

Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo

Experiences of pregnant women with high risk pregnancy

María Mercedes Lafaurie V.¹

Karen Viviana Castañeda C., Diana Marcela Castro T., Sandra Marcela Laverde V., Lady Yolima Balaguera C., Cindy Margarita López M., Evelyn Gisethd Martínez P., Yennifer Paola Martínez V., Camila Andrea Parra D., Natalia Ramírez L.²

Yaira Yohanna Pardo M.³

RESUMEN

Objetivo general: describir y analizar, desde una perspectiva cualitativa, las vivencias de un grupo de mujeres gestantes con diagnóstico de embarazo de alto riesgo con el fin de contar con criterios para construir intervenciones de enfermería que puedan responder a sus necesidades de cuidado.

Materiales y métodos: se realizó una entrevista a profundidad, partiendo del marco teórico, a 10 mujeres de 17 a 39 años con embarazo de alto riesgo, atendidas por la Red Distrital de Salud. El análisis fue apoyado por el Atlas ti 6, basado en la Teoría Fundamentada.

Resultados: las situaciones asociadas al alto riesgo en el embarazo encontradas en este grupo son: intervalo intergenésico —riesgo más frecuente—, hipertensión inducida por el embarazo, anemia, complicaciones obstétricas del embarazo anterior, antecedente de aborto a repetición, obesidad, bajo peso, placenta previa, tuberculosis, isoimmunización Rh, infección urinaria a repetición y consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Se destacan los embarazos no planeados; la mitad de las participantes no cuentan con apoyo económico de su pareja; 7 perdieron su trabajo; 5 viven con parientes. La violencia de género y la pobreza limitan la toma de decisiones y afectan su salud. Se visualizan estrés y sentimientos de ambivalencia: por un lado, entusiasmo

ABSTRACT

Overall objective: to describe and analyze, from a qualitative perspective, the experiences of a group of pregnant women diagnosed with high-risk pregnancy in order to have criteria for building nursing interventions that can respond to their felt needs.

Materials and methods: we conducted an in-depth interview constructed from the theoretical framework and validated by experts with 10 women with high-risk pregnancy, from 15 to 39 years, served by the District Health Network. The software Atlas ti 6, based on Grounded Theory, supported the analysis.

Results: the situations associated with high risk in pregnancy found in this group are: birth intervals -most frequent- pregnancy-induced hypertension, anemia, obstetric complications of previous pregnancy, history of recurrent abortion, obesity, low birth weight, placenta previa, tuberculosis, Rh isoimmunization, recurrent urinary tract infection and consumption of Psychoactive Substances (PSA). The study highlights the unplanned pregnancies. Half of the participants do not have financial support from her respective partner, 7 lost their jobs, and 5 live with relatives. Gender violence and poverty limit decisions that affect their health. They display both stress and feelings of ambivalence: on the one hand,

con su embarazo y, por otro, cambios que producen desequilibrio y afectan la calidad de vida.

Conclusiones: las mujeres de este grupo social requieren de atención integral y oportuna, evitando demoras, y educación sexual y reproductiva. Enfermería debe brindar cuidado transcultural y actividades educativas para minimizar temores y empoderar en derechos.

Palabras clave: embarazo, gestantes, alto riesgo, género, investigación cualitativa, enfermería transcultural.

enthusiasm for the pregnancy, and on the other changes that cause imbalance and affect quality of life.

Conclusions: women in this social group require comprehensive care and timely access to health services to avoid delays, as well as sexual and reproductive education. Transcultural nursing care should be provided and educational activities should be developed to minimize fears and empower rights.

Keywords: pregnancy, pregnant, high risk, gender, qualitative research, transcultural nursing.

Recibido: 2011-02-23; aprobado: 2011-05-18

1. Psicóloga, Máster en Igualdad y Género; Profesora Asociada Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mariamlafaurie@yahoo.com.
2. Estudiantes de Enfermería de X Semestre, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
3. Enfermera, PHD (c) en Enfermería, Profesora Asociada Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

En el mundo la mortalidad materna cobra millones de vidas, especialmente en entornos en los que la salud de las mujeres no es una prioridad. El embarazo puede conllevar vulnerabilidad biopsicosocial, por lo que la atención oportuna en salud desde un enfoque preventivo debe ser necesaria y obligatoria; los riesgos maternos deben ser minimizados.

Durante la primera mitad del embarazo, las principales complicaciones biológicas de salud de la mujer son: hemorragia, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestacional; en la segunda mitad: ruptura uterina, placenta previa, abrupcio de placenta, diabetes gestacional, preeclampsia y eclampsia. De las causas directas de mortalidad materna, el 35% corresponden a eclampsia, el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazo terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo, el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias. Según Herrera & Moreno, la preeclampsia es la primera causa de mortalidad materna en Colombia, desde hace más de treinta años, sin cambiar la estructura del indicador (1).

Señala Salazar que “no existe un período en la vida de las mujeres que sea tan crítico como el periodo perinatal”. Un factor de riesgo en el embarazo, de acuerdo con este autor, “es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos” (2).

La salud materna es una prioridad; mejorar la salud materna es uno de los Objetivos del Milenio (ODM 5) y para ello se establecen dos metas: reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015. Los indicadores utilizados para seguir los progresos realizados hacia la consecución del ODM 5 son la RMM y la proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado.

Según los datos de 2005, son pocos los países en desarrollo que se encuentran en camino de lograr el ODM 5. En 56 de los 68 países prioritarios en los que se registra el 98% de las muertes maternas, la RMM sigue siendo elevada (> 300 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos). La RMM mundial

sigue siendo de 400 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, en comparación con las 430 de 1990.

Si miramos ahora en Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33%. La tasa de mortalidad materna se redujo un 28% desde 1990, un progreso significativo que, sin embargo, es todavía insuficiente y que encubre enormes diferencias entre los países, de acuerdo con un informe de UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia). En esta región, cerca de 15.000 mujeres perdieron la vida en 2005 por causas relacionadas con el embarazo y el parto, y la tasa actual de muerte es de 130 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos (3).

En Colombia, los departamentos con mayores índices de mortalidad materna son: Chocó, Guainía, Vichada, Guaviare y Caquetá. A lo anterior se suma que el riesgo de muerte materna es el doble cuando se trata de partos en adolescentes, en comparación con mujeres adultas. De ahí, que se deban reforzar las políticas públicas para adolescentes y jóvenes, y mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y educación sexual destinados a esta población (4). Bogotá es ejemplo nacional con la tasa más baja de muerte de maternas en el país (52,9 por cada 100.000 nacidos vivos). Para el Distrito Capital el grupo de edad donde se registra mayor tasa de mortalidad materna se ubica entre los 15 y 19 años de edad. Según el régimen de afiliación, del total de muertes maternas el régimen contributivo tiene una tasa de 46,9 por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en el régimen subsidiado es de 32,7 y en la población de vinculados (no afiliados) es de 12,2, el restante 8,2 corresponde a otro régimen especial. Tan solo un 47,4% de mujeres gestantes asisten a cinco o más controles prenatales y el 75,4 del total de gestantes recibieron formulación de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico en el 2007(5).

