Determinación de la salud materna a partir del contexto social, familiar, cultural y de los servicios de salud
Montería-Colombia 2022-2023

Claudia Patricia Ramos Lafont

Santiago Henao Villegas
Director
Isabel Posada Zapata
Codirectora

Escuela de Graduados
Observatorio de la Salud Pública
Salud Pública y Sociedad
Medellín noviembre de 2025

Determinación de la salud materna a partir del contexto social, familiar, cultural y de los servicios de salud
Montería-Colombia 2022-2023

Claudia Patricia Ramos Lafont

Santiago Henao Villegas
Director
Isabel Posada Zapata
Codirectora

Escuela de Graduados
Doctorado en Salud Pública
Medellín junio de 2025

Tabla de contenido

Contenido

Lista de tablas **7**

Lista de figuras **8**

Lista de anexos **9**

Resumen **10**

Palabras claves **11**

Abstract **11**

Keywords: **12**

1. Formulación del problema **13**

1.1 Planteamiento de problema 13

1.2 Justificación de la propuesta 24

1.3 Pregunta de investigación 27

2 Referente teórico **29**

2.1 Marco conceptual **29**

2.1.1 Experiencia 29

2.1.2 Significado 31

2.1.3 Salud materna 34

2.1.4 Nutrición materna 37

2.1.5 Familia 41

2.1.6 Programa para el control prenatal 45

2.2 Marco Teórico 47

2.3 Estado del Arte 53

2.3.1 Importancia de la nutrición materna 54

2.3.2 Obesidad y sobrepeso en el embarazo 57

2.3.3 Anemia y embarazo 59

2.3.4 Prácticas nutricionales en el embarazo 62

3 Objetivos 66
3.1 Objetivo general 66
3.2 Objetivos específicos 66
4 Metodología 67
4.1 Enfoque metodológico 67
4.2 Marco Interpretativo 70
4.3 Método 73
4.4 Descripción de los participantes 76
4.5 Criterios de participación y posibles pérdidas de participantes 77
4.5.1 Criterios de Participación. 77
4.5.2 Posibles pérdidas de participantes. 77
4.6 Descripción de la muestra 78
4.7 Categorías preliminares de análisis 79
4.8 Técnicas de recolección de información 81
4.8.1 Fuentes de información 82
4.8.2 Instrumento de recolección de información 82
4.8.3 Proceso de obtención de la información 83
4.8.4 Estudio exploratorio 85
4.9 Criterios de rigor 85
4.10 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos 87
4.11 Consideraciones éticas 97
4.11.1 Principios éticos 97
4.11.2 Tipo de riesgo 99
4.11.3 Aval comité de ética institucional 99
4.11.4 Consentimiento informado 99
5 Resultados 101
5.1 La categorización descriptiva. 101
5.2 Primeras relaciones: categorías analíticas. 103

5.2.1 Primera categoría analítica: la alimentación de la gestante como cuidado principal. 103

5.2.2 Segunda categoría analítica: representaciones del cuidado prenatal ofrecido por las instituciones de salud..... 104

5.2.3 Tercera categoría analítica: Prácticas de cuidado culturales y familiares. 105

5.2.4 Cuarta categoría analítica: El cuidado de la salud materna y del hijo por nacer. 106

5.2.5 Quinta categoría analítica: Dimensión social de la salud materna. . 107

5.3 Categorías interpretativas y emergencia de la teoría fundamentada. ... 108

5.3.1 La nutrición materna como cuidado esencial para garantizar un hijo sano. 111

5.3.2 El control prenatal como único medio de asistencia en salud para obtener un hijo sano. 118

5.3.3 Asegurando un embarazo saludable y un hijo sano a través de las creencias y prácticas de cuidado culturales y familiares. 125

5.3.4 La salud materna integral como medio para obtener un hijo sano. . 133

5.3.5 La salud materna como expresión de la determinación social en la experiencia de las gestantes y su familia. 141

5.4 Validación teórica de la teoría fundamentada a través del método Delphi 147

6 Discusión 152

7 Limitaciones..... 157

8 Conclusiones 158

9 Recomendaciones..... 163

10 Referencias bibliográficas 165

11 Anexos 193

Anexo 1: Guía entrevista a profundidad. Mujeres gestantes..... 193

Anexo 2: Guía entrevista a profundidad. Familiar o cuidador de mujeres gestantes. 195

Anexo 3: Guía metodológica de grupo focal (embarazadas) 196

Anexo 4: Guía metodológica de grupo focal (familia) 203

Anexo 5: Guía de preguntas entrevista a profundidad informantes claves (embarazadas) 210

Anexo 6: Guía de preguntas entrevista a profundidad informantes claves (familia) 211

Anexo 7: Guía de preguntas (validación por expertos) 213

Anexo 8: Consentimiento informado mujeres gestantes 216

Anexo 9: Consentimiento informado familiar o cuidador de mujeres gestantes218

Lista de tablas

Tabla 1. Definiciones de Salud Pública 47
Tabla 2. Principales características de los estudios incluidos en la revisión 54
Tabla 3. Caracterización del Enfoque de Investigación..... 69
Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes expertos. 149

Lista de figuras

Figura 1. Ruta metodológica del estudio 75
Figura 2. Herramientas de Word® de Office para la identificación de unidades y codificación de relatos. 90
Figura 3. Herramienta de Excel® de Office para la organización de los libros de códigos. 90
Figura 4. Organización de categorías con la herramienta Excel®. 91
Figura 5. Articulación de categorías selectivas para la emergencia de la Teoría Fundamentada. 110

Lista de anexos

Anexo 1: Guía entrevista a profundidad. Mujeres gestantes 193
Anexo 2: Guía entrevista a profundidad. Familiar o cuidador de mujeres gestantes 195
Anexo 3: Guía metodológica de grupo focal (gestantes)..... 196
Anexo 4: Guía metodológica de grupo focal (familia)..... 203
Anexo 5: Guía de preguntas entrevista a profundidad informantes claves (gestantes) 210
Anexo 6: Guía de preguntas entrevista a profundidad informantes claves (familia) 211
Anexo 7: Guía de preguntas (validación por expertos) 213
Anexo 8: Consentimiento informado mujeres gestantes 216
Anexo 9: Consentimiento informado familiar o cuidador de mujeres gestantes .. 218

Resumen

Introducción: la salud materna involucra la preconcepción, el embarazo, el parto y el posparto. En cada una de estas etapas la mujer requiere de una serie de cuidados y atenciones indicados para cada una de ellas; en el periodo preconcepcional es importante potenciar estilos de vida saludables. Durante el embarazo es fundamental mantener una adecuada alimentación que favorezca la salud de la madre y del feto, así como adoptar una adecuada higiene corporal que evite posibles infecciones que puedan causar alteraciones en el curso de la gestación. La salud de las madres es un determinante importante para los países, las comunidades, la familia y la sociedad en general, puesto que ellas son eje central en la vida familiar y son quienes, ya sea por tradición, costumbre o cultura, se han ocupado del cuidado de la salud de los miembros de la familia. **Objetivo**: comprender la experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados de los comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal. **Método:** estudio cualitativo, el método utilizado fue la teoría fundamentada (TF). Se realizaron entrevistas a profundidad individuales, grupos focales y entrevistas con informantes claves; el análisis de la información se hizo por medio de las técnicas sugeridas por la TF de Strauss y Corbin y del método comparativo constante. Los códigos sustantivos fueron consignados en un libro de Excel® (codificación abierta), posteriormente fueron ensamblados de manera explicativa aplicando el modelo paradigmático, estableciendo así las relaciones entre categorías y subcategorías (codificación axial). Finalmente, se hizo el refinamiento de las categorías y subcategorías encontradas, integrando los datos e identificando la categoría central (codificación selectiva). **Resultados:** emergieron de los datos cinco categorías interpretativas y una teoría sustantiva que advierte una realidad co-construida por las mujeres gestantes y sus familias sobre su rol y responsabilidad en el cuidado de una salud materna integral que aborde los diferentes contextos que rodean a la mujer y que tenga como resultado un recién nacido sano. **Conclusiones:** La comprensión del cuidado de la salud materna desde los significados de los comportamientos relacionados con la nutrición permitió construir una visión amplia y profunda de las

experiencias que viven las gestantes y sus familias en torno a su salud, sus hábitos alimentarios y su relación con los servicios de salud. A través del proceso analítico de la teoría fundamentada se logró revelar una realidad compleja donde la mujer embarazada, su entorno familiar y las instituciones se entrelazan en un entramado de relaciones, valores, saberes y condicionantes sociales que determinan la manera como se cuida y se entiende la salud durante la gestación.

Palabras claves: salud materna, nutrición materna, atención prenatal, familia

Abstract

Introduction: Maternal health involves preconception, pregnancy, childbirth, and the postpartum period. During each of these stages, women require specific care and attention; during the preconception period, it is important to promote healthy lifestyles. During pregnancy, it is essential to maintain adequate nutrition to promote the health of both the mother and the fetus, as well as adopt proper personal hygiene to prevent infections that could cause alterations during pregnancy. Maternal health is an important determinant for countries, communities, families, and society at large, since mothers are central to family life and, whether by tradition, custom, or culture, have been responsible for the health of their family members. **Objective:** To understand the experience of maternal health care from the perspective of nutrition-related behaviors in a group of pregnant women and their families enrolled in a prenatal care program. **Method:** A qualitative study using grounded theory (GT). Individual in-depth interviews, focus groups, and key informant interviews were conducted; data analysis was performed using the techniques suggested by Strauss and Corbin's TF and the constant comparative method. Substantive codes were entered into an Excel® worksheet (open coding) and subsequently assembled explanatory by applying the paradigmatic model, thereby establishing relationships between categories and subcategories (axial coding). Finally, the categories and subcategories found were refined, integrating the data and identifying the central category (selective coding). **Results:** Five interpretive categories and a substantive

theory emerged from the data, highlighting a co-constructed reality among pregnant women and their families regarding their role and responsibility in providing comprehensive maternal health care that addresses the different contexts surrounding women and results in a healthy newborn. **Conclusions:** Understanding maternal healthcare through the lens of nutrition-related behaviors allowed for a broad and profound understanding of the experiences of pregnant women and their families regarding their health, eating habits, and relationship with healthcare services. Through the analytical process of grounded theory, a complex reality was revealed where pregnant women, their families, and institutions are intertwined in a web of relationships, values, knowledge, and social factors that determine how health is cared for and understood during pregnancy.

Keywords: maternal health, maternal nutrition, prenatal care, family

1. Formulación del problema

1.1 Planteamiento de problema

La reproducción de los seres humanos corresponde a un desarrollo social y cultural que no solo tiene que ver con los factores biológicos y fisiológicos de la misma, sino que está relacionada con las diferentes formas de observar y entender la gestación, la salud y el cuidado de la maternidad, teniendo en cuenta aspectos culturales, familiares y de género. Es así como la cultura, los entornos y demás condiciones en que ocurre la reproducción construyen una serie de normas alrededor de la gestación y la maternidad, así como de las formas y las prácticas en las que se realiza la prevención, la atención y la recuperación de la salud en el embarazo, parto y posparto (1).

El embarazo es una condición fisiológica por el que la mayor parte de las mujeres atraviesan en uno o varios momentos de su vida, aunque, en algunas ocasiones, este proceso puede ocasionarles complicaciones que afectan gravemente su salud y llevarlas incluso a la muerte (2). Por este motivo, es necesario garantizar las condiciones que permitan cursar un embarazo saludable y sin riesgos, lo cual se hace posible a través de la salud materna.

De acuerdo con Vásquez y colaboradores, la salud materna se refiere a la salud de la mujer en un determinado ámbito de su manera de vivir, realizarse y pertenecer a una familia en una sociedad concreta (3). Favorecer y mejorar la salud materna significa impulsar sus facultades y autonomía con el fin de que su calidad de madre no represente un peligro para su propia vida y la del hijo que está por nacer. Una maternidad en condiciones saludables es motivo de ilusión para las madres, las familias y la sociedad en general (4).

La salud materna involucra la preconcepción, el embarazo, el parto y el posparto. En cada una de estas etapas la mujer requiere de una serie de cuidados y

atenciones indicados para cada una de ellas; en el periodo preconcepcional es importante potenciar estilos de vida saludables, el control del peso para evitar el sobrepeso y la obesidad y garantizar la vacunación recomendada para las mujeres en edad fértil (5).

Durante el embarazo es fundamental mantener una adecuada alimentación que favorezca la salud de la madre y del feto, así como adoptar una adecuada higiene corporal que evite posibles infecciones (vaginales, urinarias y la piel) que puedan causar alteraciones en el curso de la gestación; mantener una actividad física adecuada que promueva el bienestar y alivie tensiones, al igual que posibilite el descanso necesario que le permita a la mujer, realizar las actividades de la vida diaria sin complicaciones (5).

La salud materna también debe garantizar un parto seguro que proteja la vida de la madre y del hijo por nacer, así como un posparto en el cual se satisfagan los requerimientos de la madre y del recién nacido, debido a que éste necesita leche materna suficiente y de calidad, así mismo, un descanso adecuado que aporte bienestar y salud mental a la madre (5).

Es así como la salud materna es una prioridad para la comunidad internacional, siendo además una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Colombia, al igual que 189 países más se comprometieron a disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) a menos de 70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2030. No obstante, dicha tasa solo se ha podido disminuir en un 2,6% anual, porcentaje que aún está alejado de la reducción del 5,5% anual requerido para el logro de esta meta (4).

Cabe señalar que, para el año 2018, la república de Colombia a través del Departamento de Planeación Nacional elaboró el documento CONPES (Concejo Nacional de Política Económica y Social) 3918, como una de las herramientas para la puesta en marcha de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible y sus

ODS. El marco de acción de este documento ha sido punto de referencia en la formulación de lineamientos de política en temas que están bajo el liderazgo del gobierno nacional y de otros actores que se posicionan como igualmente relevantes en el momento de definir las metas del país a 2030.

Teniendo en cuenta el número de indicadores incorporados en este documento, y con el objetivo de focalizar la atención en metas trazadoras que faciliten la movilización de acciones tendientes a jalonar el cumplimiento de cada objetivo, el documento CONPES estableció 16 grandes apuestas del gobierno nacional para el cumplimiento de los ODS. Para la mortalidad materna, se estableció la meta nacional de reducir la RMM para el año 2018 a 51 por cada 100.000 nacidos vivos y a 32 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2030 (6).

En consecuencia, la comunidad internacional y la Organización mundial de la Salud han puesto la mayoría de sus esfuerzos en el control de la mortalidad materna (indicador centinela de la salud materna), a lo cual se han dirigido la mayoría de los costos de la financiación de los programas de salud materna, las políticas en salud, la atención prenatal y la vigilancia en salud pública en torno a la salud de las gestantes. La mortalidad materna es abordada internacionalmente como un gran problema de salud pública y de derechos humanos, además como un indicador importante para analizar los determinantes sociales que influyen en la salud y en el progreso de los países (7).

De acuerdo con las cifras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en los países de América Latina para el año 2017 la mortalidad materna expresada como indicador en razón de mortalidad materna (RMM) fue de 58,2 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Venezuela, Perú y Paraguay presentaron en este mismo año cifras de mortalidad materna por encima de la media de la regional, mientras que Chile, Argentina, Ecuador y Colombia estuvieron por debajo de la misma (8).

En Colombia el comportamiento de la mortalidad materna expresado con el indicador razón de mortalidad materna (RMM) ha tenido una tendencia al descenso desde el año 2000, pasando de una RMM de 104,9 a 60,7 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el periodo comprendido entre el año 2000 y 2008. Entre el año 2008 y 2011 el indicador presentó un leve aumento y fluctuó entre 60,7 y 71,6. Para el periodo comprendido entre los años 2011 y 2018 el indicador nuevamente mantuvo la tendencia al descenso posicionándose el 45,29 en año 2018 (8).

El departamento presenta una situación más difícil con respecto a la mortalidad materna, presentando cifras por encima de la media nacional. En el último cuatrienio ha reportado razones de mortalidad materna (RMM) de 102,3 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos, por lo que el gobierno departamental en su plan de desarrollo 2020-2023 se fijó la meta de reducir la RMM en departamento de Córdoba a 65 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos (9).

Por su parte, en el municipio de Montería, capital del departamento de Córdoba, la situación de salud materna evidencia una problemática persistente y prioritaria en la agenda local de salud pública. De acuerdo con la vigilancia epidemiológica municipal, durante la semana epidemiológica 49 de 2023 se registraron tres muertes maternas en residentes del municipio, lo que revela la permanencia de riesgos asociados al embarazo, parto y puerperio, a pesar de los avances nacionales en la reducción de la mortalidad materna. No obstante, los informes oficiales no presentan una serie histórica consolidada de la razón de mortalidad materna (RMM) a nivel municipal, lo que limita la posibilidad de establecer tendencias comparables con exactitud (10).

En este contexto, Montería asumió en su Plan de Desarrollo 2020–2023 la reducción de la mortalidad materna como meta prioritaria del sector salud, integrando acciones intersectoriales para mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención prenatal y obstétrica (11). Esta situación local refuerza la

pertinencia del presente estudio, que busca comprender el fenómeno de la salud materna más allá de los indicadores biomédicos, incorporando las experiencias y significados construidos por las mujeres gestantes y sus familias en el contexto sociocultural del municipio.

La salud de las madres y las mujeres es un determinante importante para los países, las comunidades, la familia y la sociedad en general, puesto que ellas son eje central en la vida familiar y son quienes, ya sea por tradición, costumbre o cultura, se han ocupado del cuidado de la salud de los miembros de la familia, principalmente de aquellos que no se valen por sí mismos como los niños, ancianos y enfermos, además de encargarse del cuidado del hogar. La madre dentro de la familia sigue siendo una columna importante que soporta su estructura y la principal responsable de liderar los procesos familiares debido a su rol social (12).

Ahora bien, la salud de las madres ha sido abordada desde los servicios de salud y desde los programas de control prenatal, casi que exclusivamente desde los aspectos biológicos y fisiológicos de la gestación, y tratada desde el modelo biomédico, realizando los controles prenatales (bajo y alto riesgo), dependiendo de los hallazgos clínicos y paraclínicos encontrados en la gestante. De manera que se ha dejado a un lado el control de los factores externos y los entornos que rodean a la futura madre, de ahí que el abordaje del proceso del embarazo y el control de la salud de la mujer gestante no se lleve a cabo de manera holística (13).

Relacionado con la salud de las gestantes, incluida la prevención de la mortalidad materna, se ha identificado que uno de los factores que influyen de manera importante en ella es la nutrición materna. El aumento no controlado del peso y la insuficiencia de nutrientes fundamentales son unos de los problemas más importantes que aborda la salud materna debido a la reciprocidad directa que existe entre el peso de madre y el crecimiento y desarrollo del feto, de modo que

es significativo controlar el peso materno durante la gestación para que este sea saludable (14,15).

Una adecuada alimentación es el estilo de vida y el cuidado de mayor relevancia durante el periodo gestacional. En el embarazo es sustancial que la futura madre mejore la calidad de su alimentación, ya que las necesidades nutricionales aumentan a medida que el embarazo avanza y se producen cambios fisiológicos que requieren mayor aporte de energía para garantizar, además, la formación, el crecimiento y el desarrollo del feto (2).

Hay que mencionar, además, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la malnutrición es una de las principales causas de mala salud en el mundo. Los niños menores de 5 años se enfrentan a diversas consecuencias de la inadecuada alimentación; 150,8 millones sufren retraso del crecimiento, 50,5 millones padecen emaciación y 38,3 millones tienen sobrepeso (16). Simultáneamente cada año nacen alrededor de 20 millones de niños con un bajo peso al nacer. Por su parte, el sobrepeso y la obesidad en los adultos ha alcanzado niveles muy altos desde África hasta América. Aproximadamente el 38,9% de los adultos en el mundo son obesos o tienen sobrepeso, condición que también está aumentando entre los adolescentes (16).

Así mismo, en el mundo, la carga de ciertas formas de malnutrición es más elevada en las mujeres que en los hombres. Un tercio de las mujeres en edad reproductiva tienen anemia, y en ellas la prevalencia de la obesidad es superior a la de los hombres. Aún son millones las mujeres que presentan un peso inferior al normal (16).

En consecuencia, se hace imprescindible que la alimentación durante la gestación y la lactancia materna sea adecuada y cubra los requerimientos dietarios de la embarazada y puérpera principalmente de hierro y calcio. Igualmente, el aumento de las necesidades nutricionales en el periodo del

embarazo, parto y posparto requieren que se suplente la alimentación de la mujer gestante y lactante con vitaminas y minerales en especial con ácido fólico, hierro y calcio, ya que éstos se hacen difíciles de introducir en la dieta diaria (17).

Se debe agregar que, la calidad en la alimentación de la mujer embarazada influye en su estado nutricional y establece un componente que trasciende a la salud de la gestante y de su hijo por nacer, debido a que, si la embarazada no gana el peso suficiente en el tercer trimestre del embarazo, esto incidirá directamente en el peso ganado por el feto al momento de nacer (18).

Con respecto al entorno que rodea a la gestante y al recién nacido, cabe resaltar que para que éste sea seguro depende de la atención y cuidados que ella se otorgue a sí misma y que le otorguen la familia y la comunidad, además de que las instituciones de salud a su alrededor cuenten con instalaciones adecuadas, profesionales idóneos, equipos y medicamentos apropiados para la atención de emergencia y tratamiento de las gestantes (3). El entorno familiar es el ambiente principal que rodea a la mujer embarazada y este puede influir de manera positiva o negativa en la salud de la gestante, puesto que es en la familia donde se desarrollan, conservan o modifican las prácticas de salud incluyendo hábitos y patrones de alimentación.

Cabe señalar que los integrantes de una familia comparten los estilos de vida y la forma de enfrentar las diferentes situaciones presentadas al interior de esta (felicidad, tristeza, estrés), lo que lleva a formar conjuntamente elementos familiares de ajuste o desajuste ante las situaciones adversas que pudieran incidir en el estado de salud física o mental de sus miembros (19).

Dicho lo anterior, se resalta que la familia transfiere de una generación a otra, su tradición, prácticas y valores, los cuales son factores que están unidos estrechamente con el mantenimiento o no de la salud de sus miembros. Así que resulta importante poner especial atención al rol que juega la familia en la

producción de la salud o de la enfermedad puesto que, en esta se gestan los hábitos, comportamientos y procesos implicados en la salud, como protectores de esta o desencadenantes de enfermedad, además de desplegar los recursos que generan apoyo efectivo y significativo a sus miembros (20). La familia es considerada la primordial fuente de sostén social del ser humano.

En consecuencia, las personas que conviven en familias donde se encuentra un gran nivel de soporte familiar y mantienen adecuadas relaciones, desarrollan estados físicos más saludables y se recuperan de las alteraciones de la salud rápidamente (21). Aunque, la familia puede establecer para sus miembros sentimientos de amor, bienestar, felicidad y soporte, o por el contrario puede causar insatisfacción, tristeza, malestar y por lo consiguiente, ser productora de enfermedades físicas y mentales (22).

No obstante, y a pesar de los posibles beneficios que puede traer para la salud de las madres y de las personas en general, el desarrollo de intervenciones dirigidas a la familia, hasta el momento, ha sido escaso el impulso y la generación de estas. Es necesario hacer más investigaciones desde el paradigma interpretativo con el fin de encontrar la manera de potenciar las fortalezas de la familia para mejorar, recuperar y conservar la salud de sus miembros; además para entender los componentes psicosociales y familiares importantes que pueden influir en la generación de conductas saludables y que deben ser abordadas desde las intervenciones familiares (23).

El papel de la familia en la determinación de la salud de sus miembros es un aspecto que amerita más atención desde el sistema de salud, políticas públicas y los programas de salud pública desde lo nacional, regional y local, sustentados desde la investigación y la práctica de la salud familiar (24). La salud de la familia y su valor en la conservación de la salud materna es un tema de suma importancia para la comunidad y las organizaciones internacionales quienes se han se han pronunciado en favor del fortalecimiento del cuidado de salud y el

bienestar de la familia; por lo que se hace útil investigarlo también desde el paradigma interpretativo a fin de comprenda el cuidado de la salud desde el entorno familiar como un proceso socialmente determinado.

Acorde con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su iniciativa “Reducir los riesgos en el Embarazo”, advierte que la participación de las mujeres, hombres, familias y comunidades, al igual que sus facultades para conservar la salud, son fundamentales para obtener avances en los resultados de salud materna y neonatal. La OMS señala que, debido a la naturaleza y a las implicaciones personales, familiares y sociales del embarazo y el parto es prioritario desarrollar capacidades en las personas, familias y comunidades para garantizar un entorno familiar y social que brinde soporte y sea responsable con la salud de las madres y los recién nacidos (25).

Igualmente, la iniciativa resalta la necesidad de realizar trabajos e intervenciones con las madres, las familias y las comunidades como relación primordial para reafirmar la secuencia necesaria en la atención prenatal, la atención del parto y el seguimiento del posparto, es decir que para que las intervenciones sean eficaces, deben acoger a la gestante, su familia, la comunidad, así como también los servicios de salud en todos sus niveles de atención (25).

En este sentido, en el marco de las políticas públicas en salud materna, la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal (RIAS-MP), adoptada mediante la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, constituye hoy el principal instrumento normativo y operativo que orienta la atención a la gestante, al recién nacido y a su familia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (26, 27). Esta ruta busca garantizar la continuidad del cuidado desde la preconcepción hasta el puerperio, bajo un enfoque de curso de vida, derechos y gestión del riesgo, definiendo acciones obligatorias para los aseguradores y prestadores de servicios. Sin embargo, la sola existencia del marco normativo no asegura su cumplimiento efectivo en los

territorios: la operacionalización de la RIAS-MP depende de la capacidad institucional, la disponibilidad de talento humano, la articulación intersectorial y las condiciones socioculturales de las mujeres atendidas.

En Montería, la implementación de esta ruta se ha materializado en estrategias como el curso de preparación para la maternidad y la paternidad ofrecido por la ESE Vida Sinú, la captación temprana de gestantes y la organización de redes de referencia-contrarreferencia (28). No obstante, investigaciones recientes muestran brechas persistentes en la adherencia a la ruta, especialmente en el seguimiento de los controles prenatales, la educación en salud y la detección oportuna de riesgos (29). Tales limitaciones ponen de relieve la tensión entre el diseño normativo nacional y su aplicación real en contextos locales caracterizados por desigualdades sociales, limitaciones en el acceso y prácticas culturales diversas. Analizar cómo las mujeres experimentan la atención materna en este marco permite comprender el problema más allá de los indicadores de cobertura, situándolo en la interacción entre política, servicio y experiencia de cuidado, dimensión central del presente estudio (30).

Por otra parte, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, la salud materna en la ciudad de Montería no puede entenderse únicamente desde las condiciones biológicas o individuales de las mujeres gestantes, sino como el resultado de las interacciones entre los determinantes estructurales, las condiciones de vida, los contextos familiares, culturales y la organización de los servicios de salud. El municipio presenta altos índices de pobreza multidimensional, inequidades sociales marcadas y limitaciones en el acceso a servicios de salud materno-perinatal, particularmente en las zonas rurales y periféricas, donde la distancia geográfica, los tiempos de espera y la capacidad resolutiva de las instituciones generan brechas en la atención oportuna y continua del embarazo (31, 32). A su vez, las prácticas culturales y familiares transmitidas de generación en generación determinan concepciones particulares sobre el cuidado materno y la nutrición, que muchas veces se entrelazan o

entran en tensión con las recomendaciones biomédicas ofrecidas por los programas institucionales de control prenatal.

En este escenario, la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal (RIAS-MP), adoptada por la Resolución 3280 de 2018, orienta la organización de los servicios y define responsabilidades para los aseguradores y prestadores; sin embargo, en la práctica enfrenta dificultades en su implementación territorial, relacionadas con la disponibilidad de personal capacitado, la articulación entre niveles de atención y la continuidad del cuidado (26,29). Estas condiciones sociales, culturales e institucionales configuran un entramado que condiciona las experiencias de las gestantes y sus familias, quienes deben ajustar sus prácticas de cuidado entre los saberes tradicionales y las exigencias del sistema de salud. Comprender la salud materna desde esta perspectiva implica reconocerla como un proceso socialmente determinado, en el que confluyen la estructura social, la cultura y los servicios de salud como dimensiones que inciden directamente en el modo en que las mujeres y sus familias cuidan de sí mismas y del hijo por nacer (33).

Para sustentar estas afirmaciones, se realizó una revisión documental en bases de datos científicas como PubMed, Scielo, Scopus, Lilacs y Redalyc, utilizando los descriptores en español e inglés: *salud materna, familia, cuidado materno, nutrición en el embarazo, maternal health, family, maternal care, pregnancy nutrition*, considerando publicaciones entre 2019 y 2023. De la búsqueda inicial, se identificó que la mayoría de los estudios abordaban la salud materna desde perspectivas biomédicas o clínicas, centradas en la morbilidad, la nutrición biológica y los riesgos obstétricos, mientras que solo un número reducido de investigaciones analizaban la salud materna en relación con la familia, la cultura o las condiciones sociales.

Esta revisión permitió evidenciar una brecha en la producción científica sobre la salud materna entendida como proceso social, familiar y cultural, particularmente

en contextos latinoamericanos y locales como el de Montería. Dicho vacío justifica la pertinencia de esta investigación, orientada a comprender la experiencia del cuidado materno desde los significados y prácticas de las gestantes y sus familias, más allá de los enfoques clínicos y biológicos tradicionales.

Esta investigación exploró el cuidado de la salud materna desde la nutrición en el contexto familiar; generando conocimiento científico en el área de la salud pública desde la comprensión de las vivencias y significados de las mujeres gestantes acerca del cuidado de la salud materna, a través de la determinación social relacionada con la nutrición y la comprensión de la influencia que reciben de sus familias en dicho proceso. Se elaboró y validó con experto en el cuidado de la salud materna, una teoría sustantiva que explica como la gestante y sus familias cuidan de la salud la embarazada y de su hijo por nacer alrededor de sus conductas nutricionales.

1.2 Justificación de la propuesta

La salud materna es un aspecto primordial para el progreso de los pueblos, que además pone en evidencia las limitaciones que enfrentan los países más pobres y frágiles, la salud materna es el resultado de un conjunto de condiciones de orden biológico, familiar y social (34).

Por otra parte, el estado nutricional de la gestante es una condición fundamental para que el proceso del embarazo se lleve a cabo de manera saludable; es desde una adecuada nutrición que depende en gran medida la salud de la madre y de su hijo por nacer. Las embarazadas tienen necesidades nutricionales que están directamente vinculadas con las prácticas alimentarias y hábitos heredados en su infancia, además estas necesidades deben adaptarse a las molestias propias del estado fisiológico del embarazo, que se manifiestan en malestares y que suelen presentarse en las primeras semanas de gestación (35).

En consecuencia, la alimentación de las gestantes tiene como propósito proteger y/o mejorar el estado nutricional y de salud de las madres, aumentar la posibilidad de una mejor calidad de vida para el hijo por nacer, al igual que disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil (35).

En los países en vía de desarrollo como Colombia se encuentra comúnmente deficiencia de micronutrientes y calorías en la alimentación de la gran parte de la población, lo cual, repercute directamente en la nutrición de las gestantes; la anemia causada por la baja ingesta de micronutrientes y la ferropenia es un problema de salud pública significativo que padecen las comunidades poblacionales. De igual modo, el alto requerimiento nutricional durante la gestación unido con la dificultad para conseguir alimentos de buena calidad, el acceso restringido a los alimentos básicos y el casi nulo suministro de suplementos nutricionales, derivan en carencias maternas de ácido fólico, vitamina A y zinc (36).

Por otra parte, y aunque una diversidad de estudios ha demostrado lo complejo que es el proceso salud – enfermedad incluyendo la maternidad y el estudio de la salud de las gestantes, esta ha sido centrada particularmente en los factores clínicos del embarazo y las conclusiones de ésta se rigen a través de la atención médica como método de control para la salud materna (37). Con la llegada del siglo XXI se empezó a reconocer científicamente que la salud de las madres no depende exclusivamente de los factores fisiológicos del embarazo y/o de las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud que tienen las embarazadas, sino que también influyen de manera directa los contextos en los que se encuentran las gestantes como las familias, comunidades y ambientes laborales, que favorecen el surgimiento de condiciones no propicios para la salud de la gestante y cuyo acompañamiento y comprensión podría evitarlas (34).

Con base en lo anterior, se reafirma que la familia es un entorno primordial para la promoción, la protección y el cuidado de la salud de sus miembros. La familia posee modelos y prácticas de salud que pueden ser protectores de esta o, por el contrario, causantes de enfermedades (38). Por esta razón, las tradiciones familiares en torno a la salud y la labor de ofrecer atención a sus integrantes intervienen en las conductas de salud que posteriormente desarrollarán los hijos y demás miembros, debido a la gran influencia de las interacciones familiares en el proceso de aprendizaje en salud (39).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se refiere a la salud de la familia como “un campo de prioridad programática, integrado por la salud de la niñez, la adolescencia, el envejecimiento saludable, la salud sexual y reproductiva, la maternidad segura y saludable, y la reducción de la mortalidad materna” (40); aspectos que se encuentran abordados en la ruta integral de atención que contiene acciones e intervenciones individuales y colectivas de promoción y mantenimiento de la salud enfocadas en los diferentes cursos de vida; asimismo, en las rutas de atención específicas para cada uno de los grupos en riesgo. De modo que, comprender e intervenir el entorno familiar puede crear beneficios alrededor de las diversas situaciones relacionadas con la salud para todos los miembros de la familia, al igual que para las diferentes etapas de las enfermedades que se afronten.

Igualmente, la escasez de investigaciones que articulen la salud materna con la dinámica familiar y sociocultural también se evidenció en el análisis bibliográfico realizado para esta tesis. Aunque las bases de datos revisadas muestran abundante literatura sobre control prenatal, morbilidad materna y factores clínicos, los estudios que abordan la participación de la familia, las redes de apoyo, los significados culturales del embarazo y las prácticas de cuidado son limitados, fragmentados y, en la mayoría de los casos, descriptivos. Esta brecha científica refuerza la necesidad de avanzar hacia investigaciones que comprendan el fenómeno desde un enfoque integral y crítico, que permita

visibilizar los contextos sociales, culturales y económicas de la salud materna, en coherencia con el modelo de la determinación social de la salud adoptado en esta tesis.

En consecuencia, la presente investigación aporta un conocimiento original al campo de la salud pública, al interpretar las experiencias y significados de las gestantes y sus familias en torno al cuidado materno desde un enfoque contextualizado, contribuyendo así a llenar un vacío epistemológico en la producción científica sobre salud materna en Colombia y América Latina.

Desde el punto de vista teórico, la investigación propone un concepto de cuidado de la salud materna a través de la nutrición desde las vivencias y experiencias de las mujeres gestantes y sus familias; el cual podrá contribuir a la creación y/o fortalecimiento de las redes familiares para el cuidado de la salud materna propuestas en la política pública en Colombia (Resolución 3280 del 02 de agosto de 2018). La teoría propuesta buscará contribuir a las trasformaciones necesarias en la implementación de las estrategias en salud pública para el acompañamiento y seguimiento de la salud de las gestantes desde la pertinencia y humanización de la prestación de los servicios de salud, promoviendo la participación de las mujeres y sus familias el en el cuidado del embarazo y del recién nacido.

El proyecto es factible de realizar dentro de las condiciones planteadas, con el apoyo académico de la Universidad CES (tutores y comité tutorial), el recurso humano con la formación académica adecuada (Enfermera Magister en Enfermería Materno Perinatal) para comprensión del fenómeno de estudio y presupuesto suficiente (anexo); por lo cual, tiene buenas posibilidades de llevarse a cabo.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cómo se configura la experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados de los comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal en una Empresa Social del Estado en Montería, Colombia 2022-2023?

2 Referente teórico

2.1 Marco conceptual

A continuación, se presenta el desarrollo de los principales conceptos abordados en la tesis doctoral fundamentada en la filosofía hermenéutica. Esta le aporta a la investigación una forma metódica al proceso de comprensión y autocomprensión entre los individuos, constituidos por las interacciones simbólicamente mediadas (41). Así mismo, la hermenéutica contribuirá a la producción de un saber técnicamente utilizable y al esclarecimiento de un saber prácticamente eficaz con respecto a la experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición de las embarazadas y sus familias. Por otra parte, se obtendrá una teoría surgida de los datos adquiridos, la cual guardará íntima relación con la recolección y el análisis de estos (42).

2.1.1 Experiencia

El diccionario de la Real Academia Española define “experiencia” como el hecho de haber sentido, conocido o presenciado algo, también como el conocimiento de la vida adquirido por algunas circunstancias o situaciones vividas (43).

En filosofía, la experiencia se explica en forma materialista o idealista. Para el materialismo dialéctico, corriente filosófica que define la materia como base de realidad, independientemente de que esta sea concreta o abstracta, la experiencia supone la presencia del mundo objetivo material, que existe independientemente de la conciencia del hombre. La experiencia se constituye en el proceso de la interacción entre el hombre social y el mundo exterior, en el proceso de la actividad práctica, durante el cual el hombre modifica la naturaleza y a sí mismo (44).

A juicio de los idealistas, las personas tratan su experiencia no con objetos materiales y fenómenos, sino con sus propias impresiones pasadas (44). *"El sentimiento religioso, por ejemplo, ellos lo consideran como una demostración experimental de la existencia de Dios*" (44).

Si bien el concepto de experiencia ha sido profundamente explorado en la filosofía, ahora parece estar trascendiendo hacia otras áreas del conocimiento (42), tales como la antropología, la sociología, enfermería y psicología, entre otras. La cultura contemporánea se caracteriza por la exaltación de lo vivencial, por la recuperación de la propia experiencia como valor privilegiado para la construcción del sujeto social (45).

Al respecto, Dewey quien fue filósofo y educador norteamericano y que lideró el movimiento educativo progresista en busca de un nuevo orden en la construcción social formada desde la base del ejercicio democrático afirmó que la experiencia constituye la totalidad de las relaciones del individuo con el medio ambiente (46). Se trata de una unidad de análisis centrada en las interacciones dinámicas entre los individuos y su contexto. Estas interacciones se determinan recíprocamente y operan de manera transaccional (46). Dewey también sostuvo que la experiencia tiene un aspecto activo y otro pasivo peculiarmente combinados. Por el lado activo, "*la experiencia supone ensayar un sentido que se manifiesta en el término conexo experimento"* y en el lado pasivo *"es sufrir y padecer"* (47).

Un aspecto crucial de la experiencia, según Dewey, es su naturaleza transformadora. Esto implica una doble modificación: entre la persona y su ambiente, y a nivel temporal. Las experiencias previas moldean las posteriores, estableciendo un puente entre el pasado y el futuro (47): "*lo que significa que toda experiencia recoge algo de lo que ha pasado antes y modifica en algún modo la cualidad de lo que viene después*" (47).

Además, cabe destacar a Larrosa, el renombrado filósofo y pedagogo español. Sus investigaciones, que abarcan campos como la filosofía, la literatura, el cine y la educación, se han centrado en desarrollar una comprensión profunda de cómo se entrelazan la experiencia, el lenguaje, la subjetividad y la educación (45). El autor señala que la experiencia es "*lo que me pasa*". Con esto, no busca dar una definición estricta ni "*objetivarla*" o "*cosificarla*", sino verla como una categoría existencial. Se trata de una forma de habitar el mundo y de concebir al individuo como un "*sujeto de la experiencia*" (48).

