolutive. Los familiares son expuestos por las mujeres como las principales personas que las acompañan en todo momento, están pendientes y les ayudan a tomar decisiones y acciones, sobre todo, cuando existen casos de emergencia; por lo que, es importante que también sean considerados como parte del equipo de atención, más aún, por la confianza que se refleja en la familia, pues son ellos a quienes acuden primero ante alguna eventualidad, así también, se convierte en la principal fortaleza que les impulsa a luchar por su supervivencia materna, como es el caso de los hijos de las mujeres.

El personal de salud es otro de los personajes que mencionan las mujeres en sus vivencias, que a pesar que en ocasiones los perciben como aquellos que no les explican sus padecimientos y tratamientos, también, reconocen en ellos no solo a los especialistas que permitieron su supervivencia, sino, algunos son recordados por haberles brindado un poco más de compromiso, no solo clínico, sino de apoyo emocional, de acompañamiento y solidaridad, enfatizando que no todos tienen ese comportamiento holístico y humanizado con ellas.

En cambio al hablar de los actores institucionales; se refleja disconformidad y desconocimiento ante el tipo de atención y las diferencias de los establecimientos de

menor y mayor complejidad, así como de las redes asistenciales y el sistema de salud en general; pues se sienten más vulnerables y con menos oportunidades aquellas que no tienen acceso rápido a establecimientos de salud de mayor complejidad, o que en su establecimiento de menor complejidad no puedan resolver su problema de salud o la atención de un parto por falta de especialistas, mostrándose afectadas, o hasta maltratadas, al tener que ir de un lado a otro, sin que en ocasiones exista el apoyo de una movilidad o ambulancia.

Y finalmente surge, a manera de conclusión de sus relatos la categoría “Me ayudó a sobrevivir”, donde ellas integran sus creencias personales con las acciones que realizó el personal de salud durante su atención, manifestando que les ayudó a sobrevivir “la voluntad de Dios”, “el doctor”, “las medicinas”, “la posta”, entre otras; así también, reflejan los motivos que les da fortaleza emocional y les impulsa a luchar por su supervivencia, como es “pensar en sus hijos”, señalando que tienen muchas acciones que realizar con ellos en el futuro.

Todas estas categorías reflejan que durante la atención de la morbilidad materna extrema se está descuidando la parte emocional y subjetiva que cada ser humano trae consigo mismo; por lo que, a través de la aproximación teórica que se propone “*Casi morir para dar vida: Buscando la supervivencia materna holística y humanizada*”, se quiere visibilizar este vacío que experimentan las mujeres que “*casi mueren por dar vida*” planteando incluirlo como parte de la atención integral de salud materna, puesto que las mujeres tienen derecho a una atención holística y humanizada en todos los establecimientos de salud, sin importar el nivel de atención o la capacidad resolutoria del establecimiento.

Solo de esta manera, se logrará acercar a las mujeres al concepto de Salud de la Organización Mundial de la Salud, pues como se mencionó al inicio de la investigación,

no solo se trata de la ausencia de enfermedad, sino del completo estado de bienestar físico, mental y social (16); es por ello, que no se debe descuidar cada aspecto subjetivo que se ha mencionado y aquellos que surgirán en cada mujer en particular, solo de esta manera se comprenderá el proceso de recuperación emocional y psicológico de las mujeres con morbilidad materna extrema.

El comprender estas vivencias de morbilidad materna extrema, también permite entender que a medida que se incorpore en la atención de la salud materna el significado de atención holística y humanizada, las mujeres que atraviesen por situaciones similares podrán recibir una atención integral de calidad, pues, como Chávez y Acosta mencionan, estas experiencias positivas en los servicios de salud contribuyen también en la disminución de la morbilidad materna extrema (63), ya que, no serían transmitidas a las futuras generaciones como una experiencia asociada a un mal trato y despersonalizado por parte de los profesionales de salud, por el contrario, promovería el acercamiento y la confianza de buscar atención y ayuda en los servicios de salud, contribuyendo a la disminución de la gravedad de estas patologías y a la actuación oportuna.

Por lo que, es necesario continuar estudiando e investigando, también de forma cualitativa, las vivencias de las mujeres con morbilidad materna extrema, ya que, la investigación epidemiológica de estos casos niega la oportunidad de brindar una atención humanizada a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, pues deja de lado las consecuencias emocionales, psicológicas, familiares y sociales, quedando un largo camino por profundizar si se quiere lograr una atención que realmente sea integral en los establecimientos de salud, sobre todo en el área de la salud materna.