El concepto de salud materna ha tenido dos enfoques primordiales: uno consiste en analizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo vital y el otro se orienta a la integración de aspectos sociales, culturales, demográficos, de desarrollo y de género (6).

La perspectiva de género enfatiza en una mirada a los derechos de las mujeres en relación con su salud

y nos lleva a reconocer que existen riesgos en salud sexual y reproductiva asociados a la condición de dependencia, falta de autonomía y maltrato en que vive la mujer en muchos contextos.

Montero contempla la imperiosa necesidad de la reducción bruta de la morbimortalidad materna y de las problemáticas conexas y destaca que este cambio implica ante todo autonomía, respeto por el sexo femenino, igualdad, accesibilidad y una vida sexual lejos de la coerción y la violencia, en que las mujeres tengan la libertad de quedar en embarazo sin una presión cultural, respetando la dignidad de la mujer y su igualdad social (7).

Las mujeres enfrentan barreras específicas para tener acceso a atención especializada a causa de su bajo estatus social y falta de autonomía, aspectos frecuentes en sinnúmero de contextos. Además muchas mujeres carecen de contacto con la información de salud reproductiva y materna, así como experimentan falta de acceso a medios de transporte. Existe evidencia de que la educación es un indicador importante sobre la probabilidad de utilizar servicios obstétricos, pero se observa que las mujeres de edad reproductiva cuentan con un nivel de educación bajo en comparación con los hombres. Muchas veces las mujeres mismas no buscan servicios de salud. Ellas, pueden sentirse tratadas con condescendencia en algunos casos, pero también pueden ser tratadas sin respeto y hasta ser humilladas por los profesionales de los servicios médicos. Además, en ciertas comunidades existen normas culturales, creencias y tabúes con respecto al rol de las mujeres, el embarazo y el parto que restringen el acceso y la motivación, de las mujeres frente a los servicios de salud “modernos”; para ello deben conocer sus derechos, hacerlos valer, logrando así una maternidad de bajo riesgo (8).

Según un estudio cualitativo realizado en el 2005 por Leichtentritt et ál., el embarazo y la hospitalización son eventos importantes en la vida de una mujer. Ambas experiencias tienen fuertes implicaciones para ella, su familia inmediata y los miembros de la familia ampliada, así como para las y los profesionales, incluidos médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Cuando se combina la hospitalización con un embarazo de alto riesgo la experiencia tiene el

potencial de ser un evento de gran complejidad, de acuerdo con Gorman (1995), citado por los autores. El objetivo de este estudio fue comprender la experiencia de hospitalización como consecuencia del embarazo de alto riesgo, tal y como es vivido por las mujeres. Una importante contribución de este trabajo ha sido proporcionar a mujeres hospitalizadas por embarazo de alto riesgo la oportunidad de hablar y expresar sus necesidades, sentimientos y preocupaciones, y de ser tratadas con comprensión en el contexto de las tensiones que se presentan entre sus ámbitos personal, interpersonal y social. Esta investigación ha señalado que el nivel de conflicto interno y externo —ambivalencia— constituye el tema esencial que subyace en la experiencia que estas mujeres enfrentan. La ambivalencia como la esencia de la hospitalización debido a un embarazo de alto riesgo incorpora los aspectos psicológicos y sociológicos del concepto (9).

Según Quintero Benavides, el embarazo de alto riesgo en adolescentes se puede analizar desde diferentes perspectivas. Se ha señalado que, si bien las adolescentes tienen la posibilidad biológica de quedar embarazadas, en ocasiones su cuerpo aún no tiene la preparación ni la madurez biológica requerida para llevar un embarazo a feliz término y para enfrentar la maternidad. Algunos autores, según afirma esta investigadora, han adicionado a las condiciones económicas, los contextos sociales, culturales y familiares que también pueden llegar a influir negativamente sobre la salud de las madres adolescentes (10).

Hablando del impacto emocional del embarazo de alto riesgo, Torres Gutiérrez (2004) plantea que es necesario partir de dos afirmaciones esenciales casi obvias: la primera, que el embarazo es una situación natural, resultado de la acción de un instinto básico y que resulta ser la culminación de la sexualidad adulta. De hecho, la madurez de una pareja suele estar señalada por la disposición y la capacidad para ser padres. La segunda, que casi todas las mujeres desean tener un hijo. “Las fantasías de las no embarazadas alrededor de la maternidad son casi universales” señala Torres Gutiérrez. Todas las mujeres que ya la han vivido califican la experiencia como significativa e intensa. Casi todas ellas, según este autor, la perciben como un suceso grandioso

y terrible, que las acerca a los misterios de la vida y de la muerte. Por la misma razón, experimentan ambivalencia frente al embarazo. Tienen intenso deseo de ser madres, pero temen a la experiencia o al resultado. El estrés del embarazo es debido, en gran parte, al presagio del parto, pero aceptar el embarazo implica asumir esa amenaza inevitable, según plantea este investigador (11).

Según afirman López et ál. (2008), las mujeres que no han experimentado episodios de violencia tienen un porcentaje más bajo de amenaza de parto prematuro que el promedio general. El embarazo es un factor de riesgo para violencia y, a su vez, la violencia en el embarazo define un contexto multifactorial de situaciones adversas como embarazo no deseado, inadecuado acceso al cuidado prenatal, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas, una mala historia obstétrica, abortos espontáneos, nutrición materna deficiente, infecciones, anemia, parto prematuro y disminución del crecimiento fetal (12).

La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contrarremisión. Se han desarrollado diversas estrategias para ayudar al equipo de salud a valorar los factores de riesgo. A continuación se presentan algunas de estas estrategias propuestas por Herrera et ál., citados en las Guías de Atención Materna de Control Prenatal y Factores de Riesgo de la Secretaría Distrital de Salud en su actualización del 2009. En la Figura 1 se visualiza un esquema que facilita al profesional de enfermería y otros profesionales de la salud la identificación de factores de riesgo biopsicosociales en la gestante (13).

De acuerdo con Casabona & Lillo, el cuidado de salud como práctica social ya sea cotidiana o institucional, tiene su génesis y su estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas. El Cuidado de Enfermería nace de esta raíz común con el cuidado de la salud. Actualmente, se espera de los profesionales de enfermería que cuiden a personas procedentes de diversas culturas; esto es debido en gran parte a la gran movilidad geográfica característica de esta sociedad, apoyada en las nuevas tecnologías en comunicación y transportes.

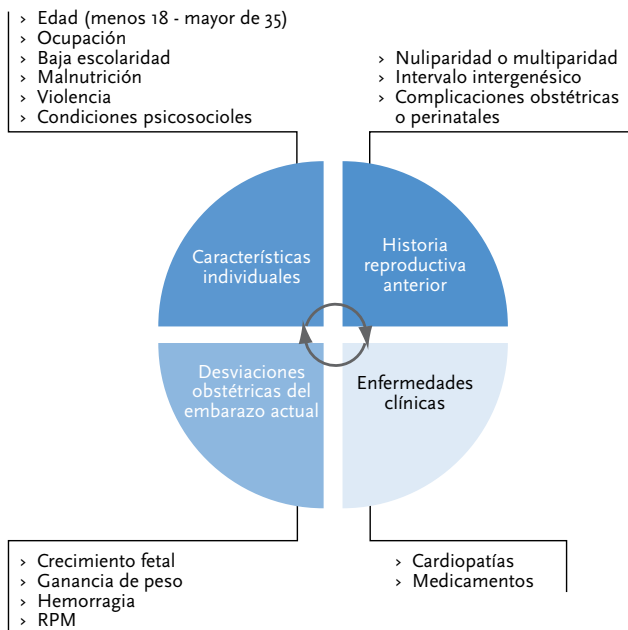


Figura 1. Factores de riesgo biopsicosociales a identificar en la gestante. Fuente: Herrera et ál. 2006. Editado por Centro de Diseño.