Al concebir la experiencia como "lo que me pasa", Larrosa implica que esta conlleva subjetividad, reflexividad y la capacidad de transformar (47). La experiencia es subjetiva, ya que cada uno tiene la propia, que la sufre y la padece, por ello, nadie puede aprender de la experiencia de otro; es reflexiva en tanto que no se reduce a “lo que pasa”, a los sucesos y a los acontecimientos, sino “lo que nos pasa” a nosotros mismos, a lo que vivimos y a la manera como lo vivimos; así como las experiencias forman y transforman (47).

A su vez, Mélich filósofo español cuya obra gira alrededor de la ética enmarcada en el pensamiento posmoderno y posestructural, enfatiza que las experiencias ocurren siempre ligadas a un contexto, que se circunscribe a un espacio y a un tiempo, lo que representa un principio de finitud (49). Las experiencias no son aisladas; se desarrollan y se sienten en un entorno que ya existe y que es más amplio que el propio sujeto. Mélich añade que el tiempo es crucial: toda experiencia incorpora una memoria del pasado, y al recordar esa vivencia anterior, se genera una experiencia fresca, particular e irrepetible (49). Pero en toda experiencia de finitud hay también futuro, posibilidad de ser de otro modo, cambio e innovación (49).

2.1.2 Significado

La Real academia de la Lengua Española se refiere al significado como “al contenido semántico de cualquier tipo de signo, condicionado por el sistema y por el contexto, conocido, o importante, cosa que se significa de algún modo” (43). Blumer en el interaccionismo simbólico entiende el significado como un producto social, una producción que surge de y a través de las prácticas determinadas de las personas en la medida que interactúan, se establece en el contexto de la interacción social y es concluido por la persona a través de ésta (50).

El interaccionismo simbólico propuesto por Blúmer se basa en tres claras premisas; la primera de ellas afirma que las personas disponen sus acciones hacia sus percepciones del mundo (otras personas, cosas, animales, plantas, instituciones etc.) y las situaciones que enfrentan en su vida cotidiana, en función de los que estas significan para ellas. La segunda premisa indica que el significado de las percepciones se deriva o surge como consecuencia de la interacción social que la persona mantiene con sus semejantes; y la tercera nos indica que los significados se manejan y transforman a través de un proceso interpretativo que desarrollan las personas cuando se enfrentan con los diferentes sucesos que encuentra en su camino (51).

Por su parte, DeGrandpre en su obra “A science of meaning” (52). El texto alude a dos tipos de cualidades intrínsecamente ligadas, que se forjan en objetos y eventos a medida que una persona vive. Por un lado, están las cualidades fenoménicas, responsables de animar nuestra experiencia consciente; por otro, las cualidades motivacionales, que impulsan nuestras acciones, sin importar su nivel de complejidad (52). En este sentido, el significado no está ni en el objeto o evento estimular ni en el individuo, sino más bien, en el encuentro o la interacción en un momento y lugar particular (53).

Así mismo, aclara que el significado por *ser interpretativo* entiende que, a través de experiencias históricamente situadas, cada uno desarrolla su propia comprensión de los objetos, eventos y situaciones en el mundo (52). Hace énfasis en una perspectiva de desarrollo para entender el proceso de adquisición de las cualidades fenoménicas y motivacionales del significado a medida que se actúa efectivamente en un mundo complejo y cambiante, el cual se experimenta como inherentemente significativo (53).

Lederach sociólogo norteamericano, historiador y experto en resolución y transformación de conflictos, considera que la construcción de significado tiene que ver con el proceso de dar sentido a algo y se logra al relacionar ese algo con otras cosas ya conocidas, además, el cambio de significado requiere una función de reencuadre o remarque definido como un proceso mediante el cual algo se reubica y se relaciona con cosas diferentes (47).

Por su parte Carol Feldman (54) plantea que el lenguaje es una herramienta simbólica que tiene como objeto crear versiones de mundo. Éstas últimas, son producto de significaciones culturales que reedita cada individuo a través del uso del lenguaje. Así, a través de las dinámicas sociales, el sujeto adquiere un marco de referencia que le permite interpretar sus vivencias de una manera particular e intercambiar sus experiencias para ajustarlas y hacerlas congruentes con las demandas culturales (55).

En este sentido, Renato Rosaldo señala *"… la cultura y el significado se describen como procesos de percepción interpretativa de modelos simbólicos por parte de los individuos"* (53). Por lo tanto, la atribución de significado es un proceso personal que, sin embargo, se origina y se moldea en el ámbito social. El núcleo de este tema reside en los mecanismos que intervienen en dicho acto y en cómo este se inscribe dentro de un contexto cultural (53). Otorgar significado contempla que los actos de cada individuo y, por ende, sus experiencias están

determinadas por las intenciones que guían y modulan las percepciones de cada sujeto en la construcción de sus propias versiones de mundo (53).

Estas construcciones se intercambian y regulan continuamente en las interacciones personales, lo que permite la creación, el refuerzo y la modificación de los parámetros del significado cultural (56). Así, las sociedades imponen una versión particular de lo que es real, lo que a su vez controla y guía los actos de significación individual (56).

Por otro lado, el significado personal puede comprenderse como el modo en que un sujeto interpreta y se apropia de su vivencia, dotándola de una marca personal que revela su individualidad (57). Guidano lo define como: *"un ordenamiento activo de redes de acontecimientos significativos relacionados, que genera una percepción del mundo capaz de desencadenar patrones recursivos de modulación emocional, específicamente reconocibles como el propio sí mismo, unificado y continuo en el tiempo"* (57).

El significado personal se refiere a cómo un individuo experimenta el mundo, un proceso que se actualiza continuamente en función de sus recursos internos y las nuevas vivencias que encuentra (57). En estos términos, el significado personal siempre es una construcción a partir de las dinámicas sociales, es una experiencia intersubjetiva (57).

2.1.3 Salud materna

La salud materna abarca el bienestar de la mujer antes, durante y después del parto. De estas etapas, el embarazo es fundamental, ya que influye directamente en las fases posteriores del parto y el posparto (58). Así mismo, la salud materna abarca los componentes de preconcepción, planificación familiar, cuidado del embarazo y cuidado del posparto, al igual que incluye una atención holística de

las mujeres preponderando los enfoques de derecho, género, diferencial y curso de vida antes, durante y después del embarazo (59).

En este sentido, el enfoque de derechos concibe la salud materna no solo como la ausencia de enfermedades durante la gestación, sino que también busca que la embarazada pueda obtener un grado superior de bienestar tanto físico como emocional y social que haga posible que la embarazada pueda vivir una maternidad adecuada, digna y saludable, de tal modo que se extraiga a la mujer de la visión y percepción exclusivamente biomédica y sea también vista y cuidada desde lo familiar y social con todos los factores que implica el enfoque de derechos (59).

La salud de la madre y el ambiente que la rodea se ubica en los primeros lugares de la agenda en salud pública de los países, en especial de las naciones en desarrollo. Puesto que, el resultado del embarazo está directamente relacionado con la oportunidad, calidad de la atención y el cuidado que se le otorga a la mujer en su curso de vida. No obstante, se evidencia una variabilidad en los indicadores de salud materna supeditados al entorno que rodea a la futura madre, nivel socioeconómico, acceso a los servicios de salud y grado de escolaridad (60).

El estudio de Agudelo Londoño y su equipo (2012) investigó la influencia de las relaciones sociales en el embarazo y la morbilidad materna extrema. Sus hallazgos indican que las interacciones sociales pueden tener un impacto negativo en la gestación (34). Además, se encontró que el antecedente de haber sido agredidas, por lo menos una vez, se asoció significativamente con una mayor frecuencia de morbilidad materna extrema (34).

Por otra parte, el estudio encontró que, si bien una proporción considerable de las mujeres embarazadas recibió información sobre signos de peligro, las gestantes con morbilidad materna extrema percibieron estas advertencias en menor medida que el grupo de control (34). Este hallazgo, por lo tanto, hace

pensar en la importancia de involucrar a las redes sociales en la educación y protección de la salud de la gestante (34).

La investigación de Vásquez y Ruvalcaba concluyó que la salud materna como indicador de salud, es imprescindible para la sociedad en la que vivimos, debido a que la mujer es un pilar en la familia; por lo tanto, es necesario concienciar a la población sobre el papel que ésta juega hoy en día, pues no solo es un miembro de la sociedad, sino que aparte de ser ama de casa, esposa, trabajadora, empleada, también es madre, y como tal, de ella depende el sustento de una o más vidas; por lo tanto, se debe valorar su papel en la sociedad y evitar a toda costa la discriminación y promover la equidad (3).

Igualmente, se recomienda que, para abordar con efectividad el problema de salud pública que implica la morbimortalidad materna, esta debe asumirse de manera multidisciplinaria, es decir, que para conservar y mejorar la salud materna es necesario que se lleve a cabo un trabajo interdisciplinario e integral (3).

En este mismo sentido, el estudio de Olonade et al. titulado "Maternal Mortality and Maternal Health Care in Nigeria: Implications for Socio-Economic Development", la salud materna va más allá de la simple ausencia de enfermedades o dolencias. Ellos la definen como un estado integral de bienestar físico, mental y social que abarca todos los aspectos de la vida reproductiva de una mujer (61), la salud materna incluiría la capacidad de "*ejercer los derechos reproductivos de la planificación familiar y el acceso a la atención prenatal focalizada básica, sin los obstáculos del patriarcado, las inhibiciones financieras o geográficas que afecten a su salud en general"* (61). Igualmente, el estudio determinó que la salud de las mujeres se ha visto influenciada, en gran medida, por la cultura tradicional africana. Esto, debido al carácter patriarcal de la mayoría de estas sociedades que están perpetuando la desigualdad económica y de género de las mujeres (61).

Por otra parte, en la investigación realizada por Cáceres Manrique Et al, titulada "*Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos"*, afirma que lograr una maternidad armónica e incluyente no reside tanto en los factores de riesgo biológicos del embarazo, sino, fundamentalmente, en la educación y la promoción activa de la salud materno-infantil (18). Esta idea supone repensar la maternidad en todas sus dimensiones y a trascender del aspecto biológico al contexto como escenario de la atención en salud de la gestante (18).

Al mismo tiempo consideran que el modelo biomédico se configura como un universo de significados para comprender el comportamiento de los actores, sus relaciones y la conformación de un sentido, alrededor de la maternidad, que para legitimarse se basa en las evidencias producidas por estudios realizados desde el paradigma positivista, también en el poder que le otorga la sociedad al médico para diagnosticar y curar (18).

2.1.4 Nutrición materna

La nutrición de la madre es clave para su bienestar antes, durante y después del embarazo. Además, influye directamente en el desarrollo del bebé, la capacidad reproductiva de la mujer y la salud futura de sus hijos (58).

Ahora bien, el embarazo consta de varias fases que empiezan con el periodo preconcepcional y terminan con el posparto. El periodo preconcepcional se torna importante puesto que de las prácticas alimentarias antes de la concepción depende en gran manera, el estado de salud general de la madre y su capacidad reproductiva (62).

El embarazo es la etapa de mayor fragilidad nutricional de una mujer, puesto que las necesidades energéticas y alimenticias aumentan debido al crecimiento del nuevo ser humano, a los cambios fisiológicos que experimentan el útero y las glándulas mamarias, así como a la acumulación de las reservas de grasa. En

este sentido, el estado nutricional de la mujer en la etapa preconcepcional al igual que las prácticas alimenticias en el periodo del embarazo, son condicionantes determinantes en este curso de vida (13).

Con respecto a lo mencionado, cabe destacar que la malnutrición en gestantes es una preocupación de salud predominante en las naciones en vía de desarrollo. Los alcances de esta condición en la salud de las madres y niños son importantes, puesto que, la malnutrición por exceso aumenta el riesgo de complicaciones como partos por cesárea, diabetes mellitus, macrosomía fetal y defectos del tubo neural. Además, puede contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez (58). Por otro lado, un aumento de peso insuficiente se convierte en un factor de riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y bajo peso al nacer (63).

Otro aspecto importante de la nutrición de la embarazada es el paradigma que se han generado alrededor de la alimentación de la gestante, pues, como muchos otros más, existe el mito de que la mujer embarazada debe comer por dos y que debe consumir algunos suplementos alimenticios que en muchas ocasiones son innecesarios (35).

La mujer gestante desde el punto de vista nutricional debe ser vista no solo como la persona que este formando un nuevo ser, sino también como a alguien que debe ser cuidada integralmente y ser alimentada adecuadamente, puesto que, a medida que avanza el embarazo sus reservas nutricionales, van disminuyendo (37). De ahí que se hace necesario que se controle la ganancia de peso para que este se mantenga en un rango saludable y se evite la deficiencia de algunos micronutrientes durante cada una de las etapas del embarazo.

Hay que mencionar, además, que los requerimientos nutricionales de las madres se incrementan durante el puerperio. En este período, la lactancia materna reviste gran importancia puesto que el cuerpo de la madre se enfoca en la

producción y la calidad de la misma, garantizando que la mayoría de los nutrientes (hierro, zinc, calcio) se mantengan en su composición incluso a expensas de la reservas y depósitos de la madre (64).

En consecuencia, el estado nutricional durante el posparto y la lactancia es fundamental para conservar la salud de la madre y garantizar los requerimientos nutricionales de su hijo. El peso que alcanza él bebe durante los primeros meses de vida (4 a 6 meses) dobla el peso adquirido durante toda la gestación, por lo que los primeros meses de lactancia suponen para la madre un gasto de energía semejante al gasto energético de todo el embarazo (65). Razón por la cual en esta etapa se puede afectar el estado nutricional de las madres, especialmente las adolescentes que requieren adicionalmente gasto de energía para su desarrollo físico y las madres malnutridas que no alcanzan la producción energética suficiente para ellas y sus hijos (65).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado y con respecto a la nutrición de la embarazada, Puszko *et al* revisaron el impacto de las intervenciones nutricionales diseñadas para mujeres embarazadas sanas, y determinaron que las intervenciones revelan resultados favorables cuando se proponen mejorar el nivel de conocimientos, estimular cambios en los patrones dietéticos y prevenir la anemia ferropénica mediante suplementación (13). También observaron que las intervenciones afectaron favorablemente la ganancia de peso, sin embargo, encontraron que prevenir ganancias excesivas de peso depende también del estado nutricional pregestacional y de otros condicionantes genéticos y ambientales (13).

Así mismo, la revisión documental de artículos científicos en educación nutricional a las gestantes, realizada por Restrepo Mesa *Et al* observó que la literatura recomienda y justifica la implementación de programas educativos orientados a la atención de las gestantes debido a la eficacia que estos tienen para conducir al cambio favorable de conductas alimentarias y al éxito en las

intervenciones nutricionales de la madre, de igual forma, se halló que la atención habitual que se brinda a esta población presenta grandes deficiencias (35).

Esa revisión destacó que la educación nutricional demanda una visión completa por parte de los profesionales de la salud, y al mismo tiempo, requiere políticas públicas que garanticen la continuidad de sus programas (35). Además, se llegó a la conclusión de que se requiere un redireccionamiento para trascender de las acciones educativas, a procesos que contribuyan al mejoramiento de las prácticas de alimentación saludables durante la gestación (35).

Por otra parte, Cruz Almaguer *et al* en una revisión sistemática cuyo objetivo fue reflejar aspectos básicos de nutrición y embarazo para un correcto manejo en la Atención Primaria de salud, encontraron que el manejo adecuado de los requerimientos nutricionales de las gestantes, según su estado nutricional desde la captación, así como el uso de una dieta balanceada, la profilaxis de la anemia y su tratamiento correcto ayudan a garantizar mejores condiciones de salud de las embarazadas y el producto de la gestación (16). También encontraron coincidencias en varios estudios en lo referente a la anemia y la carencia de hierro durante el embarazo y su relación con el aumento del riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y aumento de la morbimortalidad materno-perinatal (16).

Por otra parte, Lozano Bustillo *et al* en su artículo de revisión titulado “Sobrepeso y obesidad en el embarazo: complicaciones y manejo”, concluyeron que los principales riesgos obstétricos con los que se relaciona la obesidad materna son los trastornos hipertensivos y la diabetes gestacional, y para su manejo se debe orientar a la gestante a una ganancia controlada de peso durante el embarazo mediante un dieta adecuada y actividad física regular (66).

Así mismo afirman que la situación nutricional de las mujeres antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de los riesgos de mortalidad materna, el

inadecuado desarrollo del feto, la mortalidad intrauterina, la duración del embarazo y las complicaciones del parto (66).

Con respecto a la nutrición durante el posparto Suarez Villa y colaboradores concluyeron que el estado nutricional de las madres durante el puerperio y la lactancia materna debe ser apropiado. La madre debe continuar con una alimentación adecuada y balanceada en esta etapa, puesto que su estado nutricional podría afectar su salud y la composición de la leche materna que debe proveer los requerimientos nutricionales al recién nacido (67).

2.1.5 Familia

La OMS define la familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio" (68). Así mismo Oliva y Villa (2013) definen a la familia como el "conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan" (69).

Por otra parte, con una definición actual y contextualizada para efectos de esta investigación, Torres y colaboradores definen a la familia como "un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción" (70); teniendo en cuenta que desde la mirada de la psicología implica que los miembros de la familia convivan en el mismo espacio físico y desde el punto de vista de la sociología no es necesario convivir juntos para ser considerados miembros de la familia (70).

En este mismo orden de ideas Torres y colaboradores concluyen en su investigación que hoy en día, y en el contexto social actual, han emergido nuevos

modelos de familia. Estos prototipos son el resultado de la mayor libertad de las mujeres, su incorporación al mercado laboral y la búsqueda de igualdad en la pareja. Consecuentemente, la dinámica familiar se ha transformado, modificando los roles que se asumen y ejercen dentro de ella (70). En coherencia con lo anterior, los roles en la socialización primaria están condicionados a la distribución de tareas y a la posición que se ocupa en el núcleo familiar (70).

Ahora bien, con respecto a la salud de las personas, esta se ve determinada en gran medida por el abordaje que se le da desde la familia. La salud de la familia no ha sido suficientemente teorizada desde literatura científica y ha sido empíricamente trabajada por los profesionales que de una u otra forma se dedican a la salud y el bienestar de la familia en su conjunto (19). Organizaciones internacionales como la OMS y la OPS, se han manifestado desde hace más de 10 años en favor de robustecer el aporte de la familia para la salud de sus miembros, lo que destaca y reconoce su preponderancia en la salud (20).

En este mismo sentido la OMS define la salud integral como un conjunto de factores biológicos, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio del individuo (71). La salud trasciende por la salud física, emocional y social y no significa solo ausencia de enfermedad, se refiere al completo bienestar del individuo junto con su potencial para enfrentar las adversidades de cualquier tipo en los diferentes cursos de vida. El potencial para propiciar y asumir estilos de vida saludable, se constituyen y desarrollan principalmente en la familia mediante las prácticas, maneras, facultades y destrezas para afrontar los aspectos positivos y negativos de la vida (72).

En este orden de ideas, el estudio de Lapeira, Acosta y Osorio (2019) tuvo como objetivo describir cómo la dinámica familiar influye en el cuidado de la salud de las gestantes adolescentes (73), concluyó que un alto porcentaje de las participantes presentó disfunción familiar leve siendo este un factor negativo

determinante para la salud de la gestante adolescente y la de su hijo por nacer (73).

Por otra parte, el estudio titulado el cuidado de la salud de la familia, realizado por Cogollo *et al* (2019), concluyó que cuidar la salud en el ámbito familiar permite a las personas y familias implementar estrategias para promover la salud y prevenir la enfermedad, la educación en salud para el cuidado, tomar decisiones para su autocuidado, hábitos y estilos de vida saludables (38). Además, la investigación recalca la importancia del rol de la familia en el cuidado de la salud de sus miembros y la necesidad de crear estrategias para el fortalecimiento y la ayuda a la salud en general de la familia (38). Por ello, es necesario incluir a la familia en el cuidado domiciliario donde se dispone de un ambiente conocido y, además, continuar con los hábitos y tareas cotidianas de todos sus miembros (74).

Así mismo, el estudio realizado por Ávalos *et al* (2018), que tuvo como objetivo determinar el impacto de la estrategia de unidades de salud familiar (USF) para la atención primaria de salud en la reducción del embarazo en adolescentes en el Paraguay, concluyó que, tras la implementación de las USF, se constató una tendencia a la disminución del embarazo en adolescentes, lo que permite evaluar como positivo el impacto de la estrategia sobre este indicador (75).

En el mismo sentido, la investigación realizada por Palomo (2017), titulado Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas, mostró la importancia de los lazos sociales, en especial de las redes de parentesco en las prácticas de atención o la búsqueda de ayuda durante el parto, asumiendo que estas relaciones sociales no son intrínsecamente positivas y pueden operar como factores protectores de la salud y como reproductoras de desigualdades de género (76).

En consecuencia, la familia constituye una categoría de análisis fundamental en la comprensión del cuidado de la salud materna, al representar el primer escenario social en el que se configuran los significados y las prácticas de salud de sus integrantes. En coherencia con la filosofía hermenéutica y con la perspectiva de la determinación social de la salud, esta tesis doctoral asume la familia como un sistema relacional, histórico y culturalmente situado, que trasciende la estructura nuclear y que se encuentra determinado por las condiciones económicas, sociales y de género de su contexto (33). Esta postura se distancia de las visiones primarias y sencillas, las cuales reducen la familia a una unidad biológica o normativa, para reconocerla como una red dinámica de relaciones afectivas y simbólicas, en la que se producen, reproducen y transforman los significados del cuidado.

Desde esta visión, la familia no se concibe únicamente como un espacio de apoyo, sino también como un ámbito de tensiones, negociaciones y aprendizajes donde las mujeres gestantes construyen los sentidos de su maternidad y de su salud. En ella se configuran los saberes alimentarios tradicionales, los modelos de comportamiento frente al embarazo y las prácticas de acompañamiento que influyen en la toma de decisiones durante el proceso gestacional. Por consiguiente, en esta tesis se entiende la familia como el conjunto de vínculos de parentesco y convivencia que, dentro de un entramado socioeconómico y cultural específico, organiza los recursos materiales, afectivos y simbólicos destinados al cuidado.

De este modo, la familia se convierte en una unidad de análisis privilegiada para identificar cómo las gestantes y sus allegados cuidan, significan y gestionan la nutrición materna, y cómo estas prácticas se interrelacionan con las exigencias del sistema de salud. Tal comprensión permite interpretar el cuidado de la salud materna no como una práctica individual, sino como un proceso socialmente determinado en el que convergen la cultura, los afectos y la estructura familiar (77,78).

2.1.6 Programa para el control prenatal

El control prenatal es un programa reglamentado por la legislación colombiana (Resolución 3280/2018, Resolución 0412/2000) y sustentado en las guías de prácticas clínicas del Ministerio de Salud y Protección Social, existente en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud y Empresas Sociales del Estado del país, en el cual se busca garantizar a la mujer embarazada el logro de una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional (79).

El control prenatal abarca todas las medidas destinadas a mejorar la salud materna y fetal. Su propósito es identificar y manejar a tiempo cualquier riesgo asociado al embarazo, asegurando así las condiciones ideales para un parto seguro (80). Para el desarrollo oportuno de esta atención, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 de gestación (80).

Los programas de control prenatal a nivel nacional tienen dos objetivos claves, monitorear de cerca el embarazo para identificar a tiempo a las mujeres con riesgos biopsicosociales o enfermedades (tanto preexistentes como propias de la gestación) y asegurar un manejo adecuado y oportuno, así como establecer un plan integral de control prenatal y atención del parto que se ajuste a la condición de salud de cada gestante, garantizando una atención apropiada según su nivel de complejidad dentro del sistema de salud (81). A su vez, el programa de control prenatal ofrece educación a la gestante, a su pareja o su acompañante, que permita una interrelación adecuada entre los padres, las familias y su hijo desde la gestación (81).

En ese mismo sentido el programa de control prenatal incluye acciones tales como valoración del estado de salud de la gestante, identificación de factores

protectores y de riesgo biológicos y psicosociales, detección temprana de alteraciones del embarazo, educación para la salud, además, de establecer planes de cuidado integral para la salud de la mujer embarazada (82).

El Ministerio de Salud y Protección Social, en su lineamiento técnico y operativo para la ruta integral de atención materno-perinatal, enfatiza la necesidad de implementar herramientas que aseguren la detección y captación temprana de las gestantes para una atención oportuna (76). Así mismo, para brindar una adecuada prestación del control prenatal, los aseguradores y prestadores de salud en el país deberán garantizar de acuerdo con el riesgo identificado la atención de las gestantes en el mismo prestador primario, lo más cercano posible a su lugar de residencia o permanencia, de acuerdo con las frecuencias y momentos de atención que se describen en el protocolo (76).

Al mismo tiempo, el lineamiento advierte que los aseguradores y prestadores de salud deben facilitar el acceso temprano al control prenatal. Además, indica que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) tienen la responsabilidad de reorientar inmediatamente a las gestantes hacia el control prenatal en situaciones como, inasistencia a citas previas de control prenatal, resultados anormales en exámenes o ecografías, hospitalización o consultas de urgencias (79). También es objetivo del control prenatal definir en el tercer trimestre del embarazo un plan para un parto seguro que incluye: confirmar la presentación fetal, definir el componente y prestador para la atención del parto, información sobre el trabajo de parto, analgesia intraparto y manejo de embarazo prolongado, signos para reconocer el inicio del trabajo de parto, cuidados del recién nacido y Cuidados postnatales (79).

El lineamiento establece que tanto las aseguradoras como los prestadores de salud deben facilitar el acceso temprano al control prenatal. Además, indica que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) tienen la

responsabilidad de reorientar inmediatamente a las gestantes hacia el control prenatal en situaciones como

2.2 Marco Teórico

El concepto de salud pública y sus funciones han evolucionado a lo largo del tiempo, a la par de las transformaciones que han tenido también los conceptos de salud/enfermedad y población, especialmente atribuidos a los cambios del contexto social y las relaciones de poder a través de la historia (83). Algunas definiciones de la salud pública son.

Tabla 1. Definiciones de Salud Pública

Definición	Autor	Año
Como disciplina, la salud pública tiene como objetivo principal evitar enfermedades, aumentar la esperanza de vida y mejorar el bienestar físico y mental. (83). Para lograrlo, utiliza el esfuerzo colectivo de la comunidad, centrándose, entre otras cosas, en el saneamiento ambiental; la vigilancia de las enfermedades transmisibles; fomentar la educación individual e higiene personal; organizar los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y la prevención de enfermedades (84). Además, se encarga de crear los mecanismos sociales necesarios para garantizar que todas las personas tengan un nivel de vida digno que les permita conservar su salud, asegurando que cada individuo pueda ejercer su derecho natural a la salud y a una vida larga (84).	Charles Winslow	1920
La salud pública tiene como objetivo fundamental alcanzar el mayor bienestar físico, mental y social posible para la población, además de aumentar la esperanza de vida. Todo esto, adaptándose constantemente a los conocimientos y recursos disponibles en cada momento y contexto (85). Con ello, busca contribuir al desarrollo completo de las personas y de la sociedad en general (85).	John Hanlon	1974
La Salud Pública es la disciplina que organiza y gestiona los esfuerzos comunitarios para proteger, fomentar y recuperar la salud de las personas en una comunidad (86).	Piédrola Gil	1991
La Salud Pública es tanto el arte como la ciencia de prevenir enfermedades y discapacidades, prolongar la vida y fomentar el bienestar físico y	Milton Terris	1992

mental a través de la acción comunitaria organizada (86).	

Fuente: Elaboración propia

Para la OPS la salud pública es concebida como el "esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo" (87). En el año 2002 la OPS en la iniciativa "*La Salud Pública en las Américas*" definió a la salud pública como la salud del público y de la población, que abarca todas las dimensiones colectivas de la salud (86). Así mismo definió que el objetivo central y el objeto principal de la salud pública es la salud de la población, incluyendo todos los aspectos sociales y colectivos que ayuden a mejorar la salud de las personas, cuya visión debe abordar los factores determinantes externos de la salud y las dimensiones colectivas del sistema de atención en salud responsable de la población, siempre teniendo presente su objetivo central (86).

Así mismo la iniciativa elaboró una lista de once funciones esenciales de la salud pública (FESP), que respondieran a las circunstancias de salud pública en las Américas (87). Las once funciones se definieron como: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública, promoción de la salud, participación de los ciudadanos en la salud, desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública, fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública, evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, investigación en salud pública y reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud (87).

No obstante, desde América Latina se han propuesto definiciones alternativas de la salud pública. Una de ellas la de Granda que afirma que la salud pública es una práctica social, multidisciplinaria que con la acción del Estado busca interpretar y actuar sobre los públicos o colectivos humanos con el fin de promover la salud, prevenir las enfermedades y apoyar el tratamiento y la rehabilitación, haciendo uso de los conocimientos, saberes, prácticas y tecnologías disponibles (88).

Por otra parte, y teniendo en cuenta la evolución y ajuste del concepto de salud pública, así como de sus funciones, en el marco de los diferentes contextos sociales, sumados a la apuesta epistemológica y objetivo de la presente propuesta de tesis doctoral, ésta se acerca a la salud pública desde la perspectiva de Granda, pues espera comprender el cuidado de la salud materna desde la perspectiva social de los colectivos humanos (las gestantes y sus familias), con el propósito de que con esta comprensión se pueda promover la salud materna y prevenir la mortalidad y mortalidad de las mismas.

Adicionalmente, para indagar sobre la experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición de las gestantes y sus familias, es pertinente recurrir a un modelo que permita considerar los diferentes elementos que intervienen en el proceso salud/enfermedad/atención. Es así como de manera particular el modelo de la determinación social de la salud facilita el entendimiento de las condiciones de salud de las poblaciones, a través de la comprensión de las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas (89). Este modelo propone que para analizar la situación de salud de un grupo social o un colectivo específico es fundamental entender las dimensiones de las formas de vida cotidiana que se generan en dicho grupo social o colectivo, los cuales se manifiestan en las condiciones de vida particulares y estilos de vida singulares (90), dentro de los cuales se encuentran las prácticas culturales, costumbres, hábitos y creencias

que hacen parte de la cotidianidad de los diferentes grupos o colectivos sociales y culturales.

El modelo de la determinación social de la salud es producto de un esfuerzo de Latinoamérica, especialmente del movimiento de medicina social latinoamericana, por construir una corriente de pensamiento que aborde la salud como un proceso (91). Esta es una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica y que junto con las categorías de la reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza conformaron la base teórica de la propuesta de ruptura del paradigma dominante de la salud pública (91). Este modelo coloca el proceso salud/enfermedad/atención como un fenómeno con abordaje histórico y dinámico (92).

Del mismo modo, desde la epidemiología critica latinoamericana de Brelh, Lauren y Noriega se han dado aportes importantes a la determinación social de la salud, basados en la actualización y modernización del concepto de salud y medioambiente (93). El fundamento de esta modernización se basa en la incorporación de lo biológico en lo social, estableciendo así la producción social de las formas biológicas del ser humano. "*Lo específicamente nuevo que ha surgido del estudio de la salud/enfermedad en cuanto proceso social es plantearse el nexo biopsíquico como la experiencia concreta en la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado*" (94).

Este modelo que explica el proceso salud/enfermedad atención sienta sus bases epistemológicas en el paradigma crítico. Una parte esencial de este paradigma es abolir la separación entre lo biológico y lo social, la naturaleza y la sociedad. Así mismo el proceso salud/enfermedad/atención es social y ocurre en el marco de la complejidad de las relaciones que se van formando a medida que las personas y la sociedad se organizan para asegurar la vida y el bienestar de sus miembros. En otras palabras, las relaciones sociales, económicas, políticas, culturales y ambientales crean ciertas condiciones de vida, las cuales determinan

la distribución de la salud y la enfermedad e incluso la muerte en las poblaciones (93).

Es importante enfatizar que no hay una forma única de comprender la determinación social de la salud, entre sus teóricos se encuentran algunas diferencias en su abordaje, sin embargo el modelo mantiene una constante paradigmática, así como dos premisas centrales que son: los fenómenos relacionados con el proceso salud/enfermedad atención son de índole tanto biológicos como sociales; y para lograr y conservar las condiciones de salud de las poblaciones es indispensable comprender la mecánica y los procesos que construyen las sociedades humanas (94). El modelo de la determinación social de la salud acepta la relación existente entre la persona, la sociedad y la naturaleza social, pero a su vez ubica como eje central la *historicidad* de los procesos y la forma como acontecen los fenómenos; instalándose en el razonamiento epistemológico que analiza la ocasión que tienen las personas de comprender y actuar la realidad que se les presenta de múltiples formas y complejidades (90). Es por ello por lo que en esta tesis doctoral el protagonismo lo tiene la voz de las mujeres gestantes y sus familias, pues es desde la legitimidad de sus discursos que se puede comprender lo que acontece alrededor de la salud materna y las interacciones familiares con la nutrición.

Así mismo, desde la perspectiva latinoamericana de la determinación social de la salud, lo social, lo cultural y lo económico son contextos incluidos y articulados en el proceso salud-enfermedad-atención. Estos no actúan como factores aislados, sino como expresiones interdependientes del modo en que se organiza la vida social y se producen las desigualdades en salud (32,95). En el caso de la salud materna, las condiciones sociales como la estratificación de clase, la posición socioeconómica, el nivel educativo y las relaciones de poder determinan las oportunidades reales de las mujeres para acceder a los recursos necesarios para ejercer el autocuidado y el cuidado familiar (3-96).

En lo cultural, la determinación social reconoce que los saberes, creencias y prácticas tradicionales establecen modos específicos de vivir la maternidad y de comprender el cuerpo, la alimentación y el cuidado. Estas formas de conocimiento transmitidas de generación en generación influyen directamente en la manera como las mujeres gestantes interpretan las recomendaciones biomédicas y cómo las familias participan o no en los procesos del cuidado de la salud (4-97). Así, la cultura no es un simple trasfondo, sino un campo activo de producción de significados que da sentido a las acciones de cuidado materno y que, en contextos como el de Montería, se entreteje con creencias religiosas, costumbres locales y valores familiares que orientan la conducta alimentaria y el uso de los servicios de salud (5-98).

Por su parte, el contexto económico constituye el eje estructural que condiciona las posibilidades de reproducción social y biológica. Desde este, la precarización laboral, la informalidad, la pobreza multidimensional y la inseguridad alimentaria limitan las capacidades de las familias para garantizar una nutrición adecuada y un acceso efectivo al control prenatal (6-99). Estas condiciones de vida no son meramente contextuales, sino que reflejan un modo de organización económica que distribuye de forma desigual los recursos y la posibilidad de vivir saludablemente. Por ello, la salud materna debe ser comprendida como una expresión concreta de las desigualdades sociales y económicas que atraviesan a las mujeres y sus familias (7-100).

En conclusión, la teoría de la determinación social de la salud propone un análisis integral donde los procesos biológicos de la gestación están atravesados por las condiciones históricas, sociales, culturales y económicas. En esta tesis, dicha perspectiva constituye el marco teórico-interpretativo que orienta la comprensión del fenómeno estudiado, reconociendo que la salud materna no se explica solo desde el cuerpo biológico, sino desde el entramado de relaciones sociales, prácticas culturales y estructuras económicas que condicionan la experiencia de las gestantes y sus familias (8-101).

2.3 Estado del Arte

Una adecuada y saludable alimentación es trascendental en las diferentes etapas de la vida, pero cobra vital importancia durante la gestación (102). Las demandas nutricionales de la mujer embarazada aumentan y, tanto la deficiencia como excesos de nutrientes, traen repercusiones para la salud materna y del hijo por nacer, así como en el resultado final del embarazo (103). De esta forma, se hace necesario conocer y garantizar los requerimientos nutricionales de las gestantes, para lograr resultados adecuados en la salud de las madres y de sus hijos.

Se elaboró una revisión de literatura con el fin de describir y debatir el estado del arte relacionado con las implicaciones de la nutrición en la salud materna, con el objetivo de Identificar y analizar las publicaciones que muestran las consecuencias, efectos y repercusiones de la malnutrición en esta etapa de la vida de las mujeres. Se identificaron los diferentes alcances que tiene la alimentación de la mujer gestante en la salud materna, del recién nacido y en los resultados del embarazo.

Se realizó búsqueda bibliográfica de artículos en idioma inglés, español y portugués en las bases de datos PubMed, Embase, Science Direct y Scielo. Las búsquedas se basaron en la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las implicaciones de la nutrición en la Salud Materna? Se utilizaron los descriptores: (“Maternal Nutrition” OR “Prenatal Nutrition”) AND (“Pregnancy” OR “Maternal Health”). Se incluyeron artículos originales y de revisión publicados entre 2015 y 2021 y se excluyeron artículos no accesibles al texto completo.

La búsqueda con los descriptores utilizados en PubMed arrojó una cifra de 6 artículos, Embase 11 artículos, Science Direct 4 artículos y Scielo 13 artículos, se obtuvo un total de 34 artículos. Se seleccionaron 15 artículos (ver Tabla 1) según criterios de inclusión: temática específica, artículos publicados entre los años 2015 y 2021, relevancia al documentar, reseñar o representar las

implicaciones de la nutrición en la salud materna. Estos artículos fueron revisiones (n = 9), observacionales (n = 2), transversales (n = 2), prospectivo (n = 1), artículo especial (n = 1). Luego se identificaron, clasificaron y analizaron de acuerdo con los planteamientos sobre el tema, lo cual permitió definir las categorías de presentación.

Tabla 2. Principales características de los estudios incluidos en la revisión

Autor	Año	Diseño	País
Rosa María Martínez García et al.	2020	Revisión	España
Martha Liliana Pérez et al.	2019	Observacional Descriptivo	Colombia
Brian M Cavagnari	2019	Revisión	España
Thelma Brandao et al.	2019	Revisión	Brasil
M.ª Jesús Cancelo Hidalgo	2019	Revisión	México
Lina María Martínez Sánchez	2018	Revisión	Colombia
Bárbara Puszko et al.	2017	Revisión	Argentina
Elizabeth Guzmán-Mercado et al.	2016	Transversal Analítico	México
Lucia Fernández Molina et al.	2016	Revisión	España
Ana Cristina Rodríguez-Dehli et al.	2015	Prospectivo de Cohorte	México
María del Carmen Toca et al.	2015	Revisión	Argentina
Rosana Espuig Sebastián et al.	2016	Revisión	España
Juan Guillermo Barrientos Gómez et al.	2017	Transversal retrospectivo	Colombia
Isabel María Paúles Cuesta et al.	2020	Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico	España
Samuel Durán Agüero	2017	Revisión	Chile

2.3.1 Importancia de la nutrición materna

La importancia de la alimentación materna empieza desde antes de la concepción. Para garantizar la reproducción, la mujer debe tener una adecuada alimentación desde la niñez, que asegure un desarrollo orgánico y puberal adecuado. Una apropiada nutrición en la infancia previene condiciones como el raquitismo provocado por el déficit de vitamina D y el hipogonadismo, causado

por la anorexia nerviosa que producen displasias pélvica e infertilidad que a su vez impiden la gestación y/o el parto (104).

Por otra parte, es innegable la preponderancia de una adecuada alimentación durante el embarazo, por lo que se ha reconocido la relación que existe entre una inadecuada alimentación con resultados maternos y neonatales adversos como la anemia gestacional, preeclampsia, hipertensión gestacional, diabetes mellitus gestacional e infecciones urinarias entre otros, así como la relación existente entre el peso al nacer con el aumento de la morbimortalidad perinatal y la aparición de diferentes patologías crónicas del adulto como la diabetes mellitus tipo 2 y las cardiopatía isquémica (105).