RECOMENDACIONES

- Al Equipo de Salud Multidisciplinario de atención de la Salud Materna del Hospital Regional Docente de Cajamarca, así como a sus autoridades, a adquirir capacidades para entender al ser humano en su totalidad, a través de la propia humanización, que se reflejará en la atención de las personas, no solo basados en la evidencia, sino en valores, ética y dignidad, teniendo en cuenta su entorno, evitando desigualdades y brindándole importancia a las emociones y sentimientos de cada mujer, de forma personalizada.
- A las autoridades del Hospital Regional Docente de Cajamarca, proponerles que planteen y optimicen un área exclusiva para actividades de promoción y prevención de la salud materna, pues aunque sea un Hospital de Nivel II, no es justificación para descuidar este pilar tan importante para salvar vidas y evitar muerte maternas, que como ya se conoce, provocan un daño social; como es el ejemplo de instituciones de Nivel III, que continúan mejorando y trabajando con la población.
- A las autoridades de las DIRESAs, Gobiernos Regionales y Gobierno Central, a disminuir los trámites burocráticos que se realizan cuando se necesita referir emergencias obstétricas, y para la atención de la salud materna en general, pues existen múltiples obstáculos y quehaceres administrativos que acaparan la atención del personal de salud, quienes deberían enfocarse en la atención holística y humanizada de las mujeres.

- Así también, a implementar en todo el primer nivel de atención el equipo mínimo y especializado de atención de la salud materna, en los establecimientos de menor capacidad, con la finalidad de que por lo menos las atenciones prenatales y los partos eutócicos se pueda atender en cualquier establecimiento de salud con personal especializado y capacitado, y las mujeres no tengan la necesidad de trasladarse a menos que sea necesario; teniendo en cuenta sobre todo que este personal de salud debe realizar actividades de educación, promoción de la salud materna y prevención de la enfermedad, en la familia y la comunidad; trabajo que requiere de dedicación, tiempo, productividad y constancia, pero sin embargo no se le brinda la importancia requerida.

- A la Universidad Nacional de Cajamarca y la Facultad de Ciencias de la Salud, para que incluya en la formación profesional de los futuros profesionales de la salud, las habilidades y capacidades que le permitan brindar una atención holística y humanizada en su etapa profesional, teniendo en cuenta el paradigma bio-psico-social.

- A los futuros investigadores, que realicen estudios con enfoque cualitativos que reflejen los vacíos de la atención de salud materna convencional para que se pueda implementar estrategias de mejora en beneficio de la población cajamarquina; así como también haciendo uso de nuevas metodologías en investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS - Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. Uruguay; 2012 [cited 2021 Jun 10]. Available from: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1593.pdf>
2. Hernández J, Fonseca O. Morbilidad materna extrema y mortalidad en un hospital regional de Sudáfrica [Internet]. Sudafrica; 2019 [cited 2021 Jun 10]. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600469#B3
3. GTR - Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe [Internet]. América Latina y El Caribe; 2017 [cited 2021 Jun 11]. Available from: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
4. Guevara E. Estado actual de la morbilidad materna extrema en el Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 20];5(1):7–8. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/156/160>
5. MINSA - Ministerio de Salud del Perú. Número de muertes maternas anual y hasta la SE 21, 2000 - 2021* [Internet]. Perú; 2021 [cited 2021 Jun 11]. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2021/SE21/mmaterna.pdf>
6. Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. Número de muertes maternas anual y hasta la SE 52, 2000 - 2022 [Internet]. Lima, Perú; 2022. Available from:

- <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE52/mmaterna.pdf>
7. MINSA - Ministerio de Salud del Perú. Boletín epidemiológico del Perú [Internet]. Perú; 2019 [cited 2021 Jun 11]. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>
 8. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Análisis de situación de salud año 2019 [Internet]. Cajamarca, Perú; 2020. Available from: http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS_HRDC_AÑO_2019.pdf?r=1606503282
 9. Rangel Y, Martínez A. La investigación en morbilidad materna extrema “near miss” en América Latina [Internet]. Vol. 34, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud; 2017 Oct [cited 2019 Apr 23]. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2792>
 10. Cecatti J, Souza J, Parpinelli M, De Souza M, Amaral E. Investigación sobre morbilidad materna severa y casos que casi conducen a la muerte en Brasil: lo que hemos aprendido [Internet]. Brasil; 2007 [cited 2021 Jul 15]. Available from: https://diassere.org.pe/wp-content/uploads/2019/06/rhm5_5.pdf
 11. Valencia J. Experiencias de mujeres con Morbilidad Materna Extrema atendidas en el Hospital Universitario San José de Popayan. 2018. ¿Qué fue lo que pasó? [Internet]. Colombia; 2019 [cited 2021 Jun 10]. Available from: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/15058/CB-0603823.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 12. Rangel Y, Rincon D, Martínez A, Pérez M, Cruz M, González C. Narrativas sobre morbilidad materna extrema en sobrevivientes a esta experiencia en México