Añaden estos autores, citando a Andrews (2003), que si los profesionales de la gestión sanitaria de Enfermería comprenden las peculiaridades de los pacientes con los que trabajan, serán capaces de tomar decisiones e intervenir con una planificación sanitaria que tome en cuenta los valores de los cuidados culturales, las creencias, las referencias y formas de vida de la gente de culturas similares y diversas, para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la calidad asistencial global, percibida por el paciente-cliente (14).

La Enfermería Transcultural es un área formal del conocimiento de la disciplina que tiene como propósitos reconocer las formas en que las diferentes culturas cultivan la salud, el cuidado de esta y la curación de las enfermedades. Aspectos como las condiciones psicosociales y la cultura inciden en la forma como las mujeres experimentan y abordan sus embarazos y sus problemas de salud. La enfermería transcultural se ocupa de aquellos aspectos de la salud que se relacionan estrechamente con los significados culturales y es por ello que hemos elegido esta perspectiva para orientar nuestro trabajo (15).

Para Laza & Cárdenas conocer cómo las gestantes se cuidan y cómo lo hacen con sus hijos desde su lógica cultural, permite a la Enfermería integrar un cúmulo de conocimientos valiosos y además, brindar cuidados coherentes y benéficos a este grupo poblacional de gran importancia en las distintas sociedades. Afirman estas autoras que existen teorías específicas para comprender y estudiar el fenómeno de la gestación como la de la enfermera Ramona Mercer (1986), denominada “adopción del rol materno”, en la que se sustenta que la adopción de este rol es un “proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto período y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, en el cual adquiere competencia en la relación de los cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo”.

En cuanto al apoyo social a la gestante, Laza & Cárdenas refieren estrategias de apoyo social como la educación a la gestante, la familia y la comunidad, encaminadas a la comprensión de los factores de riesgo, las acciones de cuidado y autocuidado que promuevan la salud, así como la preparación para el parto, la crianza y la aceptación del nuevo rol. La conformación de grupos de apoyo, la creación o consolidación de las redes de apoyo a la gestante y el fortalecimiento del vínculo familiar en torno a las necesidades de afecto y apoyo material o económico, debe hacerse desde un conocimiento de los valores y creencias culturales; también debe tenerse en cuenta el significado que para el grupo cultural tiene este proceso o evento vital (16).

Comprender las acciones de cuidado de una población en particular, permite al profesional de enfermería, brindar un cuidado congruente con la cultura. Da la posibilidad de predecir el comportamiento de un grupo poblacional en un momento específico de la población y de buscar las intervenciones más apropiadas (17). Cada grupo social tiene sus propios ritos y por lo tanto los sistemas de salud deben adecuarse y adaptarse a las diversas culturas para respetar costumbres de cada grupo (18).

Lo anterior, hace referencia a lo expresado por Ibarra & Siles basados en el modelo transcultural, quienes plantean que este implica aceptación y respeto por las diferencias culturales; sensibilidad

para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones enfermero-paciente y viceversa, y habilidad para buscar estrategias que mejoren los encuentros culturales de acuerdo a las necesidades manifestadas por el o la paciente (19).

METODOLOGÍA

Diseño

El estudio realizado es de tipo cualitativo, basado en las vivencias abordadas por medio de entrevista personal a profundidad a mujeres gestantes con diagnóstico de embarazo de alto riesgo, construida a partir del marco teórico y sometida a un proceso de revisión por parte de expertos y de validación cultural, cuyo proceso de análisis ha sido apoyado por el software Atlas ti 6. Participaron 10 mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo entre los 17 y los 39 años de edad; que pertenecen a estratos 0, 1 y 2 y son atendidas por la Red Distrital de Salud.

Instrumento

La entrevista a profundidad, utilizada como herramienta, orienta una conversación donde afloran significados y construcciones culturales que constituyen la base del análisis a ser desarrollado, el que fue orientado teóricamente partiendo de categorías previamente establecidas.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 este es un estudio de bajo riesgo. Se tuvo en cuenta que este trabajo toca aspectos sensibles de la persona por lo cual el consentimiento informado al igual que el cuestionario guía de entrevista se enfocaron teniendo en consideración esta circunstancia. Los nombres de las participantes utilizados en este trabajo fueron cambiados para preservar su identidad.

En el caso de la gestante adolescente de 17 años de edad, la entrevista se realizó en presencia de una tía materna (acudiente) y ambas firmaron el consentimiento informado.

Plan de análisis

Se procedió a un proceso de codificación con apoyo del software Atlas ti 6, basado en la Teoría Fundamentada.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Caracterización sociodemográfica

Las mujeres participantes habitan en las localidades de Puente Aranda, Kennedy, Suba y Engativá. Las participantes se hallan en su mayoría entre los 19 y 25 años; una es menor de 18 años y dos son mayores de 35; todas provienen de zonas urbanas; siete de ellas nacieron en Bogotá y tres en capitales de provincia: Neiva (Huila); Medellín (Antioquia) y Cartagena (Bolívar). Se observa, al revisar los datos sobre su escolaridad, que buena parte de las mujeres cursaron la secundaria completa. Otro aspecto destacado del grupo es que la mitad de estas mujeres viven en casas de sus familiares, lo cual habla de unas posibles condiciones de dependencia de estas gestantes con respecto a sus familias de origen o a las de sus parejas. Pertenecen al régimen subsidiado 8 de las 10 mujeres mientras una hace parte de la categoría “pobre y vulnerable no cubierta por subsidio a la demanda” y otra es beneficiaria del régimen contributivo.

Vida familiar: pareja

La mitad de las participantes cuenta con una relación de pareja estable mientras la otra mitad de ellas se hallan solas o poseen vínculos esporádicos con su pareja. Carmen, de 39 años, quien fue abandonada cuando le contó a su pareja sobre su embarazo, relata lo siguiente:

Cuando le dije estábamos discutiendo por algo y le dije ¡ay! ¡no moleste más que yo no puedo tener problemas, yo estoy embarazada! Entonces él dijo: “¿qué?”. Nosotros peleábamos mucho, había muchos problemas, yo me volví más histérica y le comenté que estaba embarazada; en ese momento él se quedó callado, como que más rápido se alejó, él como que no lo asimiló. Bueno, es lo mejor porque después de ese tiempo he estado sola, tranquila, lo asimilé y mejor porque nosotros peleábamos por todo, él era muy celoso.