El aumento del peso y la insuficiencia de nutrientes esenciales durante el embarazo se han convertido en uno de los principales aspectos a controlar desde la salud materna, es indispensable controlar el peso materno para que este se encuentre en una condición saludable. El exceso de peso aumenta las probabilidades de partos por cesárea, diabetes gestacional, macrosomía fetal, al igual que la aparición de enfermedades no transmisibles en la vida adulta del producto del embarazo, así como un peso insuficiente aumenta el riesgo de abortos espontáneos, partos prematuros y bajo peso al nacer (13).

Cada gestante requiere una nutrición particular que se ajuste a sus costumbres y hábitos alimentarios, que se adecue a los cambios fisiológicos y las preferencias de la futura madre. El propósito de una adecuada nutrición de la embarazada es proteger y conservar el buen estado de salud de la gestante, al igual que aumentar las probabilidades de una mejor calidad de vida del hijo por nacer y reducir la morbimortalidad materna e infantil (35).

En este sentido, Cancelo Hidalgo encontró en publicaciones recientes que la gestación supone un reto para la madre en cuanto a su nutrición debido al incremento en los requerimientos de energía y nutrientes, que tiene por objetivo

alcanzar una adecuada salud materno-fetal (106). Igualmente concluye que la nutrición de la mujer durante el periodo perinatal tiene una relevancia especial, debido a las potenciales repercusiones que puede generar en la salud inmediata de la madre y en el desarrollo futuro del feto (106). Por ello, se recomienda prestar especial atención a los hábitos alimentarios de la mujer e incrementar el consumo de determinados alimentos ricos en nutrientes claves en esta etapa (106).

Por su parte Fernández Molina et al encontraron que la evidencia científica reporta al zinc, el hierro, el yodo, los ácidos grasos omega-3, el ácido fólico y otras vitaminas del grupo B como los micronutrientes con mayor evidencia de poseer una acción positiva con el desarrollo del embarazo y del feto, así como su implicación tanto en la fertilidad de las mujeres como en el éxito de los resultados del embarazo (62).

Los autores sugieren que una ingesta adecuada de alimentos debería iniciarse antes de la concepción. Esto aseguraría sus beneficios o, al menos, evitaría el desarrollo de deficiencias (62). Por otro lado, plantean una intervención dietético nutricional individual y colectiva a largo plazo a mujeres en etapa pregestacional, gestación, posparto y lactancia con el objetivo de mejorar el potencial reproductivo y materno mediante la mejora de su estatus nutricional (62). La intervención propuesta consiste en realizar una evaluación nutricional completa a mujeres que tengan previsto embarazarse a corto o mediano plazo o que ya lo estén, esta evaluación debe incluir pruebas de laboratorio, medidas antropométricas, detección de prácticas y hábitos nutricionales, con el propósito de adecuar la dieta a las recomendaciones y brindar educación alimentaria para la salud (62).

A su vez Toca et al hallaron que una dieta saludable mantenida desde antes del embarazo demostró estar ligada a una menor incidencia de diabetes gestacional, con una reducción que oscila entre el 24% y el 46% (98). La ganancia inadecuada de peso durante el embarazo se asocia a un riesgo aumentado para la salud de

la madre y del hijo, así como el déficit de macro y/o micronutrientes durante el embarazo, y el tiempo de duración de este, puede determinar un incremento en la morbimortalidad materno fetal (107).

El objetivo principal de una adecuada nutrición durante el período periconcepcional es alcanzar una adecuada salud de la madre, del feto y del recién nacido, que contribuya a disminuir las probabilidades de morbimortalidad materna y perinatal. Así como favorecer la capacidad reproductiva de la mujer y los resultados del embarazo.

2.3.2 Obesidad y sobrepeso en el embarazo

La condición nutricional de las mujeres antes y durante la gestación es uno de los determinantes de riesgo para mortalidad materna, la duración del embarazo y las complicaciones del parto, así como para el retraso en el desarrollo uterino y la mortalidad perinatal (66). El sobrepeso y la obesidad en la gestación confieren un problema de salud pública, ya que aumenta los riesgo obstétricos y neonatales (108). Las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad tienen más probabilidades de presentar enfermedades y complicaciones durante el embarazo y el parto como: abortos espontáneos, alteraciones del trabajo de parto, diabetes gestacional, preeclampsia, hipertensión gestacional, partos prematuros y por cesárea (109).

La multiparidad, el consumo bajo de calcio previo y durante el embarazo, el estrés crónico, las edades maternas extremas (110), los hábitos nutricionales y un menor nivel de educación, son considerados factores predisponentes para una ganancia de peso mayor en el embarazo (106). El peso ganado en el embarazo se determina por varios elementos que abarcan además de los fisiológicos, los familiares, sociales y nutricionales (109).

Las sugerencias nutricionales durante el embarazo son un factor importante para la salud de la madre y la formación y el crecimiento del hijo por nacer. Durante la gestación es preciso que la mujer reciba una alimentación que asegure y conserve la salud materna y fetal (111). El control de la nutrición es fundamental para corregir el problema de la obesidad, no obstante, la salud materna va más allá de los aspectos biomédicos. La salud materna y neonatal está íntimamente relacionada con los factores familiares, sociales, culturales, ambientales, religiosos, genéticos, políticos y demográficos que rodean el embarazo, así como el nivel educativo y económico de la madre.

La educación nutricional y el control prenatal pueden ofrecer esquemas de control y de reducción de peso en las mujeres embarazadas, pero la importancia que ellas y su entorno le den a las consultas nutricionales y al control prenatal, son determinantes para obtener resultados adecuados en la nutrición y el peso materno (112).

El control del sobrepeso y la obesidad debe empezar en la etapa preconcepcional. Las mujeres con sobrepeso u obesidad que consiguen reducir su peso antes del embarazo obtienen mejores resultados maternos y perinatales (113). El cuidado prenatal debe estar acompañado de medidas nutricionales y de ejercicio, se debe recomendar la pérdida de peso, el cambio a una dieta adecuada, actividad física y modificación de conductas durante el embarazo.

Al respecto Paules Cuesta et al encontraron que casi un 50% de las gestantes presentaban exceso de peso (35%sobrepeso, 5% obesidad leve, 2,5% obesidad grave y 2,5% obesidad mórbida), así como una deficiente calidad en la alimentación de las gestantes, evidenciando cierto desconocimiento sobre la correcta pirámide alimentaria y que la actividad física no pareció influir en las tasas de sobrepeso y obesidad (114).

La investigación concluyó que las mujeres en edad fértil deberían tener un IMC adecuado antes del embarazo, para evitar el sobrepeso y la obesidad (114). También concluyó que integrar las recomendaciones de la pirámide alimentaria a los hábitos de vida saludables de la mujer gestante, presume desarrollar pautas alimentarias sanas y equilibradas que repercutirán favorablemente tanto sobre ella como sobre el futuro recién nacido (114).

Con relación a esto se considera importante que en los programas de promoción de la salud relacionados con la salud sexual y reproductiva eduquen a las mujeres en edad fértil, que tienen previsto quedar embarazadas, que antes del embarazo consideren tener un peso adecuado y un estilo de vida lo más saludable consistente en una alimentación sana y equilibrada, ejercicio físico diario y modificar ciertos hábitos que pueden estar relacionados con el peso (114).

Por su parte Brandao et al encontraron que el exceso de peso de las mujeres brasileñas antes del embarazo estaba frecuentemente relacionado con trastornos como la hipertensión gestacional, la necesidad de cesáreas, el aumento de peso excesivo durante la gestación y la diabetes mellitus gestacional (115). Igualmente encontraron que dicho exceso se asoció con un aumento en las tasas de preeclampsia, hipertensión gestacional, diabetes mellitus gestacional, aumento de peso gestacional excesivo y cesáreas (115). El estudio concluyó que los efectos del exceso de peso pregestacional reflejan la necesidad de políticas públicas eficaces que puedan abordar el problema, centrándose en intervenciones que promueven la salud de la mujer en edad reproductiva (115).

2.3.3 Anemia y embarazo

La anemia es entendida como una condición en la cual los glóbulos rojos no están suministrando el oxígeno adecuado a los tejidos corporales y de la cual existen varios tipos y causas, entre los que predominan la anemia ferropénica (50% de los casos), megaloblástica y de células falciformes (116). También puede

deberse a otras deficiencias nutricionales (vitamina A), procesos infecciosos o inflamatorios (117).

La anemia es la alteración hematológica más diagnosticada durante el embarazo que afecta a un gran número de mujeres y ha sido considerado como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1992, por lo que ha recomendado siempre la suplementación con hierro en países de bajos ingresos e incluso en los de altos ingresos (118,119). A nivel mundial se calcula que alrededor de 47% de mujeres no embarazadas y del 60% de las embarazadas tienen anemia (120). En los países subdesarrollados su prevalencia es mayor, se estima que entre 30 - 60 % de las mujeres son anémicas, esto limita las potencialidades de desarrollo de la población, por lo cual la carencia de hierro impone un alto costo económico y social (121).

La anemia en las gestantes produce debilidad muscular y palidez de tegumentaria. Como consecuencia de la disminución del suministro de oxígeno al cerebro se puede originar cefalea y vértigo, y cuando los niveles de hemoglobina son menores de 4 g/dl produce falla cardiaca; la anemia también produce intolerancia a pérdidas hemáticas (aunque sean pocas), y predisposición a las infecciones durante el parto (122).

En las mujeres en edad fértil, de todas las razas, se encuentra una alta predisposición de padecer anemia durante la gestación (123), siendo más notorio en determinados grupos con mayor riesgo de deficiencia de hierro como el caso mujeres con dietas pobres en alimentos ricos en hierro, embarazo múltiple, falta de suplementos multivitamínicos, dieta pobre en alimentos que ayudan a la absorción del hierro, dieta con bajo nivel de proteínas, enfermedades gastrointestinales que afectan la absorción, periodos intergenésicos cortos, malos hábitos alimentarios y pérdidas sanguíneas (124); también se encuentran grupos de mujeres con problemáticas sociales como inmigrantes, multíparas, mujeres con nivel socioeconómico bajo y control prenatal inadecuado (125).

En Colombia, de acuerdo con los reportes de las recientes Encuestas Sobre la Situación Nutricional (ENSIN), se dictamina que el 7,6% de las mujeres en edad fértil, presentan anemia representando, según la OMS un problema de gravedad moderada indicando además que esta patología se encuentra subdiagnosticada, esto debido a las condiciones sociales adversas, al incumplimiento de las políticas de salud pública para prevenirla y a la falta de diagnóstico durante el embarazo (126).

La causa más común de anemia en las embarazadas es la nutrición que no cubre de forma apropiada con los requerimientos de hierro y ácido fólico. Se reporta que en el 95% de las anemias del embarazo es causada por la deficiencia de hierro (127). La parasitosis intestinal puede intensificar aún más la anemia del embarazo (126). La anemia ferropénica en la gestación se asocia con trastornos del embarazo, mortalidad materna, prematuridad, bajo peso al nacer, afecciones del recién nacido y mortalidad perinatal (18,119)

Pérez *et al* encontraron que en las mujeres incluidas en el estudio la prevalencia de anemia fue de 32.01% y las complicaciones identificadas fueron: Infección de vías urinarias (8,91%), restricción de crecimiento intrauterino (7,9%), bajo peso al nacer (6,9%), preeclampsia (4,95%), parto prematuro (3,96%) y ruptura prematura de membranas (3,03%) (129).

El estudio concluye que la anemia es una afección subdiagnosticada que afecta a mujeres de 16 a 30 años. Sus complicaciones, como el bajo peso al nacer, la restricción del crecimiento intrauterino y la ictericia neonatal, están directamente relacionadas con la gravedad de la anemia (128). Además, recomiendan realizar estudios de carácter prospectivo que evalúen la duración de la anemia más que su severidad para demostrar el efecto de la intervención temprana y el tratamiento de la anemia en los resultados materno-infantiles (128). La detección y el manejo de la anemia en mujeres embarazadas requieren que se tomen en

cuenta otros factores clave, como su situación socioeconómica, el nivel de atención médica disponible y su estado nutricional. Estos elementos pueden repercutir significativamente en la morbimortalidad de la madre y del bebé (129).

Por su parte Martínez *et al*, concluyeron que la anemia es el trastorno hematológico más común durante el embarazo, basándose en la literatura científica internacional. Esto se debe a que la gestante presenta un riesgo inherente a desarrollar anemia, dadas las modificaciones fisiológicas propias de la gestación. El estudio enfatizó el diagnóstico y tratamiento de este tipo de anemia (fisiológica y patológica) (130). Si bien un número considerable de cuadros de anemia gestacional corresponden a anemias dilucionales fisiológicas sin ningún tipo de repercusión clínica, es de fundamental importancia el reconocimiento de cuadros patológicos por la asociación que estos tienen a desenlaces maternos y perinatales adversos (130).

2.3.4 Prácticas nutricionales en el embarazo

Las prácticas alimentarias hacen parte del conjunto de costumbres que determinan el comportamiento humano en relación con los alimentos y la alimentación, influenciadas por el medio ambiente y trasmitidas de una generación a otra (131). La cultura y las costumbres de las mujeres gestantes pueden influenciar positiva o negativamente el tipo de alimentación que se consume durante el embarazo, así como alterar sus opciones nutricionales.

Las prácticas y hábitos alimentarios durante el embarazo hacen parte importante de la promoción de la salud materna e infantil. Los métodos para obtener los alimentos son fundamentales para prevenir alteraciones de la gestación como el sobrepeso, la obesidad o el bajo peso (132). Se ha constatado que las prácticas alimentarias que tienen las embarazadas son influenciadas y dirigidas por los hábitos de consumo, creencias y costumbres familiares y sociales, al igual que por las barreras para la alimentación como la disponibilidad y el acceso o

capacidad para adquirir los alimentos, que generan cambios en esos hábitos y conductas alimentarias (133).

En este sentido, la Academia Americana de Nutrición y Dietética recomienda que las mujeres en edad fértil deben adoptar un estilo de vida apropiado que mejore la salud y disminuya los riesgos de alteraciones del estado de salud en las madres, los fetos y recién nacidos, tales como mantener un peso adecuado previo a la gestación, control del peso y actividad física durante el embarazo, consumo de una dieta variada y balanceada, una adecuada ingesta de vitaminas y minerales, evitar el alcohol y el tabaco, así como el consumo de suplementos de vitaminas y minerales cuando se requiera (134).

En su mayoría las mujeres piensan que se deben tener hábitos nutricionales saludables, hacer ejercicio, evitar el alcohol, el tabaco y las sustancias alucinógenas, así como tener una adecuada salud bucal; pero el embarazo es una situación que puede ser un gran motivador para cambiar o modificar estilos, hábitos y comportamientos en las mujeres y sus familias (135).

En concordancia con lo anterior, la educación nutricional de las gestantes debe basarse en el estudio de conductas, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación, así como de los conocimientos que tienen las embarazadas a cerca de la nutrición en esta etapa. Comprender las prácticas alimentarias requiere que las examinemos a la luz de los factores que las moldean. Es probable que aspectos sociodemográficos y clínicos sean determinantes cruciales en este ámbito (136). En este sentido se ha planteado el vínculo entre tales aspectos y la dieta, refiriendo que personas mayores, con un nivel educativo más alto tienen más conocimientos y una mejor conducta alimentaria (136).

Al respecto Barrientos et al en su estudio transversal retrospectivo encontraron que la baja ingesta de alimentos ricos en hierro se asocia con un menor nivel educativo y la pertenencia al régimen de salud subsidiado. En contraste, un

mayor nivel de estudios y un estrato socioeconómico medio-alto favorecen un consumo más frecuente de alimentos ricos en folato (137). Con respecto al alto riesgo obstétrico, la edad > 25 años (1,71 IC95 % 1,11- 2,66) y el consumo de sustancias ilegales (1,89 IC95 % 1,01-3,51) aumentaron el riesgo (129). Mientras que estar empleada (0,64 IC95 % 0,42-0,99) y residir en zona urbana (OR 0,54; IC95 % 0,29-1,00) lo disminuyeron (p<0,04) (137).

Al respecto se puede inferir que las condiciones socioeconómicas y demográficas influyen en las prácticas alimentarias, en el alto riesgo obstétrico y en el ingreso al control prenatal. La determinación social e individual de la salud del binomio madre-hijo, así como las prácticas alimentarias, deben considerarse durante la asistencia pre y posnatal (136).

A su vez, Guzmán et al en una investigación de corte transversal con mujeres adolescentes encontraron que aparentemente, ciertas de las deficiencias en los hábitos alimentarios dependen del estado civil en el que ellas viven y, que el 24% de los adolescentes se saltan la cena. También encontraron que el gasto alimentario mensual es mayor en adolescentes solteros con o sin pareja que vive con sus padres. Sin embargo, la proporción del gasto en alimentos per cápita es mayor en pareja de adolescentes (138).

El embarazo en adolescentes aumenta el riesgo de que el periodo gestacional no curse con una dieta adecuada, puesto que en ellas la frecuencia de consumo de ciertos alimentos saludables, incluidos verduras y otros alimentos no saludables, como bebidas azucaradas y refrescos va a depender de la situación de vida del adolescente y, de la influencia que puede regir o no por los miembros de su familia a lo cual son más susceptibles que las mujeres adultas (138).

Por otra parte, Espuig et al en su revisión de literatura encontraron que existen múltiples artículos con consejos nutricionales en el embarazo, pero muy pocos

que incluyan estrategias educativas implementadas por las matronas que aborden recomendaciones dietético-nutricionales y su utilidad (139).

Así mismo los autores hallaron que las mujeres embarazadas percibían los consejos nutricionales de las matronas como demasiado generales, lo que no lograba disipar completamente sus dudas e inseguridades sobre la alimentación durante la gestación (139). Por otra parte, notaron que parece existir una insatisfacción general de las matronas respecto a su propia formación en el uso de las técnicas y estrategias de consejo nutricional, por lo que se aprecia una clara necesidad de mejorar su formación didáctica, específicamente en relación con el tema de la nutrición en el embarazo (139).

En otro sentido y en cuanto a recomendaciones nutricionales Cavagnari afirma que el embarazo no es un período óptimo para perder peso, por lo que no se aconseja realizar dietas hipocalóricas. El consumo moderado de edulcorantes no calóricos en mujeres gestantes o en período de lactancia se justificaría solo ante la necesidad de reemplazar alimentos o bebidas azucaradas en aquellas mujeres que padezcan diabetes tipo 1 o gestacional, o en aquellas que necesiten lograr un reducido incremento de peso por prescripción médica (140).

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Comprender la experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados de los comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado en Montería, Colombia. 2022 -2023

3.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociales y culturales relacionados con la nutrición que identifican a la familia Monteriana desde el relato de los participantes.
- Explorar desde la mirada las mujeres gestantes sus experiencias y los significados sobre el cuidado de la salud materna que construyen alrededor de la nutrición.
- Identificar desde la mirada de las familias de las mujeres gestantes, las interacciones que desarrollan, alrededor de la nutrición y su influencia en el cuidado de la salud materna.
- Describir las interacciones que tienen las mujeres gestantes y sus familias con el programa de control prenatal y la nutrición para la construcción de significados sobre la salud materna

4 Metodología

4.1 Enfoque metodológico

El diseño metodológico de la investigación se circunscribió a la interpretación cualitativa. La investigación cualitativa asume variedad de significados, perspectivas y enfoques, sin embargo, alrededor de ella se dan diferentes características, fortalezas y debilidades que son compartidas o asumidas por cada una de estas perspectivas. Denzin y Lincoln resaltan que la investigación cualitativa es “multimetódica en el enfoque, implica una perspectiva interpretativa, naturalista hacia su objeto de estudio” (141). Es decir, que los investigadores indagaron en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas (141).

Es así como, la investigación cualitativa pretendió hacer un acercamiento integral de las situaciones del mundo social, para examinarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva; esto es, a partir de los conocimientos que poseen las distintas personas implicadas en ellas. Lo cual implica que se dé una interacción con los otros integrantes de su entorno social compartiendo el significado y el conocimiento que tienen de sí mismo, de su realidad y de sus experiencias vividas (141).

Se realizó un estudio con enfoque hermenéutico. Este enfoque buscó reconocer la diversidad, comprender la realidad y construir sentido a partir de la comprensión histórica del mundo simbólico; por lo que su atributo principal para hacer investigación es la participación y el conocimiento del contexto, dado que no se puede comprender algo de lo que no se ha participado (142). Así mismo, demanda comprender el que hacer, indagar situaciones, contextos, particularidades, simbologías, imaginarios, significaciones, percepciones, narrativas, cosmovisiones, sentidos, estética, motivaciones, interioridades e

intenciones que se configuran en la vida diaria. Este enfoque consideró una mediación esencial para el proceso investigativo la vivencia y el conocimiento del contexto (143).

La hermenéutica aportó a la investigación una forma metódica al proceso de comprensión y autocomprensión entre los individuos, constituidos por las interacciones simbólicamente mediadas (144). Esta contribuyó a la producción de un saber técnicamente utilizable y al esclarecimiento de un saber prácticamente eficaz. La hermenéutica asegura la intersubjetividad de una comprensión posible que oriente la acción tanto sobre el plano horizontal de la interpretación de culturas ajenas como sobre el plano vertical de la asimilación de tradiciones propias (144).

En este sentido, el enfoque hermenéutico sigue el paradigma interpretativo de investigación desde donde se alcanza un acercamiento subjetivo a los datos obtenidos. Asimismo, se tiene presente la introspección, la concreción de datos y la importancia de las acciones, creencias y representaciones de todos los participantes, incluido el investigador (80).

La interpretación como ruta epistemológica impulsa el análisis situacional de un fenómeno. Este paradigma posibilita el desarrollo de diferentes metodologías que buscan comprender y significar las relaciones establecidas en los diferentes contextos y realidades que concurren en los entornos sociales con sus singularidades. Así mismo el paradigma provee al investigador de múltiples datos y diferentes visiones para darle sentido al mundo y la vida (144).

El enfoque hermenéutico propone a la ciencia como un sistema complejo que se comprende mediante el lenguaje, conduciendo así, a procesos interpretativos de la realidad a nivel social y humano (145). Las ciencias histórico- hermenéuticas persiguen el entendimiento del “quehacer, indagar situaciones, contextos, particularidades, simbologías, imaginarios, significaciones, percepciones,

narrativas, cosmovisiones, sentidos, estéticas, motivaciones, que se configuran en la vida cotidiana. La vivencia y el conocimiento del contexto, así como experiencias y relaciones se consideran en una mediación en el proceso del conocimiento" (145).

Tabla 3. Caracterización del Enfoque de Investigación.

Lugar del sujeto que conoce	Relación sujeto – objeto	Objetividad	Características
Participa activamente en el entorno de la investigación.	El investigador, reconoce que las fuentes de información son sujetos de conocimiento activos. Para lograr esto, establece relaciones dialógicas y comunicativas con ellas. Esta interacción en el contexto permite una mejor comprensión.	El enfoque de investigación parte del consenso intersubjetivo. El investigador se sitúa dentro de un contexto, del cual se distancia críticamente mediante la reflexión para construir conocimiento en la confrontación con los demás. La subjetividad se revaloriza, apoyándose en disciplinas como la literatura, la psicología, la sociología y la experiencia social.	• La comprensión emerge y se edifica desde relaciones contextuales e históricas, al entrelazar las intenciones, representaciones y posiciones de quienes participan. • La subjetividad es reconocida y valorada en la construcción del conocimiento. • Enfoque en la interpretación cualitativa y crítica. • Se reconoce que el investigador no es neutral; su posición, ideologías y condiciones impactan la investigación. • La investigación parte del reconocimiento y valoración del saber de sentido común. La singularidad de los eventos y los contextos

		específicos son fundamentales para entender las relaciones. • Enfoque en la dimensión histórica y la contextualización de los procesos. • Las formulaciones conceptuales generales se construyen comparando y estableciendo analogías. • La investigación puede ser de naturaleza histórica o etnográfica.

Fuente: Cifuentes R. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Buenos Aires, Argentina: Noveduc. 2011. P.30.

4.2 Marco Interpretativo

Coherentemente con la hermenéutica como base epistemológica para el acercamiento a la realidad que se construye en el discurso y por actores sociales, el marco interpretativo utilizado en la presente tesis doctoral fue el interaccionismo simbólico. El interaccionismo simbólico como teoría conductora de investigaciones cualitativas permite examinar de forma profunda un reducido número de casos para explorar de manera detallada procesos o contextos específicos para comprender un fenómeno social en concreto (143). En oposición al positivismo, la sociología comprensiva propone la subjetividad como fundante de sentido y la defiende como constitutiva de lo social e inherente al entendimiento objetivo (146).

Esa corriente de pensamiento no se preocupa por los procesos de cuantificación, sino por explicar los focos de las relaciones sociales, consideradas como la

esencia y resultado de la actividad humana creadora, afectiva y racional. El universo de las investigaciones cualitativas es lo cotidiano y las experiencias del sentido común, interpretadas y reinterpretadas por los sujetos que las vivencian. Desde el punto de vista operacional, el pensamiento sistémico, tal como se presenta en las ciencias sociales actualmente puede ser considerado una forma de ver la realidad y de articularla (147).

El interaccionismo simbólico no propone técnicas de investigación, sino que exige una mirada y un abordaje diferente ya que logra visualizar las interacciones, busca que las diferencias y las oposiciones se comuniquen modificando la antigua práctica positivista (147). A su vez, el interaccionismo simbólico puede ser visto como una teoría o un paradigma, mismo que se denomina interpretativo, ya que comprende el significado de los fenómenos sociales, se ubica como un paradigma socio psicológico cuyas bases sirvieron a su principal artífice Herbert Blumer quien en 1937 acuño la denominación (51).

La teoría del interaccionismo simbólico se basa en tres condiciones. La primera es que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él. Todo aquello que las personas perciben a su alrededor, en su entorno, en su mundo: objetos, relaciones, situaciones, interacción; todo lo que se encuentra con el ser humano en su vida cotidiana es una fuerte relación de significados, de construcciones personales (149).

La segunda premisa es que el significado de estas cosas surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo, y la tercera es que los significados se modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso (150).

Del mismo modo Blumer propone tres principios del interaccionismo simbólico. Primero, si la ciencia sólo aceptara que el único modo de conocer e interpretar a los seres humanos, para estudiar sus interacciones fuera la investigación naturalista o positivista, ello implicaría estar en el lugar donde se da tal interacción y donde se manejan y mueven los grupos humanos (51).

Segundo, la prospección es el acercamiento primero y esencial a cualquier realidad humana que se pretende estudiar y comprender y se desconoce en un inicio. El objetivo es contar con un inicio o punto de partida para lograr comprender el fenómeno de interacción, detectar datos lo más acercados a dicha realidad, identificar las relaciones relevantes y de esta manera lograr que todos los conceptos relacionados del investigador den un paso a la evolución lumínica de lo que se va conociendo y comprendiendo de la parte de la vida estudiada (51).

Tercero, la inspección e indagación son elementos que ayudan y dan camino al desarrollo de teoría y al clarificar todas esas relaciones para poder encauzar y precisar conceptos. Todo ese análisis está enfocado en el contenido empírico, permitiendo la visualización desde diversos ángulos y perspectivas lo que logrará un acercamiento certero, continuando con un cúmulo de interrogantes sobre el mismo y regresando a valorar aquello que surja de tales interrogantes (51).

En consecuencia, decidimos desarrollar esta tesis doctoral con las ideas del Interaccionismo Simbólico, una perspectiva teórica que considera a las personas como los principales creadores de la realidad social. Adoptando un método cualitativo para entender esa realidad específica a través de las experiencias y lo expresado por las embarazadas y sus familias. Desde esta mirada, tanto las experiencias y opiniones de las participantes como las del propio investigador influyen en todo el estudio. Esto se debe a que la comprensión e interpretación de la información surgen de la interacción entre ambos, donde el investigador cualitativo tiene en cuenta sus propias ideas, principios y limitaciones (151).

4.3 Método

El método utilizado fue el de Teoría Fundamentada (TF) straussiana. Esta metodología se sustenta en la teoría del interaccionismo simbólico para comprender cómo definen los individuos un fenómeno o acontecimiento a través de su interacción social (51). El objetivo principal de la TF es, a través del estudio de fenómenos sociales en contextos naturales, generar teorías que expliquen el fenómeno estudiado (42). Este método de investigación surgió en la Escuela de Chicago, como un esfuerzo de sociólogos que intentaban la creación de una ruta que permitiera la comprensión del mundo social a partir de la elaboración de explicaciones en forma de teorías. En este grupo inicial de fundadores se hallaban discípulos de los fundadores del Interaccionismo Simbólico en la escuela, como Strauss, que pensó la TF como una forma de darle relevancia a los actores sociales, como creadores de significados en la interacción.

Estas teorías tienen en el centro a las personas como actores sociales que construyen su propia realidad. En este sentido lo que dicen los actores sociales es su referente simbólico, un mundo de lenguaje del que pueden dar cuenta con sus narraciones. Es por ello por lo que este es el método elegido pues la realidad de la experiencia de cuidar de la salud materna a través de la nutrición de las mujeres embarazadas y sus familias que serán las interlocutoras de este estudio se podrá trasladar a una teoría, que como modelo explicativo permita expresar ese mundo subjetivo construido con otros actores sociales, e interpretarlo a la luz de la teoría de la determinación social en salud.

La TF ha sido trabajada considerablemente en las ciencias sociales y la psicología como instrumento para desarrollar teorías sobre procesos psicosociales importantes (152). En las ciencias de la salud también ha sido de gran relevancia, especialmente en enfermería; de hecho, la teoría fundamentada se desarrolló en el área enfermera cuando los sociólogos Glaser y Strauss aplicaron por primera vez la metodología a finales de los años sesenta (153).

La perspectiva de la TF propuesta por Strauss y Corbin en la última década del siglo XX, conocida como teoría fundamentada straussiana, está contenida en el trabajo "*Las Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada"* (*Basics of Qualitative Research: Grounded theory procedures and techniques*) publicado en 1990. En este proyecto de teoría fundamentada, si bien se conservó la mayoría de los presupuestos esenciales de la corriente primigenia, hereda la influencia del interaccionismo simbólico (39), corriente de pensamiento sociológico anclada en el pragmatismo, y los postulados de la etnografía que permearon notablemente a Strauss durante sus estudios doctorales en la Universidad de Chicago (154, 155). En este giro ontológico y epistemológico como consecuencia de la ruptura entre Glaser y Strauss, la naturaleza de la realidad se asume como subjetiva, con la cual el investigador interactúa con la intención de comprenderla e interpretarla (156).

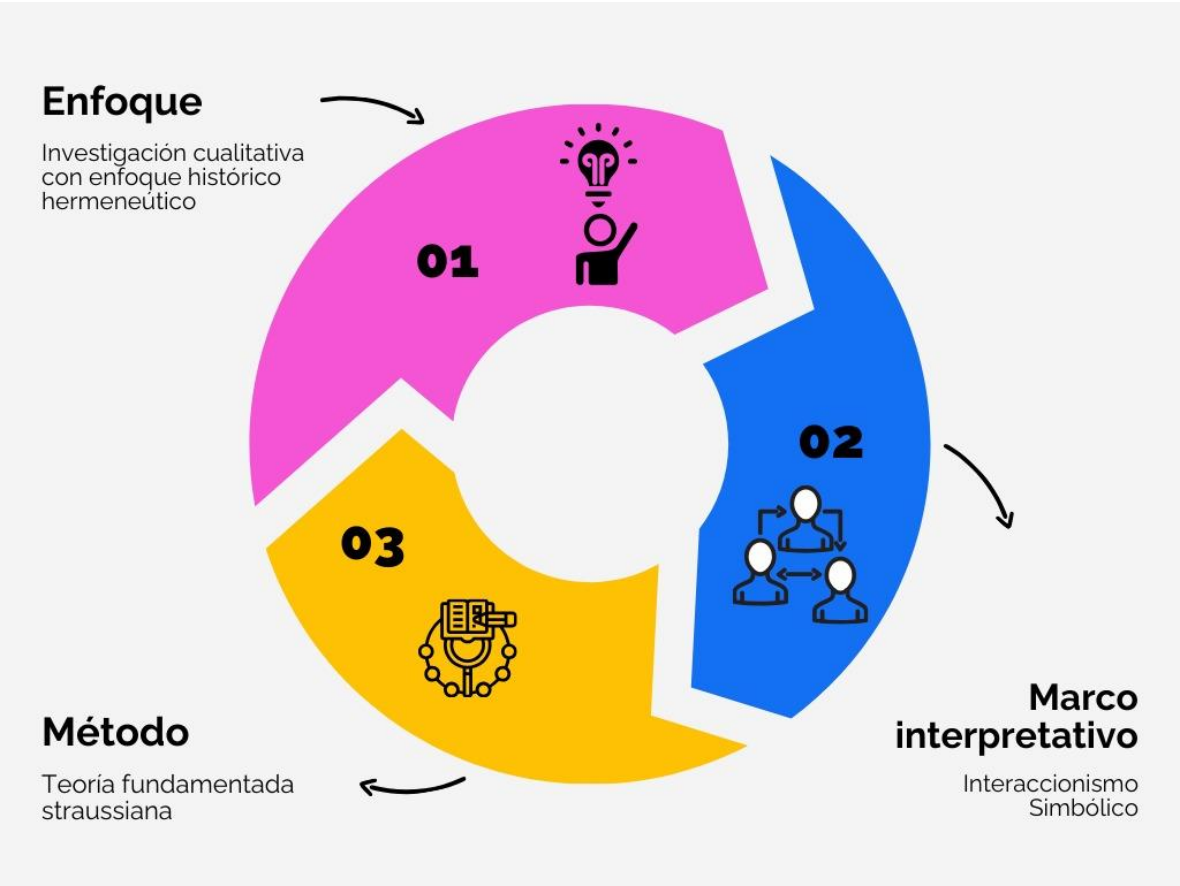
Strauss y Corbin denominan la TF como una teoría derivada de los datos obtenidos sistemáticamente y analizados a través de un proceso de investigación. En esta metodología la recolección de los datos, el análisis de estos y la teoría que se deriva de ellos mantienen una íntima relación entre sí. La teoría surgida con esta metodología refleja la realidad del fenómeno estudiado, genera conocimientos, aumenta la comprensión y proporciona una guía significativa para la acción (42). Esta visión justificó la adopción de la metodología de la TF straussiana para la presente tesis doctoral, puesto que se investigó como es el cuidado de la salud materna a través de la nutrición que las mujeres gestantes se otorgaron a sí mismas y como sus familias interactuaron para la construcción de significados alrededor de la práctica de ese cuidado.

En esta investigación, la TF se materializó a través de un proceso empírico-analítico que combinó la recolección y el análisis de la información de manera simultánea, conforme a los postulados de Strauss y Corbin. El trabajo de campo se desarrolló en tres fases, una fase exploratoria inicial en la que se realizaron

entrevistas a profundidad a gestantes y familiares con el propósito de identificar categorías sustantivas preliminares; una segunda fase de profundización, en la que se aplicaron entrevistas grupales (grupos focales), orientados por la comparación constante de los datos emergentes, lo que permitió refinar las categorías analíticas; y una tercera fase de integración teórica, donde se realizaron entrevistas con informantes claves, Así mismo se contrastaron los hallazgos con los referentes conceptuales y se desarrolló la categoría central explicativa. Cada una de estas etapas implicó procesos de codificación abierta, axial y selectiva, de acuerdo con la propuesta metodológica de Strauss y Corbin, garantizando que la teoría emergiera directamente de los datos empíricos y de las voces de las participantes.

La construcción teórica fue un proceso cíclico y reflexivo, en el que los resultados parciales obtenidos de cada fase orientaron la elaboración de los instrumentos subsiguientes, asegurando así la validación constante con las participantes y la coherencia interna del estudio. En coherencia con la perspectiva hermenéutica de la investigación, la investigadora mantuvo una actitud de apertura y escucha activa frente a los significados expresados por las gestantes y sus familias, integrando los contextos culturales, sociales y de servicios de salud del municipio de Montería como parte constitutiva de la teoría emergente (42).

Figura 1. Ruta metodológica del estudio



Fuente: elaboración propia

4.4 Descripción de los participantes

El grupo de participantes que aportaron sus experiencias a esta investigación estuvo constituido por mujeres gestantes que asistían al programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado de la ciudad de Montería y sus familias. Con estos participantes se indagó la experiencia del cuidado de la salud materna y los significados construidos desde los comportamientos relacionados con la nutrición de la gestante y como sus familias aportaron a esta construcción. Esta tesis doctoral asumió el concepto de “reciprocidad simétrica” que propone establecer una relación horizontal de sujeto a sujeto fundada en el “respeto y aprecio mutuos entre los participantes y también entre los humanos y la naturaleza” (157).

Se eligió la Empresa Social del Estado (E.S.E.) de la ciudad me Montería como escenario de investigación, puesto que esta respondió a criterios teóricos, contextuales y de pertinencia práctica. La institución se ubica en la zona urbana de Montería y constituye uno de los principales centros de atención prenatal del municipio, con cobertura en los barrios de mayor densidad poblacional y con una proporción significativa de mujeres en situación de vulnerabilidad social y económica. Así mismo, fue seleccionada por su representatividad frente al modelo de atención pública en salud, al formar parte de la red municipal de servicios que implementa la *Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal (RIAS-MP)* definida por la Resolución 3280 de 2018. Esto la convierte en un referente de la manera como se operacionalizan las políticas nacionales en el contexto local.

4.5 Criterios de participación y posibles pérdidas de participantes

4.5.1 Criterios de Participación.

Fueron incluidas en el estudio mujeres gestantes mayores de edad, en cualquier edad gestacional, afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de todos los estratos socioeconómicos, que asistían al programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado de la ciudad de Montería, así como familiares de estas mujeres gestantes, entre los que estuvieron el cónyuge o la madre que convivían con ellas e interactuaban en su cuidado.

4.5.2 Posibles pérdidas de participantes.

Se contemplaron dentro de las posibles pérdidas de los (as) participantes, mujeres o familiares que se negaran a dar el consentimiento informado previa toma de datos, participantes que no asistieran a las actividades programadas, inasistencia por problemas de orden público y participantes que tuvieran problemas con el desplazamiento. En el desarrollo de la recolección de información no hubo pérdidas de participantes.

4.6 Descripción de la muestra

La toma de los datos se inició utilizando un muestreo de bola de nieve o de avalancha (158). Posterior al análisis inicial de los datos se continuó con un muestreo teórico refinando los datos hasta llegar a la saturación de las categorías, es decir, hasta no se obtener más propiedades y dimensiones nuevas

La muestra teórica se fue concretando durante el proceso de toma y análisis de los datos, a medida que la investigación avanzó (154). El proceso de recolección y análisis se realizó hasta la saturación teórica, es decir, cuando la recogida de nuevos datos ya no aportó información adicional o relevante para explicar las categorías existentes o descubrir nuevas categorías.

El número de participantes estuvo determinado por la saturación teórica de las categorías de análisis, considerando la técnica de la muestra teórica, esto implica que la "muestra más que predeterminada antes de empezar la investigación, evoluciona durante el proceso; se basa en conceptos que emergen del análisis y que parecen ser pertinentes para la teoría que se está construyendo" (40). El muestreo teórico en las etapas iniciales de la investigación debe ser "abierto y relativamente desenfocado" (159); a medida que avanza la investigación el muestreo es más intencionado, el investigador debe identificar aquellas situaciones que le proporcionan información relevante y traer al análisis los datos que aportan en mayor proporción a la elaboración y consistencia de la teoría en construcción (159). Bajo este supuesto se consideró que se alcanzó la saturación de la muestra cuando las categorías de análisis estuvieron saturadas con los datos recolectados, lo que ocurrió luego de conversaciones con 22 participantes.