- [Internet]. Vol. 69, Revista brasileira de enfermagem. México; 2019 Jul [cited 2021 Jun 12]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100008
13. Osorio L. Significados de puérperas con Morbilidad Materna Extrema sobre su hospitalización y la del hijo(a) prematuro [Internet]. Colombia; 2018 [cited 2021 Jun 29]. Available from: [https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/68657/Tesis de Maestría Laura Osorio 09-10-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/68657/Tesis_de_Maestría_Laura_Osorio_09-10-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 14. MINSA - Ministerio de Salud del Perú. Boletín epidemiológico del Perú 2020 [Internet]. Perú; 2020 [cited 2021 Jun 11]. Available from: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202042.pdf
 15. Szulik D, Szwarc L. “Era una bomba de tiempo”: El derrotero de la morbilidad materna severa en el área Metropolitana de Buenos Aires [Internet]. Vol. 11, Salud Colectiva. Argentina: Universidad Nacional de Lanos; 2015 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.scielosp.org/article/scol/2015.v11n4/553-564/>
 16. Organización Mundial de la Salud - OMS. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. OMS. Suiza; 2022 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=¿Cómo define la OMS la,ausencia de afecciones o enfermedades»>.
 17. Vygotsky L. Psicología infantil. España; 1934.
 18. Del Cueto J. Dos nociones para un enfoque no escisionista de las emociones y la afectividad: Situación social del desarrollo y vivencia en Vigotsky". Perspectivas en psicología. Argentina; 2015.

19. Wertsch J, Daniels H, Al. E. Tendencias actuales en la teoría sociocultural y de la actividad. España; 1995.
20. Erausquin C, Sulle A, García L. La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica [Internet]. Argentina; 2016 [cited 2021 Oct 17]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696009.pdf>
21. Kitayama S, Cohen D. Manual de Psicología Cultural. Nueva York; 2007.
22. Rogoff B. Las bases culturales del desarrollo cognitivo. Evolución de la investigación en este campo en Norteamérica Los tres planos de la actividad sociocultural: apropiación participativa, participación guiada y aprendizaje. España; 1997.
23. Tomasello M. Los orígenes sociales de la cognición humana. Argentina; 1999.
24. Vygotsky L. Obras escogidas: Pensamiento y Lenguaje. España;
25. Vygotsky L. The problem of the environment. Rusia; 1934.
26. Valsiner J. Culture in Minds and Societies. Inglaterra; 2007.
27. Valsiner J. The place for synthesis: Vygotsky's analysis of affective generalization. Inglaterra; 2015.
28. Mok N. On the Concept of Perezhivanie: A Quest for a Critical Review. Perezhivanie, Emotions and Subjectivity. Inglaterra; 2017.
29. Heidegger M. El ser y el tiempo. México: FCE; 1974.
30. Montiel J. El pensamiento de la muerte en Heidegger y Pierre Theilhard de Chardin. Rev Int Filos Iberoam y Teoría Soc. 2003;8(21):59–72.

31. Zaya J. Reflexiones sobre la vida y la muerte. *Claridades Rev Filos.* 2017;9(1):185–8.
32. Piolanti A. *El más allá.* España: Ediciones Eler Barcelona; 1959. 145 p.
33. Yepes R. *Fundamentos de antropología.* España: Editorial Eunsa; 1996. 479 p.
34. García B. *De la reencarnación a la resurrección.* Venezuela: Editorial San Pablo; 1995. 8 p.
35. Fuster D. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico *Qualitative Research: Hermeneutical Phenomenological Method* [Internet]. Vol. 7, Propósitos y Representaciones. Lima, Perú; 2019 [cited 2021 Aug 26]. Available from: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
36. Husserl E. *Invitación a la fenomenología.* Paidós. Barcelona; 1998.
37. Díaz A. *Enfermedad crónica degenerativa: vivencias de los adultos mayores.* Chota - 2012. Chota, Perú; 2014.
38. Uribe V. *Edmund Husserl en la fenomenología* [Internet]. México; 2017 [cited 2021 Aug 26]. Available from: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa3/n7/m9.html>
39. Forghieri Y. *Psicología fenomenológica: Fundamentos, Método e Pesquisas.* Sao Paulo; 1993.
40. Sánchez R. *El problema del hombre en la fenomenología de Husserl* [Internet]. Vol. 11, *Valenciana.* México: Universidad de Guanajuato, Departamentos de Filosofía y de Letras Hispánicas; 2018 Jan [cited 2021 Aug 26]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-25382018000100289&lng=es&nrm=iso&tlng=es

41. Esguerra M. El mundo de la fenomenología de Heidegger, una aproximación al mundo desde los Prolegómenos para una historia del concepto de tiempo [Internet]. Colombia; 2018 [cited 2021 Aug 26]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/pafi/n46/2389-9387-pafi-46-00151.pdf>
42. Guerrero R, De Oliva T, Lenise M. La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger [Internet]. Vol. 23, Escola Anna Nery. Brasíl: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2019 Sep [cited 2021 Aug 27]. Available from: <http://www.scielo.br/j/ean/a/y6JjfgRX6Q8vkNrrYdSLpWg/?lang=es>
43. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. Morbilidad y mortalidad materna [Internet]. Vol. 221, American Journal of Obstetrics and Gynecology. Estados Unidos: Mosby Inc.; 2020 Oct [cited 2021 Jun 20]. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/maternal-morbidity-mortality/informacion/causa>
44. FLASOG - Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Morbilidad Materna Extrema [Internet]. Bolivia; 2007. Available from: https://www.who.int/pmnch/events/2010/20100809_colombia.pdf
45. Gonzales O, Llanos C, Espinola M, Vallenas R, Guevara E. Morbilidad materna extrema en mujeres peruanas atendidas en una institución especializada. 2012 - 2016 [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 11]. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177937/morbilidad-materna-extrema-en-mujeres-peruanas-atendidas-en-un_dPFlsgF.pdf
46. MINSA - Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema [Internet]. Lima, Perú; 2021 [cited 2021 Jun 26]. Available from:

https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/normas/normas_20215.pdf