Sandy, de 19 años, manifiesta, por su parte, haber sufrido actos de violencia física de parte de su compañero:

Intentó ahorcarme. Pero ¿se acuerda que yo al principio les dije que nosotros habíamos hecho un pacto de novios de no hacer “eso”? —se refiere al consumo de drogas—. Pues en lo que hemos estado de novios él ha faltado esa promesa, él lo ha hecho. O sea, por lo menos hace como un mes él recayó en el pegante y estaba mal. Entonces yo le hablé y le dije que si ya no tenía motivación para no seguirlo haciendo, que pensara en el bebé, que él también sentía, que también yo me sentía triste. Bueno, él siempre dice que me quiere mucho, que no me quiere perder. Y yo como una boba lo perdoné y entonces él una vez no llegó; él llegaba todos los días acá a la casa, él no vive conmigo, vive con los papás pero él tiene que venir todos los días porque me deja lo del diario, que para el desayuno....

Según Doubova et ál., dentro de los problemas sociales y de derechos humanos, así como de salud pública a nivel mundial, la violencia contra la mujer es considerada una de las principales manifestaciones ya que tiene serias repercusiones sobre su salud. La violencia basada en género, ejercida por la pareja, puede darse incluso contra la mujer embarazada. Añaden los autores que en países en vía de desarrollo la violencia de pareja es mayor comparada con aquella que se da en los países industrializados. “Algunos factores que predisponen a violencia en las mujeres embarazadas son: el antecedente de violencia en la infancia, violencia antes del embarazo, el nivel de educación y el nivel socioeconómico bajo, entre otros”, según estos investigadores. Una mujer embarazada víctima de su pareja puede sufrir maltrato físico, sexual y emocional (20)

Montero, por su parte, señala que el cuerpo de la mujer se ve inmerso en un sistema de relaciones sociales entre mujeres y hombres, “las cuales están marcadas por los mandatos de género y por tanto inscritas en una representación de relaciones de poder” (7). La violencia de género, que según Lafaurie es una de las mayores expresiones de las relaciones de poder entre mujeres y hombres basadas en el dominio masculino, “toma con frecuencia el camino de la violencia sexual sin tener en cuenta los derechos sexuales y reproductivos”. En los países en vía de desarrollo estos derechos se suelen vulnerar de manera permanente y son una expresión clara de estructuras imperantes de desigualdad de género (21).

La crianza de niños no propios suele ser frecuente en las vidas de las mujeres de estratos sociales deprimidos quienes desde niñas ejercen la función

de cuidadoras. Valeria, de 22 años cuenta que ella ayudó en la crianza de sus primos:

Me tocó criar a mis primos, todos al tiempo porque ellos vivían en mi casa y mi mamá trabajaba, mi tía también y mis tíos, como era la mayor era la que me quedaba al pendiente, que sus teteros, que sus pañales, que jugara con ellos, que los bañara. Porque la familia de ellos no estaba presente.

De diez mujeres participantes, siete afirman tener contacto con su familia de origen mientras las tres restantes no poseen lazos con sus parientes más cercanos o mantienen relaciones distantes con estos, como es el caso de Fanny, de 36 años quien refiere lo siguiente:

Con la menor es con la que más me hablo, la mayor pues ella desde que se casó siempre ha vivido lejos, vive en Neiva; la relación con mi hermano es seca, él siempre está en sus cosas, las visitas o llamadas son esporádicamente.

Estado de salud: antecedentes

Se observa que varias de las gestantes presentan antecedentes que dan cuenta de problemáticas de salud previas a su embarazo de alto riesgo, entre los cuales se destacan los antecedentes de tipo patológico. En 7 de los casos, se hallan este tipo de antecedentes los cuales son: abrupcio de placenta (2 casos), preeclampsia en embarazo anterior (1 caso); ITS (1 caso); aborto espontáneo (2 casos) e inducido (1 caso), anemia (1 caso), bajo peso en embarazo anterior (1 caso).

Esto narra Carmen sobre su problema de preeclampsia:

El día de ayer fui a control con el médico y me dijo que la situación más grave era la tensión, estaba en 130/80 —mm/Hg—. Me dijo: hay que cuidarse de la tensión y más que usted tiene antecedentes de preeclampsia con el embarazo anterior. Yo no le había comentado al doctor me quedé callada le fui diciendo todo: estoy normal, normal, normal; cuando: “¿alguna enfermedad o algo en el embarazo anterior?” yo: “nada, normal”. Cuando ya me tomó la tensión me dijo “dígame la verdad”; y yo: “sí, la verdad yo estuve hospitalizada”. Por la tensión alta duré dos meses, desde los siete meses me hospitalizaron por la tensión y más por la edad, por todo lo que pasó, pues es más delicado todavía.

Otros antecedentes observados son aquellos de tipo traumático como el que Eliana relata, debido a violencia intrafamiliar:

Tuve un golpe en la nariz, porque mi mami un día, toda salvaje, me pegó en la cara y me fracturó este hueso. Es que mi mami, hubo un tiempo que nos pegaba como si fuéramos animales, entonces no midió la fuerza y me pegó con la mano y en la mano tenía un anillo y ahí mismo me salió sangre y no dejaba de chorrear.

En cuanto a los antecedentes alérgicos, los cuales reportan también dos entrevistadas, esto refiere Paola:

Soy alérgica a ciertos animales: a los pájaros, a los gatos y a los roedores. Un pájaro que toque mi toalla con la que me seco el cuerpo y ahí tengo de una vez alergia. Soy alérgica al jabón, no lo puedo compartir con más de dos personas y es una alergia que por donde pasa el jabón ahí es: deja la manchita blanca; pero me pasa rápido, eso se demora dos o tres días poniéndome limón cada ratito. Una vez me trasnoché, llegué, me comí un tamal y se me brotó todo el cuerpo.

Del total de las entrevistadas, dos consumen tabaco; tres consumen alcohol y una tiene antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas (marihuana, “bazuco”, “perico”, “pegante”) hasta las 19 semanas. Sandy quien tuvo problemas de toxicoddependencia narra lo siguiente:

Conocí la marihuana, después conocí el perico, después tuve un novio y él era jíbaro, vendía bazuco y pues ahí empecé a conocer eso también. Yo conocí también unas amigas y les gustaba el pegante. Yo también empecé a consumirlo y ahí ya era todo. Fumaba marihuana, bazuco, inhalada pegante, ya era todo. Hace dos meses que yo no lo hago, porque yo lo hacía y me causaba el mismo efecto, yo lo hacía y me daba la pensadera en mi bebé, pobrecito. ¿Cómo se sentirá? No, yo solamente pensaba en él. Si yo ya soy mamá, tengo que madurar, y eso es lo que yo le trato de meter al papá en la cabeza, vamos a ser papás, tenemos que darle autoridad moral a nuestro hijo, nosotros somos los únicos que lo vamos a educar, lo vamos a enseñar, o sea los hijos son lo que los papás les enseñan. Entonces yo dije, tenemos que educarlo bien, yo no quiero que sea lo que yo fui, no quiero que me haga sufrir como yo lo hice con mi mamá.