En esta investigación, la saturación teórica se determinó siguiendo los principios de la TF y se alcanzó de manera progresiva durante el proceso de recolección y análisis simultáneo de la información. La decisión de detener la inclusión de

nuevos participantes no se basó en un número predeterminado de entrevistas, sino en la constatación empírica de la repetición de significados y la ausencia de nuevas propiedades conceptuales en las categorías emergentes (42, 160). En la práctica, la saturación se evidenció cuando las narrativas de las gestantes y sus familias comenzaron a confirmar, ampliar o reforzar los patrones conceptuales previamente identificados, sin introducir variaciones sustantivas que modificaran las relaciones teóricas entre las categorías.

El criterio de saturación se verificó de forma comparativa entre fases de recolección y análisis, a partir del procedimiento de comparación constante propuesto por Strauss y Corbin, lo cual permitió identificar el punto en que la teoría emergente alcanzó densidad conceptual y coherencia interna. La saturación fue revisada y consensuada entre la investigadora y el comité tutorial de la tesis doctoral, asegurando que todas las dimensiones relevantes del fenómeno estuvieran representadas en las categorías finales (42, 160).

Las gestantes fueron localizadas en las sedes de la Empresa Social del Estado e invitadas a participar en la investigación, previa explicación de los objetivos y consideraciones éticas del estudio. Las gestantes invitadas cumplían con los criterios de inclusión y con diversas características sociales, demográficas y gestacionales, para tratar de reflejar la realidad del cuidado de la salud y la nutrición materna en el grupo de participantes. Una vez fue aceptada la participación se programó la fecha, hora y lugar de la entrevista y/o grupo focal.

4.7 Categorías preliminares de análisis

Se establecieron seis categorías preliminares de análisis que estuvieron sujetas a cambios y modificaciones, así como al surgimiento de nuevas categorías y subcategorías en la medida que se avanzó en la recolección y análisis de los datos.

- **Contexto social y cultural de los (as) participantes**

Describir el entorno social, cultural y las formas y estilos de vida que rodean a las gestantes y sus familias, que los caracterizan y son propios de la región; comprendiendo además las dinámicas y procesos que los organizan. Se hicieron preguntas relacionadas con la condición social de los participantes y sobre la experiencia y el significado de estar embarazada o convivir con una familiar embarazada.

- **Salud y Alimentación: experiencias desde el cuidado personal y familiar**

Explorar con las gestantes y sus familias la experiencia del cuidado de la salud y la alimentación dentro de su grupo familiar durante la gestación, indagando sobre las condiciones y estilos de vida relacionados con estos fenómenos. Se hicieron preguntas relacionadas con la forma de cuidar la salud y la alimentación de la embarazada, las prácticas y creencias al respecto y los resultados obtenidos con ellas.

- **Interacción Familiar en la Salud Materna: estilos de vida y hábitos nutricionales.**

Identificar las interacciones que se generan en la familia alrededor de la nutrición de la embarazada y analizar como influyen estas interacciones en el cuidado de la salud materna, como una forma de ver la realidad social de este fenómeno en el contexto social y cultural que ellas han construido. Se indagó sobre la participación de la familia en la alimentación y el cuidado de la salud de la gestante.

- **Significados de la salud materna y la nutrición.**

Explorar la percepción de las mujeres gestantes y de sus familiares sobre el cuidado de la salud materna alrededor de la nutrición de la embarazada, que representara el contenido de sus vivencias e interpretación de las experiencias que les han acontecido y que los han llevado a construir el significado de este fenómeno a través de las dinámicas sociales y sus recursos disponibles. Se preguntó a los participantes sobre el significado y la importancia que tiene para ellos la salud de la gestante y la nutrición durante el embarazo.

- **Interacción de las gestantes, las familias y el programa de control prenatal para la construcción de significados sobre salud y nutrición materna.**

Identificar las interacciones que crean entre las gestantes, las familias de las gestantes y el programa de control prenatal, analizando como estas interacciones median en las vivencias y experiencias de los participantes, a partir de las cuales construyen los significados de salud y nutrición materna desde su percepción de los modelos simbólicos sociales y culturales, así como de su propia versión del mundo. Se hicieron preguntas relacionadas con las sensaciones y percepciones sobre el programa de control prenatal y la importancia de este para las gestantes y las familias.

- **Estrategias para una adecuada nutrición durante el embarazo**

Describir las estrategias creadas por las mujeres gestantes y sus familias para el cuidado de la salud materna en torno a la nutrición de la embarazada, a partir de las experiencias vividas y significados construidos desde su dinámica social y su cotidianeidad alrededor este fenómeno. Se indagó a las y los participantes sobre la realización de acciones concretas que buscaran asegurar una adecuada nutrición de la gestante.

4.8 Técnicas de recolección de información

4.8.1 Fuentes de información

La fuente de información fue primaria, los datos se tomaron directamente con las mujeres gestantes y sus familias con las cuales se inició el desarrollo de las categorías. La recolección de la información se inició con entrevistas semiestructuradas a profundidad individuales a mujeres gestantes y sus familias. Posteriormente se realizaron grupos focales con mujeres gestantes y con familiares de las embarazadas; finalmente se realizaron entrevistas a informantes claves con las cuales se llegó a la saturación teórica de la muestra.

4.8.2 Instrumento de recolección de información

La TF straussiana utiliza una variedad de técnicas e instrumentos como también una gama de estrategias para ayudar a reunir los datos que se emplearon en esta investigación. Para recabar el material vivencial en este estudio, se adoptaron dos técnicas constitutivas del enfoque cualitativo, como lo son la entrevista y el grupo focal.

La recolección de la información se inició a partir de la realización entrevistas semiestructuradas a profundidad a mujeres gestantes, y a familiares de estas mujeres, confeccionando paso a paso y cuidadosamente la experiencia del cuidado de la salud materna, a partir de los significados y comportamientos relacionados con la nutrición de le embarazada (161), para lo cual se elaboró una guía de entrevista a profundidad basada en las categorías preliminares de análisis (anexo 1 y 2).

La entrevista cualitativa permitió originar una conversación entre el investigador y el participante con relación al tema de interés que se está investigando (162). Se trata de escuchar lo que el participante tiene que contar en sus propias palabras, en su voz, con su propio lenguaje y narrativa, con la intención de

obtener sus pensamientos, creencias, conocimientos, razonamientos y motivaciones sobre el fenómeno en cuestión (163). La entrevista se considera "como la forma más común de recolección de datos en la investigación cualitativa" (162) y como una de las técnicas esenciales en las que se ha fundamentado este tipo de investigación.

Por su parte, la entrevista a profundidad sigue el modelo de la conversación entre similares, "*encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes", reuniones orientadas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras* (164).

Con base en la información obtenida en las entrevistas se elaboraron los guiones de grupo focal, con los que se buscó captar el sentir, pensar y vivir de los participantes con respecto al fenómeno de estudio (165) (anexo 3 y 4). El grupo focal es una técnica de recolección de información colectiva, que se basa en la pluralidad y variedad de las experiencias y creencias de los participantes, y que se puede realizar en un periodo corto de tiempo (166). Esta es una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información (166); "es un método de investigación colectivista, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto" (167). El grupo focal es especialmente útil para indagar los conocimientos, vivencias y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite explorar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera; favorece la discusión y permite e incentiva a los participantes a comentar y opinar aún en aquellos temas que se consideran como tabú, lo que conlleva a producir una gran riqueza de testimonios (168).

4.8.3 Proceso de obtención de la información

Se realizó una recolección de información por fases. La recolección y el análisis de la información se hizo simultáneamente. El plan de recolección inició con la realización de 6 entrevistas a profundidad cara a cara a mujeres gestantes y sus familias. En esta primera fase de recolección de la información se realizaron dos encuentros con cada participante. A partir de la información obtenida se elaboró una lista de códigos que fueron comparados en relación con sus propiedades, dimensiones y significados obteniendo las categorías y sus subcategorías. Este proceso se realizó con cada entrevista realizada.

Posterior a la realización de las entrevistas en profundidad, se llevaron a cabo dos grupos focales: uno conformado por mujeres gestantes y otro por familiares. Cada grupo estuvo integrado por cinco participantes, seleccionados con base en los criterios de inclusión previamente establecidos. Estos encuentros permitieron contrastar y ampliar la información obtenida en las entrevistas, favoreciendo el diálogo colectivo y la construcción compartida de significados en torno al cuidado de la salud materna y las prácticas nutricionales.

El análisis de los grupos focales permitió refinar las categorías emergentes, relacionándolas entre sí según sus propiedades, dimensiones y significados. Cada categoría fue comprendida como la representación de un fenómeno relevante para las participantes, lo que posibilitó el paso de categorías descriptivas a categorías analíticas, más densas y conceptualmente estructuradas. En una fase posterior, se realizaron seis nuevas entrevistas complementarias (tres con gestantes y tres con familiares) seleccionadas teóricamente por su potencial para aclarar, contrastar o fortalecer las categorías analíticas ya construidas. La información obtenida en estas entrevistas permitió consolidar las relaciones teóricas entre las categorías, dando origen a las categorías interpretativas finales que sustentan la teoría emergente.

En total, se contó con la participación de 22 participantes, número con el cual se alcanzó la saturación teórica de la información, evidenciada en la repetición de significados y la ausencia de nuevas dimensiones conceptuales en los datos. Finalmente, y como resultado de la relación entre las categorías y subcategorías y la posterior condensación y análisis de esas relaciones se obtuvo una categoría principal que expresa las experiencias y significados de los participantes con respecto al fenómeno de estudio, a partir de lo cual surgió la teoría sustantiva.

El proceso de trabajo de campo, y toma de datos se inició una vez se obtuvo la aprobación la tesis doctoral y el respectivo aval ético por parte de la Universidad CES, así como de la Empresa Social del Estado en la que consultaron las mujeres gestantes.

4.8.4 Estudio exploratorio

Previo a la recolección de la información se realizó un estudio exploratorio para poner a prueba la comprensión del instrumento, así como para entrenar y sensibilizar a la investigadora con el mismo y con la técnica de recolección de la información. Para ello se aplicó el instrumento a tres interlocutoras que cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra.

El estudio exploratorio es una versión más pequeña del estudio de la investigación, el cual permitiría mostrar asuntos de orden metodológico, evidenciar problemas en los aspectos éticos, técnicos y logísticos del proceso de recolección de la información (169). Al mismo tiempo permitió revelar la coherencia y viabilidad de los instrumentos diseñados e identificar si estos eran apropiados o por el contrario muy complejos de realizar (170).

4.9 Criterios de rigor

La investigación evaluó la calidad científica de acuerdo con los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad, de Guba y Lincoln (153). La credibilidad se refiere a cómo los resultados de la investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado.

La credibilidad se logró realizando, observaciones y conversaciones prolongadas con las gestantes participantes en el estudio y sus familias, recolectando información que produjo hallazgos que fueron reconocidos por las mujeres y familias como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Para ello en cada encuentro se le presentó la interpretación realizada por la investigadora y al finalizar se socializó información obtenida.

La auditabilidad o confirmabilidad se refiere a la habilidad de otro autor para seguir la ruta que el investigador original ha trazado. Para ello es necesario el registro y la documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares (171).

Para lograr la auditabilidad se aplicó la revisión constante del director y codirectora de la tesis y del Comité Tutorial de la Universidad CES, además se describieron las características de los informantes y el proceso de selección de estos, se realizó la transcripción fiel de las entrevistas, así como el análisis de los contextos físicos interpersonales y sociales en el informe de investigación. También se dejó detallado en la propuesta de tesis el componente metodológico de la misma, con el fin de que otros investigadores puedan seguir la pista al trabajo realizado.

La transferibilidad o aplicabilidad, se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio, por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos (172).

En la presente investigación se describió claramente el fenómeno estudiado, el contexto y las características de los participantes con el fin de que los lectores puedan establecer si los hallazgos presentados se pueden transferir o no a otros contextos.

De igual forma y con el fin de generar confianza en los resultados obtenidos en la investigación, se aplicó el concepto de reproducibilidad de la investigación cualitativa (173). Los datos primarios y la codificación usada en el análisis y la transcripción de los datos están disponibles (para fines investigativos) con el objetivo de que otros investigadores puedan verificar los resultados publicados.

4.10 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

El análisis de los datos desde la investigación cualitativa se encaminó en "descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico" (42). Es decir, el objetivo del análisis de los datos fue la construcción teórica. En concordancia con la perspectiva de teoría fundamentada seleccionada para responder la pregunta de investigación, esta tesis doctoral utilizó el cuerpo de técnicas y procedimientos analíticos propuestos por Strauss y Corbin.

Este método de análisis plantea al investigador cualitativo implicarse en un *microanálisis*, el cual incluye la codificación abierta y axial. El *microanálisis* es un

“detallado análisis, línea por línea, necesario al comienzo de un estudio para generar categorías iniciales (con sus propiedades y dimensiones) y para sugerir las relaciones entre ellas” (42). Estas categorías iniciales, con sus propiedades y dimensiones, y las relaciones entre estos conceptos emergen a partir de la mixtura de la codificación abierta y axial.

Para analizar los datos se utilizó el análisis comparativo constante, tal como lo proponen Strauss y Corbin. Este método “no solo habla de comparar incidente con incidente para clasificarlos, sino que hacemos uso de lo que llamamos comparaciones teóricas para estimular nuestro pensamiento sobre las propiedades y dimensiones para dirigir nuestro muestreo teórico” (42). Para crear las categorías, los investigadores deben apuntar a descubrir las relaciones de tales categorías con los datos, cuestionándolos, interactuando con ellos y recreándolos por medio de las propias interpretaciones (174).

El análisis comparativo constante comparó una y otra vez de manera sistemática los códigos con nuevos códigos obtenidos. En otras palabras, a la vez que se codifica se analiza para elaborar conceptos mediante comparaciones constantes de ocurrencias específicas de los datos, “el investigador refina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente” (153).

El plan de análisis en esta investigación consistió en tres procedimientos básicos acordes con la Teoría Fundamentada straussiana. Primero la codificación, a través de un análisis línea por línea en los textos de las respuestas de los participantes en las entrevistas y grupos focales (estos fueron grabados previa autorización y transcritos fielmente), para lograr renombrar los fragmentos de los relatos (codificación abierta) para la generación de las primeras categorías, posteriormente se avanzó a la codificación axial buscando la relación entre las categorías que surgieron, y finalmente la codificación selectiva para configurar y fortalecer las interpretaciones en forma de hipótesis construidas a partir de las

narraciones. El segundo procedimiento fue la categorización, donde se realizó una agrupación posterior en conjuntos que respondieron desde lo descriptivo, lo analítico y lo interpretativo; finalmente, se realizó la teorización donde se buscó un esquema explicativo para la pregunta de investigación (42, 175). Los datos fueron analizados en programas de texto como Word®, Excel®.

4.10.1 Primeras interpretaciones: microanálisis y codificación abierta.

En la primera fase de recolección y análisis de los datos, se realizaron entrevistas con tres mujeres gestantes residentes en diferentes comunas de la ciudad de Montería y con diversas condiciones sociales, económicas y gestacionales y su familiar encargado del cuidado (seis entrevistas) con ayuda de las guías de entrevistas a profundidad a mujeres gestantes y al familiar o cuidador de mujeres gestantes. Estas entrevistas fueron grabadas en audio y luego transcritas dando como resultado un total de 95 páginas de texto.

La teoría fundamentada straussiana propone que como primer paso se realice un microanálisis de los relatos, exploración fragmento por fragmento; línea por línea de los relatos de los participantes a los que posteriormente se les realizó el proceso de codificación abierta, que según Strauss y Corbin son una respuesta a lo que quiere decir el fragmento señalado. El proceso de codificación abierta de esta tesis doctoral no se condicionó solo a asignar etiquetas que tributaran posteriormente a la agrupación de categorías, sino que también se desarrolló una codificación en clave interpretativa, esto es, a cada fragmento de los relatos identificados en el microanálisis se le asignó una interpretación a manera de código, una interpretación con sentido en sí misma, que ayudó a evitar que en la fragmentación de las entrevistas se perdiera el sentido de lo expresado por el participante, siempre siendo cuidadosos en mantener la unión entre el código y el fragmento que lo produjo.

Esta codificación interpretativa presume una dificultad para trabajar con software informáticos como el Atlas ti® que son útiles para la organización de datos cualitativos, ya que la falta de etiquetado implica una dificultad en la sola visualización de la información. De tal forma que, se usaron herramientas básicas de fácil acceso como las herramientas de Office como Word® (comentarios) para identificación y codificación de los textos (figura 1) y Excel® para la organización gradual de los libros de códigos categorías, memos analíticos y fragmentos de relatos. Al igual, que los nomencladores (para la identificación del origen de códigos, textos, y memos), para no perder de vista el origen de cada elemento cuando realizara filtros con el fin de organizar los contenidos de las categorías emergentes (figura 2).

Figura 2. Herramientas de Word® de Office para la identificación de unidades y codificación de relatos.

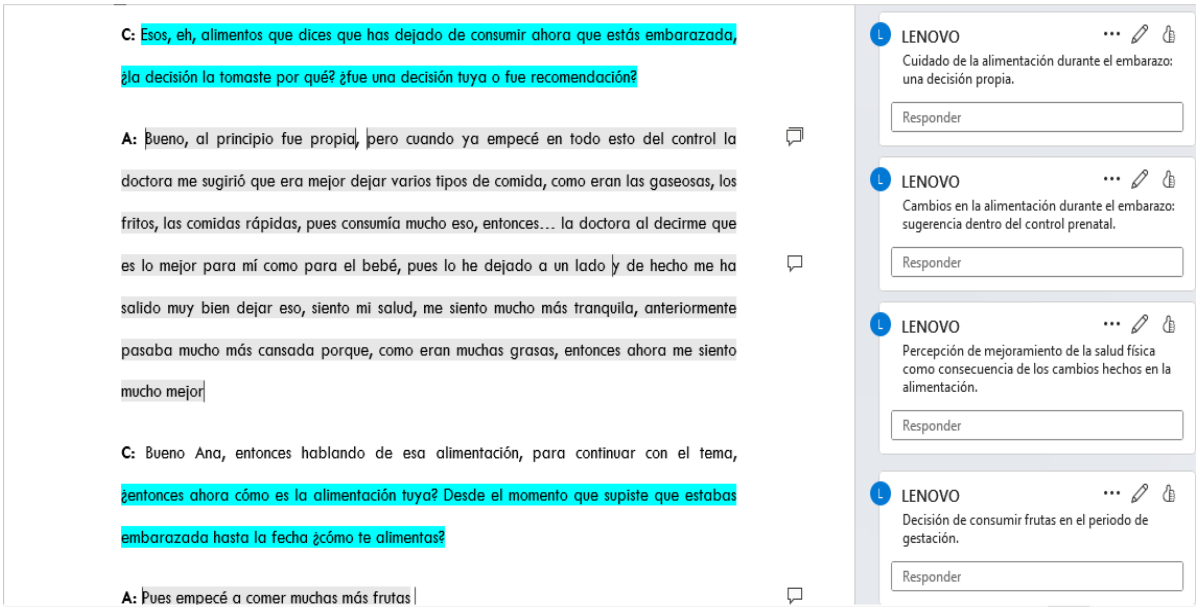


Figura 3. Herramienta de Excel® de Office para la organización de los libros de códigos.

	A	B	C
1	**Fragmento**	**Código**	**Nomenclador**
2	fue muy bonito, este proceso ha sido muy bonito	**Proceso de gestación esperado y agradable.**	**EG1C1**
3	ha sido un proceso donde hay momentos que me siento como frustrada	**Sensación de frustración durante el embarazo.**	**EG1C2**
4	hay momentos que me siento muy feliz	**Sensación de felicidad por el embarazo.**	**EG1C3**
5	momentos que me siento muy cansada	**El embarazo generador de cansancio físico.**	**EG1C4**
6	ha sido un proceso en el que he contado con el apoyo de toda mi familia	**Proceso de gestación con apoyo familiar.**	**EG1C5**
7	Pues principalmente estoy cuidándome mucho de la alimentación	**Alimentación: principal cuidado durante el embarazo.**	**EG1C6**
8	pues durante el embarazo he tenido que dejar varios alimentos que solía consumir mucho, como las azúcares, las gaseosas, los dulces, todo eso he tenido que dejarlo un poco, mermarlo, las grasas… porque necesito llevar una comida balanceada por mi bien y por el de la niña.	**Necesidad de dejar de consumir ciertos alimentos por la salud propia y del hijo por nacer.**	**EG1C7**
9	Mi salud física, mi actividad física ha mejorado un poco, hago caminatas de 10 a 15 minutos diarios, entonces ha mejorado en eso porque anteriormente no solía hacer ejercicio ni nada, entonces por salud personal y del bebé en camino lo estoy haciendo	**Adopción de la actividad física en busca de mejorar la salud propia y del hijo por nacer.**	**EG1C8**
10	Más que todo me estoy cuidando mucho en la alimentación	**Alimentación: principal cuidado durante el embarazo.**	**EG1C9**

EG1 EF1 EG2 EF2 EG3 EF3 +

El primer paso de codificación fue de tipo abierto pues exploró el surgimiento de nuevas categorías, y dio como resultado un total de 620 códigos.

Con la primera codificación resultante de la codificación abierta, se procedió a leer y analizar detalladamente estos de tal forma que este análisis permitió la identificación de agrupaciones de interpretaciones, llamadas bajo este modelo como categorías descriptivas, las cuales se tratan de unos primeros ejes temáticos que son afines en sus contenidos, propiedades y dimensiones. Esta primera agrupación se realizó con ayuda del programa Excel® de Office (Figura 3).

Figura 4. Organización de categorías con la herramienta Excel®.

	A	B	C	D	E
232	Salud de la gestante	Importancia de la alimentación	Una buena salud: resultados de una adecuada alimentación en el embarazo.	EG1C20	5
233		Integralidad de la salud	La salud materna es una buena salud física y mental con buena alimentación.	EG1C48	
234		Restricciones para la gestante	Restringir actividades durante el embarazo cuida las salud materna.	EG1C52	
235		Salud centrada en el niño	La importancia de la salud materna radica en obtener un recién nacido sano.	EG1C53	
236		Salud centrada en el niño	Los beneficios de una buena salud materna se reflejan en la talla y el peso del recién nacido.	EG1C54	
237		Salud centrada en el niño	La salud materna es importante solo para el desarrollo del feto.	EG1C57	
238		Importancia de la alimentación	Una buena nutrición mejora toda la salud.	EG1C66	
239		Acompañamiento familiar	El acompañamiento familiar durante el embarazo contribuye a una buena salud materna.	EG1C50	
240		Importancia de la alimentación	Percepción de mejoramiento de la salud física como consecuencia de los cambios hechos en la alimentación.	EG1C12	
241		Acompañamiento familiar	La familia siempre pendiente del estado de salud de la embarazada.	EG1C43	

En este proceso emergieron inicialmente 15 categorías descriptivas, a las cuales se les hizo un nuevo análisis que permitió definir en total 11 categorías, que se presentarán en la sección de resultados.

Con el análisis de las categorías descriptivas, identificando los ejes de afinidad temática en dichas interpretaciones y de las relaciones entre ellas se elaboró la guía metodológica de grupo focal (anexo 5 y 6). Con estas categorías iniciales y los nuevos puntos de interés se hizo contacto con cinco mujeres gestantes que cumplían con los criterios de inclusión de la muestra y que tenían diferentes características sociodemográficas y obstétricas y se realizó el primer grupo focal, luego se realizó el grupo focal con los familiares cuidadores de dichas mujeres.

Siguiendo con el análisis comparativo constante, esta nueva fase de recolección dirigió la entrevista grupal a las relaciones que iban emergiendo de los fenómenos fuertes en los relatos de las embarazadas y sus familias de tal forma que en la entrevista permitió realizar ampliaciones, rectificaciones, confirmaciones o negaciones de tales interpretaciones, logrando así articular de forma conjunta entre los participantes e investigadora nuevos significados al camino que iba tomando la construcción de la teoría. Igualmente, los textos de los grupos focales fueron transcritos fielmente obteniendo 82 páginas más con los relatos de los participantes.

4.10.2 Segunda interpretación: codificación axial.

La codificación axial es definida por la teoría fundamentada como el proceso de relacionar las categorías y las subcategorías alrededor de un núcleo que conecta las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones. Este proceso permite pasar de la descripción de los datos a una mayor organización conceptual de los mismos, que reflejan no solo el contenido de la categoría, sino las relaciones existentes entre el contenido y la estructura. La codificación axial estuvo direccionada hacia los núcleos que surgieron en las categorías iniciales.

En esta codificación los códigos también fueron desarrollados en clave interpretativa, con lo que se pudo no solo direccionarlos hacia las categorías iniciales, sino que también fueron haciendo más densas elaboraciones categoriales que iban complejizándose con la llegada de las nuevas interpretaciones. De este proceso de codificación surgieron 575 códigos que se sumaron a los anteriores para un total de 1195 códigos acumulados hasta este momento analítico.

4.10.3 Categorías analíticas.

Con los códigos acumulados hasta aquí y la diversidad de las interpretaciones realizadas se pasó a desarrollar con más fuerza las primeras relaciones entre grupos de categorías, para ello se utilizó como herramienta metodológica propuesta por Strauss y Corbin la “matriz paradigmática”, la cual relaciona la estructura con el proceso. Esta herramienta permite esquematizar las relaciones entre los fenómenos, las condiciones y las consecuencias que constituyen cada categoría emergente (42, 176). Con la ayuda de la matriz paradigmática se pudieron establecer cinco grandes grupos de relaciones, en matrices separadas, que contenían en sí mismas los códigos hasta ahora obtenidos del proceso interpretativo. Estas relaciones agrupadas son las llamadas categorías analíticas.

Con el establecimiento de las categorías analíticas, se procedió a definir los puntos de interés y elaborar el guion de entrevista a profundidad para informantes claves en la tercera fase de recolección de datos (anexo 7 y 8), con el que se le presentó a los participantes una serie de presunciones interpretativas sobre la nutrición durante el embarazo como el cuidado más importante para garantizar la salud del hijo por nacer, el control prenatal como único medio de asistencia de las mujeres de estratos socioeconómicos bajos, las creencias y prácticas de cuidado culturales como generadoras del cuidado de la gestante, la responsabilidad de la mujer, familia y servicios sanitarios para lograr la salud materna. Con estas nuevas entrevistas se diseñó una nueva guía de preguntas y se sugirieron tales explicaciones, dándoles a los participantes la posibilidad de ampliar, negar o modificar las interpretaciones a manera de afirmaciones.

4.10.4 Tercera interpretación: codificación selectiva.

A partir de las entrevistas de la tercera fase se obtuvieron narraciones con las que fue posible ampliar las interpretaciones y dejarlas cada vez más refinadas y que se acercaran a la saturación de las categorías analíticas surgidas hasta el momento, lo que representó alcanzar el punto donde ya no se encontraron elementos nuevos que pudieran tributar a ampliar las explicaciones de los fenómenos a los que nos interesaba hallarle sentido. La codificación selectiva resulta de un proceso en donde se busca la precisión y delimitación de las afirmaciones, propiedades y dimensiones de las categorías obtenidas en forma de interpretaciones o hipótesis que deben advertir la construcción previa de una realidad, así como durante las entrevistas entre los participantes y la investigadora. Con esta nueva codificación se elaboraron 500 códigos adicionales para finalmente obtener un total de 1695.

4.10.5 Categorías interpretativas o hipótesis.

Las categorías interpretativas responden a las construcciones finales, consistentes y con capacidad de explicar y comprender la realidad de las experiencias de las mujeres gestantes y sus familias en Montería – Colombia, al igual que sus interacciones. Continuando con el uso de matrices, finalmente se logró acotar 5 Categorías finales, que contenían a manera de espiral los análisis realizados desde el principio. Estás categorías sirvieron como ejes conceptuales en torno a la categoría central y la teoría y se presentan en los resultados.

4.10.6 Categoría central: eje de la teoría, foco articulador de las afirmaciones.

Una vez se analizaron las categorías finales construidas se pudo encontrar un foco articulador en la integralidad del cuidado de la salud materna a partir del abordaje de las dimensiones social, familiar, cultural y de los servicios de salud. Se definió un esquema conceptual que logró concentrar la propuesta que surgió como una Teoría Fundamentada, de carácter sustantivo como producto final del ejercicio interpretativo.

Una vez se propuso la teoría sustantiva, esta fue sometida a una validación teórica por un grupo de expertos entre los cuales estuvieron hombres y mujeres mayores de edad, profesionales de la salud y auxiliares encargados de la atención y la educación para la salud de las mujeres gestantes y sus familias, mujeres dedicadas al oficio de la partería y mujeres multíparas con experiencia en el cuidado domiciliario de mujeres gestantes. Esta validación se implementó con el propósito de examinar la coherencia interna, la consistencia teórica y la aplicabilidad de la teoría sustantiva resultante, a la luz de los conocimientos y experiencias de los expertos con trayectoria en el cuidado de la salud materna.

La selección de los expertos participantes se realizó de manera intencional y teóricamente fundamentada, atendiendo a criterios de experiencia profesional y conocimiento en el campo de la salud materna y del cuidado de las gestantes.

Para su inclusión se consideraron profesionales en medicina y enfermería con y sin formación posgradual, con al menos tres años de experiencia en la atención prenatal y el cuidado de la salud materna. Igualmente, se consideraron expertas a las mujeres dedicadas al oficio de la partería y a las mujeres que han tenido la experiencia del embarazo y del cuidado de embarazadas en el ámbito domiciliario y comunitario, basados en una serie saberes que los grupos sociales han operacionalizado y objetivado, concediéndole una gama de significados y sentidos que sitúan la atención en salud y las formas como piensan, perciben y afrontan el proceso salud/enfermedad/atención (177).

Esta consulta a expertos se realizó a través de método Delphi. Este método consiste en una técnica de recolección de información, basada en la consulta a expertos anónimos de un área o tema, con el fin de obtener la opinión de consenso más fiable del grupo consultado (178), con interacción y retroalimentación controlada. Al grupo de expertos se les presentaron y explicaron los resultados de la tesis doctoral y posteriormente se les aplicó individualmente un cuestionario en profundidad el cual consistió en 9 preguntas abiertas encaminadas la validación o no de la teoría surgida de los datos por los expertos según su experiencia en el cuidado y la interacción con las gestantes (anexo 7). Las respuestas se intercalaron con retroalimentación de lo expresado por el grupo y que, partiendo de una exploración abierta, tras las sucesivas devoluciones, produjeron una opinión que representa al grupo.

A cada participante se le manifestó su posible participación en esta fase del estudio y el propósito de esta, así como una explicación detallada del proceso. Posteriormente y con base a las respuestas recibidas se evaluó la idoneidad y el interés manifestado por ellos y con ello se seleccionaron e invitaron formalmente.

Los expertos expresaron la voluntad de participar, compromiso con la actividad, disponibilidad de tiempo y capacidad de comunicación. El grupo estuvo

conformado por siete participantes, con los que se obtuvo la información óptima para el logro de los objetivos.

Según Landeta (1999) el experto es aquella persona que cuya situación y recursos personales le posibilitan contribuir positivamente a la consecución del objetivo que ha motivado la iniciación del trabajo Delphi, y que puede a su vez aportar una perspectiva relevante a la investigación (179, 180).

4.11 Consideraciones éticas

En cada una de las etapas del presente estudio se le dio cumplimiento a los principios éticos universales de investigación en seres humanos, de acuerdo con las pautas éticas internacionales – CIOMS (181), la reglamentación nacional para la investigación en salud Resolución 008430/1993 del Ministerio de Salud por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, específicamente lo contemplado en el título II del capítulo 1, referido a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, artículos 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 16, del capítulo IV en lo concerniente a las investigaciones en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos (182).

Se contó con la autorización de la gerencia de la Empresa Social del Estado de la ciudad de Montería para invitar a las gestantes vinculadas al programa de control prenatal para participar de la investigación.

4.11.1 Principios éticos

Respeto y autonomía. Los participantes tuvieron la oportunidad de deliberar sobre su decisión de participar o no en el estudio. Se les informó, que su decisión de hacer parte del estudio era voluntaria y que si decidían participar se podían retirar en cualquier momento. Se firmó el consentimiento informado (Anexo 1 y

2) donde se explicaron las actividades a realizar, los beneficios y riesgos de la investigación, así como la posible alternativa de no participar o de retirarse durante el proceso sin consecuencias.

Beneficencia – no maleficencia. Se protegieron los derechos y el bienestar de las familias y las gestantes, se les explicó que no se causaría daño deliberado en ninguna de las fases de la investigación y que los riesgos eran mínimos en comparación con los beneficios esperados.

Reciprocidad. El documento de tesis será publicado en la biblioteca virtual de la Universidad CES. Una vez aprobada la tesis doctoral, se socializarán los resultados con los participantes (mujeres gestantes y familias) y los expertos consultados, así como con las autoridades en salud pública de la ciudad de Montería

Justicia. Cada una de las familias y las gestantes fueron tratados con justicia de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, estableciendo una distribución equitativa de cargas y beneficios por participar en la investigación.

Confidencialidad y privacidad. Se informó a las familias y gestantes las medidas para asegurar el respeto a la privacidad y a la confidencialidad de los registros. La identidad de los participantes fue protegida, mediante la utilización de códigos para el registro y la codificación de la información. La transcripción de las entrevistas no contiene datos personales ni privados de los participantes. La información se mantendrá bajo estricta confidencialidad, se conservará por dos años y solo está disponible para la investigadora, para el Comité de Ética de la Universidad CES y en algunos casos, para otros investigadores que necesiten verificar los resultados publicados.

Veracidad y fidelidad. Las familias y gestantes fueron informados mediante el consentimiento informado sobre el propósito de la investigación, tiempo de duración, su participación, beneficios y riesgos.

4.11.2 Tipo de riesgo

De acuerdo con la Resolución 008430 de 1993, el tipo de riesgo del presente estudio se clasifica en la categoría de investigación con riesgo mínimo, por ser un estudio que empleó entrevistas y observaciones de campo a familias y gestantes sin manipulación de la conducta de los participantes. Las entrevistas realizadas no ocasionaron afectaciones físicas, mentales o sociales para los participantes. No obstante, la investigadora estuvo atenta y dispuesta a brindar asesoría y acompañamiento necesario para procurar una atención efectiva en caso de que detectara algún problema asociado en el desarrollo del trabajo, como parte del proceso de la responsabilidad social de la investigación.

4.11.3 Aval comité de ética institucional

El estudio contó con el aval del Comité de Investigación e Innovación de la Escuela de Graduados (acta 061) y del Comité Institucional de Ética en humanos de la Universidad CES (acta No 166).

4.11.4 Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado individual de cada una de las familias y las mujeres gestantes durante todas las fases del estudio (anexo 8 y 9). La información fue entregada por escrito y verbalmente, utilizando un lenguaje claro y sencillo. Cada participante tuvo el tiempo necesario para tomar la decisión de participar o no en la investigación. Se obtuvo la firma como constancia de la

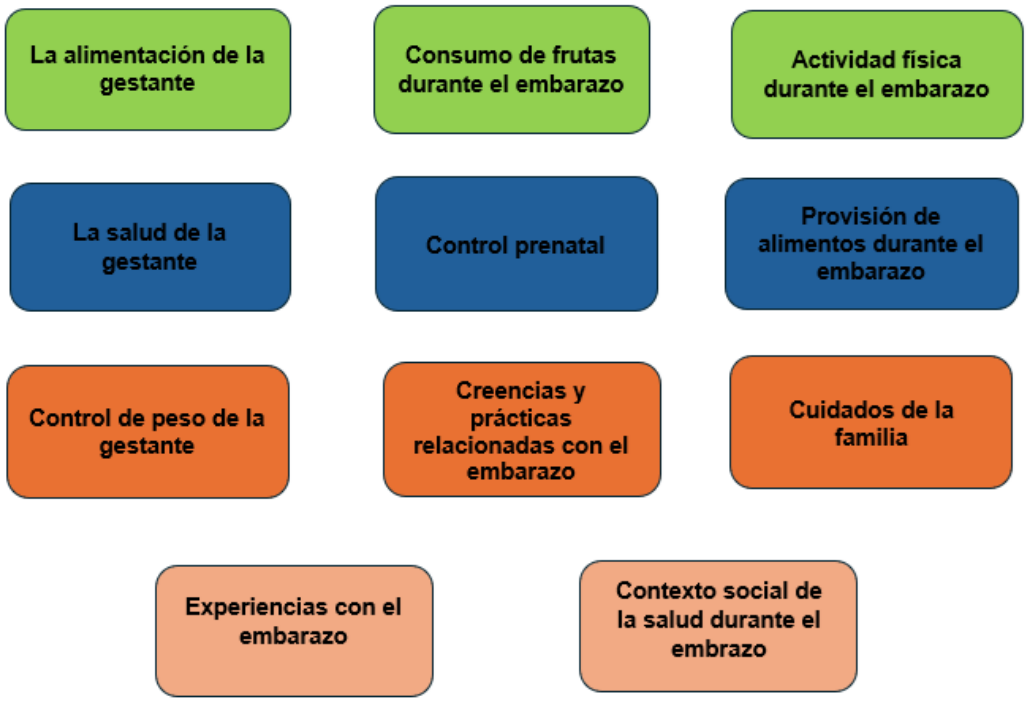
decisión voluntaria de participar. Además, se obtuvo firma de dos testigos afines al sujeto de investigación.

5 Resultados

5.1 La categorización descriptiva.

Las primeras agrupaciones de códigos llamadas categorías descriptivas, fueron desarrolladas a partir de los 620 códigos de la codificación abierta del análisis. Estas primeras 15 categorías fueron:

Una vez construidas este primer grupo de categorías iniciales descriptivas se realizó un nuevo microanálisis de los códigos axiales llevando a la definición 11 categorías que agruparon los primeros ejes temáticos similares en sus contenidos, propiedades y dimensiones. Estas fueron:



Como se puede observar son grupos de codificaciones que giran en torno a las experiencias vividas y los significados asignados al embarazo propio o de una mujer cercana, así como de los cuidados inherentes al proceso de gestación que son considerados como importantes o prioritarios para los participantes. Del mismo modo se identifican codificaciones sobre las prácticas y recomendaciones de cuidado familiares que soportan la salud y el bienestar de la mujer y de su hijo por nacer. Se observaron también codificaciones dirigidas a la experiencia y significado otorgado por los participantes a la relación y la prestación de servicios de salud, así como los entornos alrededor de la mujer gestante percibidos como determinantes de su salud.

Una categoría importante fue formada por los relatos de los participantes sobre la salud de la gestante y los códigos que se desarrollaron a partir de ello. Esta categoría desarrolla expresiones relacionados con la necesidad de alcanzar una buena salud durante el embarazo con el propósito principal de que el hijo en

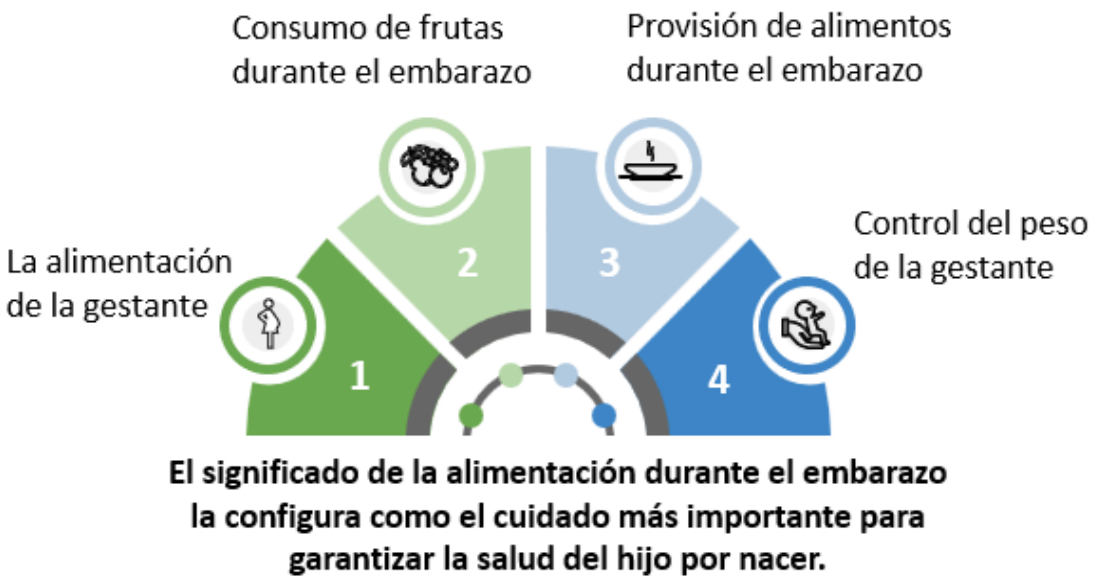
formación nazca saludable, sin embargo, no tiene la misma importancia para alcanzar y conservar la salud y el bienestar de la madre.