47. Sánchez L. Factores de riesgo de la morbilidad materna extrema según enfermedad específica. Hospital Regional Docente de Cajamarca - 2017 [Internet]. Cajamarca, Perú; 2018 [cited 2019 Apr 23]. Available from: [http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1791/Factores de riesgo de la morbilidad materna extrema según enfermedad específica Hospital DOcente .pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1791/Factores%20de%20riesgo%20de%20la%20morbilidad%20materna%20extrema%20seg%C3%BAn%20enfermedad%20espec%C3%ADfica%20Hospital%20DOcente.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
48. Vilca L. Prevalencia y factores asociados a morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, año 2019. [Internet]. Puno, Perú; 2020 [cited 2021 Jun 22]. Available from: http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/13629/Vilca_Mamani_Lenin_Jovao.pdf?sequence=1&isAllowed=y
49. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semana 23 [Internet]. Colombia; 2019. Available from: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019> Boletín epidemiológico
50. Calle A, Ramírez B. Perfiles de morbilidad materna extrema de colombianas y venezolanas en una IPS del sur del Valle de Aburra, enero 2017 a junio 2020 [Internet]. Colombia; 2020 [cited 2021 Jun 22]. Available from: http://213.251.184.34/bitstream/10946/5195/5/1037606847_2021.pdf
51. Jorge M, Vilca E, Jaurapoma E. Morbilidad materna en la unidad de cuidados intensivos en un hospital de Huancavelica [Internet]. Huancavelica, Perú; 2020 [cited 2021 Jun 22]. Available from: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/176/204>

52. Chagua O. Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el hospital regional de Huancavelica [Internet]. Huancavelica, Perú; 2017 [cited 2021 Jun 22]. Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNHE_d2fffe1aa215fa6fefbdbaba3ebf30e8
53. Villanueva L. Alto riesgo obstétrico [Internet]. Chimbote, Perú; 2017 [cited 2019 Apr 23]. Available from: http://files.uladech.edu.pe/docente/08651805/OBSTETRICIA_I/SESION_09/Factores_de_Riesgo_Obstetrico.pdf
54. Payajo V. Caracterización sociodemográfica de la morbilidad materna extrema en el Hospital nacional Sergio E. Bernales durante el año 2014 [Internet]. Lima, Perú; 2016. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/717/1/Payajo_j.pdf
55. Baltodano D, Burgos J. Factores obstétricos asociados a morbilidad materna extrema en el Hospital Santa Rosa, enero – diciembre 2015 [Internet]. Vol. 17, Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2017 Mar [cited 2019 Apr 22]. Available from: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/download/747/683/>
56. Carrillo J, García C. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia, 2014 [Internet]. Vol. 21. Colombia; 2016 [cited 2019 Apr 22]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a02.pdf>
57. Jurado Ocampo N. Factores de Riesgo para Morbilidad Materna Extrema en gestantes. Tesis [Internet]. 2014;1(La morbilidad materna extrema es un término usado para definir cualquier condición obstétrica severa que amenaza la vida y requiere una intervención médica urgente con el fin de prevenir la probable muerte

- materna. Con el presente estudio se pretendió evaluar):81. Available from:
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/8686/24338460-2014.pdf?sequence=1>
58. Lezama M. Factores de riesgo asociados a morbilidad materna extrema. Hospital Regional Docente de Cajamarca.2018 [Internet]. Cajamarca, Perú; 2019 [cited 2021 Jun 12]. Available from:
[https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3496/Lezama Torres%2CMarieta Marlene.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3496/Lezama_Torres%2CMarieta%20Marlene.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
59. Barbosa M, Morales C, Amézquita M, Martínez D. Vigilancia de morbilidad materna extrema en una Institución de Referencia en Calí, Colombia, 2013 - 2014 [Internet]. Colombia; 2016. Available from:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v67n3/v67n3a05.pdf>
60. López L, Esquiaqui R, Miranda J, Bernardo M. Protocolo de vigilancia en salud pública de morbilidad materna extrema [Internet]. Colombia; 2015 [cited 2021 Jun 23]. Available from:
http://observatorio.co/web/publicaciones/informe_epidemiologico_morbilidad_materna_extrema_ano_ix_num_1_2016.pdf
61. Ministerio de la Protección Social - Comité de mortalidad materna FLASOG. Vigilancia epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema (MME) [Internet]. Colombia; 2013 [cited 2019 Apr 22]. Available from:
https://www.who.int/pmnch/events/2010/20100809_colombia.pdf
62. Ortiz E, Quintero C, Mejía J, Romero E, Ospino L. Vigilancia de la morbilidad materna extrema [Internet]. Colombia; 2018 [cited 2019 Apr 22]. Available from:
https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mortalidadmaternaextrema_web.pdf