Historia sexual-reproductiva

La mitad de las gestantes que participaron en la investigación se encuentran en el tercer trimestre de embarazo y tienen dos embarazos, incluyendo el actual; nueve de los embarazos no fueron planeados como nos narra Valeria:

Antes de mi primer embarazo, yo no quería tener hijos, yo trabajaba para una productora de televisión, estudiaba, vivía en un apartamento sola, bueno, sola no, con el papá del niño. Pero él también trabajaba y mantenía viajando entonces prácticamente vivía sola, el dinero era para mí sola. Entonces, en ese momento un hijo no estaba dentro de mis planes ni

en los de él, y que uno se cuide para que para no romper los huevitos y va y se le rompen! ¡ay virgen santísima! entonces triste porque no lo asimilé. Bryan nació y no asimilaba que tenía un hijo, yo no lo amamantaba porque me dolían mucho los senos, pero yo no lo bañaba, no lo vestía, no lo secaba, nada, eso lo hacía mi cuñada y yo lo vine a sentir que era mío el día que lloró, y ya tenía tres meses de nacido. Con mi hijo yo no sentí nada porque nunca lo asimilé, como que nunca hubo ese cariño materno, esa ansiedad que uno siente imaginándose: ¿cómo serán los ojos? o si va tener mi cabello.

El inicio de la vida sexual de 8 de estas mujeres fue entre los 13 y 18 años, la cual puede considerarse temprana en relación con los datos recientes. La edad de la primera relación sexual según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 — que tanto a nivel general como a nivel urbano es de 18,1— se ve asociada a los niveles educativos, siendo más temprana en las zonas rurales (17,5) y entre las mujeres sin educación formal (15,8). Cuando se analiza de acuerdo al nivel de riqueza se observa que las mujeres en el quintil inferior tienen una edad mediana de 17,1 años al inicio de sus relaciones sexuales y para aquéllas en el nivel más alto la mediana es de casi 19 años (18,7). Entre los grupos de edad más jóvenes, se presenta, de acuerdo con la encuesta, una tendencia al inicio cada vez más temprano de la vida sexual (22). La presión social aparece como una de las razones que llevaron a las mujeres entrevistadas a iniciar sus relaciones sexuales. Esto relató Paola:

Pues mi primera relación más bien fue porque mis amigas que ya habían tenido me molestaban y me decían que ya tan vieja y todavía nada, pero yo les hacía creer que sí, que yo ya había tenido pero no era así, ellas me preguntaban sobre el tema y yo las evadía. Ya que mis amigas me la montaban decidí tener relaciones pero a mí no me gustó; al otro día me sentí rara, no me sentía la misma, porque me dolió mucho; me sentía diferente, a pesar de que era mi novio y lo quería mucho; como que no fue el experto, esto en vez de unirnos nos separó.

Sandy, que inició su vida sexual a los 13 años, narra lo siguiente:

Yo lo hice porque quedé de acuerdo con una amiga pues porque las dos éramos vírgenes y pues así, nosotras dijimos lo apostamos, lo hicimos, pero sin amor. A mí no me gustó. Mi primer compañero fue muy brusco, no fue tierno, no fue lindo, fue muy feo.

Del total de las participantes, dos manifiestan que han tenido abortos previos. Fanny de 36 años, por ejemplo, ha tenido dos abortos espontáneos.

Este embarazo significa una felicidad muy grande, yo digo que por mis dos abortos este bebé va a compensar.

Lizet a sus 25 años ha tenido cinco abortos; el primero de ellos fue inducido y los cuatro siguientes fueron espontáneos, lo que le genera sentimientos de preocupación, culpabilidad y temor con respecto a su embarazo actual:

O sea me he sentido mal, ¿cómo decir? que tengo culpa y no tengo culpa, porque en el primero sí no lo quería tener, tomé una pastilla y lo aborté; ya los demás ahí sí se me salían, no se me aguantaban porque estaba muy débil, me decían que la anemia. Pero la verdad nunca me dijeron por qué. A veces sí me culpo y a veces no. Frente a esas pérdidas actualmente me siento pues no tan bien, pero ya me siento más tranquila porque o sea ya... cómo decir.... tuve un niño, y ahora voy a tener otro entonces ¿ya?... Frente a este embarazo, que ya tengo ocho meses, a veces tengo miedo porque a veces pienso que lo voy a perder, se me va a salir o que algo me puede pasar el día del parto, por lo que estoy un poco débil, estoy bajita de peso entonces no (...) No quiero que me vuelva a suceder otra vez en el parto lo mismo que me pasó en el otro.

El aborto inducido como consecuencia del embarazo no deseado o no planeado es reconocido como un problema de gran magnitud desde la salud pública, en los países en vía de desarrollo, donde se asocia a condiciones inseguras. Las mujeres que no logran acceder a la anticoncepción segura y a información efectiva sobre la misma, se ven impelidas a abortar como alternativa frente a embarazos no deseados o no planeados, siendo víctimas en muchos casos de procedimientos no seguros. Langer, plantea que entre las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro están la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A mediano plazo, la infertilidad se presenta como una secuela posible (23).

Dentro de los proyectos de algunas mujeres existe el deseo de tener un hijo en un futuro. El embarazo actual, sin embargo, no estaba entre sus planes, exceptuando a Valeria quien relata lo siguiente:

Ya tomamos la decisión y nunca planifiqué, bueno con preservativo las primeras veces y ya después estábamos viviendo y él quería la niña; él me dijo y yo acepté, llegamos a la conclusión de que queríamos un bebé, entonces tampoco vi la necesidad de cuidarme porque ya para qué, si ya estaba decidido que íbamos a tener un bebé; cuando me cuidé quedé embarazada, en este tiempo no me cuidé y no quedé embarazada hasta el día que dije quiero quedar embarazada. Los primeros meses no quedaba embarazada y yo mantenía llorando. Gianni no hacía más que consolarme me llevaba

chocolatinas, arequipes y me estaba engordando; yo podía durar una semana entera llorando porque no podía quedar embarazada, para mí era decepcionante porque ahí sí quería, y le dije a Gianni: “si este mes no quedo embarazada definitivamente ya me empiezo a cuidar, no tengo más hijos o más bien hacemos cualquier otra cosa y en otro momento mi Dios nos dará un bebé” y en ese mes quedé embarazada.

Aunque Eliana refiere no querer más hijos, la ilusión de tener una niña la describe de la siguiente manera:

No, pues me tienta la niña, para ponerle moñitas y vestiditos y que la ropita rosadita, pero no ahorita, ahorita no y ya lo he pensado muy seriamente en decirle al médico a este control que vaya que quiero operarme.

Circunstancias del embarazo

De las gestantes entrevistadas siete no estaban utilizando ningún método de planificación familiar. Paola abandonó la anticoncepción, según lo plantea, por percibir efectos secundarios:

Mira que yo fui a que me explicaran con mi pareja, fuimos a X —refiere una entidad experta en salud sexual y reproductiva— y me mandaron unas pastillas y no, yo empecé a tomármelas y no pasaron 20 días y empecé el sangrado, las paré y no seguí planificando. No volví por allá.

Fanny en sus narraciones describe también reacciones adversas como resultado del uso de anticonceptivos:

Con las inyecciones y pastas me ha ido mal; las pastas, por lo de la vena várice, me la hicieron pronunciar más; las inyecciones unas veces me venía el periodo y me duraba hasta un mes o mes y medio, entonces por eso también dejé de planificar y quedé en embarazo ahorita.