5.2 Primeras relaciones: categorías analíticas.

En este punto se examinaron e interpretaron las posibles relaciones entre las categorías descriptivas surgidas en la primera categorización con los códigos que las conforman, se comenzó entonces a delinear vínculos de unas con otras, como espacios donde se manifestaban los fenómenos con fuerza, o por la proximidad de elementos expresados por los participantes, o como acciones en las que se expusieron las subjetividades de los entornos del cuidado de la salud y nutrición materna. De esta manera surgieron las relaciones y las categorías analíticas bajo esta metodología.

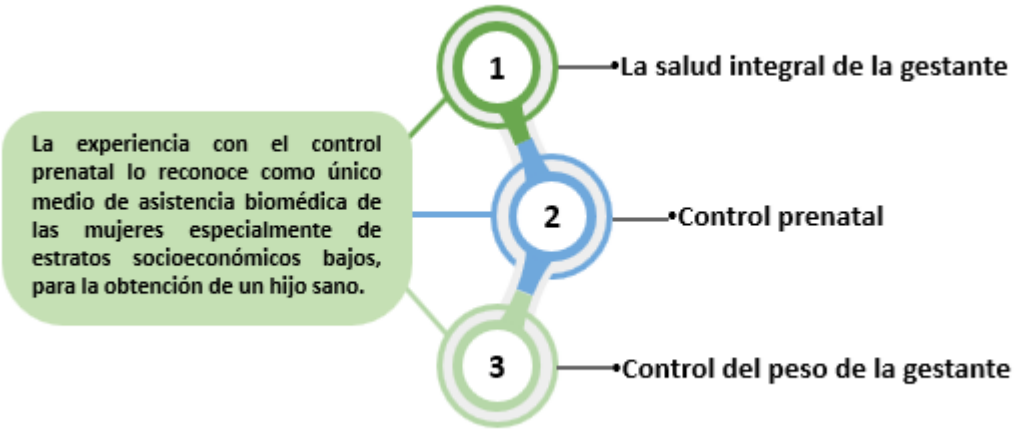
5.2.1 Primera categoría analítica: la alimentación de la gestante como cuidado principal.

Al analizar las experiencias y vivencias alrededor del cuidado de la salud materna y el significado otorgado a esta por los participantes se puede interpretar que la alimentación de la embarazada es considerada como el cuidado de mayor importancia durante la gestación. La mujer embarazada adquiere el compromiso de consumir diferentes tipos de alimentos que le aporten los nutrientes necesarios que protejan su salud y la de su hijo por nacer, puesto que el desarrollo del feto, el resultado del embarazo y el éxito del parto dependerá de los alimentos que ella consuma.



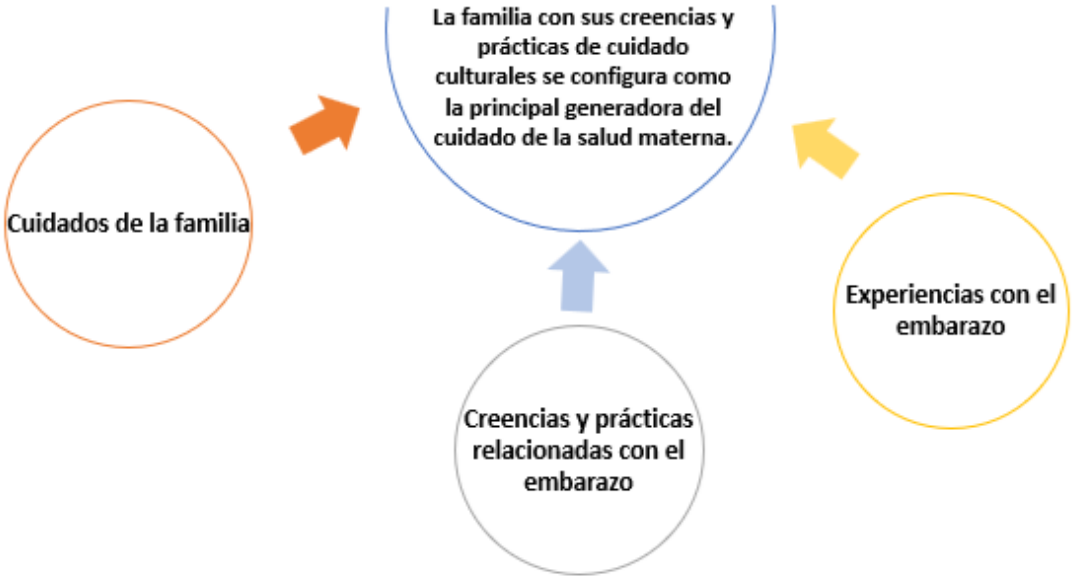
5.2.2 Segunda categoría analítica: representaciones del cuidado prenatal ofrecido por las instituciones de salud.

Para comprender el cuidado de la salud materna es necesario establecer el papel de los servicios de salud que son ofrecidos por el sistema, las experiencias y el significado construido por las mujeres gestantes y sus familias alrededor de ellos. El cuidado prenatal ofrecido a través del programa de control prenatal es reconocido como un servicio universal, de utilidad e importancia para el control del embarazo y el reconocimiento de las posibles complicaciones que se pueden presentar en el mismo, especialmente para las mujeres embarazadas que no tienen la oportunidad económica de acceder a servicios de salud particulares.



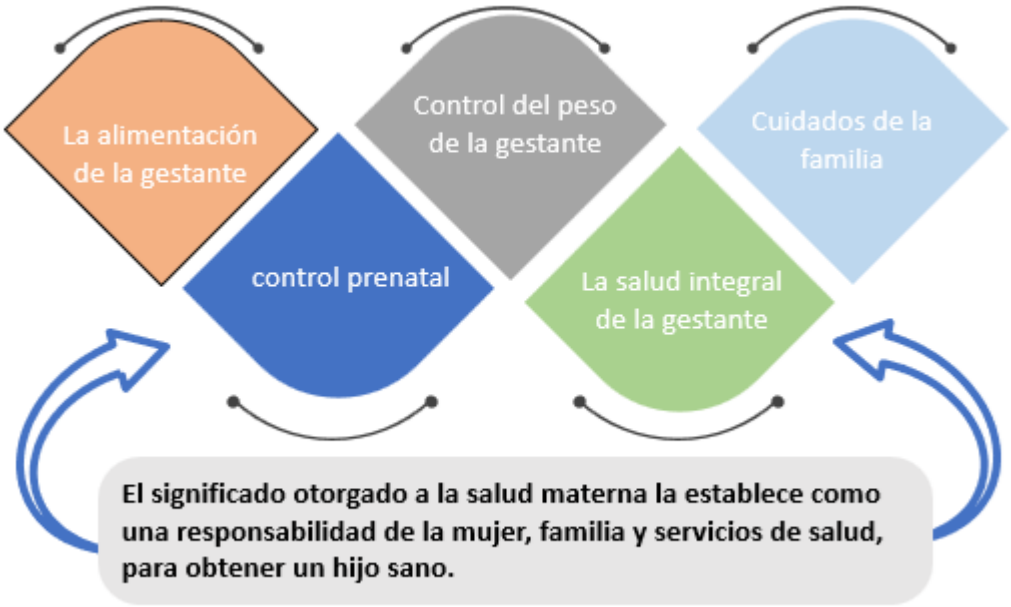
5.2.3 Tercera categoría analítica: Prácticas de cuidado culturales y familiares.

No es posible entender el cuidado materno sin explorar la dimensión familiar en el que se desarrolla la mayor parte de éste. Esta categoría permite comprender las prácticas de cuidado desarrolladas y heredadas en la familia que sostienen el cuidado de la gestante; la familia apoya y supervisa a la mujer en dichas prácticas que se aplican durante todo el proceso de gestación. Los cuidados familiares garantizan buen trato, buena interacción y relación familiar, así como un embarazo saludable. Estas prácticas de cuidado se configuran a partir de la experiencia vivida, donde las mujeres aprenden de su entorno familiar, incorporando las enseñanzas de sus madres, abuelas y otras mujeres de su familia.



5.2.4 Cuarta categoría analítica: El cuidado de la salud materna y del hijo por nacer.

En esta categoría se observan relaciones que permiten comprender el significado de la salud materna. Esta cobra importancia en la medida en que asegura la salud del feto y la obtención de un recién nacido sano, dejando en segundo lugar la salud y el bienestar de la mujer – madre. Para lograr y conservar un buen estado de salud, la embarazada adquiere la responsabilidad de aprender y poner en práctica cada uno de los cuidados instruidos por su familia y por los servicios de salud, en especial todo lo relacionado con la alimentación. El acompañamiento y apoyo de la familia, así como la experiencia de las mujeres de la familia que ya han tenido embarazos son un gran insumo para lograr una adecuada salud materna.



5.2.5 Quinta categoría analítica: Dimensión social de la salud materna.

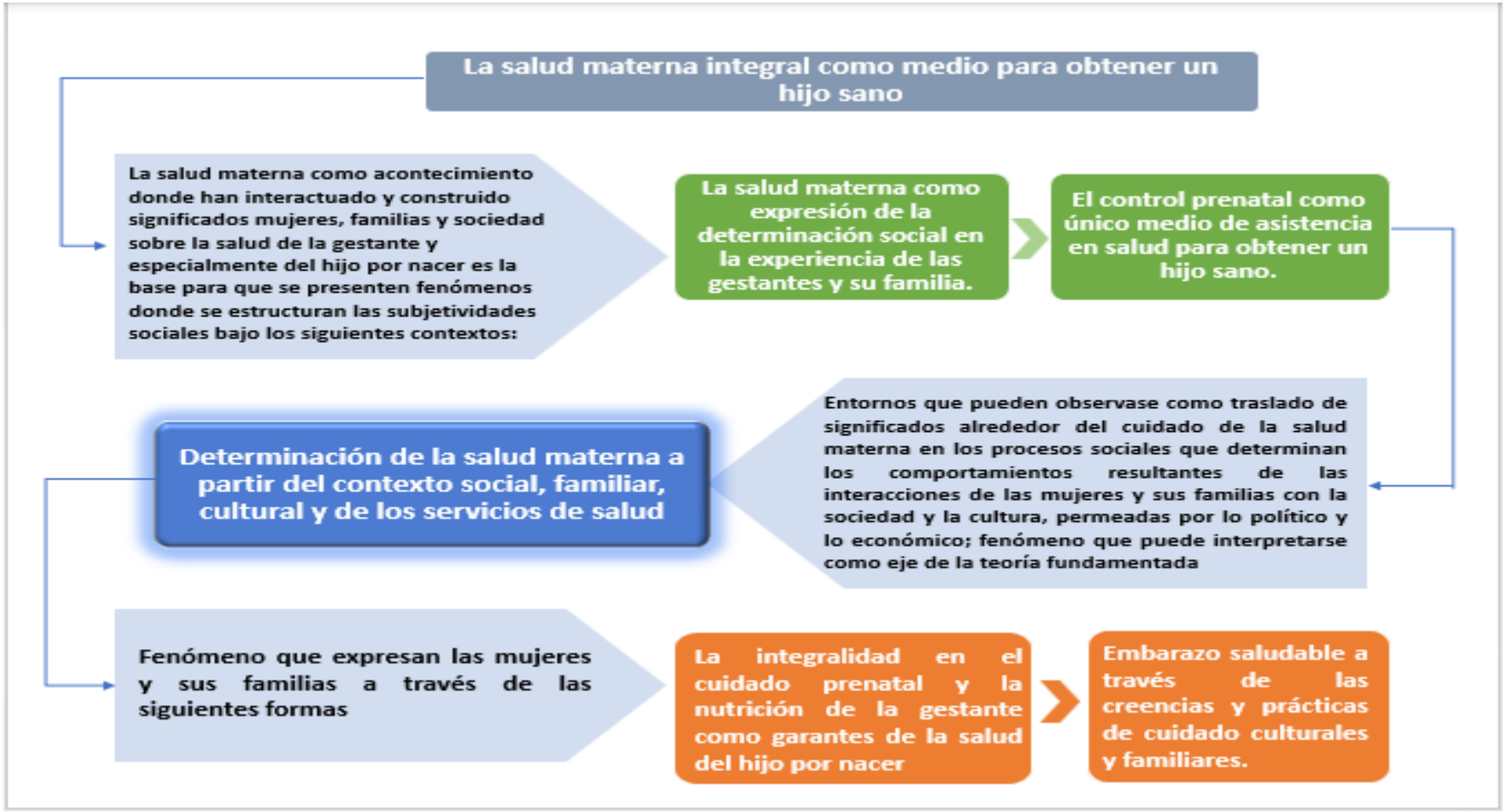
En esta categoría se revela la importancia del entorno social que rodea a la gestante, incluyendo en él las dimensiones familiar y cultural. Este entorno establece gran parte de los comportamientos y prácticas que realizan la mujer embarazada y su familia para el cuidado y la conservación de la salud materna. Las creencias y comportamientos sociales y culturales son reconocidas como vitales y determinan el logro de una adecuada gestación. La aplicación de estas normas y costumbres garantizan que la madre transite por un embarazo sin complicaciones y que su hijo nazca sano y especialmente bien nutrido. Socialmente se identifica a la madre de la gestante y a las mujeres mayores con más experiencia en la familia como responsables del cuidado del embarazo, es sobre ellas que recae el deber del cuidado de la salud y la nutrición materna.

5.3 Categorías interpretativas y emergencia de la teoría fundamentada.

Las declaraciones presentadas en las categorías analíticas fueron fortalecidas con las interpretaciones de la codificación selectiva, dando lugar a una interpretación final que contiene las construcciones concluyentes en un esquema integrador que se puede entender como una teoría, para este caso como una teoría sustantiva que advierte una realidad co-construida por las mujeres gestantes y sus familias sobre su rol y responsabilidad en el cuidado de una salud materna integral que aborde los diferentes contextos que rodean a la mujer y que tenga como resultado un recién nacido sano. Se sustenta el cuidado de la gestación en la alimentación de la embarazada; el cuidado familiar culturalmente aprendido; y el cuidado prenatal (control prenatal) ofrecido por los servicios de salud. El eje articulador de esta propuesta son los diferentes contextos que rodean a la mujer embarazada y que influyen en su proceso de gestación. Las gestantes y sus familias demandan la integralidad del cuidado prenatal que proporcionan los servicios de salud y que se ofrece en las diferentes dimensiones que envuelven a las mujeres y que pueden influenciar en su salud y la de su hijo por nacer. Las familias asumen su rol como principal generador del cuidado

materno apoyándose de los conocimientos culturalmente aprendidos y de las recomendaciones dadas por servicios de salud.

Figura 5. Articulación de categorías selectivas para la emergencia de la Teoría Fundamentada.



A lo largo de los siguientes apartados, se presentará un entramado de ideas donde se vincularán las interpretaciones, las conversaciones en relación con situaciones y fenómenos sociales análogos. Estos representan los resultados centrales de esta tesis doctoral.

5.3.1 La nutrición materna como cuidado esencial para garantizar un hijo sano.

Llevar una alimentación equilibrada cobra especial relevancia durante la gestación. En este período, las necesidades nutricionales de la mujer aumentan, y tanto las deficiencias como los excesos pueden influir en el desarrollo del embarazo, la salud de la madre y del hijo por nacer**.** En el embarazo es fundamental tener en cuenta los hábitos alimenticios de la mujer, asegurando con estos una ingesta de alimentos de calidad y en cantidades adecuadas según las necesidades individuales; por lo que en ocasiones se deben realizar ajustes en la alimentación de la gestante, para lo que es clave acudir a los servicios de salud y seguir las recomendaciones nutricionales de los profesionales.

Esta primera categoría alude a la alimentación de la mujer embarazada vista por los interlocutores de esta investigación como el aspecto más relevante durante la gestación. La futura madre asume la responsabilidad de modificar su alimentación y consumir una variedad de alimentos que le proporcionen los nutrientes esenciales para preservar su bienestar y el del bebé en desarrollo. Para las participantes gestantes su alimentación influye directamente en el crecimiento y desarrollo de su hijo.

"Porque yo digo que, si yo me alimento, si yo tengo una buena alimentación mi bebé recibe del líquido amniótico, recibe una buena alimentación si yo me alimento mal el bebé no se nutre bien, no puede ser un niño que sea sano sino enfermito." (EG2C64)

"La alimentación de una mujer embarazada debe ser lo más natural posible, y que tenga todos los grupos alimenticios, que le aporten, que le aporten a toda esa formación de tejido, proteínas, especialmente ricas en proteínas, alimentos que tengan ácido fólico, que contengan el ácido fólico, por ejemplo, la leche de soya" (EG4C10)

Las embarazadas en sus narraciones ratifican la importancia de la diversidad en la alimentación que deben consumir, así como de las posibles situaciones que están estrechamente relacionadas con ella. La alimentación materna juega un papel clave en la prevención de problemas como el retraso en el crecimiento del feto y el peso insuficiente o excesivo al nacer, además de los riesgos de complicaciones durante el parto.

"Vamos a ver ese beneficio que tuvimos durante todo ese embarazo de llevar esa vida sana, esa alimentación sana, vamos a tener unos niños en un peso correcto, en una talla correcta… porque a veces nacen niños con un peso muy alto, es porque a veces sus mamás durante el embarazo comen mucho más de lo que deberían de comer, entonces, yo creo que esa importancia la vemos también durante el embarazo porque vamos a ver cómo nuestro niño va teniendo todos esos nutrientes, va desarrollándose de la forma como se tiene que desarrollar" (EG1C54)

"Sí señora, sí es importante, para que nuestro bebé se desarrolle bien, crezca sano y tener un, tener a nuestro bebé bien al momento del parto" (EG2C61)

Por su parte, el entorno familiar de la futura madre juega un papel clave en su alimentación ya que actúa como una influencia cultural y una fuente de apoyo en la toma de decisiones sobre ésta en el periodo gestacional por lo que es importante identificar los factores familiares que favorecen o dificultan la alimentación durante el embarazo, considerando los vínculos que conectan a la mujer con las personas de su entorno familiar y que contribuyen a su bienestar.

“También estoy pendiente en esa alimentación de ella, debe ser balanceada, saludable, pues para su proceso tanto para ella como para el desarrollo de su bebé, para que nazca sano y fuerte” (GFF27).

“Ella tiene una alimentación balanceada, no, o sea no ha tratado de no comer cosas que no deba, ella lleva muy buen manejo de su alimentación. Ella no come lo que nosotros comemos, claro que a veces sí come, se toma su sopa, pero sí hay comidas que a veces no” (GFF62)

Los relatos de las familias evidencian su papel de supervisión y control en el establecimiento y mantenimiento de una adecuada alimentación durante la gestación, donde la embarazada sigue fielmente sus indicaciones tales como, la disminución del consumo de grasas, sal y azúcar, así como el aumento de las raciones de frutas, verduras, carbohidratos, proteínas y lácteos, al igual que el consumo de cantidad suficiente de alimentos para ella y para el bebé.

“Pues ellos son los que me apoyan en todo, ellos me compran las cosas, me dan la fruta, la comida, esto y lo otro. Me dicen que coma bastante ensalada, pepino, tomate, repollo porque eso le ayuda al crecimiento del bebé… También me compran mucho cerdo y pescado, eso es lo que más consumo” (EG3C39)

“Una alimentación balanceada, ella no puede comer mucho eh, para que no suba de peso yo le doy y que coma fruticas y eso hasta el momento no ha habido tanto exceso de comidas para ella, Poca grasa, eh, bajito de sal, eh, una frutica y poquito para que no suba de peso y ponerse obesa” (EF2C8)

Durante el embarazo, es fundamental llevar una alimentación equilibrada que proporcione la cantidad adecuada de energía, proteínas, vitaminas y minerales para cubrir las necesidades tanto de la madre como del feto. Aunque existe cierto debate sobre qué elementos específicos de la dieta se consideran saludables, se

ha reconocido que las frutas, las verduras forman parte de una alimentación beneficiosa. Según el relato de los participantes el consumo de frutas es una práctica casi que exclusiva del embarazo, los participantes afirman que es el alimento más importante para lograr una adecuada nutrición de la gestante. Afirman que las frutas aportan varias vitaminas y minerales, además tienen la capacidad de saciar el hambre, así que debe estar siempre en la dieta de las gestantes.

"Es una muy buena opción, frutas, muchas frutas, las que son sobre todo enriquecidas en vitamina C, para fortalecer el sistema inmunológico, ayuda mucho en la prevención de infecciones de vías urinarias, que es de las cosas que más se pueden presentar en el embarazo, y verduras, mucha ensalada, frescas, para que de pronto no pierdan sus propiedades" (EG4C12)

"Pues empecé a comer muchas más frutas con el embarazo. Antes de estar embarazada comía muy poco, era de pronto… a la semana me comía de pronto una manzana, ahora es todos los días, todos los días consumo frutas, antes compraba, hacía más jugos, ya ahora no la hago tanto en jugos, sino que me la como, como es su fruta como tal, las frutas son buenas para mi hijo". (EG1C14)

"Bueno, ella desde que supimos que estaba embarazada lleva una dieta balanceada con muchas frutas y verduras, como le digo la piña, la manzana, verduras también como el pepino, la remolacha, la zanahoria. Todos los lunes le hago siempre un mercado balanceado con las frutas y ella lleva un horario, diario, para consumir las frutas". (EF1C15)

La embarazada asume la responsabilidad de aumentar el consumo de frutas, aunque estas no sean de su agrado, puesto que ellas garantizan la salud y la nutrición del bebé, así como el mantenimiento de los niveles de azúcar durante la gestación. Sin embargo, los participantes afirman que es difícil la disponibilidad diaria de frutas por la situación económica.

“Ella ha tenido problemas de salud con el azúcar, pero después que ella balancee su comida, bajita de sal, y coma su frutica, sus juguitos naturales, ella va bien, come casi todas las frutas, son frutas naturales tienen la misma azúcar de ellas entonces ella mantiene bien ahí su azúcar con las frutas” (EF2C42)

“Para la salud del bebé lo adecuado es comer muchas frutas, por ejemplo, ella pasa comiendo mucha pera para que el bebé no nazca desnutrido. Por eso siempre le digo a ella, Arcelys no dejes de comer las frutas, si le provoca cómasela que eso es para el niño o la niña, eso lo va a recibir él” (EF3C50).

“Sí, yo estoy muy pendiente de que mi marido me compre las frutas porque yo tengo que comerlas por mi embarazo, él a veces me compra manzanas y cosas así, pero no son todas las veces porque el bolsillo no está pa’ andar comprando frutas todos los días porque ellas siempre son caras, pero sí cada dos o tres días el me trae una manzana, patilla, y así” (EG3C15)

Por otra parte, los interlocutores reconocen como la mala nutrición en todas sus formas está vinculada a un mayor riesgo de enfermedades tanto para la madre como para el bebé, al igual que se asocia con efectos adversos y complicaciones durante el parto, como el parto pretérmino, así como con una mayor probabilidad de cesárea. Para la madre, la inadecuada alimentación puede derivar en complicaciones como preeclampsia, diabetes gestacional, sobrepeso y obesidad, lo que a su vez eleva la probabilidad de desarrollar enfermedades en el futuro.

“Pues llevar una salud más balanceada, una alimentación balanceada, que no sea una alimentación sólo de que voy a comer porque tengo hambre, y esto es lo que tengo, sino llevar una buena alimentación, una salud balanceada, que esto lo estoy viendo repercutido en mi salud en que tengo más energía, mi semblante ha cambiado porque tengo más energía” (EG1C20)

“yo cuando salgo embarazada yo no pienso en mí sino en mi bebé, que tengo que alimentarme bien, que me tengo que cuidar, que no se me suba la presión, y más si uno le empiezan a decir que el embarazo es de alto riesgo, bueno yo me cuido, disciplinada por eso, yo estoy comiendo sano, yo sigo todo lo que el médico me dice y yo como eso, siempre he sido así de cuidarme, sino me cuido me afecto soy yo porque me subo de peso, se me sube el azúcar, todo, yo trato de cuidarme” (EG2C83)

“Lo otro es pues comer saludablemente, preocuparse tanto por la cantidad de nutrientes que va a ingerir uno, eliminar todo aquello que sea sintético, o que tengan ingredientes químicos, conservantes, ese tipo de cosas, hay que eliminarlas de la alimentación y no incrementarle al azúcar, porque a las embarazadas se les sube el azúcar el consumo de pronto de jugos y ese tipo de cosas hay que limitarlo” (EG5C45)

Igualmente, un aspecto importante revelado en los datos tiene que ver con el control del peso corporal durante la gestación, el cual según los relatos de los interlocutores está relacionado directamente con una adecuada alimentación en esta etapa. La ganancia de peso durante el embarazo es un proceso complejo que no solo depende de las modificaciones en la fisiología y el metabolismo de la mujer gestante, sino que también puede estar influenciado por alteraciones placentarias.

“yo siempre he tenido obsesión con el peso porque siempre he sido rellenita, con embarazo o sin embarazo, siempre me he cuidado en la alimentación, pero ahora con el embarazo me cuido más porque después me subo mucho de peso, y traumada con ese peso cada vez que voy pal control, no me gusta ni pesarme de saber que voy a aumentar, porque yo ya estaba subidita de peso cuando empecé el embarazo tengo que cuidarme mucho la alimentación” (GFE148)

“Pues yo vengo, desde que empecé, empecé con un peso de 75 kilos, los doctores me han dicho que tengo que tratar de bajarlo, pero yo creo que por el embarazo es peligroso que baje mucho de peso, entonces me he mantenido en ese peso, por mi bien y por el de la bebé no trato de subir tanto de peso, porque mi alimentación es sana…(EG1C24)

En este sentido, se ha evidenciado que las mujeres que al momento de embarazarse tienen un índice de masa corporal normal y una ganancia de peso adecuada durante la gestación presentan una mejor evolución durante el embarazo y el parto que aquellas mujeres con una ganancia de peso mayor a la recomendada, las cuales tienen un incremento en el riesgo de tener complicaciones obstétricas como hipertensión y diabetes, así como complicaciones durante el parto y el posparto como anemia e infecciones urinarias entre otras. De tal modo que las gestantes interlocutoras manifiestan que una nutrición apropiada durante la gestación contribuye al control del peso corporal de la embarazada, por lo que ella debe regular la cantidad y la calidad de comida que consume para evitar el exceso de peso, así como seguir las recomendaciones nutricionales realizadas por los servicios de salud.

“Yo estoy siguiendo lo que me dice el ginecólogo, porque fui a la cita y me dijo que estaba obesa, pesé 75, si a mí me dicen tienes que hacer esto yo lo hago, estoy exigiéndome como el arroz, a veces me da bastante hambre, pero yo digo por mi bebé, porque se me sube la presión o de pronto, ya, yo estoy como con ese miedo porque él me dijo que se me puede subir la presión” (EG2C32)

Porque como le decía, los médicos por mi estatura me dicen que puedo tener un sobrepeso, entonces me están cuidando que ese sobrepeso no aumente, y para evitar los dulces y eso, para evitar la diabetes gestacional (EG1C47)

Así mismo, los datos de la investigación develan que la familia de la embarazada es la proveedora de los alimentos para su consumo diario y es su responsabilidad

garantizar el suministro de estos. La alimentación es un proceso complejo influenciado por la cultura y construido en los colectivos, está determinada por factores económicos, políticos y ambientales. Cuando la gestación se da con dificultades económicas, los hábitos alimentarios pueden alterarse, y la alimentación adquiere nuevos significados y propósitos, centrados en satisfacer necesidades básicas, aliviar el hambre y recuperar la energía.

Se puede destacar de este primer apartado de los resultados la relevancia y la complejidad de la alimentación durante la gestación, en comparación con los enfoques nutricionales en los otros cursos de vida. Esto se debe a que el embarazo no solo representa una de las etapas de mayor vulnerabilidad alimentaria en la vida de las mujeres, sino que también influye en la salud y el bienestar de sus hijos.

5.3.2 El control prenatal como único medio de asistencia en salud para obtener un hijo sano.

Esta categoría interpretativa surge de las representaciones construidas por los interlocutores a partir de la interacción con el cuidado prenatal a través del programa de Control Prenatal. El cuidado del embarazo tiene un impacto significativo en la salud pública especialmente en los países de ingresos bajos y medios y debe ser una prioridad sanitaria para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Un control prenatal adecuado permite la detección temprana de factores de riesgo o emergencias, lo que ayuda a prevenir complicaciones en la madre y su hijo por nacer. En sus relatos los participantes reconocen al control prenatal como importante para vigilar la evolución del embarazo, especialmente lo relacionado con el crecimiento y desarrollo del feto, garantizando el bienestar de éste hasta el nacimiento.

“Pues para mí el control es muy importante porque nos dan unas informaciones, nos llevan un control de nuestro bebé, de cómo va creciendo, de cómo se va

desarrollando, aparte de que nos indican qué medicamentos podemos tomar, nos dan una serie de medicamentos que el bebé necesita durante el embarazo y que nosotras como mamá tenemos que fortalecer, como el calcio, el sulfato ferroso, el ácido fólico… entonces es muy bueno" (EG1C73)

"Pues lo más importante del control prenatal para mí es todo, todo es importante porque si no te tomas los medicamentos, no te haces los ecos, no ves el desarrollo de tu bebé para mí todo es importante, pero principalmente las ecografías que a diferencia de mi país acá son 3 o 4, allá todos los meses para que tú veas a tu bebé, desde que es un puntico, después otro puntico más grandecito, tú lo ves todos los meses, para mí eso es lo más importante" (GFE290).

"Lo más importante de estas citas de este control, pues es que tienen en cuenta, mes a mes, la evolución del bebé, cómo va, si sus pulmoncitos se están desarrollando bien, su corazoncito está bien, que no vaya a nacer con malformidades, que están en constante monitoreo de esas cosas, con las ecografías, con los exámenes. Lo más importante es la salud de mi bebé" (EG5C21).

El control prenatal fundamentalmente debe preparar a las mujeres para la maternidad y la crianza, al promover su salud. Este proceso permite a las embarazadas adquirir las habilidades necesarias para cuidar de sí mismas y de sus hijos, reconocer posibles complicaciones, acceder a la atención médica adecuada y establecer prácticas saludables. Las participantes refieren que en las consultas del control prenatal reciben las recomendaciones necesarias para conservar su salud y la de su hijo en gestación; se detectan enfermedades y complicaciones que se pueden presentar durante este periodo y se recetan los medicamentos y vitaminas necesarias para el buen avance del embarazo. Igualmente, reciben educación para la salud relacionada especialmente con la alimentación y la prevención de enfermedades y complicaciones.

“y sinceramente yo veo que ella ha aprendido mucho en el control, ella cada vez que termina, porque yo siempre estoy ocupado y no la puedo acompañar le pregunto ¿amor, ¿cómo te fue?, y ella me dice aprendí esto y esto, el doctor me dijo esto, el doctor me dijo que tengo que tomarme estas pastillas, que tengo que hacerme un examen de sangre, entonces han sido muy atentos, han sido muy aplicados, nos ha servido demasiado” (EF1C83)

“Las doctoras nos explican todo, cómo alimentarse, de qué debemos de cuidarnos, qué comer, qué no comer y así los cuidados durante el embarazo, es importante el control, antes las mamás no iban a control y ahora sí, ahora sabemos qué enfermedades de pronto se presentan en el embarazo, se dan cuenta la presión cómo está, todos los cuidados, es bueno por eso, porque están pendientes de las mamás, cómo va el embarazo, ahí sabemos cómo está el embarazo”. (EG2C71)

El propósito fundamental del cuidado prenatal es que el embarazo se desarrolle de manera óptima, preservando la salud de la madre y culminando con el nacimiento de un bebé sano. Para los interlocutores de la investigación el programa de control prenatal es un servicio de mucha utilidad e importancia para las mujeres de estratos socioeconómicos bajos, que no tienen la oportunidad de acceder a servicios con especialistas particulares. Así como el mayor beneficio recibido de él es la obtención de un hijo sano de tal forma, que es responsabilidad de la mujer asistir a las citas programadas y cumplir con las indicaciones dadas en él.

“Bueno, sinceramente ha sido lo mejor que ha podido, creo que eso viene de parte del gobierno ¿no? Que ha estipulado el gobierno para mamás primerizas, para mamás de estrato 1-2, porque yo creo que una mamá estrato 5 directamente no hace eso, va a un doctor que le guste, tiene su doctor privado, tiene su servicio privado de salud y paga por los servicios” (EF1C80)

“Bueno seño, para mí lo más importante del control es para ver cómo va el bebé, si está bien, si está sano, también para mirar que ella no vaya a tener infección urinaria, como tiene la presión, porque a las embarazadas yo he sabido que a veces se les sube mucho la presión de la sangre y eso malo se pueden morir. En todo caso el control es bueno para que ella tenga sus controles médicos”. (EF2C65)

“Este embarazo lo tengo en régimen subsidiado, por un tema de ingresos y demás, y yo he contado con todo, o sea, la atención de enfermería para todo el control, de ginecología, el especialista, con todas mis ecografías con especialista, con ginecología, con radiología, todos mis exámenes de laboratorio, todos” (EG4C20)

Al respecto, es primordial resaltar que, si bien el embarazo suele ser un período de alegría, también puede generar una carga importante de ansiedad en las futuras madres. La llegada de un hijo viene acompañada de preocupaciones e incertidumbre ante los cambios que implica esta etapa y que pueden afectar la salud emocional de las mujeres, por lo que la familia debe jugar un rol importante de apoyo en el transcurso del embarazo que minimice estos riesgos emocionales. Este apoyo incluye la atención prenatal, por lo que los servicios de salud (control prenatal) tienen la responsabilidad de animar e involucrar a la pareja y/o a la familia más cercana de la mujer a participar activamente en la atención del embarazo, de tal modo que esto se convierta en una experiencia positiva para todos, donde se discutan los ajustes que deberán hacer en su vida con la llegada del bebé.

Por otra parte, la atención prenatal debe priorizar a la gestante, reconociendo sus necesidades como la base para su cuidado. Esto no solo mejora la calidad del servicio, sino que también tiene un impacto positivo en la satisfacción de la mujer y en los resultados del embarazo. En este sentido, las gestantes y sus familias

identifican fallas en el cuidado de la salud materna por parte del Control Prenatal. Los relatos develan la necesidad de que el cuidado prenatal se preste desde un enfoque holístico y que este no solo abarque las necesidades fisiológicas y biológicas de la embarazada, si no que incluya las necesidades sociales, psicológicas y espirituales de la misma.

Ellos tienen unos programas virtuales, a los cuales nosotros no hemos ido, que hacen como unas charlas, y también por videoconferencias, hacen también, que puede asistir la familia, que no la hacemos nosotros, pero pueden asistir. Están esas charlas, pero como te digo, no he asistido a ninguna, y en la plataforma, ellos también dicen que hay una plataforma, uno no se puede meter para recibir otro tipo de educación y de información… Pero, o sea, como tal en las consultas no nos preguntan ni nos dicen nada sobre las otras cosas de la salud, solo las consultas, los exámenes y los medicamentos" (EG6C43)

"Podríamos decir que sí, porque ahorita ya sabemos que lo emocional y la gestión de tus emociones, es una de las cosas más importantes para que las embarazadas estén tranquilas y saludables, que puedan llevar un embarazo feliz que es muy importante para los niños. Esas cosas la parte médica no abarca, no hablan ni preguntan nada de es. Yo creo que sí podría ser un gran déficit ahí de esa parte de la atención, porque sí es algo importante la salud emocional" (EG6C50)

"Lo único que siempre expreso es, que desde el control prenatal no se hace como énfasis en los temas que necesitan las mujeres después del parto, que también hace parte de la salud materna, por ejemplo, no preparan a la mujer para la lactancia materna, bueno sí ofrecen un curso, pero dicho curso, o sea, como unas clases virtuales y eso, pero eso realmente no funciona y no le dan seguimiento si la mujer asiste o no. Umm…también preparar a la madre para toda la carga que le viene después del parto, eso es difícil y afecta a muchas mujeres que no tiene mucho apoyo" (EG4C37)

Teniendo en cuenta los relatos de los participantes cabe señalar que la atención prenatal (control prenatal) al ser ofrecida por el sistema de salud con un alcance universal debe garantizar que todas las mujeres embarazadas accedan a los servicios y reciban sus beneficios. Sin embargo, existen diversas circunstancias pueden impedir que las gestantes asistan a sus citas de control y/o servicios que ofrece el programa de control prenatal. En consecuencia, la atención prenatal debe buscar los mecanismos necesarios para que las mujeres y sus familias accedan a estos se brinden de manera presencial o virtual. Es el caso de las gestantes interlocutoras a las cuales no se les ha brindado un cuidado prenatal integral que aborde todas sus necesidades especialmente las relacionadas con la salud mental, ya que estos servicios se ofrecen de manera virtual y ella no asisten por diversas razones, lo que les supone el aumento del riesgo de presentar dificultades de tipo emocional sin una atención adecuada.

Como se ha dicho una atención prenatal integral debe considerar a la mujer embarazada en su totalidad, dándole el papel principal del cuidado de su embarazo. Éste debe resolver incertidumbres y ayudar a las mujeres a vencer sus temores, recuperando su seguridad. Además, impulsar su capacidad de decisión, la defensa de sus derechos y el empoderamiento de su propia salud. Así como ayudarla a sobrepasar los obstáculos que impidan lograr el cuidado de su salud y de su hijo por nacer. En este sentido y con respecto a las interacciones surgidas entre las gestantes y sus familias con el cuidado prenatal (control prenatal), los resultados de esta tesis doctoral develan que el cuidado de la salud materna está determinado por relaciones piramidales y lejanas entre la embarazada, la familia y los servicios de salud. En este tipo de relación la gestante toma el papel de destinaria de información y el compromiso de obedecer y cumplir a cabalidad con las órdenes y recomendaciones hechas desde los servicios de salud (control prenatal), de tal modo que la gestante tiene la responsabilidad de acatar fielmente todas las indicaciones dadas por ellos.

“Yo he ido al control todas las veces, me piden los exámenes, los revisan, me dicen todo salió bien, que si ven algo alterado me mandan cosas para arreglarlo, pero no me dicen nada más y yo solo hago lo que ellos me dicen. No me preguntan nada, ni como estoy, como me siento” (EG8C74).