63. Chávez N, Acosta N. Calidad de vida percibida y significados de la experiencia de morbilidad materna extrema: un estudio cualitativo [Internet]. Colombia; 2022 [cited 2022 May 12]. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/y7kVBbpsxMcXJpTdb64zmRC/?format=pdf&lang=es>
64. Hoyos L, Muñoz L. Prácticas de cuidado cultural de mujeres con morbilidad materna extrema [Internet]. Colombia; 2017 [cited 2021 Jun 13]. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96334/1/CultCuid_54-273-282.pdf
65. Rincón D. Caracterización de las narrativas de morbilidad materna extrema por mujeres de la ciudad de San Luis Potosí que vivieron esta experiencia [Internet]. [México]: Benemérita Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2018 [cited 2023 Jan 17]. Available from: <http://148.224.97.92/xmlui/bitstream/handle/i/5514/TesisM.FEN.2018.Caracterización.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
66. Valencia B, Gaviria M. Vida vivida: experiencias de morbilidad materna extrema. Relatos de mujeres sobrevivientes y cuidadoras. Subregión del Urabá antioqueño, 2016 [Internet]. Vol. 36, Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Colombia; 2018. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2018000300121&script=sci_abstract&tlng=pt
67. Mamani L. Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Hospital Regioanal Manuel Núñez Butrón en el periodo comprendido entre enero a diciembre del año 2018. Puno, Perú; 2019.
68. Lara R. Características epidemiológicas - clínicas de las muertes maternas evitadas en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello del el Tambo, Huancayp, enero - octubre 2018 [Internet]. Huancavelica, Perú; 2019 [cited 2021 Jun 14]. Available from: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2710/TESIS-SEG-ESP-2019-LARA SAMANIEGO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

69. Ocas J. Morbilidad materna extrema y su relación con las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca - 2017. [Internet]. Cajamarca, Perú; 2018 [cited 2019 Feb 16]. Available from: [http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1800/Morbilidad Materna Extrema y su Relacion con las Demoras Obstétricas de Pacientes Atendidas en el.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1800/Morbilidad_Materna_Extrema_y_su_Relacion_con_las_Demoras_Obstetricas_de_Pacientes_Atendidas_en_el.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
70. Escudero C, Cortez L. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación cualitativa. 1st ed. Ecuador: UTMACH; 2018.
71. Martínez C, Galán A. Técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos. España: UNED; 2004.
72. Abero L, Berardi L, Capocasale A, García S, Rojas R. Investigación educativa. Abriendo puertas al conocimiento. Venezuela: CLACSO; 2015.
73. Katayama R. Introducción de la investigación cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas. México: Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2014.
74. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Aljibe. S. España: Imagraf; 1996.
75. Vivar C, Arantzamendi M, López O, Gordo C. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. Val B y Gaviria M (Colombia - 2016) [Internet]. 2010 [cited 2023 Jan 27];19(4). Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011#:~:text=La teoría fundamentada \(TF\) es,sobre fenómenos de salud relevantes.](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011#:~:text=La teoría fundamentada (TF) es,sobre fenómenos de salud relevantes.)
76. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación [Internet]. Argentina; 1987 [cited 2021 Jul 2]. Available from:

- <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigación-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
77. Pérez M. Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural [Internet]. 3rd ed. Narcea; 2000 [cited 2021 Jul 2]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=44>
 78. Aguilar L, Vieira L, Moura R, De Sousa L, Teixeira C. Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza [Internet]. Vol. 12, Enfermería Global. Brasil: Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia; 2013 [cited 2019 Feb 10]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100005
 79. Martínez M. Ciencia y arte en la metodología cualitativa [Internet]. 1st ed. México: Trillas. México: Editorial Trillas; 2004. 354 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0%5Cnhttp://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=UNAFCA.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=015254>
 80. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques [Internet]. California: Sage Publication; 1990. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1990-98829-000>
 81. Gadamer H. Verdad y Método II [Internet]. Vol. II. Salamanca, España: Sígueme, S.A.; 1998 [cited 2022 May 16]. Available from: http://medicinayarte.com/img/gadamer-verdad_y_metodo_ii.pdf
 82. Shatzman L, Strauss A. Field Research: Strategies for a Natural Sociology. Nueva Jersey: Prentice Hall; 1973.