Es muy importante tener en cuenta la enorme influencia de los factores estructurales y las desigualdades de género en las decisiones reproductivas de las mujeres. En ese sentido, es importante que los programas no se enfoquen únicamente a tratar de modificar las conductas sexuales de ellas, sino en fortalecer el sistema de protección de la salud en las mujeres y en influir positivamente en los determinantes sociales de su salud. El acceder y usar anticonceptivos, el poder de decidir sobre cuándo y con quién tener relaciones sexuales o casarse, son algunos de los derechos que deben ser considerados y que influyen positivamente en esta situación (21). Acceder a información sobre anticoncepción clara y oportuna,

constituye un derecho y previene la presentación de problemáticas en la salud de las mujeres.

Controles durante el embarazo

Encontramos que 9 del total de las participantes asisten a controles prenatales mensualmente y una de ellas, Amparo, refiere no asistir al control prenatal por problemas en la afiliación:

Tenía problemas con el Seguro, no he ido a los controles y ni siquiera a los prenatales. Apenas va a comenzar el mes desde que me afiliaron.

Un número de 6 de las participantes asisten al “Curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad Responsable” mientras 4 de ellas no acceden a esta oportunidad. Fanny, como varias de las entrevistadas, expresa que se siente satisfecha con el Curso:

Es muy bonito y es la primera vez de los tres embarazos que asisto a los cursos, nunca antes había asistido pues yo había escuchado pero nunca me había llamado la atención, pero es muy bonito porque aprende uno muchas cosas y en la forma en que ella —se refiere a la enfermera— lo explica y las compañeras de ella es muy bonito y tiene mucha enseñanza. Los beneficios es que le enseñan cómo tener un parto mejor, y el curso le ayuda a uno para la hora del parto.

Diana, de 17 años, revela por su parte, desconocimiento del Curso y barreras de acceso al mismo de orden institucional:

Si pues me hablaron y que dejara el número y lo dejé pero no han llamado.

Alimentación

Seis de las participantes cuentan con medios económicos para alimentarse adecuadamente y cuatro consumen dos o menos comidas diarias. Diana y Amparo son mujeres que no cuentan con los suficientes recursos para poder sostener una alimentación saludable, ya que únicamente consumen una comida diaria. Amparo depende de la solidaridad de otras personas para alimentarse, lo cual devela la precariedad en las condiciones con que en muchas ocasiones las mujeres se enfrentan durante sus embarazos:

Hay días en los que amanezco sin nada de comer, me la paso en blanco y a veces la vecina me regala un poco, si me regala es arroz, huevo, salchichón.

Situaciones de salud que afectan el embarazo

Se puede observar que una de las diez gestantes es menor de 18 años y dos de ellas son mayores de 35 años, lo cual es considerado riesgo asociado a la edad, de acuerdo con Herrera et ál. (1).

Las situaciones de salud encontradas son las siguientes: intervalo intergenésico (menor a 2 años, 3 casos; mayor a 5 años, 5 casos), complicaciones obstétricas del embarazo anterior (4 casos), hipertensión inducida por el embarazo (3 casos), antecedente de aborto a repetición (2 casos), obesidad (2 casos), bajo peso (2 casos), placenta previa (2 casos), tuberculosis (1 caso), isoimmunización Rh (1 caso), infección urinaria a repetición (1 caso), anemia (1 caso), y consumo de sustancias psicoactivas (1 caso). Es importante mencionar que el intervalo intergenésico mayor a 5 años es la condición de riesgo más frecuente en las gestantes entrevistadas. La tercera parte de las gestantes presenta una situación de riesgo asociada a su embarazo. En el resto de las gestantes se conjugan múltiples factores de riesgo a la vez.

Cambios en el estilo de vida asociados al embarazo actual

Variedad de situaciones que deterioran su calidad de vida han debido afrontar las mujeres entrevistadas. Ninguna de las participantes ha logrado continuar con su vida normal. Las razones que justifican ese cambio están relacionadas sobre todo con el riesgo actual del embarazo que implica dejar de realizar actividades que requieran esfuerzo físico y mental. Una de las gestantes continúa laborando mientras siete de ellas perdieron su posibilidad de continuar trabajando. A Paola, por su parte, le cancelaron su contrato por estar embarazada; esta es su versión:

A mí me cortaron contrato y que yo regresaba otra vez el 29 de enero y yo fui a presentarme normal, muy contenta, cuando “no, que usted no puede firmar contrato porque usted está embarazada”.

Varias de las mujeres han debido enfrentar también problemas familiares y económicos. En cuanto a los primeros, al enterarse, sus familias no asumieron positivamente la noticia del embarazo, recibiendo las gestantes rechazo por esta situación. En lo referente a lo económico, el hecho de reducir sus actividades

tiene repercusiones por la disminución de los ingresos, con el consecuente aumento de gastos afrontados únicamente por la pareja o por los familiares a cargo.

Lizet expresa lo siguiente sobre las repercusiones de su embarazo en su diario vivir:

Sí, ha cambiado todo, a veces me siento mal, eso me ha afectado mucho, bastante, porque igual yo siempre he trabajado, nunca he parado, igual siempre he estado ahí para ayudar a mi hijo, darle a mi mamá, todo eso. Que si aportar para la casa, que si para los servicios. A pesar de todo está mi esposo. Pero sí, quisiera ayudarlo también. Pero me ha afectado mucho. La señora —se refiere a su patrona—, cuando se enteró, me dijo que me iba a echar porque ella no podía tener una persona trabajando embarazada por lo que era un restaurante (...) Ella me dijo: “si estás embarazada no puedes seguir trabajando”. Yo me retiré porque yo cuando quedé embarazada, ese embarazo me puso muy mala; entonces no podía seguir trabajando y yo decidí retirarme.

Estado emocional

Partiendo de sus condiciones, el estado emocional de las participantes se puede caracterizar especialmente por la ambivalencia. La alegría dada por la expectativa de tener un hijo se ve empañada por la preocupación asociada a los peligros generados por su gestación de alto riesgo y a los cambios generados por la misma.

Paola manifiesta expectativa y entusiasmo ante el nuevo embarazo a pesar de que demuestra preocupación por el diagnóstico de isoimmunización Rh:

Es una experiencia muy bonita, yo se lo había escuchado a otras personas pero uno nunca se imagina cómo va a ser uno en esas circunstancias, para mí ha sido rico a pesar de todas las maluqueras y dolor de cabeza. Este hijo significa vida, felicidad y sé que todo va estar bien. Ya quiero que esté conmigo para consentirlo. El papá dice que nunca se había imaginado como padre, pero que se le pasan muchas cosas por la cabeza (...) A mí sí me preocupó un poco y uno inmediatamente asimila eso como que le puede pasar algo al bebé. No, pues ya sabiendo porque es de alto riesgo por el tipo de sangre y que el bebé nazca y pueda tener una anemia ¡por Dios! eso sería terrible.