“Me han mandado a hacer exámenes, ecografía, y… también me mandaron cita odontológica, cita con psicología, cita con nutrición, y cita con ginecólogo, todo lo que me mandan a hacer yo lo hago” (EG3C80)

“Estoy muy pendiente y hago todo lo que me dicen en el control. Estoy pendiente a los signos de alarma como me dicen en los controles, de por ejemplo si algún dolor que yo siento que no es normal, si alguna calentura o algo estoy muy pendiente de eso”, yo hago lo que me dicen. (EG1C42)

Este tipo de relación autoritaria entre la embarazada y los profesionales de la salud encargados de la atención prenatal limita la posibilidad de construir una relación dialógica basada en la confianza, el reconocimiento mutuo y la participación activa. La falta de un enfoque intercultural dentro del programa impide el reconocimiento de la diversidad de significados y prácticas que las gestantes y sus familias otorgan al cuidado, lo que dificulta el diálogo de saberes entre los conocimientos biomédicos y los saberes tradicionales. Como resultado, se restringe la oportunidad de integrar perspectivas complementarias que podrían enriquecer el cuidado materno, fortalecer la adherencia al control prenatal y favorecer un abordaje holístico de la salud de las gestantes. En consecuencia, la ausencia de este enfoque intercultural perpetúa relaciones jerárquicas de poder, reduce la autonomía de las gestantes y obstaculiza el reconocimiento de sus experiencias como fuente legítima de conocimiento en los procesos de atención y cuidado.

“Pues sí, incluso la doctora de control me regañó la semana pasada, porque a mí se me pasó, se me pasó de decirle al ginecólogo mi problema del

azúcar, porque pensé que como él había visto los exámenes lo sabía, como él me los pidió, o sea que él no los revisó y no me preguntó nada en la consulta, entonces no entiendo por qué ella me tiene que insultar" (EG465)

"Me atendió la doctora; la doctora me entregó ese poco de cosas que yo no entendía qué era, hasta los gestos, los nombres son diferentes. Ella no me explicó nada yo quede más confundida. Ellos no tienen en cuenta si uno entiende esas cosas o no solo entregan sus papeles y ya, yo creo que ni saben que yo no soy de aquí y que no sé cómo se hacen todos esos trámites" (EG5C21)

"Bueno, qué le digo, este sin necesidad de que ellos me pregunten yo misma de lisa les comento cómo me siento, ellos nunca me preguntan cómo me siento, me toca a mi decirles sin que me pregunten, pero tampoco me dicen nada y yo creo que como que no les gusta que uno hable y que les diga las cosas". (EG5C71)

De los relatos de los participantes en este apartado podemos subrayar la necesidad de que el cuidado prenatal abarque más allá de los aspectos biológicos y fisiológicos de la gestación. Es fundamental reconocer la experiencia personal de cada mujer embarazada y adaptar el control prenatal a sus necesidades individuales, con lo que se mejoraría la experiencia y la percepción calidad de la atención en salud.

5.3.3 Asegurando un embarazo saludable y un hijo sano a través de las creencias y prácticas de cuidado culturales y familiares.

En Colombia las concepciones sobre la salud varían significativamente dependiendo el área de residencia (rural/urbana), región del país, grupos poblacionales, etnias y/o comunidades con características especiales, donde las creencias y tradiciones influyen en el cuidado de la salud y el tratamiento de

enfermedades. En este contexto, es crucial reconocer que en nuestra cultura el embarazo es considerado como un proceso fisiológico natural de gran importancia familiar y social; así mismo, que el cuidado prenatal está profundamente arraigado a las creencias de la mujer y su familia.

La experiencia del embarazo a menudo se transmite a través de relatos y consejos que se han perpetuado de generación en generación. Esto significa que las mujeres que ya han tenido hijos son quienes suelen compartir sus conocimientos sobre la gestación con las futuras madres. Para los participantes de esta investigación el embarazo es considerado como una experiencia positiva y de felicidad que siempre debe llevarse con el acompañamiento de la familia, la cual le brinda a la gestante el afecto y la protección necesaria. Así mismo, los resultados de la investigación indican que el entorno familiar juega un papel crucial en el cuidado de la gestación. La mujer al enterarse de su embarazo adopta prácticas de cuidado transmitidas por las mujeres a su alrededor. Madres, abuelas y otras familiares comparten su experiencia, permitiendo que las gestantes aprendan a cuidar de sí mismas y de su hijo por nacer.

"Influye todo, el grupo familiar es muy importante, la mujer embarazada debe sentirse apoyada financieramente, debe sentir que no le va a faltar nada y el apoyo de la familia, que también acepten, que ese embarazo hace parte de la felicidad también de la familia. Entonces esa parte emocional que cubre a nosotras como gestantes, hace que tengamos también un embarazo sano, eso va a permitir que yo coma bien, que yo labore bien, que duerma bien, que esté emocionalmente involucrada en muchas cosas positivas para mi bebé, entonces para mí es fundamental el apoyo de la familia, eso influye muchísimo en tener una buena gestación durante todo el embarazo" (EG5C65)

"A nivel familiar también tengo el apoyo de mi esposo, yo vivo con mi esposo y mi hija, ahí mismo cerca viven mis hermanos mi demás familia está en Venezuela, pero están mis hermanos ahí que es un apoyo, sí me apoyan, están

ahí pendientes, me apoyan con el embarazo, sí, están pendientes de mí, si se me antoja algo me lo dan, que, si quiero esto, que qué quieres comer, están pendientes y mi esposo también" (GFE66)

"Ella tiene todo mi apoyo y el de la familia. Antes de yo salir a trabajar dejo parte del oficio de la casa para ayudarla a ella, eh ya dejo listo en la casa lo que es pesado… lavo el baño, trapeo, dejo todo organizado ya es poquitico lo que le toca a ella para que no esté tantos días haciendo oficio, pa que tenga más reposo en el embarazo, de pronto hacer el poquito de comida" (EF2C98)

Durante el embarazo, el respaldo de la familia y, el apoyo de otras mujeres, contribuyen a que la gestante alcance un estado de armonía en sus emociones, finanzas y espíritu. Este equilibrio la impulsa a evitar situaciones que puedan generarle malestar, fomentando así el cuidado de su bienestar emocional. Al expresar sentimientos positivos, experimenta tranquilidad y felicidad a lo largo de su embarazo.

Para las mujeres gestantes interlocutoras de esta investigación es de mucha importancia contar con las vivencias de otras mujeres que ya han estado embarazadas, mientras ellas adquieren su propia experiencia y adquieren las herramientas necesarias para generar su propio cuidado. Al ser la madre de la mujer embarazada la persona con más destreza en la familia en el cuidado de del embarazo, es sobre ella que recae la responsabilidad del cuidado de la salud materna. En este contexto, se destaca la importancia del rol femenino en la familia, especialmente el de la madre. Su experiencia como cuidadora y transmisora de conocimientos y prácticas de cuidado la convierte en una consejera valiosa durante el embarazo.

"Pues mi mamá me dice que no me bañe de noche porque eso es malo para mí y ella me dice que porque si me baño muy de noche voy a coger mucho frío, al momento de dar a luz voy a durar más tiempo con los dolores de parto, y no voy

a dar a luz el mismo día, sino que voy a durar varios días con el dolor del parto sin poder parir. Entonces por eso me puedo bañar máximo hasta las 4 de la tarde, más tarde ya no puedo" (EG3C43)

"La mujer preñada no puede acostarse de un solo lado, porque el bebé se le encaja. Ella tiene que buscar la manera de que el niño no se quede ahí encajado, sino acostarse a medio lado, boca arriba, al otro lado, boca abajo, así es que yo le he explicado eso a ella, pa' que el niño no se le quede ahí encajado, pues si se encaja ahí duele mucho y yo le digo a ella que hay que sobar la barriga así por encimita, no duro sino pasito, para que el niño vaya buscando su puesto" (EF3C22)

"Para que a uno no le dé frialdad también no se puede dejar los interiores afuera en el patio, porque usted después se los pone de mañanita, usted se baña de mañanita y se los pone y eso es malo, porque esos interiores serenados traen la frialdad, se le mete a uno todo ese frío" (EG5C45)

"Ella siempre está ahí pendiente, cuidado no duermas mucho porque si uno duerme mucho se le baja la anemia también, le da anemia. Mi mamá ahora que me salió la anemia bajita, me dio a tomarme un jugo de lentejas, con pimentón, guayaba dulce y espinaca, eso me lo obligó a tomármelo y me lo tengo que tomar todos los días. Bueno, el calcio mi mamá me lo tiene que triturar, partirme las dos pastillitas de calcio, echármela en agua de azúcar, porque como la pastilla es muy grande no me pasa, entonces ahí siempre al pendiente que yo me tome mis medicamentos, siempre está pendiente de todo" (GFE301)

Se destaca en los relatos la relevancia que tiene el "frío" para el buen desarrollo del embarazo y el trabajo de parto. Las gestantes y sus familias perciben el frío como un factor externo que puede infiltrarse en su cuerpo y representar un riesgo tanto para su salud como para la del bebé en gestación. Para contrarrestar esta amenaza, recurren a prácticas tradicionales que buscan mantener la temperatura

corporal, conservando el calor y alejando el frío. Estas acciones tienen como objetivo asegurar un embarazo saludable, el correcto desarrollo del feto y una recuperación óptima después del parto.

Así mismo, la mujer embrazada debe evitar las relaciones sexuales, ya que estas son perjudiciales para el bebé y causar infecciones vaginales. Culturalmente las mujeres embarazadas suelen ver la sexualidad durante esta etapa como una forma de conexión con su pareja y una fuente de bienestar. Estos temores incluyen la preocupación de dañar al feto, provocar un parto prematuro y los cambios físicos que alteran su imagen corporal. Como resultado, algunas mujeres pueden limitar o anular su sexualidad y los encuentros sexuales convertirse en encuentros físicos sin conexión emocional con su pareja.

"Sí, la parte activa sexual que teníamos antes de saber que íbamos a ser papás, ha disminuido bastante, casi nunca tenemos actividad sexual, aunque somos jóvenes, pero ella me ha hecho saber que tener sexo es perjudicial para el bebé, porque de pronto una infección por allá aja eso puede hacer que él bebe se le salga o nazca con una enfermedad o una deformidad, entonces eso lo hemos cambiado por el embarazo" (EF1C55)

Un aspecto cultural muy importante durante el embarazo es la alimentación de la gestante. En este sentido, la familia como principal ordenadora y proveedora de cuidado a la futura madre y de su hijo por nacer asume la responsabilidad de su alimentación. Los relatos de los interlocutores enfatizan sobre la obligación de la familia de conseguir el sustento económico necesario para aportar todo lo que la embarazada necesite, especialmente lo relacionado con la alimentación, con el propósito que el bebé nazca bien nutrido y saludable.

"Yo soy muy responsable con mi familia, mi hogar, y siempre mantengo ahí la alimentación de los niños y de mi esposa, y siempre está ahí, gracias a Dios hasta el momento no se me ha dado dificultad, siempre ha tenido el sustento

para tenerlos a ellos siempre bien, ella es muy responsable en ese sentido ella es muy correcta en la alimentación de ella, muy cuidadosa y yo siempre le traigo su alimentación, sus frutas y todo lo que necesita comer" (EF2C78)

"Primero que todo no hacerla coger rabias, no pelear con ella tratarla lo mejor para que ella se sienta bien en ese embarazo, y no sea un embarazo riesgoso; para que de pronto, como hay tantas, hoy en día a veces el maltrato de la mujer embarazada de pronto ella se impresiona, se le puede subir la presión de pronto coge rabia y el bebé se le puede salir" (EF2C31)

"Muy bien porque… yo le ayudo a ella con muchas cosas, en la cocina, el lavado y no hace mucho oficio y eso, yo le colaboro en mucho. Sí, la mamá, la mamá le ayuda con la alimentación y sí yo le ayudo a preparar la alimentación y darle fruticas y es para que ella se mantenga bien sí le ayudo, le colaboro en ese sentido" (EF2C15)

Las gestantes y sus familias buscan proteger la salud materna y la del hijo en camino a través de la alimentación. Comer bien es fundamental para el bienestar durante el embarazo; se opta principalmente por alimentos nutritivos y suaves, como frutas, verduras, carnes y lácteos, ya que se entiende que estos alimentos fortalecen el cuerpo, previenen complicaciones como la anemia y el aborto, y las preparan para el parto. Al mismo tiempo, se evitan los alimentos procesados, la comida llamada chatarra y otros productos industrializados, que son percibidos como dañinos y perjudiciales para la salud del embarazo.

"A mi familia le gustan mucho las cosas fritas, el pescado, aquí les gusta frito, yo no lo como frito, siempre me hago el pescado cocido o guisadito, frito no… no debo comer las cosas fritas, si voy a comerme un huevo mejor lo hago cocido, me he mantenido así. Yo digo y todos aquí saben y los médicos también dicen que hay que tener los cuidados con las comidas, siempre, mejor ahora con la barriga; yo me cuido de la grasa y de la sal, porque por lo menos mi

mamá sufre de presión y mi papá también, entonces yo pienso eso más adelante sale y me hace daño ahora con mi barriga" (EG2C23).

"Bueno desque que ella salió en embarazo aquí decidimos cambiar las comidas para que ella coma sano y no tenga problemas de salud y el bebé no tenga problemas y nazca bien. Aquí se manejan bajito de sal las comidas, bajito de azúcar los jugos y los jugos son naturales nada de eso de botella ni de caja. Entonces aquí todos consumimos la misma comida, todos estamos haciendo la dieta de ella". (EF2C100)

"Por mi hijo yo he cambiado mucho mi alimentación, porque yo sé que no puedo comer frituras, no puedo comer mucho dulce, la doctora me dijo puedes comer de todo, pero nada en exceso, nada de fritos, nada de gaseosas, nada de confites y yo hago caso, porque si no como esas cosas yo protejo a mi bebé. De pronto me provoca algo dulce y como un poquito una vez a la semana, pero no mucho porque también tengo riesgo de preeclampsia porque estoy subidita de peso". (GFE142)

Para los interlocutores de la investigación, es crucial que durante el embarazo las mujeres prioricen su bienestar físico a través de prácticas de cuidado como el descanso adecuado y el cuidado general. Estas acciones son fundamentales para prevenir complicaciones de la gestación como infecciones, abortos espontáneos, partos prematuros, caídas peligrosas y lesiones al bebé, así como para asegurar que el niño nazca sin anomalías físicas.

Las gestantes participantes expresan que se cuidan usando ropa adecuada para su comodidad, agachándose con las piernas cerradas para evitar los abortos y no sentándose en superficies duras para prevenir deformidades, así como mantenerse activas físicamente con actividades suaves que no representen un riesgo para el bebé. Una práctica importante es sobarse constantemente la barriga para que el bebé tome la posición adecuada y evitar los dolores. Ellas

adoptan estas prácticas de cuidado basándose en los consejos y recomendaciones que reciben de mujeres experimentadas en su entorno familiar. Sin embargo, esto no significa que ignoren la información que obtienen durante sus controles prenatales; lo que pone de manifiesto la enorme confianza que depositan las gestantes en el conocimiento que tienen las familias, y en especial sus propias madres, acerca del cuidado de la salud de la mujer embarazada.

"Mi mami me dice mijita, cuando te vayas a agachar no abras las piernas, ciérralas, ella me dice si te agachas con las piernas abiertas se te puede salir el niño, puedes abortar, hay que saberse agachar con las piernas cerradas y apretando abajo para evitar que el niño se salga". (EG2C54)

"Pues yo le digo a ella no te metas en la hamaca, no te sientes en piedras, nada de eso si lo haces tienes problemas después con el bebé. Ella embarazada no se puede sentar en piedras porque después el bebé le nace con la cabecita plana, si duerme en hamaca el bebé se le encaja y le causa mucho dolor en la barriga". (EF3C11)

"Ella camina, siempre es bueno que haga actividad física básica, que no ejercen fuerza de parte de ella, nosotros caminamos todos los días después de las 4 o 5 de la tarde que ya está el sol fresco. La idea es que ella camine por lo menos 30 minutos todos los días, llevamos agua para que ella tome agua, eso nos recomiendan en el control también, la actividad física es bueno para la salud de ella". (EF1C29)

En este sentido, se resalta que realizar actividad física adecuada durante el embarazo ofrece beneficios para la salud materna. Estas actividades les ayudan a mejorar la circulación sanguínea, previenen o reducen la aparición de varices, fortalecen los músculos para facilitar el trabajo de parto, controlan el aumento excesivo de peso, promueven la relajación y optimizan la oxigenación de los tejidos.

En consecuencia, esta categoría analiza como el cuidado del embarazo está profundamente arraigado en las tradiciones culturales, lo que lo hace único y significativo tanto para la mujer como para su familia. Estas prácticas de cuidado, al ser aprendidas y comprendidas, se convierten en normas compartidas dentro de la familia, de la comunidad o grupo poblacional, definiendo su identidad en los ámbitos sociales y políticos.

5.3.4 La salud materna integral como medio para obtener un hijo sano.

Esta categoría surge de las afirmaciones de los interlocutores sobre la salud integral de las gestantes y la importancia de esta para el bienestar del hijo que se espera. En estas afirmaciones se alude a una maternidad saludable, la cual es fundamental para el futuro de las mujeres, sus hijos, sus familias y la sociedad en general. Cuando se habla de salud materna nos debemos remitir al bienestar integral de la mujer en su rol de madre dentro su contexto familiar y social. Conseguir y mejorar la salud de la gestante implica empoderarla para que la maternidad no ponga en riesgo su vida. Al cuidar la salud materna se protegen dos vidas la de la madre y la de su hijo por nacer. En este sentido, los resultados de la investigación reflejan que para los participantes la salud y el bienestar de la mujer embarazada es crucial, ya que esta influye directamente en la salud del feto y en el nacimiento de un bebé sano. Si bien para ellos es importante la salud de la mujer, la prioridad es asegurar la salud del recién nacido y para lograrlo la futura madre debe informarse y aplicar cuidados específicos, especialmente en la alimentación, contando con el respaldo de su familia.

> *“Pues para mí, yo diría que esa importancia de la salud de nosotras se ve al momento que el niño nazca que sea un niño sano, de que sea un niño con todos sus deditos, sus manitas, que sea un niño completamente sano, ahí vamos a ver ese beneficio que tuvimos durante todo ese embarazo de llevar esa vida sana, esa alimentación sana, esa buena salud vamos a tener unos*

niños en un peso correcto, en una talla correcta… porque a veces nacen niños con un peso muy alto o muy bajo" (EG1C53).

"La importancia de la salud de la mamá es para que el niño salga sano, no salga desnutrido, salga totalmente sanito, y la mamá también es importante. Para la mamá es importante porque en sí, necesita después de que nazca darle la alimentación al bebé, necesita estar sana para poder alimentarlo. Pues, como le digo, es importante para uno para que el bebé esté sano, me parece a mí eso es lo más importante, no sé…" (EG3C70)

"Bueno para mí lo importante es para que el niño salga bien, para que salga bien de peso… la salud del niño esté bien y no nazca desnutrido, enfermizo, porque salen bastante enfermos. Por la desnutrición del bebé es que ella necesita su salud, y el bebé también, para que ella pueda tener ese bebé, o esa bebé. Yo pienso que si las mujeres no tienen buena salud no pueden tener bebés sanos, con un buen peso y sin enfermedades" (EF3C59)

Un aspecto importante para conservar la salud durante el embarazo es el peso de corporal de la gestante. En este sentido, los resultados de la investigación revelan que es responsabilidad de la mujer controlar su peso durante la gestación. Los participantes afirman que es perjudicial para el embarazo bajar o subir mucho de peso por lo que se hace necesario controlar adecuadamente la alimentación que consume la embarazada. El sobrepeso, la obesidad y la anemia gestacional son un factor de riesgo para que se presenten enfermedades tanto a la gestante como a su hijo por nacer, por lo que ella debe seguir las recomendaciones nutricionales dadas por la familia y los servicios de salud. En relación con esto, la cantidad de peso que una mujer debe ganar está determinada por el peso corporal de está previo al embarazo. Aquellas mujeres con bajo peso deben aumentar más kilos para alcanzar un estado nutricional saludable. Por otro lado, las mujeres que comienzan el embarazo con sobrepeso

deben limitar su aumento de peso en busca de prevenir las complicaciones derivadas de este.

"Pues yo vengo, desde que empecé, empecé con un peso de 75 kilos, los doctores me han dicho que tengo que tratar de bajarlo, pero por el embarazo es peligroso que baje de peso, entonces me he mantenido en ese peso, por mi bien y por el de la bebé" (EG1C24)

"Dice que si subo de peso es malo porque me puede dar la preeclampsia, a mí no me ha dado eso, en nombre de Dios no me va a dar, porque la preeclampsia es muy mala, eso es lo que me dijo la doctora de acá, sube de peso uno de pronto se enferma y no puedo tener el bebé" (EG2C93)

"Yo siempre he tenido obsesión con el peso porque siempre he sido rellenita, con embarazo o sin embarazo, siempre me he cuidado en la alimentación, pero ahora más porque subo mucho de peso, y traumada con ese peso cada vez que voy pal control, no me gusta ni pesarme de saber que voy a aumentar. Gracias a Dios no he aumentado mucho, apenas he aumentado dos kilos en 6 meses que tengo, pero como ya estaba subidita de peso cuando empecé el embarazo tengo que cuidarme la alimentación" (GFE148)

Por otra parte, realizar actividad física es especialmente importante durante el embarazo, puesto que el cuerpo experimenta muchos cambios anatómicos y físicos. Estos cambios requieren que la mujer embarazada se adapte constantemente al crecimiento del útero y la posición de su espalda. Para las gestantes participantes y sus familias caminar y hacer actividad física durante el embrazo es una práctica adecuada para mejorar y conservar la salud. Aconsejan que la embarazada camine diariamente con el acompañamiento familiar, ya que esto le genera bienestar físico y emocional, causándole mucha tranquilidad. Sin embargo, es importante que la embarazada evite realizar actividades que requieran fuerza física, ya que esto puede afectar al bebé e incluso causar

abortos. Por otra parte, es fundamental que la mujer tenga periodos de descansos durante el día para conservar la energía. Igualmente se debe obtener la autorización médica para realizar las diferentes formas de actividad física.

Hacer actividad física durante el embarazo es asociado por los participantes de la investigación con beneficios tanto para la salud de la madre como para la del bebé. Algunos de estos beneficios incluyen un menor riesgo de preeclampsia, presión arterial alta durante el embarazo, diabetes gestacional y aumento excesivo de peso.

"Ella está haciendo actividad física, porque el doctor la mandó a caminar y que siempre haga actividades físicas básicas, ósea que ella no ejerza fuerza, que no la mantengan parada porque ella se cansa por el tema que tiene la obesidad. Entonces nosotros la llevamos a caminar media hora tres veces a la semana, por las tardes cuando ya el sol está fresco. Esas caminatas le hacen bien a ella sobre todo por el tema de la obesidad (EF1C24)."

"Yo desde que estoy en embarazo soy más consciente de que debo mantenerme activa físicamente, porque eso es para el bienestar de mi bebé y yo me he sentido mejor desde que estoy caminando como con más energía. Aunque por el embarazo hay cosas que no puedo hacer, no puedo hacer fuerza, no puedo hacer movimientos bruscos, entonces me cuido de todo eso, pero tengo mucha más energía. tienes que estar pendiente de que no hagas fuerza, que no te muevas brusco", "que si no alcanzas tal cosa pide ayuda a otra persona, tú no lo hagas" me dice mi esposo." (EG1C22)

"Mi esposa es muy activa a ella le gusta hacer ejercicio, pero con los embarazos hay cosas que no puede hacer, hay oficios que no puede hacer, porque hace mucha fuerza y puede abortar al niño, pero si debe mantenerse activa caminar hacer oficios suaves porque sabemos que eso le ayuda para la presión, para el azúcar y esas enfermedades que les dan a ellas. En la familia

le ayudamos con los oficios pesados de la casa para que ella tenga su reposo y no perjudique el embarazo" (EF2C97)

Esta categoría interpretativa como se dijo anteriormente alude a la integralidad de la salud de la mujer embarazada como medio inequívoco para obtener un hijo sano. Para los interlocutores esta integralidad tiene que ver con la necesidad de un abordaje total del cuidado prenatal brindado por los servicios de salud el cual no se evidencia en sus afirmaciones. Los participantes de la investigación, especialmente las gestantes manifiestan que el cuidado prenatal (control prenatal) es centrado en las condiciones biológicas y fisiológicas del embarazo y no contempla con la misma profundidad aspectos igualmente importantes como la salud mental de la gestante y de la puérpera.

"Sí, siento que la salud mental es algo muy importante, creo que es una de las más importantes, porque alimentarte, siempre te vas a alimentar, en el estrato en el que estés y como puedas, creo que uno se alimenta como puede, pero creo que lo emocional, la salud mental es fundamental, porque, bien sea que haya estudios o uno lee mucho, todo ese tipo de cosas influyen, en el parto, en la lactancia, en los primeros meses, porque no es fácil para uno" (EG6C46)

"quizás a muchas veces, yo lo voy a decir, pues no sé, desde la cita con la psicóloga, hace unas preguntas, la mamá responde, pero quizás de pronto ampliar esas preguntas con psicología, quizás hacer uso de algunos instrumentos de medición con la mamá, qué tanto nivel de conciencia, qué tanto nivel de conocimiento, de autocuidado, va a tener, cuando hablamos de las edades, la adolescente, y entonces la adolescente quedó embarazada, y la sacaron de su casa, los papás dicen, no, mija, busque qué hacer, peor, queda sin menos apoyo con la familia. Entonces es como mirar esos casitos en general, mirar más seguimiento y buscar instrumentos que de verdad reflejen cuál es la realidad de la salud mental de la mamá, que no está enmascarando situaciones, para prestarle un mejor apoyo" (EG4C110)

La salud emocional de la embarazada es un aspecto fundamental para el éxito y el término de la gestación. El embarazo y parto son momentos de la vida reproductiva de la mujer en los cuales son más susceptibles y vulnerables a desarrollar algunos trastornos mentales. Esto puede deberse a la combinación de los cambios hormonales propios del embarazo con una inadecuada adaptación a dichos cambios, especialmente en mujeres con predisposición. Así mismo factores psicológicos, sociales y culturales también contribuyen a la mayor vulnerabilidad de las mujeres a problemas emocionales durante esta etapa de sus vidas.

"pues que tengan mucho más apoyo y así contribuyen a la salud mental de la mamá es que hay un tema de… En estos días leía, de sobre estimulación, de todo el tema laboral, y todo el tema mamá, y todo el tema ama de casa, y todo se reúne en un mismo escenario, y obviamente la mamá, la embarazada, pues va a terminar con una carga de muchas cosas al tiempo, y hay que saber también manejar esa parte de salud mental" (EG4C74)

"Yo siento que cada persona es distinta, pues, porque uno también ha tenido una vida y ha conocido un montón de gente que no tiene amigos, y cada quien lleva los sentimientos de distintas formas, pero para mí, como ser humano independiente del resto, siento que es súper importante, es súper importante porque si tú no estás bien, lo digas y te ayuden a manejar las cosas que te pueden afectar mentalmente…" (EG6C39)

En este sentido los relatos expresan la necesidad de que los servicios de cuidado prenatal reconozcan y valoren la salud mental al mismo nivel que la salud física de tal modo que las madres logren la adaptación y el bienestar necesarios en esta etapa de la vida.

Igualmente, los interlocutores en sus relatos señalan la importancia de que el cuidado de la salud materna empiece en la etapa preconcepcional, lo que implica evaluar antes del embarazo la probabilidad que tienen las mujeres de enfrentar complicaciones tanto para su salud como para la del futuro hijo durante su proceso reproductivo. En este sentido la identificación temprana y el manejo de los riesgos maternos a través de una atención en salud adecuada son fundamentales para lograr un embarazo exitoso, un parto sin complicaciones y un recién nacido saludable.

"Incluso, hay muchas mujeres que quedan embarazadas sin saber si podían o no, sin saber si el embarazo les trae riesgos para su salud y su vida, sobre todo en las menores de edad, porque digamos que los adultos tienen muchas responsabilidades propias, natas, impresas, pero los menores hombres y mujeres no tienen esos conocimientos, ni esas habilidades de responsabilidad, ¿entonces de qué se trata?, de que ellas y los que están alrededor, o la naturaleza que sea, indígenas, aquí en la ciudad, en el campo, que no conocen, lo sepan, porque vuelvo y te lo digo, yo sé que hay un paquete de Profamilia, de cosas físicas de salud, toma y no quedes más embarazada, pero también puedes decirle, mira, lo que pasa es que si tú quedas embarazada a esta edad, tienes estos riesgos, ahora, también si tienes relaciones sexuales a esta edad, también tienes estos riesgos, también educar a las mujeres y los hombres como planear los hijos y en qué momento es mejor tenerlos" (EF5C66)

Así mismo se destaca la necesidad de que ese mismo cuidado trascienda de la etapa prenatal hacia el posparto en el cual la mujer puede verse expuesta a algunos riesgos que deterioren tanto su salud física como mental. En el posparto la mujer suele experimentar periodos de gran agotamiento, acompañado de cambios físicos y emocionales significativos; cambios que son a menudo desatendidos por el personal de salud, puesto que las actividades del cuidado llegan hasta el parto a partir del cual estas se centran en el cuidado del recién nacido.

“Entonces la mamá ya no cuenta con un hemograma, por ejemplo, después que tuvo su bebé, al mes, a los dos meses, cómo está esa mamá en cuanto a nutrición, hemoglobina, cómo quedó desde nutrición y dietética, bueno mamá, ya usted tuvo su bebé, y cómo quedó ahora en cuando a su normopeso, obesidad, sobrepeso, cómo la vamos a ayudar en este posparto, desde psicología” (EG4C87)

“Entonces sí dejan a la mamá a un lado, porque ya el bebé sí sigue con su control de crecimiento y desarrollo, su pediatra, su enfermera, su vacunación, pero la mamá queda como aparte, o sea, desaparece del plano, del cuidado, del posparto, escasamente después del posparto, una cita con ginecología y ya, no hay más para la mamá” (EG6C92)

“Ver cómo está, si emocionalmente no vaya a sufrir una depresión posparto, que anímicamente esté bien, que sus condiciones, hay que hacerle unos exámenes para ver cómo está evolucionando su recuperación” (EG5C61)

La falta de atención en salud que tienen las mujeres después del parto lleva a que sus necesidades y cuidados sean ignorados. Esto puede derivar en un período de sufrimiento emocional, tristeza, depresión, abandono e incomprensión, lo cual afecta negativamente el cuidado de si, la relación con su hijo y su familia, así como su desempeño en el rol de madre.

En consecuencia, la categoría interpreta la complejidad y la importancia del cuidado de la salud materna desde el contexto familiar. Esta como indicador fundamental de la salud de una población debe desarrollarse en un ambiente que valore y respete a la mujer, fortalezca su posición social y afiance sus derechos sin comprometer su bienestar físico y emocional.

5.3.5 La salud materna como expresión de la determinación social en la experiencia de las gestantes y su familia.

En esta última categoría aparecen afirmaciones importantes que integra la propuesta de la Teoría Fundamentada de la Tesis y que permite entender la salud materna como el resultado de las interacciones y significados que mujeres, familias y la sociedad construyen en torno al bienestar de la embarazada y su futuro hijo. Socialmente, el papel de la mujer ha evolucionado significativamente; sin embargo, el rol de madre y la maternidad siguen estrechamente ligados a la construcción social del género femenino. Aunque socialmente las formas de experimentar y asumir la maternidad y el cuidado de ésta han cambiado, la idea de ser mujer permanece intrínsecamente conectada con la noción de ser madre.

En este sentido, el cuidado de la salud de la gestante abarca diversos aspectos como el fisiológico (evaluación del curso del embarazo), la alimentación adecuada y la prevención de riesgos; los cuales están influenciados por el entorno social de la mujer. De tal modo que, para analizar y comprender adecuadamente el cuidado prenatal, es crucial considerar cómo el contexto social de la embarazada interactúa con los diferentes aspectos relacionados con él.

Para los interlocutores de esta tesis la dimensión social influye significativamente en las conductas que la mujer embarazada y su familia adoptan para cuidar su salud. Así mismo, las creencias y costumbres de la comunidad juegan un papel crucial en asegurar un embarazo saludable. Seguir estas normas puede contribuir a un embarazo sin complicaciones y al nacimiento de un bebé sano y bien nutrido. Estas afirmaciones concuerdan con la postura de la teoría de la Salud Pública “Determinación Social de la Salud” que considera la salud como un fenómeno que se construye en la sociedad y que enfatiza que las estructuras sociales pueden afectar o beneficiar el bienestar individual y colectivo.

“De pronto las mujeres que tienen un espacio socioeconómico un poquito más alto tienen facilidades de pronto de buscar y pagar, contratar, un servicio, bueno, yo voy a contratar una cuidadora, para que me ayude en este proceso, el bebé y todo lo demás, y la que no tiene con qué, pues asume ella sola, y va a entrar a hacer un sobre esfuerzo físico, físico y mental, emocional” (EG4C68)

“Es que hay un tema de… En estos días leía, de sobre estimulación, de todo el tema laboral, y todo el tema mamá, y todo el tema ama de casa, y todo se reúne en un mismo escenario, y obviamente la mamá, la embarazada, pues va a terminar con una carga de muchas cosas al tiempo, y hay que saber también manejar esa parte de salud mental” (EG4C74)

“Influye, sí, sobre todo en las creencias mías, más propias, porque bueno, en mi caso, yo no me dejo llevar mucho por lo que dicen, yo me baso más en las lecturas, en lo que yo misma investigo y en lo que yo misma lea, y también en lo que me dijo en algún momento mi mamá cuando estaba en vida, que recuerdo muchas cosas que ella me contaba, o me decía, pero para mí, han sido también algunos mitos, que de hecho ya no las llevo a la práctica, y otras sí las llevo a la práctica” (EG5C77)

A su vez, los relatos de los participantes revelan la falta de apoyo a las gestantes desde el ambiente laboral para que esta pueda seguir siendo productiva durante este periodo. Igualmente manifiestan como aún dentro del contexto familiar se propende por que la embarazada deje de laborar y se quede en casa cuidándose, situación que también influye negativamente en la integralidad de la salud materna. Esta desvinculación laboral de la mujer durante el embarazo (para cuidar al hijo que se espera) o después del embarazo (para cuidar al recién nacido) influye negativamente en la economía de la familia y la provisión de los asuntos básicos, tanto como el la autonomía y empoderamiento de la

mujer que debe dejar de productiva laboralmente para dedicarse exclusivamente a ser madre.

"Sí, sí, porque las empresas sienten que está invirtiendo un dinero perdido, porque no está ganando del objetivo para el cual se contrató la persona, sino la embarazada está es generando gastos, así lo ven algunas empresas, entonces eso si le genera dificultad a uno" (EG5C71)

"Pero en términos generales, el embarazo y el trabajo se pueden llevar de la mano, aquí el tema es, el apoyo que tenga esa embarazada por parte de la familia, para que sí pueda trabajar, genere ingresos, y que el resto de sus funciones en casa, pues tengan mucho más apoyo y así contribuyen a la salud mental de la mamá" (EG4C73)

"Ellos me dicen que depende de qué trabajo tienes, o sea, es que yo tengo que estar de pie 14 horas, nos salimos del trabajo que estábamos, porque yo le decía, yo no siento que me limite, pero yo no quiero hacerme daño, o sea, saber que eso es malo, no es limitante, pero no quiero hacerme daño, no quiero hacerle daño al bebé, a mis piernas que tengo varices" (EG6C35)

"Sí a veces no me daban permiso, yo muchas veces pedí permiso para ir a las citas, pero ya en estas últimas etapas del embarazo es donde uno más debe estar pendiente y estar acompañado, y es ahí donde no me podían dar permiso cada semana, ya yo tomé la decisión de, primero mi embarazo y mi hijo" (EG3C81)

El embarazo plantea a las mujeres el desafío de equilibrar el rol de madre con el de profesional y trabajadora, enfrentándose además a prejuicios e incluso discriminación en los ámbitos laborales. A pesar de que se evidencian avances en la protección de la maternidad en el contexto laboral, las afirmaciones develan

la existencia de desigualdad social hacia las mujeres debido a su función reproductiva y como la cultura patriarcal aún está muy arraigada.

Así mismo, los resultados de la tesis evidencian como la situación económica de la familia influye en el acceso a los servicios de salud y especialmente en la alimentación de la gestante. La falta de recursos económicos limita la capacidad del hogar para cubrir sus necesidades básicas, principalmente la alimentación, y restringe las oportunidades de empleo y desarrollo personal. Los interlocutores declaran que en muchas ocasiones se les complica conseguir el dinero para comprar los alimentos, especialmente si no se tiene un trabajo que provea el ingreso económico suficiente, para lo cual estos buscan alternativas que les ayuden a obtener los recursos. Igualmente afirman que hay momentos en que es difícil acceder a algunos tipos de alimentos que son necesarios por escasez o los precios elevados de los mismos.

"Pues principalmente hay que tener un trabajo, verdad, porque si no cómo me compran las cosas, como me compran la comida. Él no tiene un trabajo fijo, pero siempre está buscando por aquí y por allá, pero hay días en no tiene no consigue para comprar todos los alimentos" (EG1C44)

"Entonces hay semanas donde el presupuesto que tenemos para las frutas lo gastamos en la otra parte de la alimentación, entonces del presupuesto que tenía para las frutas compro el cerdo, y ya ahí se ve afectado ese presupuesto que teníamos, entonces él busca como la forma, y yo, para suplir ese gasto que hicimos para la próxima semana poder tener para y yo pueda comer las frutas que también son importantes para mi bebé" (EG1C90)

"Yo siempre le traigo todos los días su alimentación, sus frutas, sus verduras, su carne también. Busco donde es más económico, las cosas están muy caras y no es fácil conseguir el dinero, pero yo tengo que responderle a ella y a mis hijos" (EF2C82).

Además de la alimentación para los participantes es igualmente importante el apoyo de la familia y de las mujeres con experiencia de la comunidad, así como contar con apoyo espiritual durante su embarazo. El acompañamiento espiritual facilita que las futuras madres puedan expresar sus sentimientos. Esto les permite encontrar estabilidad emocional y evitar apartarse de circunstancias que provoquen emociones negativas.

"Sí señora, sí, yo creo que con la ayuda de Dios sí, él nos da tranquilidad, ante todo, yo digo que él es el que nos da las fuerzas y la confianza, uno solo no puede, Diosito que él se encarga de todo, ese ha sido como mi pilar de salir adelante y de todo, llevar todo agarradito de Dios, el me ayuda en todo y este niño va a nacer muy bien porque Dios está conmigo" (EG2C113)

"Porque de todas maneras estar embarazada también es un riesgo que ella tiene, porque ella está sufriendo de cálculos y yo tengo miedo por eso, porque ella tiene cálculos, y yo digo que, bueno, yo solamente digo que eso es complicado, eso le puede complicar el embarazo y hacerle daño al bebé. ¡Entonces a mí me preocupa como puede ella salir de ese embarazo! pero tanto ella como yo estamos seguras de que Dios le va a ayudar, Dios la va a proteger y ella está tranquila por eso. Con el favor de Dios, le pido a Dios todos los días que salga bien, que la saque de ese paso." (EF3C5)

"Y qué le digo, yo gracias a Dios y al apoyo de mi familia, de mi esposo, de mis hermanos, pues ellos están al pendiente de todo lo que yo necesito. Yo todos los días de pido a Dios que me ayude que me proteja, que proteja a mi bebé, porque uno nunca sabe, siempre se pueden presentar cosas, enfermedades en el embarazo y problemas en el parto, entonces yo confío en Dios en que todo va a salir bien". (GFE306)

En este sentido, la espiritualidad durante la gestación cada vez se reconoce con mayor importancia como un factor protector de la salud materna, puesto que puede tener efectos beneficiosos durante el transcurso de este periodo y al momento del parto. La espiritualidad fomenta el vínculo entre la madre y el hijo en gestación lo es un elemento clave para una adecuada adaptación y un embarazo saludable.