83. Strauss A, Glaser B. Basics of grounded theory analysis. Press MVS, editor. California, Estados Unidos; 1992.
84. Bunge M. La investigación científica. Buenos Aires, Argentina: Ariel; 1975.
85. Osorio B, Rojas X. Criterios de Calidad y Rigor en la Metodología Cualitativa [Internet]. Chile; 2019 [cited 2022 May 16]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/337428163_Criterios_de_Calidad_y_Rigor_en_la_Metodologia_Cualitativa
86. Celmira L, Acuña G. Experience of preeclampsy: hardship for an unprepared woman. Rev la Univ Ind Santander. 2014;46(2):159–68.
87. Virgen A. Educación de emociones en adolescentes de la Escuela Preparatoria Regional de Aqualulco de Mercado a través de un Curso - Taller [Internet]. México; 2009 [cited 2022 May 31]. Available from: <https://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/3961/1/Educación-de-emociones-en-adolescentes.pdf>
88. Osamor P, Grady C. Women's autonomy in health care decision- making in developing countries: a synthesis of the literature review. Estados Unidos; 2016.
89. Tiruneh F, Chuang K, Chuang Y. Women's autonomy and maternal healthcare service utilization in Ethiopia. Estados Unidos; 2017.
90. Maney S, Lutomiski J, O'Connor L, Donoghue K, Greene R. Women's experience of maternal morbidity: a qualitative analysis. Estados Unidos; 2016.
91. Quemba M. Categorías bioéticas en la interpretación de ser mujer con morbilidad materna extrema. Rev cienc Cuid [Internet]. 2021;18(2):120–9. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7895815>

92. López K. Relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en primigestas [Internet]. Huancayo, Perú; 2021 [cited 2022 Jun 2]. Available from: [https://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/handle/UPECEN/274/TRABAJO DE INVESTIGACIÓN - Katherine Lopez Mayta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/handle/UPECEN/274/TRABAJO_DE_INVESTIGACIÓN_-_Katherine_Lopez_Mayta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
93. Heidegger M. Ser y Tiempo. Chile: Editorial Universitaria; 1998. 30 p.
94. Cardona J, Pérez D, Rivera S, Gómez J, Reyes A. Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios [Internet]. Colombia; 2014 [cited 2019 Jul 13]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n1/v11n1a06.pdf>
95. Reed H, Koblinsky M, Mosley W. The Consequences of Maternal Morbidity and Maternal Mortality: Report of a Workshop. National Research Council (US) Committee on Population. 2000;
96. Real Academia Española - RAE. Definición de sobrevivir [Internet]. España; 2022 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://dle.rae.es/sobrevivir>
97. Oxford Languages. Definición de supervivencia . Estados Unidos; 2022.
98. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM) [Internet]. Estados Unidos; 2020 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
99. Real Academia Española - RAE. Definición de holismo [Internet]. España; 2022 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://dle.rae.es/holismo>
100. Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. Enfoque Holístico de la Gestión del Conocimiento [Internet]. Chile; 2020 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://biblioguias.cepal.org/c.php?g=738015&>

APÉNDICES



Apéndice 01: Consentimiento informado
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA.
ESCUELA DE POST GRADO



Título de la investigación:

**Vivencias en mujeres con morbilidad materna extrema del Hospital Regional Docente
Cajamarca - 2022.**

Investigadora:

Obsta. Jessenia Liseth Abanto Briones

Introducción y Objetivo del Estudio:

Se le invita a participar en el presente estudio, el cual tiene por objetivo comprender y describir el significado de las vivencias de las mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema y fueron atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2022; para lo cual se le realizará algunas entrevistas a profundidad que serán grabadas en formato mp4 (solo audio), con la finalidad de recoger la información necesaria, previa su autorización.

Participantes:

Las participantes de la presente investigación serán todas las mujeres que tuvieron diagnóstico de morbilidad materna extrema (calificada según los criterios del MINSA 2020), que egresan de la Unidad de Cuidados Intensivos al servicio de hospitalización de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el 2022.

Confidencialidad:

La información obtenida a través del instrumento de recolección de datos, así como de las audio-entrevistas grabadas en formato mp4 será mantenida bajo estricta confidencialidad, garantizándole mantener en reserva su participación y los datos que brinden al entrevistador. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento, puesto que se trata de información personal, médico – legal. Posterior a la culminación del estudio, los audios serán eliminados.

Por otro lado, se le solicita marcar con una “X” si permite que durante la investigación se la llame a través de un pseudónimo o de su primer nombre.

() Deseo un pseudónimo_____ () Deseo ser llamada por mi primer nombre

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este proyecto de investigación.

Beneficios:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Sin embargo, se prevé que los resultados de la investigación servirán para entender mejor sus vivencias y sentimientos durante el proceso de morbilidad materna extrema, para mejorar el enfoque de humanización de los servicios de salud.