Fanny, de 36 años, con antecedente de abortos previos, también devela ambigüedad frente a su embarazo. En ella se da una mezcla de alegría y de temor por una posible nueva pérdida:

Con mi embarazo contenta; pues al principio me dio duro saber que estaba embarazada, porque no quería, entonces cuando yo supe lloré, le lloré a mi niña y ella fue la que me dio

fortaleza, tenía mucho miedo de volver a pasar por lo mismo, y ella fue la que me dio moral, mi esposo y mi mamá han estado ahí para seguir adelante con mi bebé. Lo veo muy bonito, y ya que este es el último, aprovecharlo. Este embarazo significa una felicidad muy grande, yo digo que por mis dos abortos este bebé va a compensar. Yo me siento muy preparada y la estoy esperando con mucha ansia, me siento segura de que va salir todo bien y que ella va salir adelante (...) Siento miedo, mucho miedo, porque no quería volver a pasar lo que ya había pasado con los otros dos abortos, es muy difícil, duele demasiado, todavía me duele haber perdido los otros dos bebés porque yo los quería tener. Me muero, no aguanto, si se muere quiero que me lleve con ella, pienso mucho en mis hijos pero, no, otro golpe así no lo quiero tener, me dolería mucho.

De acuerdo con Torres Gutiérrez, aspectos como el momento en que se conoce que el embarazo es de alto riesgo, el tipo de riesgo que conlleva la situación, las condiciones de la pareja y los aspectos relacionados con la personalidad de los padres, inciden en el afrontamiento que se haga de este evento (11). El embarazo de alto riesgo suele conllevar conflicto entre aspectos subjetivos y factores externos, generando ambigüedad emocional (9).

Redes de apoyo

Seis de las mujeres cuentan con redes de apoyo familiares. Cinco de ellas reciben el apoyo de sus parejas además de contar con sus familias. En tres casos las mujeres se hallan desprotegidas o en riesgo de perder el apoyo con que cuentan y en un caso la gestante cuenta únicamente con apoyo de una amiga.

Valeria, relata que ella recibe apoyo de su pareja y de su familia:

Buena, con mis hermanos regular porque cada una en su hogar en su cuento, yo también mantengo en mi casa con mi esposito y ya con mi mamá, bien, excelente, con mi padrastro también; bien, creo que todo bien. Mi esposo, ¡Huy, excelente! y además de que Gianni no es agresivo, no le gustan las groserías, es apegado a Dios, no fuma, no toma, le gusta el deporte.

De las diez gestantes, siete se encuentran satisfechas con los servicios de salud que han recibido mientras tres de ellas manifiestan inconformidad al respecto. Fanny de 36 años, quien no se encuentra satisfecha con el servicio de salud recibido, manifiesta:

Creo que es malo, porque no me gusta la forma como me están atendiendo, me siento rechazada, me gustaría más bien que me cambiaran, para sentirme más segura de que mi bebé y yo vamos a estar bien. Quiero que me cambien de hospital, no me ha gustado la forma de atención de los profesionales

de salud que me han atendido, ya ahorita voy para el otro control y me cambiaron de ginecólogo otra vez, yo quiero que me cambien para el Hospital de Kennedy. Me siento rechazada por la forma de atención y no le ponen cuidado al malestar que uno tiene y dicen que eso es normal y yo no veo que sea normal. Sería chévere que la atención fuera mejor para las personas que estamos en SISBEN y no dar siempre los mismos medicamentos que son el Acetaminofén y la Ampicilina.

En cuanto a la percepción que tienen las gestantes del papel que desempeña enfermería en la atención en salud, cuatro de ellas refieren sentir un apoyo constante y seguro, viendo a los (as) profesionales de enfermería como personas amigas que se interesan por sus problemas. Es importante resaltar, que dentro de las actividades de enfermería en la atención prenatal se incluyen el control y la vigilancia del embarazo, a fin de identificar oportunamente los riesgos que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como el de referir los casos de embarazos de alto riesgo a una atención médica específica, especializada y eficaz (24).

Con relación a la atención de parte del personal de enfermería, Eliana expresa lo siguiente:

Hasta ahora me han ayudado mucho, porque por ejemplo, recién empecé los controles, me vio a mí fue una enfermera, la enfermera fue la que me dio a mí los exámenes, me dio mi consejería y fue la que me dio la pauta para que yo empezara mi control prenatal. Yo voy al centro de salud y ¿con quién me encuentro yo?, con una enfermera; a la enfermera es la que le comento, “me pasa esto y esto”, me puede colaborar, porque, como tal, doctor de cabecera no lo hay o puede que lo haya pero en el consultorio o cuando se ve un doctor diciendo por ahí afuera “¿quién tiene una duda?”. Por ejemplo la enfermera jefe, ella es la que sale y me saluda, pregunta cómo estoy, cómo me siento y me pregunta si he asistido a los controles, entonces por lo menos ahí me han ayudado mucho.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este grupo de gestantes se identifican condiciones de riesgo asociadas al embarazo, determinadas por factores biológicos y psicosociales como lo son: la edad, la historia sexual y reproductiva, los estilos de vida, la funcionalidad familiar y demás redes de apoyo, las complicaciones obstétricas del embarazo actual y de embarazos anteriores; la situación afectiva, el déficit de conocimientos y demás situaciones que condicionan la baja calidad de vida materno fetal.

Todas las mujeres con embarazos de alto riesgo requieren de atención especializada, interdisciplinaria e integral, que incluye la valoración constante de las redes de apoyo social (familia, amigos e instituciones del Estado) al igual que el reconocimiento de los aspectos que se relacionan con su sentido de vida y espiritualidad. Además de esto, la atención oportuna se logra previniendo barreras de acceso a los servicios de salud y evitando los retrasos o demoras en la atención. Es importante insistir en el inicio temprano del control prenatal en la gestante, pues es la mejor herramienta para detectar a tiempo factores que pueden convertir un embarazo normal en uno de alto riesgo y posterior a esto brindar una intervención oportuna para aquellos que sean modificables.

La base para el fortalecimiento de la educación sexual y reproductiva en las gestantes con embarazo de alto riesgo es la creación de estrategias basadas en sus necesidades, determinadas por el nivel educativo, el nivel socioeconómico, el entorno en el cual se desarrollan y la percepción de cada una acerca de la sexualidad, teniendo en cuenta un enfoque de género y de derechos. La intervención de Enfermería requiere estar centrada en la dimensión biopsicosocial, espiritual y cultural de la gestante que vive un embarazo de alto riesgo con el fin de priorizar la atención y brindar un cuidado transcultural e integral de acuerdo a las necesidades individuales.

Colmenares et ál. señalan que el servicio de enfermería debe desarrollar actividades educativas, según las necesidades identificadas, con base en factores de riesgo fisiológico, así como evaluar la habilidad de la gestante para aplicar el aprendizaje obtenido durante las sesiones educativas; fortalecer la educación para la salud en las adolescentes en control al igual que la de su grupo familiar, capacitándolos (as) sobre el conocimiento de los factores de riesgo durante el embarazo y consejería en lactancia materna, estimulando, promoviendo y facilitando la participación de la pareja durante todo el proceso y brindando apoyo psicológico a los dos (24).