Se debe agregar que un aspecto importante del abordaje social de la salud materna es que ésta debe involucrar no solo a la mujer gestante, sino también a su entorno familiar que a su vez se comporta como su red apoyo para el cuidado materno. En este sentido los resultados de la investigación revelan que la familia de la embarazada no acompaña siempre el cuidado prenatal (control prenatal) manifestando dificultades de tipo social, especialmente de trabajo, tiempo y económicas para asistir a las citas programadas; de tal forma que el seguimiento por parte de la familia al cuidado materno brindado por las instituciones de salud lo hacen a través de las experiencias relatadas por la mujer gestante.

"No, la mayoría de las veces siempre voy sola, mejor dicho, siempre voy sola, siempre he ido sola porque mi mamá no pasa aquí, mi hermana no pasa aquí tampoco y mi esposo anda ocupado, entonces voy sola. Gracias a Dios me ha ido bien, él me lleva, pero se tiene que devolver a su trabajo; cuando salgo él me va a buscar, si no puede buscarme, una persona de confianza me va a buscar y ya… pero siempre la mayoría de las veces él me va a buscar" (EG2C46).

"Pues bueno es muy difícil, cuando tú tienes un solo hijo es posible que haya más acompañamiento, es decir, de pronto mi esposo, o mi mamá me acompañaban al control cuando estaba embarazada de mi primer hijo, pero ya cuando vamos por el cuarto embarazo ya nadie me acompaña, ellos no tienen tiempo, están ocupados, hay que cuidar a los otros niños, entonces

prácticamente el control lo he llevado yo sola… He ido sola, a muchas citas, a muchas valoraciones". (EG4C29)

"Ella ha asistido a todas sus consultas, ha ido a los laboratorios, la verdad yo indagado mucho con ella cómo ha sido el trato con los médicos, pues todos trabajamos, yo empecé a trabajar en una casa de familia y la única que queda en la casa es ella… ellas son 3 hermanas y yo soy la cuñada, y todos trabajamos ella cuando tiene su consulta se va tempranito sola, todos salimos a trabajar y en la tarde nos cuenta cómo le fue, que le dijeron, que le mandaron" (GFF83).

Como resultado de esta categoría interpretativa podemos resaltar como ya ha manifestado la OMS que la salud de las personas y para el caso de esta tesis doctoral, la salud materna no solo depende del bienestar físico y mental de la gestante, sino también de su conexión con su contexto social. La vida y el cuidado de salud de la embarazada y de su hijo por nacer dentro de su entorno social es fundamental para las mujeres y sus familias.

5.4 Validación teórica de la teoría fundamentada a través del método Delphi

Partiendo de la coherencia metodológica de la teoría fundamentada y la necesidad de incluir en ella las perspectivas de todos los involucrados, las teorías existentes y los resultados de esta investigación, se creó un espacio para validar la teoría desarrollada en esta tesis doctoral a partir de los datos. Esta validación se hizo utilizando el método Delphi, contactando a expertos como profesionales de la salud encargados del cuidado y la educación para la salud materna, mujeres dedicadas al oficio de la partería y mujeres con experiencia en el cuidado domiciliario de embarazadas. La reunión se efectúo el día 29 de mayo en el auditorio de la sede La Granja de la Empresa Social del Estado Vida Sinú de 8:00 a 12:00 am. Después de tres rondas de retroalimentación de lo expresado de forma anónima por cada experto en sus respuestas se produjo una opinión

representativa del grupo para cada una de las preguntas. Las características de los expertos participantes son las siguientes:

En coherencia con la naturaleza flexible, emergente y circular de la TF, el proceso de validación de los hallazgos y de la teoría sustantiva se desarrolló de manera espiral y continua durante todas las fases del estudio. La validación se entendió no como una etapa final, sino como un proceso transversal de contraste y verificación, que permitió revisar permanentemente la pertinencia de las categorías, las relaciones teóricas y las hipótesis interpretativas construidas. Durante la segunda fase de recolección y análisis de la información, las categorías analíticas surgidas fueron puestas a prueba en las entrevistas siguientes, permitiendo ajustar o redefinir los significados a medida que se avanzaba en la comprensión del fenómeno. En la tercera fase, este ejercicio se amplió a la contrastación de las hipótesis teóricas construidas a partir de los datos, que fueron verificadas y enriquecidas con las nuevas narrativas de las participantes. De este modo, la validación con los actores sociales se realizó de manera reiterada en los distintos momentos del trabajo de campo, garantizando que las construcciones teóricas reflejaran con fidelidad los sentidos y experiencias de las gestantes y sus familias.

De manera complementaria, se realizó una validación teórica con expertos mediante el método Delphi, concebida como una estrategia adicional de triangulación y fortalecimiento conceptual. Este procedimiento no tuvo como propósito sustituir la validación social realizada con la población participante, sino contrastar la coherencia interna, la solidez teórica y la aplicabilidad de la teoría sustantiva desarrollada, a partir del juicio de expertos en el cuidado de la salud materna. En este sentido, la participación de los expertos no buscó “validar” la experiencia vivida de las gestantes y sus familias, sino fortalecer el rigor y la coherencia del conocimiento en el análisis desde la perspectiva de expertos familiarizados con el campo disciplinar y con los enfoques de la determinación social de la salud.

La integración de la validación empírica con actores sociales y validación teórica por consenso de experto permitió asegurar la credibilidad, consistencia y transferibilidad de la teoría sustantiva construida, de acuerdo con los criterios de rigor científico cualitativo y con la esencia dialógica y reflexiva de la Teoría Fundamentada.

Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes expertos.

Edad	Genero	Profesión/oficio	Escolaridad
35	Femenino	Médico	Universitaria
41	Femenino	Enfermera	Universitario
33	Masculino	Docente Enfermería	Universitario
26	Femenino	Auxiliar de Enfermería	Técnico
52	Femenino	Ama de casa/partera	Bachiller
57	Femenino	Ama de casa	Bachiller incompleto
44	Masculino	Ginecólogo-Obstetra	Universitario

Fuente: Elaboración propia

El instrumento consultó a estos expertos sobre su experiencia en el cuidado prenatal y su conexión con los hallazgos de la tesis doctoral. También se les preguntó en qué poblaciones podrían validarse los resultados y qué tan útiles serían para el cuidado del embarazo. Además, se buscaron recomendaciones para el sistema de salud, las políticas públicas y futuras investigaciones. Finalmente, se les preguntó sobre los beneficios y la aplicabilidad de estas metodologías de investigación en otros aspectos importantes del embarazo. Para conducir esta discusión, se elaboró una guía de preguntas (anexo 9). A continuación, se presentarán los principales resultados de esta validación.

Para el grupo de expertos, los resultados de la investigación son válidos porque reflejan fielmente la realidad y las dificultades en la implementación de programas de salud pública, como el Control Prenatal. Aunque estos hallazgos son aplicables a un grupo específico de gestantes y sus familias, y no son transferibles a todas las embarazadas de la ciudad, sí revelan la situación actual del cuidado gestacional por parte del sistema de salud. Los expertos señalan que el sistema de salud no ha logrado un impacto efectivo en la salud materna ni en la mejora de los indicadores de salud pública. Esto provoca que las creencias y prácticas culturales de la familia adquieran un rol crucial. Esta situación hace que los resultados sean tanto válidos como preocupantes.

En esta misma línea, los expertos consideran que los hallazgos de la tesis doctoral podrían ser igualmente válidos en otras poblaciones tales como adolescentes embarazadas, mujeres afrodescendientes, desplazadas, campesinas e indígenas. Sugieren aplicar esta metodología de investigación en grupos con acceso limitado a servicios de salud, particularmente por barreras sociodemográficas. También, proponen extender el estudio a comunidades con conocimientos culturales y ancestrales más arraigados.

El grupo de expertos concluyó que esta investigación hace un valioso aporte al cuidado de la salud materna. Sus resultados son útiles para que los profesionales de la salud y otros actores del sistema puedan evaluar el impacto de las acciones en salud. Además, ofrecen una oportunidad para cambiar el enfoque de la salud, buscando generar un impacto real en la conciencia de la población y, consecuentemente, en la salud materna. Los hallazgos también son un llamado a la reflexión para todos los encargados del cuidado prenatal. Invitan a adoptar un enfoque cada vez más holístico en beneficio de la mujer, abarcando todas las etapas de su vida reproductiva. Igualmente, se determinó que el sistema de salud debe fortalecer su vigilancia en la implementación y cumplimiento de la ruta de atención materno perinatal. Es crucial sensibilizar a los profesionales de la salud

que atienden a gestantes, convenciéndolos del impacto significativo que sus acciones pueden tener en la población. Así mismo, se debe reforzar la atención primaria en salud con una perspectiva comunitaria, buscando que la familia se involucre de manera efectiva en el cuidado prenatal.

En cuanto a la metodología de investigación de esta tesis doctoral los expertos sugieren aplicarla a otras poblaciones con diversidad de participantes. Esto permitiría comparar y evaluar el impacto de los programas de atención prenatal de las aseguradoras, tanto subsidiadas como contributivas, lo que facilitaría la toma de decisiones en salud pública. Asimismo, recomiendan extender este tipo de investigaciones a otros aspectos relacionados con la gestación, como los factores emocionales y de salud mental, que cada vez afectan más a las gestantes; así como a la vivencia de enfermedades propias de la gestación como la diabetes gestacional y la hipertensión inducida por el embarazo.

Finalmente, para los expertos consultados, los resultados de esta investigación son de gran utilidad para el diseño de políticas de salud pública en el ámbito materno encaminadas hacia el bienestar integral de las mujeres y sus hijos por nacer. Estas políticas podrían tener un enfoque diferencial y territorial, adaptándose a las características poblacionales y culturales de cada región del país. El objetivo sería que estas políticas identifiquen eficazmente las barreras estructurales y sociales que obstaculizan un cuidado prenatal adecuado, y que comprendan las necesidades reales de las gestantes. De igual manera, estos hallazgos pueden servir para evaluar el impacto y la implementación de las acciones de salud en el cuidado de la salud materna.

6 Discusión

El enfoque del concepto de salud ha sido tradicionalmente guiado por el paradigma positivista, tanto en sus postulados como en sus principios y métodos empleados para analizar los fenómenos de salud. En contraste con esto, el fundamento de la determinación social de la salud ha construido una perspectiva que entiende la salud como un proceso. Esto implica considerarla dentro del contexto de las relaciones de acumulación, propiedad y poder, lo que cuestiona directamente el paradigma positivista (93).

En los últimos tiempos el pensamiento crítico latinoamericano ha trabajado para consolidar la visión de la salud como un fenómeno complejo, desafiando así el enfoque reduccionista del paradigma clásico, por lo que se hace necesario redefinir el sujeto del conocimiento y avanzar hacia la integración de otros saberes que el positivismo había marginado. En este sentido, la interculturalidad ha cobrado especial relevancia en la última etapa, entendiéndose como el proceso histórico de interacción entre diferentes formas de conocimiento que coexisten en un mismo espacio social de reproducción cultural, aunque surjan de grupos específicos (33).

Es así, que la comprensión del cuidado de la salud materna desde los significados de los comportamientos relacionados con la nutrición permitió develar un entramado de dimensiones sociales, culturales y familiares que configuran la experiencia de las gestantes. Los hallazgos de esta investigación trascienden la visión tradicional del control prenatal centrado en la prescripción biomédica y la vigilancia de riesgos biológicos, para situar el fenómeno en el marco de la determinación social de la salud, donde las condiciones estructurales, las prácticas culturales y las relaciones de poder configuran la vivencia del embarazo y el acceso efectivo a la atención (33, 100, 183). En este sentido, esta discusión se estructura no solo en relación con estudios previos, sino también desde la articulación teórica de los referentes que orientaron la tesis,

permitiendo avanzar hacia una comprensión más compleja, crítica y contextual del fenómeno estudiado.

Los resultados evidencian que la salud materna no se construye únicamente a partir de factores individuales o conductuales, sino de procesos sociales estructurales que configuran las condiciones de vida y las posibilidades de cuidado. De acuerdo con Breilh y Laurell, la determinación social se expresa en tres planos interrelacionados: el general (modo de producción social), el particular (condiciones de vida y trabajo) y el singular (procesos cotidianos de las familias y sujetos) (33, 95, 100, 183). En este estudio, estos planos se reflejan en la relación entre la desigualdad económica, la organización familiar y la forma en que las gestantes experimentan su salud. Así, las limitaciones de acceso al control prenatal, la inseguridad alimentaria o la dependencia económica no son "factores" externos, sino expresiones de un orden social que condiciona el ejercicio del derecho a la salud (33, 95, 100, 183).

En concordancia con esta postura, la investigación muestra que la gestación y la maternidad se vive como un proceso atravesado por condiciones de clase, género y territorio. La gestante no actúa en un vacío, sino en contextos donde los recursos, las oportunidades y los saberes están desigualmente distribuidos. Este hallazgo coincide con estudios latinoamericanos que denuncian cómo las políticas públicas en salud reproducen desigualdades estructurales cuando se enfocan solo en modificar comportamientos individuales (96, 184, 185). Desde la Determinación Social de la Salud, el reto no es intervenir los "determinantes" sino transformar las relaciones sociales que producen esas condiciones de vulnerabilidad, aspecto que la presente tesis destaca al visibilizar las voces y prácticas de las gestantes en su entorno familiar y comunitario.

Una de las categorías interpretativas de los resultados mostró relaciones verticales y autoritarias entre los profesionales de salud y las gestantes durante el cuidado prenatal (control prenatal). Esta dinámica, ya señalada en otros

estudios (186, 187), adquiere aquí una mirada más profunda desde la determinación social: las relaciones de poder en el ámbito institucional de los servicios de salud son reflejo de las jerarquías sociales y cognitivas que estructuran la prestación de los servicios de salud. Como indica Menéndez, el modelo biomédico tiende a deslegitimar los saberes populares, reforzando la subordinación de las usuarias. En este estudio, ello se expresa en la reducción de la gestante a una “paciente obediente”, lo que anula la posibilidad de construir significados compartidos y obstaculiza la autonomía femenina (97).

Igualmente, la ausencia de un diálogo de saberes y de un enfoque intercultural en el control prenatal limita la integralidad del cuidado y reproduce inequidades simbólicas. En la realidad, esto significa que las prácticas culturales de cuidado, las tradiciones alimentarias o las creencias sobre el cuerpo y la maternidad son tratadas como “errores” o “riesgos” en lugar de ser entendidas como expresiones legítimas de identidad y experiencia (98, 188). La presente tesis propone que la inclusión de un enfoque intercultural en la atención materna no debe considerarse un complemento, sino un principio epistemológico del cuidado, donde los saberes biomédicos y los saberes cotidianos coexisten y se enriquecen mutuamente.

Por su parte, desde la categoría familia, los hallazgos evidencian que las prácticas nutricionales y de salud se producen en el seno de relaciones de cuidado profundamente marcadas por roles de género, jerarquías intergeneracionales y redes de apoyo femenino. En correspondencia con la teoría de la determinación social, la familia se concibe como una unidad donde confluyen los procesos de reproducción social y de producción de la vida (189). Las decisiones sobre la alimentación, la asistencia al control prenatal o la búsqueda de atención institucional no son actos individuales, sino prácticas socialmente negociadas entre las mujeres, sus parejas y otros miembros de la familia.

En este contexto, las abuelas, madres y suegras adquieren un papel simbólico central como transmisoras de saberes y garantes del cuidado, pero también como agentes de reproducción de mandatos culturales sobre la gestación y la nutrición. Este doble alcance de soporte y de control explica por qué muchas mujeres embarazadas oscilan entre la obediencia a las normas biomédicas y el cumplimiento de los saberes familiares. Este hallazgo amplía la comprensión teórica del cuidado como proceso relacional, en el cual el poder, la afectividad y la cultura se entrelazan para configurar la salud materna (190,191).

Por otra parte, el análisis del cuidado de la salud materna en esta tesis doctoral se distancia de las concepciones asistenciales o funcionalistas para asumirlo como una categoría crítica y emancipadora, como lo proponen autores como Waldow, Collière y Boff. Desde esta perspectiva, cuidar no es simplemente atender o proteger, sino reconstruir las condiciones para vivir dignamente. Los resultados revelan que el cuidado materno se convierte en un acto de resistencia frente a las desigualdades estructurales: las mujeres, a pesar de las limitaciones económicas y las barreras institucionales, movilizan estrategias de autoorganización, redes de apoyo y prácticas simbólicas que les permiten sostener la vida (192-194). Esta comprensión alude a la salud pública, al colocar el cuidado de la salud materna no solo como práctica profesional de los profesionales de la salud, sino como acción política y ética que busca restituir el derecho a la salud. En coherencia con la Determinación Social de la Salud, el cuidado materno no se restringe al ámbito clínico, sino que se proyecta al espacio social, donde se generan los procesos de injusticia o de emancipación. Por tanto, el aporte de esta investigación es proponer una lectura del cuidado materno como un campo donde se disputa la autonomía, el reconocimiento y la equidad.

Los resultados de esta tesis doctoral permiten comprender el embarazo y la nutrición materna como fenómenos relacionales y socialmente determinados. A diferencia de estudios previos que se limitan a describir barreras o factores asociados, esta investigación propone una mirada teórica que explica las raíces

estructurales de dichas barreras y la forma en que se traducen en significados cotidianos. Estos hallazgos no solo confirman resultados de otros autores, sino que los reformulan críticamente, evidenciando que las políticas para el cuidado de la salud materna actuales continúan operando bajo una lógica individualizante, a pesar de proclamarse integrales. La comprensión del fenómeno desde la determinación social permite reconocer que la verdadera integralidad no se alcanza sumando intervenciones, sino transformando las condiciones estructurales y simbólicas que configuran el cuidado. Así, esta tesis doctoral no solo ratifica hallazgos existentes, sino que propone un marco conceptual alternativo para pensar la salud materna en Colombia y América Latina.

7 Limitaciones

La principal limitación de esta investigación tiene que ver con la metodología utilizada y la muestra estudiada. Al tratarse de una investigación y muestra cualitativas sus resultados son solo aplicables al contexto estudiado y no pueden generalizarse al resto de la población. Sin embargo, los resultados de esta investigación dan pistas de lo que puede estar ocurriendo en contextos similares y en procesos de cuidado prenatal parecidos; por lo que se deben hacer investigaciones en entornos geográficos y culturales diferentes para dar cuenta de las realidades del cuidado de la salud de las gestantes a nivel nacional e incluso de Latinoamérica.

La muestra de la tesis doctoral estuvo conformada por mujeres gestantes y sus familias que están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano y que asistían al programa de control prenatal ofrecido por este, lo que se constituye en una limitante en cuanto no es posible conocer las experiencias y comportamiento de las embarazadas que no son acompañadas en el cuidado de su salud por parte del sistema y/o profesionales de la salud, especialmente en territorios con origen étnico, quienes soportan el cuidado prenatal únicamente en sus conocimientos y prácticas ancestrales con matronas o parteras.

8 Conclusiones

Esta tesis doctoral se planteó como objetivo central desarrollar una teoría sustantiva para comprender la experiencia del cuidado de la salud materna alrededor de los significados relacionados con la nutrición de la gestante. La meta fue utilizar esta comprensión teórica como base para impulsar la transformación del cuidado prenatal hacia una salud materna integral que abarque los diferentes contextos que rodean a la mujer embarazada.

La OMS concibe un mundo en el que todas las embarazadas reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio (194). En este sentido, la atención prenatal debe brindar la oportunidad de establecer un diálogo con las mujeres, sus familias y sus comunidades, ofreciéndoles apoyo en ese periodo fundamental de su vida. Se destaca la necesidad de una comunicación efectiva en relación con aspectos fisiológicos, biomédicos, de comportamiento y socioculturales. La OMS subraya la importancia de proporcionar un apoyo integral de índole social, cultural, emocional y psicológico a las mujeres embarazadas, siempre de manera respetuosa. Estas funciones de comunicación y apoyo de la atención prenatal son fundamentales no solo para prevenir muertes, sino también para elevar la calidad de vida, fomentar el uso de los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención recibida. Las vivencias positivas durante la atención prenatal y el parto pueden construir una base sólida para una maternidad saludable (194).

En relación con las conclusiones de esta tesis doctoral podemos afirmar que la comprensión del cuidado de la salud materna desde los significados de los comportamientos relacionados con la nutrición permitió construir una visión amplia y profunda de las experiencias que viven las gestantes y sus familias en torno a su salud, sus hábitos alimentarios y su relación con los servicios de salud. A través del proceso analítico de la teoría fundamentada se logró revelar una realidad compleja donde la mujer embarazada, su entorno familiar y las

instituciones se entrelazan en un entramado de relaciones, valores, saberes y condicionantes sociales que determinan la manera como se cuida y se entiende la salud durante la gestación. Estas conclusiones dan respuesta directa a los objetivos de la tesis doctoral y constituyen el resultado del proceso interpretativo desarrollado por la investigadora a lo largo del estudio.

Comprensión de los significados del cuidado de la salud materna desde las conductas relacionadas con la nutrición.

Con respecto a esta comprensión, se precisa que el cuidado de la salud materna se construye principalmente desde los significados que las mujeres atribuyen a la alimentación y a las prácticas de autocuidado. Para las gestantes, comer adecuadamente no es solo una necesidad fisiológica, sino una forma de demostrar amor, responsabilidad y compromiso con la vida del hijo por nacer. Estos significados se tejen en un contexto donde el cuidado es entendido como una tarea moral y afectiva que reafirma el rol materno dentro del grupo familiar. Sin embargo, también se evidenció que las posibilidades reales de cumplir con las recomendaciones nutricionales están mediadas por las condiciones económicas del hogar, la disponibilidad de alimentos, el acceso a la información y las costumbres culturales heredadas. En consecuencia, el cuidado materno a través de la nutrición surge como un proceso en el que las mujeres adaptan, transforman o resisten las indicaciones institucionales de acuerdo con su contexto y sus propias interpretaciones, construyendo una manera singular de cuidar su salud y la del hijo que esperan.

Influencia del entorno familiar y sociocultural en las prácticas de cuidado materno.

El estudio permitió comprender que la familia es el espacio donde se origina, se reproduce y se transforma el cuidado materno. Es aquí donde aprenden los valores, hábitos y normas que orientan las conductas de salud, y se refuerzan las

tradiciones relacionadas con la alimentación, la maternidad y el rol de la mujer. Las relaciones familiares actúan como soporte emocional y material, pero también como fuente de control y regulación de las decisiones. Las mujeres no cuidan solas, lo hacen en diálogo constante con su pareja, su madre, sus suegros y otras figuras significativas que influyen en lo que consideran “correcto” o “adecuado” para su salud y la del bebé. Por tanto, las prácticas de cuidado materno no son producto de decisiones individuales, sino el resultado de procesos de negociación familiar y social, donde convergen las experiencias, los afectos y las normas culturales que dan sentido al embarazo dentro del grupo doméstico y la comunidad.

Relación entre las gestantes y sus familias con los servicios de salud durante el control prenatal.

El análisis de los relatos reveló una relación predominantemente vertical entre las gestantes y los profesionales de la salud, caracterizada por la autoridad del personal sanitario y la pasividad asignada a la mujer embarazada. Esta forma de interacción coloca a la gestante en una posición de obediencia frente a las indicaciones médicas, limitando su participación activa en las decisiones sobre su propio cuerpo y su proceso de gestación. En este contexto, el control prenatal se percibe más como un cumplimiento de deberes que como un espacio de acompañamiento y aprendizaje. Las mujeres sienten que su saber, su experiencia y sus costumbres no son reconocidas dentro de la consulta, lo cual genera distanciamiento emocional y desconfianza. De manera, que se evidencia la necesidad de replantear la relación entre el sistema de salud y las mujeres gestantes hacia un modelo más horizontal, participativo y humanizado, donde el conocimiento técnico dialogue con los saberes cotidianos de las mujeres y sus familias, y donde el cuidado sea un acto compartido, no impuesto.

Comprensión de los procesos sociales y culturales que determinan la salud materna alrededor de la nutrición en el contexto local.

El estudio demuestra que las condiciones de vida de las gestantes de Montería están permeadas por la precariedad económica, la inseguridad alimentaria, la desigualdad de género y las limitaciones en el acceso a los servicios públicos y de salud, lo cual determinan de manera directa su posibilidad de cuidar la salud y cumplir con las recomendaciones nutricionales y médicas. Estas condiciones no son circunstanciales, sino el reflejo de una estructura social que ubica a las mujeres en posiciones de vulnerabilidad y dependencia. El embarazo, lejos de ser un proceso exclusivamente biológico, se convierte en una experiencia atravesada por las tensiones del contexto social y por la búsqueda constante de estrategias para sostener la vida en medio de las dificultades. Así, la salud materna no puede entenderse como un estado individual, sino como el resultado de interacciones complejas entre lo social, lo económico, lo familiar y lo cultural, que influyen en la manera como las mujeres perciben, significan y viven el cuidado durante la gestación.

A partir del análisis de los datos emergió una teoría sustantiva que explica que el cuidado de la salud materna se configura como un proceso socialmente determinado, donde convergen las condiciones materiales de vida, los vínculos familiares y los saberes culturales. Esta teoría plantea que las mujeres gestantes no son receptoras pasivas de cuidado, sino agentes que interpretan, adaptan y negocian los significados del cuidado a partir de su contexto y sus experiencias. El cuidado se convierte, entonces, en una práctica relacional y simbólica que busca preservar la vida y fortalecer la identidad femenina dentro de la familia y la comunidad. El aporte principal de esta tesis doctoral radica en haber visibilizado el carácter social y cultural del cuidado materno, ofreciendo una comprensión que trasciende los límites del modelo biomédico e incorpora la voz y la experiencia de las mujeres gestantes y sus familias como fuente legítima de conocimiento.

En conclusión, el fenómeno del cuidado de la salud materna desde la nutrición se configura como un proceso que no puede comprenderse sin reconocer las condiciones estructurales, familiares y culturales que lo atraviesan. La salud de

las mujeres gestantes no depende únicamente de la atención en salud a nivel institucional ni de las conductas individuales, sino de los modos de vida y de las relaciones sociales que sustentan o limitan el bienestar. El embarazo se convierte en un escenario donde la mujer expresa su capacidad de resistir, adaptarse y construir significados propios de cuidado, aun en medio de contextos adversos. Por tanto, el cuidado materno debe ser entendido como una práctica emancipadora, que involucra la autonomía, el reconocimiento y la dignidad de las mujeres, así como el compromiso ético y político de la sociedad y de los servicios de salud para garantizar las condiciones necesarias para vivir un embarazo saludable y seguro.

9 Recomendaciones

Para la elaboración de políticas, planes, programas y proyectos relacionados con el cuidado de la salud materna se sugiere atender la voz de las mujeres gestantes y de sus familias en la creación e implementación de estos, de tal forma que se construyan de una forma más real, apropiada y contextualizada a las necesidades sentidas de esta población. La comprensión de estas voces que expresan las experiencias, significados y estrategias que las mujeres y sus familias emplean para asegurar la salud de la embarazada y la de su hijo en gestación contribuyen significativamente a un cuidado prenatal pertinente, coherente y con una postura humanizada hacia la población atendida, aportando a la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

En la prestación del servicio de cuidado prenatal se sugiere aplicar la guía de atención de la ruta materno perinatal centrada en los requerimientos de la mujer gestante; considerando a la embarazada de manera integral dándole igual importancia a sus necesidades sociales, psicológicas y espirituales como a las físicas y fisiológicas. Este enfoque del cuidado prenatal eleva la calidad de la atención recibida y se influye positivamente en la satisfacción de la mujer y en el desarrollo de su embarazo.

Modificar la educación para la salud materna, esta debe ir más allá de la transmisión de información teórica y práctica. Se recomienda no tratar de modificar la conducta de las personas, sino facilitar su comprensión, respeto y adopción de prácticas saludables arraigadas en su propia cultura, además de incorporar prácticas saludables complementarias. Igualmente, analizar los puntos fuertes y débiles de las costumbres, haciendo hincapié en aquellas que aportan mayores beneficios. Esto ayudará a las mujeres y sus familias a fortalecer la confianza en sus propios saberes y capacidades. De igual manera, se contribuye a empoderar a las mujeres, las familias y las comunidades,

brindándoles mayor capacidad de decisión para mejorar y tener un mayor control sobre la salud de la madre y del recién nacido.

10 Referencias bibliográficas

1. Berrío LR. Desigualdades en la procreación: Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. Ciudad de México: UAM-Xochimilco, Ítaca Editores; 2014.

2. Cordero Muñoz AL. Salud de la mujer indígena, Intervenciones para reducir la muerte materna. 2010. Banco Interamericano de Desarrollo. Pp: 1-28.

3. Vázquez Morales V, Ruvalcaba Ledezma JC. La Salud Materna como Indicador de Inequidad en Salud Pública. JONNPR. 2016;1(3):115-122. **DOI:** 10.19230/jonnpr.2016.1.3.1021.

4. Organización Mundial de la Salud. ODM 5: Mejorar la salud materna [En línea]. 2012 [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/index.html

5. Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. Para una Maternidad Saludable. 2ª edición. Septiembre 2012.

6. República de Colombia. Departamento de Planeación Nacional. Documento CONPES 3918. Estrategia para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en Colombia. Bogotá 2018

7. Mora-Escobar Gladys Ester, Cusihuamán-Puma Antonio Ulises, Insfrán María Delasnieve. Análisis situacional de las muertes maternas en Paraguay: alcances de 2008 a 2018. Rev. Salud publica Párr. [Internet]. Junio de 2020 [consultado el 10 de septiembre de 2020]; 10 (1): 10-22. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307

33492020000100010&lng=en. http://dx.doi.org/10.18004/rspp.2020.enero.10-22

8. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de Salud (ASIS) Colombia 2020. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá DC, diciembre de 2020.

9. Asamblea departamental de Córdoba. Ordenanza No 0009 de 2020.Por medio de la cual se adopta el Plan de Desarrollo Departamental "Ahora le Toca a Córdoba: Oportunidades, Bienestar y Seguridad 2020– 2023". Disponible en: http://www.cordoba.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-departamental-2020-2023.

10. Alcaldía de Montería. Secretaría de Salud. *Mortalidad materna. Semana epidemiológica 49 de 2023*. Montería: Alcaldía de Montería; 2024

11. Alcaldía de Montería. *Plan de Desarrollo Municipal 2020–2023. Montería Adelante*. Montería: Alcaldía de Montería; 2020

12. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Salud materna y neonatal. 2009. UNICEF. Pp: 2-6.

13. Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. Aquichan; 2014. 14(3): 316-326. DOI:10.5294/166íne.2014.14.3.4.

14. Puszko Bárbara, Sánchez Sofía, Vilas Noelia, Pérez Melisa, Barretto Luciana, López Laura. El impacto de la educación alimentaria nutricional en el embarazo: una revisión de las experiencias de intervención. Rev. Chil. Nutr. [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Oct 19] ; 44(1): 79-88. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

75182017000100011&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000100011.

15. Leddy M, Power M, Schulkin J. The Impact of Maternal Obesity on Maternal and Fetal Health. Rev Obstet Gynecol. 2008; 1(4):170–8.

16. Organización Mundial de la Salud. Informe de Nutrición Mundial. Development Initiatives Poverty Research Ltd. 2018. Bristol (Reino Unido) Disponible en: t.ly/Some

17. Cruz Almaguer Cecilia de la Caridad, Cruz Sánchez Leticia, López Menes Marta, González Jesús Diago. Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. Rev haban cienc méd [Internet]. 2012 Mar [citado 2020 Oct 19] ; 11(1): 168-175. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000100020&lng=es.

18. Rodríguez Domínguez PL., Hernández Cabrera J. y Reyes Pérez A. Bajo peso al nacer: algunos factores asociados a la madre. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2006;32(3).

19. García-Huidobro Diego. Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2010 Nov; 138(11): 1463-1464. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001200019&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010001200019.

20. Cid-Rodríguez MC, MontesdeOca-Ramos R, Hernandez-Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. Méd Electrón [revista en la Internet]. 2014 jul-ago; 36(4). Disponible en:

http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema08.htm

21. Weihs K, Fisher L, Baird M. Families, Health and Behavior: A Section of the Commissioned Report by the Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy. Fam Syst Health 2002; 20: 7-46

22. Louro I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cub Salud Pública. 2003;29(1):48-51.

23. García-Huidobro Diego. Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2010 Nov [citado 2020 Sep 20] ; 138(11): 1463-1464. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872010001200019&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010001200019

24. GARCIA SANCHEZ, Iraimis y NAVARRO DESPAIGNE, Daysi. Influencia del entorno familiar en la mujer en etapa climatérica. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 2011, vol.27, n.2 [citado 2022-02-11], pp.143-154. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.

25. Organización Mundial de la Salud. Departamento de reducir los riesgos del embarazo. Trabajando con individuos, familias y comunidades. 2010.

26. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%203280%20de%202018.pdf

27. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico y operativo para la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal – RIAS MP. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rutas-integrales.

28. ESE VidaSinú. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad: componente de la ruta materno perinatal. Montería: ESE VidaSinú; 2023. Disponible en: https://www.esevidasinu.gov.co/

29. Ortiz Ortiz C, Osorio L, Montes Díaz A. Implementación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal en el departamento de Córdoba, Colombia: avances y desafíos. Rev Salud Pública. 2021;23(5):e2762.

30. Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta Integral de Atención en Salud – RIAS. Enfoque de curso de vida. Bogotá: MSPS; 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rutas-integrales

31. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). *Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia: resultados 2023.* Bogotá: DANE; 2024.

32. Secretaría de Salud de Montería. *Plan de Intervenciones Colectivas 2023-2024.* Montería: Alcaldía de Montería; 2024.

33. Breilh J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013.

34. Agudelo-Londoño, S. M., González-Ortiz, L. D., Vélez-Álvarez, G. A., Gómez-Dávila, J., & Gómez-Arias, R. D. (2016). Análisis de las relaciones sociales durante el embarazo en mujeres con y sin morbilidad materna extrema. 169ínea169í169, 2011-2012. *Revista Gerencia y Políticas De Salud, 15*(30), 160-175.doi: http://ezproxyucor:2092/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.arsd.

35. Cereceda Bujaico Maria del Pilar, Quintana Salinas Margot Rosario. Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2014 Abr [citado 2020 Oct 26] ; 60(2): 153-160. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200009&lng=es.

36. Sandra Lucia Restrepo-Mesa, *et al.* Educación nutricional en gestantes, perspectivas para la acción. Rev. Esp. Nutr Comunitaria 2013;19(4):207-215. [Internet]. Disponible en: http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/Rev%20Esp%20Nutr%20Comunitaria%202013_4-4.pdf

37. Zuleta J. La morbilidad materna extrema: una posibilidad para aprender de experiencias exitosas en el manejo de la complicación obstétrica (Editorial). Rev Col Obs Gine. 2007; 58 (3): 180-1.

38. Cogollo-Jiménez, R., Amador-Ahumada, C., & Villadiego-Chamorro, M. (2019). El cuidado de la salud de la familia. *Duazary, 16*(-), 345-355. Doi: http://ezproxyucor.unicordoba.edu.co:2092/10.21676/2389783X.3157.

39. Pérez-Calviño RM, Carbonell-Pérez R, Alba-Martínez D. Papel de la familia en el fortalecimiento de la salud familiar. Buenos Aires. EFDeportes.com. [Internet]. 2014 nov. [citado 2018 jul 12];19(198). Disponible en: https://www.efdeportes.com/efd198/papel-de-la-familia-en-la-salud.htm.

40. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios. Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria. Bogotá: MSPS; 2015 oct. [En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Pr

ograma%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf.

41. Habermas J. Conocimiento e interés. Versión castellana de Jiménez M, Ivars J, Santos LM. 1990, Aguilar, Altea, Tauros, Alfaguara, S.A. de Ediciones Beazley. Buenos Aires.

42. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Primera edición en español 2002.

43. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española,* 23.ª ed. [versión 23.4 en línea]. <https://dle.rae.es> [Citado 2021 may 24]

44. Diccionario de filosofía y sociología marxista 1959:33. [versión en línea]. <https://filosofia.org> [Citado 2021 may 24].

45. Arfuch L. El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires 272 páginas. 2002

46. Dewey J. Experiencia y pensamiento. En J. Dewey, Democracia y Educación, Madrid: Morata., pp. 124-134. 2002

47. Guzmán Gómez, Carlota, & Saucedo Ramos, Claudia Lucy. (2015). Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios: Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. *Revista mexicana de investigación educativa*, *20*(67), 1019-1054. Recuperado en 24 de mayo de 2021, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662015000400002&lng=es&tlng=es

48. Larrosa J (2006). “Sobre la experiencia”, Aloma. Revista de Psicología, Ciències de l’Educació i de l’Esport, vol. 19, pp. 87-112. (en línea). Disponible en http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2201318

49. Mèlich, Joan-Carles (2002). Filosofía de la fi nitud, Barcelona: Herder.

50. NATERA-GUTIÉRREZ, Susana Ivette et al. Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados. Cultura de los cuidados, [S.l.], n. 49, p. 190-199, feb. 2018. ISSN 1699-6003. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2017-n49-interaccionismo-simbolico-y-teoria-fundamentada>. Fecha de acceso: 11 mar. 2022 doi:https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.21.

51. Blumer, H. Perspectiva y método. New Jersey: Univ of California Press. (1986).

52. DeGrandpre, R. J. (2000). A science of meaning: Can behaviorism bring meaning to psychological science? *American Psychologist, 55,* (7), 721–739.

53. Ballesteros B. El concepto de significado desde el análisis del comportamiento y otras perspectivas. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia), 4 (2): 231-244, julio-septiembre de 2005.

54. Feldman, C. (1990). El pensamiento a partir del lenguaje: la construcción lingüística de las representaciones cognitivas. En J. y. Bruner, La elaboración del sentido: la construcción del mundo por el niño (págs. 125-138). España: Paidós.

55. Bruner, J. (2002). *Actos de Significado: más allá de la revolución cognitiva*. España: Alianza.

56. Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida*. Argentina: Fondo de Cultura económica S.A.

57. Guidano, V. y. (2006). *Procesos Cognitivos y Desordenes Emocionales.* Santiago, Chile: Cuatro Vientos.

58. Ramos Lafont CP, Henao Villegas S, Montenegro Martínez G. La alimentación de la gestante y sus implicaciones en la salud materna. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2023; 29(1).

59. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Salud Pública. Salud materna. [en línea]. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx.

60. Dehury RK, Samal J. Maternal Health Situation in Bihar and Madhya Pradesh: A Comparative Analysis of State Fact Sheets of National Family Health Survey (NFHS)-3 and 4. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(9):IE01-IE04. Doi:10.7860/JCDR/2016/19079.8404.

61. Olonade O, Olawande TI, Alabi OJ, Imhonopi D. Maternal Mortality and Maternal Health Care in Nigeria: Implications for Socio-Economic Development. Open Access Maced J Med Sci. 2019 Mar 15; 7(5):849-855. https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.041.

62. Fernández Molina, Lucia, Soriano del Castillo, José Miguel, & Blesa Jarque, Jesús. (2016). La nutrición en el periodo preconcepcional y los resultados del embarazo: revisión bibliográfica y propuesta de intervención del Dietista-Nutricionista. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, *20*(1), 48-60. https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.20.1.143

63. S. Ares Segura, *et al*. La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? Revista Anales de Pediatría (Barcelona). 2016;84(6):347.e1---347.e7. [En línea]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.024.

64. Triunfo S, Lanzone A. Impact of maternal under nutrition on obstetric outcomes, J Endocrinol Invest. 2015; 38(1):31-8.