Derecho de retirarse del estudio:

También es importante darle a conocer que usted tiene derecho a retirarse de la investigación, si así lo deseará, en cualquier momento, sin que esto provoque alguna consecuencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:
identificada con N° DNI.....y edad....., estoy de acuerdo para participar en la investigación titulada “Vivencias en mujeres con morbilidad materna extrema del Hospital Regional Docente Cajamarca - 2022”; para lo cual manifiesto que se me ha explicado la finalidad y la metodología de recolección de datos que se utilizará durante su ejecución. Mi participación es voluntaria y, para qué así conste, firmo y plasmo mi huella en este consentimiento informado autorizando mi participación y la grabación de la entrevista en formato mp4.

A los___ días del mes de _____ del año 2022.

Firma: _____

DNI: _____

Huella:_____



Apéndice 02. Guía de entrevista semiestructurada
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA.
ESCUELA DE POST GRADO



**VIVENCIAS EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2022**

Instrucciones: La entrevistadora inicialmente explicará a la paciente los objetivos y la metodología de la investigación, luego le preguntará si desea y acepta participar en la investigación, recalándole que se le realizará varias entrevistas, según lo requiera la investigación, y que serán grabadas en formato mp4; para lo cual, si está de acuerdo, le leerá el consentimiento informado, el cual debe firmar y colocar su huella dactilar, así como registrar su pseudónimo. Posterior a ello, se iniciará con la grabación y la entrevistadora leerá el siguiente texto:

*Buenos días. El día de hoy (fecha) nos encontramos con una paciente que procede de la UCI por MME, actualmente se encuentra en el servicio de hospitalización en Gineco – Obstetricia, a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación y se le ha leído el consentimiento informado; para lo cual, **se le consulta** si ¿está de acuerdo en participar de la investigación y que las entrevistas sean grabadas en forma de audio mp4?*

Se espera su respuesta: _____

*Se le vuelve a preguntar si ¿desea ser llamada por **alguno de sus nombres** o algún pseudónimo?*
Se espera su respuesta: _____

*Quedando claro el consentimiento de (**pseudónimo**) para participar en la investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio, teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guía.:*

Edad: _____ Nivel educativo: _____ Procedencia: _____

Paridad: _____ Periodo intergenésico: _____ N° APN: _____

Días en UCI: _____ Criterio de MME: _____ Antecedentes patológicos: _____

1. ¿Cómo se dio cuenta que tenía problemas de salud?
2. ¿Qué sentía cuándo se percató que su situación de salud se había complicado?
3. ¿Percibía que la consideraban en las decisiones durante su atención? ¿Cómo se sentía?
4. ¿Perdió la conciencia en algún momento? ¿Qué recuerda? ¿Le contó algo su familiar?
5. ¿Qué sucedió cuando despertó en un área de mayor cuidado (UCI)?, ¿Cómo se sintió?
6. ¿Por qué cree que le pasó esta complicación tan grave (MME)? ¿Cree que fue de gravedad su enfermedad?
7. ¿Cree que pudo haber muerto?, ¿Qué le hace sentir saber que se ha convertido en una sobreviviente?
8. ¿Qué cree que fue lo que le ayudó o le permitió sobrevivir?

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Apéndice 03. Validación de Guía de entrevista por Juicio de Expertos



Apéndice 03: JUICIO DE EXPERTOS


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA.
ESCUELA DE POST GRADO



VIVENCIAS EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2021.

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria, solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información, siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello, adjunto a este formato el instrumento y un resumen del proyecto. Agradezco por anticipado su especial atención.

DATOS DEL EXPERTO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO	Rosario del Pilar Salazar Saldana
PROFESIÓN	Obstetra .
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Obstetra / Maestría Gestión en servicios de salud
ESPECIALIDAD	Alto Riesgo obstétrico .
TIEMPO DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	13a .
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	HRCD .
CARGO	Jefade Obstetras .
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO	
<u>VIVENCIAS EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2021.</u>	
NOMBRE DE LAS INVESTIGADORA: BACH. JESSENIA LISETH ABANTO BRIONES	
OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	Comprender las vivencias de las mujeres con morbilidad materna extrema que estarán hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente Cajamarca, durante el mes de diciembre del 2021.
DETALLE DEL INSTRUMENTO: Recolección de datos de pacientes con morbilidad materna extrema que procedían del servicio de UCI del HRDC	
ASPECTOS DE VALIDACIÓN	
Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado	

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN	
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los estudiantes. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2	
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	2	
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2	
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2	
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2	
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10pts	
Calificación: Aceptado (7-10 puntos), Debe mejorarse (4-6 puntos), Rechazado (< 3 puntos)			
SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora de la guía de entrevista) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:			
APLICABLE (✓) ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES () NO APLICABLE			
Fecha: 15/11/2021	Firma y sello:  Rosario del Pilar Scazar Scazar COP: 1489 OBSTETRA	DNI: 43445242	Teléfono 980778253



Apéndice 03: JUICIO DE EXPERTOS


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA.
ESCUELA DE POST GRADO



VIVENCIAS EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2021.

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria, solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información, siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello, adjunto a este formato el instrumento y un resumen del proyecto. Agradezco por anticipado su especial atención.