Aspectos como una consejería en salud sexual y reproductiva, basada en el fortalecimiento de la capacidad de las mujeres para decir sobre su cuerpo, que incluya información acertada, oportuna y personalizada sobre anticoncepción, favorecen

decididamente el mejoramiento de las condiciones de salud de las mujeres. El seguimiento por parte del personal de salud de los protocolos disponibles para minimizar los riesgos del embarazo y para la atención a las gestantes con embarazos de alto riesgo es un imperativo para garantizar el derecho a la vida de las mujeres. El mejoramiento de la calidad de la atención a las mujeres gestantes requiere ser asumido por los servicios de salud sexual y reproductiva y de ginecología y obstetricia, de manera generalizada, teniendo en consideración que la accesibilidad, la integralidad, la oportunidad y la calidez hacen la diferencia.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las mujeres gestantes entrevistadas, que con su aporte e interés nos brindaron la posibilidad de contar con valiosa información para realizar este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Herrera J, Moreno C. Comportamiento gráfico de la presión arterial diastólica durante el embarazo en gestantes con riesgo de preeclampsia. *Colombia Médica* Octubre/Diciembre, 2000; 31 (4). Universidad del Valle [en línea] [consultado el 2 de junio de 2010]. Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28333104.pdf>>.
- Salazar JA. Embarazo de alto riesgo. *Colegio Médico de Bolivia. IV Jornada de Educación Médica Continua* [en línea] [consultado el 6 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.cmqqbb.com/EMBARAZO_DE_ALTO_RIESGO.pdf>.
- Acción por la Salud Global. La Mortalidad materna desciende aunque de forma insuficiente en Latinoamérica [en línea] [consultado el 4 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.actionforglobalhealth.eu/media/home/espana/noticias/la_mortalidad_materna_desciende_aun_ue_de_forma_insuficiente_en_latinoamerica>.
- Correa R, Torres H, Giraldo J, Palacios D. La mortalidad materna: otra cara de la violencia contra las mujeres. Un análisis desde la perspectiva jurídica. Comisión Nacional de Género de la Rama Judicial de Colombia CNGRJ. Consejo Superior de la Judicatura. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Diciembre 2008 [en línea] [consultado el 6 de noviembre 2010]. Disponible en: <www.ramajudicial.gov.co/.../BOLETIN%20DE%20PRENSA%20010-09.doc>.
- Secretaría Distrital de Salud. Prevención de la Mortalidad Materna [en línea] [consultado el 6 de noviembre de 2010] Disponible en: <<http://www.saludcapital.gov.co/paginas/mortalidadmaterna.aspx>>.
- Villegas C, Luna J. La salud materna: un gran reto para Colombia. *Rev. Salud Pública*. Marzo de 1999 (1): 68-80 [en línea] [consultado el 22 de junio de 2010]. Disponible en: <<http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v1n1/Rev18.htm>>.
- Montero J. Salud Reproductiva. Máster Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado. Castellón: UJI-Isonomía, 2009.
- OPS, OMS. Mortalidad materna, género y desarrollo. Grupo interagencial de género del Sistema de las Naciones Unidas de México. Marzo de 2008 [en línea] [consultado el 3 julio de 2010]. Disponible en: <<http://www.mex.opsoms.org/.../GIG%20y%20mortalidad%20materna.pdf>>.
- Leichtentritt RD, Blumenthal N, Elyassi A, Rotmensch S, Shapell B. Embarazo de alto riesgo y hospitalización: las voces de las mujeres. *High-risk pregnancy and hospitalization: The women's voices*. *Health Soc Work*, 2005, Feb; 30(1): 39-47. School of Social Work. University Israel. [en línea] [consultado el 13 de junio de 2010]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15847236>>.
- Quintero Benavides A. Algunas ideas en torno al embarazo adolescente: ejercicio biopolítico. Tesis para optar al Título a Magister de derecho. Enero 2008. Universidad de los Andes Facultad de Derecho.
- Torres Gutiérrez M. Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. Emotional impact of a high-risk pregnancy. *Rev. Colomb. Psiquiatr*. Bogotá. 2004 julio/sept.; 33 (3). Artículos de revisión/actualización. Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología. [en línea] [consultado el 18 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502004000300004&script=sci_arttext>.
- López S, Gomez PI, Arévalo I. Violence against women: analysis at the Instituto Materno Infantil in Bogotá, Colombia, 2005: a cross-sectional study. *Rev colomb obstet ginecol*, 2008 ene/mar; 59 (1): 10-19 [en línea] [consultado el 4 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502008000100004&script=sci_arttext>.
- Asociación Colombiana de Ginecología y Obstetricia, ASBOG. Guías de atención materna. Guía de control

- prenatal y factores de riesgo. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. 2009; 9-17.
14. Casabona I, Lillo M. Gestión de cuidados de salud y competencia cultural. Universidad de Alicante. 2008 [en línea] [consultado el 2 de junio de 2010]. Disponible en: <<http://www.biblioteca.universia.net/ficha.do?id=35523001>>.
 15. Arcos E, Uarac M, Molina I, Reossi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Rev. méd. Chile*. Santiago. 2001; 129 (12).
 16. Laza C, Cárdenas F. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. A look at care during pregnancy from the transcultural nursing. *Rev. Cubana Enfermer*. 2008; 24, (3-4). Universidad Nacional de Colombia. Fundación Universitaria del Área Andina [en línea] [consultado el 9 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.areandina.edu.co/.../una_mirada_al_cuidado_en_la_gestacion_desde_la_enfermeria_transcultural.doc>.
 17. Montoya DI. Significados del cuidado en el parto. *Avances en Enfermería*. Enero-Junio, 2007; 15 (1). Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín [en línea] [consultado el 28 de junio de 2010]. Disponible en: <<http://www.google.com.co/search?sourceid=navclient&hl=es&ie=UTF8&q=Significados+del+cuidado+en+el+parto>>.
 18. Casabona I. Gestión transcultural de los cuidados de enfermería del proyecto sociosanitario intereuropeo holandés. Una investigación cualitativa en el contexto de la calidad asistencias en la práctica clínica. Universidad de Alicante. Enero de 2008. Tesis doctoral [en línea] [consultado el 6 de junio de 2010]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9665/1/Tesis_doctoral_casabona.pdf>.
 19. Ibarra T, Siles J. Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Rev Index Enferm*. Granada. 2006; 15 (55) [en línea] [consultado el 22 de junio de 2010]. Disponible en: <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/55/6274.php>>.
 20. Doubova S, Pámanes V, Billings D, Torres L. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. Partner violence against pregnant women in Mexico City. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4): 582-90.
 21. Lafaurie MM. Los derechos sexuales y reproductivos: Una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo. *MED. UIS*. 2009; 22(2):191-200. [en línea] [citado el 8 octubre de 2010] Disponible en: <<http://132.248.9.1:8991/hevila/MedicasUIS/2009/vol22/no2/8.pdf>>.
 22. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010.
 23. Langer A. El embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gaceta Médica (editorial)*. 2003; 139 (Supl.1): S3-S7.
 24. Colmenares Z, Montero L, Reina R, González Z. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. Nursing intervention during prenatal clinic and knowledge about the physiological risks of pregnant teenagers. *Revista Colombiana Cuatrimestral de Enfermería*, 2010.