DATOS DEL EXPERTO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO	MERCEDES MIRANDA RENDÓN
PROFESIÓN	OBSTETRA
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	- LICENCIADA EN OBSTETRICIA - MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIDAD	-
TIEMPO DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	28 AÑOS
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
CARGO	OBSTETRA
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO	
<u>VIVENCIAS EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2021.</u>	
NOMBRE DE LAS INVESTIGADORA: BACH. JESSENIA LISETH ABANTO BRIONES	
OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	Comprender las vivencias de las mujeres con morbilidad materna extrema que estarán hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente Cajamarca, durante el mes de diciembre del 2021.
DETALLE DEL INSTRUMENTO: Recolección de datos de pacientes con morbilidad materna extrema que procedían del servicio de UCI del HRDC	
ASPECTOS DE VALIDACIÓN Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado	

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN	
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los estudiantes. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	1	
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	2	
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2	
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	1	
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2	
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8 pts.	
Calificación: Aceptado (7-10 puntos), Debe mejorarse (4-6 puntos), Rechazado (< 3 puntos)			
SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora de la guía de entrevista) <u>RESALTAR COMO SON LAS VIVENCIAS ANTES QUE CUALES SON LAS VIVENCIAS EN MME.</u>			
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:			
APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/> ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES () NO APLICABLE			
Fecha: 15 NOV 2021	Firma y sello:  T. Mercedes Miranda Rendón Obstetra COP. 2638	DNI: 29300093	Teléfono 96485964



Apéndice 03: JUICIO DE EXPERTOS


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA.
ESCUELA DE POST GRADO



VIVENCIAS EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2021.

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria, solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información, siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello, adjunto a este formato el instrumento y un resumen del proyecto. Agradezco por anticipado su especial atención.

DATOS DEL EXPERTO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO	Consuelo Soledad Ocho Mancada
PROFESIÓN	obstetra.
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Título.
ESPECIALIDAD	Alto Riesgo obstétrico
TIEMPO DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	14 años.
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital Regional Cajamarca
CARGO	obstetra-Asistencial.
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO	
<u>VIVENCIAS EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2021.</u>	
NOMBRE DE LAS INVESTIGADORA: BACH. JESSENIA LISETH ABANTO BRIONES	
OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	Comprender las vivencias de las mujeres con morbilidad materna extrema que estarán hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente Cajamarca, durante el mes de diciembre del 2021.
DETALLE DEL INSTRUMENTO: Recolección de datos de pacientes con morbilidad materna extrema que procedían del servicio de UCI del HRDC	
ASPECTOS DE VALIDACIÓN Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado	

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los estudiantes. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10 pts
Calificación: <u>Aceptado</u> (7-10 puntos), Debe mejorarse (4-6 puntos), Rechazado (< 3 puntos)		
SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora de la guía de entrevista) <i>Ninguna</i>		
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:		
APLICABLE (X) ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES () NO APLICABLE		
Fecha: 15/11/21	Firma y sello: 	DNI: 4,1914763
		Teléfono 955330556



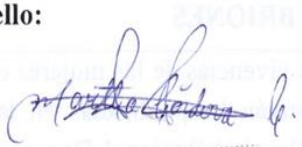
Apéndice 03: JUICIO DE EXPERTOS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA.
ESCUELA DE POST GRADO



VIVENCIAS EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2021.

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria, solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información, siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello, adjunto a este formato el instrumento y un resumen del proyecto. Agradezco por anticipado su especial atención.

DATOS DEL EXPERTO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO	<i>Marta Aracely Pórdora Pultrigo</i>
PROFESIÓN	<i>Obstetra</i>
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	<i>Licenciada en Obstetricia</i>
ESPECIALIDAD	<i>Emergencias Obstétricas</i>
TIEMPO DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	<i>12 años</i>
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	<i>Hospital Regional Cajamarca</i>
CARGO	<i>Obstetra</i>
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO	
<u>VIVENCIAS EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2021.</u>	
NOMBRE DE LAS INVESTIGADORA: BACH. JESSENIA LISETH ABANTO BRIONES	
OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	Comprender las vivencias de las mujeres con morbilidad materna extrema que estarán hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente Cajamarca, durante el mes de diciembre del 2021.
DETALLE DEL INSTRUMENTO: Recolección de datos de pacientes con morbilidad materna extrema que procedían del servicio de UCI del HRDC	
ASPECTOS DE VALIDACIÓN Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado	

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN	
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los estudiantes. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	1	
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	2	
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2	
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2	
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2	
RESULTADO DE VALIDACIÓN		9	
Calificación: Aceptado (7-10 puntos), Debe mejorarse (4-6 puntos), Rechazado (< 3 puntos)			
SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora de la guía de entrevista) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:			
APLICABLE (✓) ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES () NO APLICABLE			
Fecha: 15/11/2021	Firma y sello:  Martha A. Córdova C. Lic. en Obstetricia COP. 21568	DNI: 16805313	Teléfono 954746865.