65. Hall Moran V. Nutritional status in pregnant adolescents: A systematic review of biochemical markers. Matern Child Nutr. 2007;3:74---93.

66. Lozano Bustillo A, *et al.* Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo. MedPub Journals 2016 Vol. 12 No. 3: 11 doi: 10.3823/1310. [En línea]. Disponible en: www.archivosdemedicina.com.

67. Suarez-Villa, Mariela, Carrero G, Carmen, Granadillo M, Víctor, Lastre-Amell, Gloria, Orostegui, María Alejandra, & Delgado D, Francis. (2019). Niveles de cobre y zinc en diferentes etapas de la leche materna y la influencia del estado nutricional de madres lactantes. *Revista chilena de nutrición*, *46*(5), 511-517. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000500511.

68. Organización Mundial de la Salud. La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia. Informe de la Secretaría. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza: OMS. [en

línea] 2004 abril 8. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA57/A57_12-sp.pdf.

69. Oliva Gómez, Eduardo, & Villa Guardiola, Vera Judith. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, *10*(1), 11-20. Retrieved November 01, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169285712014000100002&lng=en&tlng=.

70. Torres Velázquez, Laura Evelia, Ortega Silva, Patricia, Garrido Garduño, Adriana y Reyes Luna, Adriana Guadalupe Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. 2008;10(2):31-56. [fecha de Consulta 1 de Noviembre de 2020]. ISSN: 0187-7690. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=802/80212387003.

71. Valenzuela-Contreras LM. La salud, desde una perspectiva integral. Universitaria de la Educación Física y el Deporte [en línea]. 2016 nov; 9(9):50-59. Disponible en: http://www.revistasiuacj.edu.uy/index.php/rev1/article/view/103.

72. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Módulo 2. Guía 10. La Salud en la Familia. [Internet]. Bogotá: ICBF. 2014 ene. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/ContenidoBienestarEnFamiliaICBF/DescargasBienestarEnFamilia/GuiasDeFamiliaModulo2/M2_Guia10.pdf.

73. Lapeira-Panneflex, P., Acosta-Salazar, D., & Osorio, E. (2019). Influencia de la 175ínea175í175 familiar en el cuidado de gestantes adolescentes en una comunidad de santa marta – Colombia. *Duazary, 16*(-), 41-49. Doi:http://ezproxyucor.unicordoba.edu.co:2092/10.21676/2389783X.2939.

74. Rodríguez-Rodríguez A. Teoría y práctica de la intervención sociofamiliar con familias multiproblemáticas. Universidad Complutense de Madrid. Programa de Doctorado en Trabajo Social. Tesis Doctoral. Madrid. [en línea] 2013. Disponible en: https://eprints.ucm.es/17792/1/T34107.pdf.

75. Ávalos DS, Recalde F, Cristaldo C, Cusihuaman Puma A, López P, Alonso Carbonell L. Estrategia de unidades de salud familiar: su impacto en la tasa de embarazo en adolescentes en Paraguay. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e59. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.59.

76. Palomo Lina Rosa Berrio. Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas. Salud colect. [En línea]. 2017 Sep [citado 2020 Sep 20] ; 13(3): 471-487. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652017000300471&lng=es. http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1137.

77. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2010;28(1):118-29.

78. Torres P, González L, Ramírez M. Familia y salud: una mirada desde la interrelación biopsicosocial. *Rev Chil Salud Pública.* 2019;23(2):45-53.

79. Ardila Montealegre Javier. Control Prenatal. Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá. Programa de Actualización Médica ASCOFAME, Bogotá 2002.

80. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta integral de atención en salud materno perinatal. Bogotá D.C. Colombia. Noviembre de 2017.

81. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. ISBN: 978-958-57937-4-3 Bogotá. Colombia abril de 2013.

82. Protocolo de Control Prenatal. Grupo Trabajo. Coordinador Dr. Ebert Pérez. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E

83. Navarro V. Concepto actual de salud pública. [internet] Disponible en: navarro (infd.edu.ar).

84. Winslow CE. THE UNTILLED FIELDS OF PUBLIC HEALTH. Science. 1920 Jan 9;51(1306):23-33. doi: 10.1126/science.51.1306.23. PMID: 17838891.

85.. Hanlon JJ, Rogers FB, Rosen G. A Bookshelf on the history and philosophy of public health. Amer J Public Health. Abr. 1960;50:445.

86. Gil P. Medicina Preventiva y Salud Pública 12ª edición. © Elsevier Masson 2015

87. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción: 2002.

88. Granda E. ¿Quo vadis salud pública? En: Betancourt Z et al. Edmundo Granda Ugale. La salud y la vida, 3 Quito. Ecuador. OPS, 2011 p 41-63

89. Nunes E. Trayectoria de la medicina social en América Latina. Elementos para su configuración. En: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC. Debates en Medicina Social. OPS.Quito, 1991: 18-137.

90. Eslava-Castañeda, Juan C. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. Revista de Salud Pública [en linea]. 2017, 19(3), 396-403[fecha de Consulta 15 de Febrero de 2022]. ISSN: 0124-0064. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42254536018

91. Breilh Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Fac.Rev. Nac. Salud Publica [Internet]. diciembre de 2013 [citado el 23 de febrero de 2022]; 31 (suplemento 1): 13-27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en.

92. Carmona L. Examen comprensivo. Quito: Universidad Andina; 2012.

93. Carmona Moreno LD. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. Rev. Cienc. salud [Internet]. 19 de mayo de 2020 [citado 19 de febrero de 2025];18:1-17. Disponible en: https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/9135

94. Laurell C, Noriega M. La salud en la fábrica. México: era; 1989.

95. Laurell AC. *La salud-enfermedad como proceso social.* Cuadernos Médico Sociales. 1982;19(3):7-20.

96. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health.* Geneva: World Health Organization; 2010.

97. Menéndez E. *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.* Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(1):185-207.

98. Freire A, Restrepo H. *Cultura, salud y equidad: desafíos para la acción pública.* Rev Fac Nac Salud Pública. 2020;38(3):e343210.

99. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2024.* Santiago de Chile: CEPAL; 2024.

100. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Determinantes sociales de la salud en las Américas.* Washington, DC: OPS; 2023.

101. Breilh J, Almeida N. *Determinación social de la salud y construcción del conocimiento científico.* Quito: OPS-CLACSO; 2020.

102. Mousa A, Naqash A, Lim S. Macronutrient and micronutrient intake during pregnancy: an overview of recent evidence. Nutrients 2019;11(2). pii: E443.

103. Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, Peral-Suárez Á, Bermejo LM, Rodríguez-Rodríguez E. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. Nutr Hosp 2020;37(N.º Extra 2):38-42

104. Hernández M, Moraliza N, Prieto Y. Importancia de la nutrición materna. ¿Cómo orientar la alimentación de la embarazada? Rev. Cubana Med. Gen Integr. 2005(4):25-

105. Ganén Prats, Ibrahim, Aguilar Peláez, Madelaine, Martínez Núñez, Eligio, Cabrera Núñez, Elixandra, Rosales Sánchez, Marubia NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO. Revista Información Científica [en línea]. 2007, 55 (3), [fecha de Consulta 3 de Mayo de 2021]. ISSN:. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757328014

106. Cancelo M. La leche como vehículo de salud en embarazo y lactancia. Nutrición hospitalaria [en línea]. 2019 Vol. 36, Nº. Extra 3. ISSN 0212-1611. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7048941

107. Toca María del Carmen, Tonietti Miriam, Vecchiarelli Carmen. Nutrición pre y posnatal: impacto a largo plazo en la salud. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2015 Jun [citado 2021 Mayo 03]; 113(3): 254-259. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752015000300010&lng=es. http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.248.

108. Antonio SGJ, Richard PG, Mario GM, Rosa CDM, Yoani MT, et al. Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preclampsia/ eclampsia. Rev Cubana Obstet Ginecol 39: 3-11. 201.

109. Sánchez BJ, Sámano R, Rivera PI, Nakash BM, Perera PO. Factores Socioculturales Y Del Entorno Que Influyen En Las Prácticas Alimentarias De Gestantes Con Y Sin Obesidad. RESPYN 11: 1-11. 2010.

110. Mendoza L, Pérez B, Bernal S. Estado nutricional de embarazadas en el último mes de gestación y su asociación con las medidas antropométricas de sus recién nacidos. Pediatr 37: 91-96. 2010

111. Nacach ZA, Preciado BR, Dorado RM. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. Salud pública Méx 52:220-225. 2010

112. Palazuelos-Paredes, Yesenia, Guerra-García, Ernesto, Ibarra-Robles, Lluvia Magally LA OBESIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y SU ASISTENCIA AL CONTROL NUTRICIONAL EN EL HOSPITAL GINECO-PEDIÁTRICO DE LOS MOCHIS. Ra Ximhai [en línea]. 2017, 13 (2), 105-120 [fecha de Consulta 6 de Mayo de 2021]. ISSN: 1665-0441. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510009

113. Pacheco-Romero José. Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. An. Fac. med. [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Mayo 06] ; 78(2): 207-214. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200017&lng=es. http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13219

114. Paúles Cuesta IM, Sánchez Molina MP, Lahoz Gimeno M, Montoro Huguet M. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en embarazadas de una zona básica de salud de Huesca. Medicina Clínica Práctica Volumen 4 ISSN 2603-9249. 2021. https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2020.100152. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603924920300793

115. Brandão Thelma, Moraes Carolina Felizardo de, Ferreira Danielle Masterson, Santos Karina dos, Padilha Patrícia de Carvalho, Saunders Cláudia. Pregestational excess weight and adverse maternal outcomes: a systematic review of previous studies in Brazil. Nutr. Hosp. [Internet].

2020 Abr [citado 2021 Mayo 07]; 37(2): 384-395. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212161120200003 00021&lng=es. Epub 03-Ago-2020. https://dx.doi.org/10.20960/nh.02851.

116. Restrepo S, Mancilla L, Parra B, Manjares L, Zapata N, Restrepo P. Evaluación del estado nutricional de mujeres gestantes que participaron en un programa de alimentación y nutrición. Rev Chil Nutr. 2010; 37(1): p. 18-30.

117. Arana Terranova A. et al. Factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestantes adolescentes de 13 – 19 años. Dominio de las Ciencias**,** [S.l.], v. 4, n. 3 Especial, p. 431-447, ago. 2017. ISSN 2477-8818. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/573>. Fecha de acceso: 07 mayo 2021 doi:http://dx.doi.org/10.23857/dc.v4i3 Especial.573.

118. Rodríguez-García, Roberto, García-Regalado, Josefina, Sánchez-Maldonado, María Isabel, León-Domínguez, Iris Wendoline, Rodríguez-Guzmá, Leoncio Miguel Anemia del embarazo en mujeres que viven a nivel del mar. Revista Científica Ciencia Médica [en línea]. 2013, 16 (2), 22-25 [fecha de Consulta 7 de mayo de 2021]. ISSN: 1817-7433. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426041227007

119. Institute of Medicine. Iron deficiency anemia: guidelines for prevention, detection and management among U.S. children and women of childbearing age. National Academy Press, 1993.

120. Villares AI, Fernández AJD, Avilés MM, Mediaceja VO, Guerra AT. Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del municipio de Cienfuegos. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006; 32: 6-13.

121. Mora JO. Deficiencia de micronutrientes en América Latina y el Caribe: anemia ferropénica: Washington DC: OPS/OMS; 1997.

122. Haidar J. Prevalence of anemia, deficiencies of iron and folic acid and their determinats in Ethiopian women. J Health Popul Nutr 2010; 28: 359-68.

123. Espitia De La Hoz Franklin, Orozco Santiago Lilian. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. Medicas UIS [Internet]. Diciembre de 2013 [consultado mayo 26 de 2021]; 26 (3): 45-50. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192013000300005&lng=en.

124. Carrera J, Mallafré J, Serra B. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 1st Ed. Barcelona: Masson; 1998.

125. Tarin L, Gómez D, Jaime J. Anemia en el embarazo. Estudio de 300 mujeres con embarazo a término. Med Univer.2003;5(20):149-53.

126. Hoz FED La, Santiago LO. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. Rev Médicas Uis [Internet]. 2014;26(3):45–50.

127. Vera GL, Quintal DR, González MP, Vázquez CG. Prevalencia de anemia ferropénica en mujeres embarazadas rurales en Valldolid, Yucatán, México. Ginecol Obstet Mex 2009; 77: 544-

128. Montoya RJJ, Castelazo ME, Valerio CA, y col. Opinión de un grupo de expertos en diagnóstico y tratamiento de la anemia en la mujer embarazada. Ginecol Obstet Mex 2012; 80: 563-80.

129. Pérez Martha Liliana, Peralta A María del Mar, Villalba C Yesica Fernanda, Vanegas T Silvia Virginia, Rivera M Juan Diego, Galindo D Juan Diego et al. Caracterización de la población con anemia en el embarazo y su asociación con la morbimortalidad perinatal. Revista médica Risaralda [Internet]. 2019 June [cited 2021 May 10]; 25(1): 33-39. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672019000100033&lng=en

130. Martínez SLM, Jaramillo JLI, Villegas ÁJD, et al. La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018;44(2):1-12.

131. Busdiecker S, Castillo C, Salas I. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. Rev Chil Pediatr. 2000;71(1):5-11. DOI: 10.4067/S0370-41062000000100003

132. Zonana A, Baldenebro R, Ruiz M. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. Salud pública de México 2010; 52(3): 220-225.

133. Munares O., Gómez G., Sánchez J. Estado nutricional de gestantes atendidas en servicios de salud del Ministerio de Salud, Perú 2011. Revista Peruana de Epidemiologia. 2013, 17(1): 1-09.

134. Kaiser L, Campbell C. Practice paper of the Academy of Nutrition and Dietetics abstract: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. Academy Positions Committee Workgroup. J Acad Nutr Diet. 2014;114(9):1447.

135. Rayburn W, Phelan S. Promoting healthy habits in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008;35(3):385-400, viii. doi: 10.1016/j.ogc.2008.05.001.

136. Restrepo S, Mancilla L, Parra B, Manjarrez L, Zapata N, Restrepo P, et al. Evaluación del estado nutricional de mujeres gestantes que participaron de un programa de alimentación y nutrición. Rev Chil Nutr. 2010; 37:18-30.

137. Barrientos J, Torres L, López F. Prácticas y estilos de vida en gestantes atendidas en una institución de alta complejidad. Medellín-Colombia 2015. Perspect Nutr Humana. 2017; 19:181-93. DOI: 10.17533/udea.penh.v19n2a05

138. Guzmán-Mercado E, Vásquez-Garibay EM, Troyo-Sanroman R, Romero-Velarde E. Food habits in Mexican pregnant adolescents according to their civil status. Nutr Hosp 2016; 33:226-231

139. Guzmán-Mercado E, Vásquez-Garibay EM, Troyo-Sanroman R, Romero-Velarde E. Food habits in Mexican pregnant adolescents according to their civil status. Nutr Hosp 2016; 33:226-231.

140. Cavagnari BM. Edulcorantes no calóricos en embarazo y lactancia. Rev Esp Salud Pública.2019;93: 2 de agosto e201908052.

141. Denzin N, Lincoln Y. Introduction: Entering the Field of Qualitative Research y the Fifth Moment. California: Sage Publications. 1994

142. Cifuentes RM. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Primera edición. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico. Buenos Aires 2011. ISBN 978-987-538-295-4.

143. Taylor S y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós. [En línea] 1986. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2559868&pid=S1132-12962008000100008000020&lng=es

144. Habermas J. Conocimiento e interés. Versión castellana de Jiménez M, Ivars J, Santos LM. 1990, Aguilar, Altea, Tauros, Alfaguara, S.A. de Ediciones Beazley. Buenos Aires.

145. Cifuentes R. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Buenos Aires, Argentina: Noveduc. 2011

146. Izcara Palacios, S.P. (2014). Manual de investigación cualitativa. México D.F.: Fontamara

147. Natera-Gutiérrez, S.I., Guerrero-Castañeda, R.F.,Ledesma-Delgado, M.A.E., & Ojeda-Vargas, M.G. (2017). Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 21(49). Recuperado de http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.21

148. Pope, C. & Mays, N. (2005). Pesquisa qualitativa na atenção a saúde. Porto Alegre: Artmed.

149. Blumer, H. y Mugny, G. (1992): Psicología social. Modelos de interacción. CEAL. Bs. As.

150. Denzin NK. Symbolic interactionism. En: Flick U, Von Kardoff E, Steinke I, editors. A companion to qualitative research. London: Sage. [En línea]. 2004. Pp. 81-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2578256&pid=S113212962010000300011000 10&lng=es

151. Galeano M. ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa [Internet]. Editorial EAFIT; 2004 [citado 6 de mayo de 2025]. (Académica). Disponible en: https://editorial.eafit.edu.co/index.php/editorial/catalog/book/550

152. Woog P. The chronic illness trajectory framework. The Corbin and Strauss Nursing Model. New York: Springer Publishing Company. [En línea] 1992. Disponible en: cielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2578261&pid=S113212962010000300011000 15&lng=es

153. Glaser B, Strauss A. The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing. [En línea]. 1967. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2578258&pid=S1132-129620100003000110001 2&lng=es.

154. Charmaz H. Constructing grounded theory. A practical guide to qualitative analysis. Thousand Oaks: Sage Publications. 2006.

155. Trinidad A, Carrero V, Soriano R. Teoría Fundamentada “Grounded Theory”. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Cuadernos metodológicos 37. Centro de investigaciones sociológicas. [En línea] 2006. Disponible en:

https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/LaConstrucciondelaTeoriadelAnalisiInterpretacional.pdf.

156. Bryant A. The grounded theory method. En Leavy, P. (ed). The Oxford handbook of qualitative research. Oxford: Oxford University Press. 2014.

157. Delgado C. La teoría fundamentada: decisión entre perspectivas. Bloomington, Estados Unidos: Author House. 2012.

158. Herrera N, López L. *Ciencia, compromiso y cambio social. Textos de Orlando Fals Borda*. Montevideo (Comp). Editorial El Colectivo. 2014.

159. Martínez-Salgado, Carolina El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2012, v. 17, n. 3 [Accedido 26 Mayo 2021] , pp. 613-619. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>. Epub 23 Mar 2012. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006.

160. Robles B. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. Cuicuilco [en línea]. 2011, 18(52), 39-49[fecha de Consulta 17 de Febrero de 2022]. ISSN: 1405-7778. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004

161. Lichtman M. Qualitative research in education. Thousand Oaks, Estados Unidos: Sage Publications. 2006.

162. Jonhson B, Christensen L. Educational research. Thousand Oaks, California: Sage publications. 2008.

163. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Paidós1990.

164. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. Investigación en Educación Médica [en línea]. 2013, 2(5), 55-60[fecha de Consulta 17 de Febrero de 2022]. ISSN: 2007-865X. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733230009

165. Kitzinger J. Qualitative Research: introducing focus group. BMJ 1995; 311:299-302.

166. Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. México: Trillas; 1999.

167. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. Investigación en Educación Médica [Internet]. 2013;2(5):55-60. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733230009

168. Van Teijlingen E, Hundley V. The importance of pilot studies. Soc Res Update. 2001;(35):1-4.

169. Muñoz Aguirre N. El estudio exploratorio. Mi aproximación al mundo de la investigación cualitativa. Investigación y Educación en Enfermería [en línea]. 2011, 29(3), 492-499[fecha de Consulta 17 de Febrero de 2022]. ISSN: 0120-5307. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222406019

170. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic 189ínea189í.Beverly Hills: Sage Publications; 1985.

171. Castillo, Edelmira, Vásquez, Martha Lucía El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica [en línea]. 2003, 34 (3), 164-167

[fecha de Consulta 4 de Marzo de 2021]. ISSN: 0120-8322. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309.

172. Muñoz Velandia O. Investigación cualitativa reproducible: un camino que debemos empezar a recorrer. Universitas Médica 59(3): 1-10 july-september 2018. [En línea]. Disponible en: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/22854.

173. Charmaz K. 'Discovering' chronic illness: using grounded theory. Soc Sci Med. 1990;30(11):1161-72. doi: 10.1016/0277-9536(90)90256-r. PMID: 2360052.

174. San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, *16*(1),104-122. Disponible en http://redie.uabc.mx/vol16no1/contenido-sanmartin.html

175. Restrepo Ochoa Diego Alveiro. La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. CES Psicol [Internet]. Junio de 2013 [consultado el 6 de junio de 2024]; 6(1): 122-133. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802013000100008&lng=en.

176. Osorio-Carranza RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México DF: Instituto Nacional Indigenista/ Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en antropología Social; 2000.

177. Reguant Álvarez M, Torrado Fonseca M. El Método Delphi. Universitat de Barcelona. Institut de Ciències de l'Educació. //REIRE, Vol. 9, núm. 1, enero 2016//ISSN:2013-2255// DOI:10.1344/reire2016.9.1916//. En Línea. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/110707/1/654735.pdf.

178. Landeta, J. (1999). El método Delphi, una técnica de previsión del futuro. Barcelona: Ariel S.A.

179. Pill, J. (1971). *The Delphi Method: Substance, context, and an annotated bibliography.* SocioEconomic Planning Sciences, 5, 60.

180. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2002. ISBN 956-7938-03-2.

181. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Numero 8430. (4, octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas en la investigación en salud. Diario Oficial. Bogotá D.C, 1993.

182. Almeida N, Breilh J. *Determinación social de la salud y justicia sanitaria.* Quito: CLACSO; 2020.

183. Restrepo-Ochoa DA. *La salud como proceso social: reflexiones desde América Latina.* Rev Salud Pública. 2020;22(4):e191293.

184. Pérez P, Arroyo G. *Inequidades en salud materna en contextos rurales latinoamericanos.* Rev Panam Salud Pública. 2021;45:e80.

185. Sandall J et al. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women.* Cochrane Database Syst Rev. 2022;9:CD004667.

186. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, et al. *Mistreatment of women during childbirth in health facilities: a systematic review.* Lancet. 2015;385(9963):1147–1156.

187. Organización Mundial de la Salud. *Cuidado respetuoso y centrado en la mujer durante el embarazo y el parto.* Ginebra: OMS; 2018.

188. Arango C, Ramírez L. *La familia como unidad social de reproducción del cuidado.* Rev Gerenc Polít Salud. 2019;18(37):1–20.

189. Montes A, Ortiz C. *Prácticas familiares de cuidado durante la gestación: un enfoque desde la determinación social.* Rev Colomb Enferm. 2022;41(1):e2114.

190. Waldow VR. *Cuidado humano: teoría y práctica.* Petrópolis: Vozes; 2015.

191. Collière MF. *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería.* Madrid: Interamericana; 1993.

192. Boff L. *El cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la Tierra.* Madrid: Trotta; 2002.

193. OPS. *Estrategia de salud materna segura e intercultural en América Latina.* Washington, DC: OPS; 2022.

194. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra: OMS; 2016.

11 Anexos

Anexo 1: Guía entrevista a profundidad. Mujeres gestantes

Universidad CES
Escuela de Graduados
Doctorado en Salud Pública
Guía de preguntas
Entrevista a profundidad Mujeres gestantes

Buenos días/tardes Sra._____, quiero agradecerle el tiempo que me ha dado para realizar esta entrevista. También quiero expresarle que la información y comentarios que usted me proporcione serán de mucho valor para la tesis doctoral a realizar.

Información Sociodemográfica

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Cuánto tiempo de embarazo tiene?
3. ¿Cuántos hijos tiene?
4. ¿Dónde vive actualmente?
5. ¿Cómo está conformada su familia?
6. ¿Tiene trabajo actualmente?

Categoría	Preguntas
Contexto Social y Cultural de los (as) participantes	• ¿Cómo escolaridad tiene? • ¿Cuál es su estrato socioeconómico? • ¿En su casa cuenta con servicios públicos? • ¿Está afiliado(a) a un régimen de salud • ¿Cómo vive la experiencia de estar embarazada?
Salud y Alimentación: experiencias desde el cuidado personal y familiar	• ¿Cómo cuida su salud cuando está embarazada? • ¿Cómo es su alimentación cuando está embarazada? • ¿Qué resultados le han dado esos cuidados?

Categoría	Preguntas
	• ¿Su familia participa en su cuidado y su alimentación
Interacción familiar en la Salud Materna: estilos de vida y hábitos nutricionales.	• ¿Cómo su familia cuida de su salud cuando está embarazada? • ¿Cómo participa su familia en su alimentación cuando está embarazada? • ¿Cuáles miembros de su familia participan en su cuidado y su alimentación?
Significados de la salud materna y la nutrición.	• ¿Qué es para usted la salud de la embarazada? • ¿Qué importancia tiene para usted la salud durante el embarazo? • ¿Qué es para usted la nutrición de la embarazada? • ¿Qué importancia tiene para usted la nutrición durante el embarazo?
Interacción de las gestantes, las familias y el programa de control prenatal para la construcción de significados sobre salud y nutrición materna.	• ¿Cómo se siente usted cuando asiste al programa de control prenatal? • ¿Qué importancia tiene para usted el programa de control prenatal? • ¿Qué opina su familia de su asistencia al programa de control prenatal? • ¿Su familia asiste con usted a las citas de control prenatal?
Estrategias para una adecuada nutrición durante el embarazo	• ¿Qué acciones realiza usted para garantizar una alimentación adecuada en el embarazo? • ¿Qué acciones realiza su familia para garantizar una alimentación adecuada en el embarazo?

Anexo 2: Guía entrevista a profundidad. Familiar o cuidador de mujeres gestantes**.**

Universidad CES
Escuela de Graduados
Doctorado en Salud Pública
Guía de preguntas
Entrevista a profundidad familiar o cuidador de mujeres gestantes

Buenos días/tardes Sr/Sra._____, quiero agradecerle el tiempo que me ha dado para realizar esta entrevista. También quiero expresarle que la información y comentarios que usted me proporcione serán de mucho valor para la tesis doctoral a realizar

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Dónde vive actualmente?
3. ¿Cómo está conformada su familia?
4. ¿Tiene trabajo actualmente?

Categoría	Preguntas
Contexto Social y Cultural de los (as) participantes	• ¿Cómo escolaridad tiene? • ¿Cuál es su estrato socioeconómico? • ¿En su casa cuenta con servicios públicos? • ¿Está afiliado(a) a un régimen de salud • ¿Cómo vive usted y su familia la experiencia de convivir con una mujer embarazada?
Salud y Alimentación: experiencias desde el cuidado personal y familiar	• ¿Cómo cuida usted de la salud de su familiar embarazada? • ¿Cómo es la alimentación de la su familiar embarazada? • ¿Qué resultados han dado esos cuidados? • ¿Usted participa en el cuidado de la alimentación de su familiar embarazada?

Categoría	Preguntas
Interacción familiar en la Salud Materna: estilos de vida y hábitos nutricionales.	• ¿Cómo usted y el resto de la familia cuidan de la salud de su familiar embarazada? • ¿Cómo usted y el resto de la familia en la alimentación de su familiar embarazada?
Significados de la salud materna y la nutrición.	• ¿Qué es para usted la salud de la embarazada? • ¿Qué importancia tiene para usted la salud durante el embarazo? • ¿Qué es para usted la nutrición de la embarazada? • ¿Qué importancia tiene para usted la nutrición durante el embarazo?
Interacción de las gestantes, las familias y el programa de control prenatal para la construcción de significados sobre salud y nutrición materna.	• ¿Qué opina usted de la asistencia de su familiar embarazada al programa de control prenatal? • ¿Qué importancia tiene para usted el programa de control prenatal? • ¿Asiste usted su familiar embarazada a las citas de control prenatal?
Estrategias para una adecuada nutrición durante el embarazo.	• ¿Qué acciones realiza usted y su familia para garantizar una alimentación adecuada de su familiar embarazada? • ¿Qué acciones realiza usted y su familia para garantizar una buena salud de su familiar embarazada?

Anexo 3: Guía metodológica de grupo focal (embarazadas)

Guía metodológica: Grupo Focal embarazadas
Universidad CES – Escuela de Graduados
Doctorado en Salud Pública
La experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus

familias del programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado en Montería, Colombia. 2022 -2023

Adaptada de Seminario de Investigación II. Investigación Cualitativa, Garzón Duque MO, 2021[1]

Datos generales del Grupo Focal

Lugar: _____ Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora finalización: _____

Participantes: _____

Nombre del grupo: _____

Número de participantes en el grupo: _____

Guía de preguntas:

Con la guía de preguntas se busca de una manera aproximada y detallada obtener datos que permitieran "describir con lujo de detalles, las creencias, percepciones y actitudes que se tienen frente a un objeto de estudio específico, que a su vez es el propósito fundamental del grupo focal"[2]. Es necesario recordar que el grupo focal es una actividad que "no pretende proveer soporte emocional ni dar educación"[3].

Está guía está orientada a exponer los temas de interés para la actividad con el grupo de mujeres gestantes y su objetivo es comprender la experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado en Montería, Colombia.

Como fase previa a la realización de este grupo focal, se realizaron entrevistas individuales a mujeres embarazadas que ayudaron a comprender cómo estas viven la experiencia de su embarazo en relación con su familia y los servicios de salud (programa de control prenatal). De este análisis surgieron algunas preguntas a profundizar en este ejercicio grupal, del mismo modo pueden surgir otras preguntas durante el desarrollo de la sesión. Las preguntas que se proponen inicialmente son:

Preguntas grupo focal:

1. ¿Qué aprendizajes les ha dejado la experiencia con su embarazo? (durante el desarrollo de las respuestas es importante que las participantes profundicen en cómo

[1] Garzón MO. Docente Universidad CES. Escuela de graduados, Doctorado en Salud Pública. Herramientas para la recolección de información, Investigación Cualitativa - Notas de clase Metodología de la investigación II. Medellín. Marzo 2021.

[2] Molina Gloria M. Grupo Focal. Seminario de Investigación cualitativa. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 201. 10p.

[3] Ibid.

lograron esos aprendizajes, con quienes, cómo fue esa experiencia, quienes participaron, entre otros)

2. ¿Qué aprendizajes relacionados con la nutrición les ha dejado la experiencia con su embarazo? (durante el desarrollo de las respuestas es importante que las participantes profundicen en cómo lograron esos aprendizajes, con quienes, cómo fue esa experiencia, quienes participaron, entre otros)

3. ¿Cómo ha sido su relación con los profesionales (médicos, enfermeras, nutricionista, entre otros) que prestan sus servicios en el control prenatal? (durante el desarrollo de las respuestas es importante que se profundice en la diferencia de profesionales).

4. ¿Para ustedes que ha sido lo más significativo del control prenatal?

5. ¿Para ustedes que ha sido lo más significativo del control prenatal en relación con la nutrición durante el embarazo?

6. ¿Cómo ha sido la experiencia con las prácticas de cuidado de sus familias relacionadas con la nutrición y el cuidado del embarazo?

7. ¿Cómo participan las instituciones prestadoras de los servicios de salud (hospitales, centros de salud) y las instituciones administradoras de la salud (secretaría de salud, EPS, alcaldía, gobernación, entre otros) en el cuidado de la alimentación y la salud de las embarazadas?

Detalle de la actividad

La moderadora de la sesión una vez explicados los aspectos a tratar en el grupo, el rol de cada una de las participantes, la forma para hacer uso de la palabra, los objetivos del grupo y su finalidad, solicitará el consentimiento informado verbal por escrito para grabar la sesión y hacer uso de los datos obtenidos para fines académicos (como publicación de artículos) y comunitarios, además solicita a cada uno de los asistentes que se presente ante el grupo (nombre, actividad laboral que desempeña en el momento). Se les informará a las participantes la posibilidad que tienen de abandonar la sesión del grupo focal si así lo desean.

A continuación, el moderador explica a las participantes, cuáles serán las reglas para realizar la actividad, entre las que se incluyen las partes constitutivas del grupo focal (introducción, abordaje del tema específico y cierre del grupo, que incluye la evaluación de la sesión por parte de cada participante), los roles de los integrantes (moderador, observador, participantes), el respeto por el uso de la palabra, el tiempo total estimado del grupo focal (entre 90 y 120 minutos), el orden en el que se harían las intervenciones, el tiempo que tendría cada participante para hacer uso de la palabra, ubicarse en media luna para una comunicación más efectiva entre los participantes, así como la forma de retornar a la calma si el diálogo llegara a tornarse difícil en algún momento de la actividad.

Momentos del grupo focal

***1. Introducción*:** el moderador introduce el tema específico sobre el cual se trabajaría en el grupo focal, el rol que tiene cada persona en el grupo focal, y la forma en la que debe participar. Tiempo estimado de este componente: entre 10 y 15 minutos.

- El rol del ***moderador***; será generar una buena atmosfera y confianza en el grupo, garantizar la confidencialidad de la sesión, y tomar consentimiento informado escrito a los participantes para grabar los aportes dados por cada uno de ellos durante la sesión (se vuelve a explicar el uso que se le dará a la información). Recordar el objetivo del grupo focal, ser neutral ante las diferentes intervenciones tanto como le sea posible (no aprobar o desaprobar con comentarios o gestos), realizar una retroalimentación y consenso grupal antes de pasar a otra pregunta, estimular las respuestas, estar atento a la comunicación verbal y no verbal de los miembros del grupo (especialmente a opiniones contrarias y los consensos a los que se logra llegar), estar atento para saber cuándo y cómo indagar.

  De igual forma, debe coordinar la sesión, introducir los temas y hacer las preguntas, dar la palabra, así como llevar el grupo a la calma, en caso de ser necesario, cambiar de tema, hacer pausa en momentos de tensión, y manejar la interacción del grupo. Concertar con los participantes los tiempos para cada intervención (aclarando que para lograr la participación equilibrada de todos los integrantes deberá ser razonable en el uso de esta y que cuando se desvíe del tema, el moderador, podrá reorientar la dinámica del grupo). También debe estar atento al orden en que se deben hacer las intervenciones y quien sería el responsable de tomar los tiempos. Realizar el cierre de la sesión con su respectiva evaluación verbal. Explicar las funciones de los participantes en el grupo focal, concertar y definir los roles, si es necesario.

  Para el moderador también es necesario, saber identificar y prevenir la ***censura*** y la ***conformidad*.**

  Conformidad: la persona elige adecuar sus contribuciones para estar en línea con las percepciones de los otros miembros del grupo y/o del moderador. Esta situación debe ser manejada en algunos grupos focales donde el moderador debe volver a realizar las preguntas o pedirle a algún participante que permita la expresión independiente de sus compañeros, teniendo en cuenta el respeto por el otro, en todo momento.

  Censura: se da cuando "una persona se abstiene de hacer sus aportes, con frecuencia debido a la falta de confianza en el moderador u otros miembros, o al uso futuro que hará de los datos"[4]. Puede presentarse por características comportamentales propias de los participantes (timidez, ansiedad, zozobra, entre otros aspectos), las cuales dificultan la forma de expresar sus experiencias libre y desprevenida. El moderador debe respetar el comportamiento de estos participantes, haciéndoles las mismas preguntas que a todo el grupo, pero sin ejercer ninguna presión, para que den respuesta a las preguntas que se les realizan.

- **Observador/Anotador**: presentarse ante el grupo y manifestarle el rol que desempeñará durante la sesión, tomar atenta nota de los datos de los participantes nombre, profesión y cargo del participante, anotar el número asignado a cada participante. Tomar atenta nota de aspectos tales como: la comunicación verbal y no verbal de los participantes del grupo (especialmente a opiniones contrarias de los

[4] Molina Gloria M. Grupo Focal. Seminario de Investigación cualitativa. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 2001. 10p.

participantes y los consensos a los que logren llegar), los aspectos más relevantes de cada intervención

- **Participantes**: grupo de personas (este puede estar conformado por un grupo entre 5 y 6), que cuentan con características similares, las cuales les permiten poner en común sus puntos de vista particulares acerca del tema de interés, tanto para los participantes como para quienes preparan el grupo focal. Deben poseer las características que previamente se han definido como de interés para conformar el grupo.

Cada participante debe realizar su presentación, participar activamente durante la sesión haciendo las intervenciones en el momento indicado y un uso adecuado del tiempo, deben tener un trato respetuoso con los compañeros, el moderador y anotador, acatar la señal para cierre de la intervención una vez se le haya finalizado el tiempo para la misma (3 minutos), no alterar el orden de las discusiones, responder al tema específico que se está tratando, realizar la evaluación de la sesión, guardar la confidencialidad de los temas tratados y levantar el brazo para solicitar el uso de la palabra.

Las participantes en el grupo focal deben asistir sin ninguna compañía familiar o personal, pues la compañía de personas que no hacen parte del grupo puede hacer que la dinámica de la sesión de trabajo, sus temas y resultados se desvíen de lo inicialmente planeado.

***2. Desarrollo del tema de la sesión*:** el moderador procede a realizar las preguntas de manera ordenada y lógica, de acuerdo con lo establecido por la guía de preguntas, y recordará el orden en el que se deben hacer las intervenciones por parte de las participantes (de izquierda a derecha o de derecha a izquierda). El moderador les recuerda a las participantes, que cada uno de ellos, dará sus puntos de vista y respuesta haciendo uso racional del tiempo y no desviándose del tema de interés directo, además de recordar los diferentes roles que fueron asignados en la introducción del tema. El moderador debe mantener el interés en el grupo, motivando la participación, pero teniendo una actitud respetuosa y neutral, además de realizar la introducción, para cada uno de los subtemas que se explorarán con cada pregunta. En este momento de la sesión se tomará toda la información posible de las participantes con el fin de poder realizar unos análisis posteriores lo suficientemente sólidos y bien argumentados.

***3. Cierre de la sesión*:** en este aparte el moderador debe hacer el cierre de la actividad, una vez se evacuen las preguntas y respuestas planeadas, además se solicita a las asistentes que evalúen la sesión de manera verbal en 30 segundos.

Espacio físico y logística:

***Espacio físico*:** organizar un salón con espacio suficiente y sillas cómodas de manera organizada en media luna, cada participante en el grupo focal debe tener disposición de tiempo suficiente con capacidad para permanecer durante toda la sesión, dado que es necesario estar en contacto permanente y directo tanto con las participantes como con el anotador, moderador y persona de apoyo logístico, además se debe disponer de un espacio que cuente con unas características mínimas de iluminación, aire, disponer de suficiente área confortable, silencioso, cubierto, que garantice privacidad para evitar interrupciones, de manera tal que las participantes no se sientan intimidadas o cohibidas para hablar.

***Materiales necesarios*:** sillas con espaldar, e inmobiliario que facilite la ubicación de cada participante, para compartir con las otras participantes y el moderador, permitiendo que se visualice el cuerpo. Se ubicarán a las participantes en una media luna y el moderador debe estar en la mitad o en un lugar en el que pueda tener una visual del grupo, razón por la cual, en este caso, quienes participan en el grupo con sus diferentes roles, deben ubicarse en un espacio que les permita compartir su figura, en la forma que mejor pueda ser apreciada por los demás compañeras y participantes en el grupo focal.

Una vez finalizada cada pregunta, y antes de pasar a la siguiente, se compartirá para presentar las principales notas tomadas de las respuestas a cada pregunta, así como los principales acuerdos y desacuerdos, y por consenso con las participantes, se dejarán los contenidos que sean acordados.

Refrigerio: este podrá tomarse al finalizar la sesión de trabajo, y antes de entrar al análisis de los resultados de este y no deberá exceder los 15 minutos. El refrigerio puede ser un compartir, previamente concertado por el grupo, y la idea es estar juntos sin ser necesario apagar la cámara y el video en este espacio de tiempo.

Convocatoria: se realizará la invitación de manera personal a cada participante en su domicilio.

Tiempo: el grupo focal tendrá una duración 2 horas (120 minutos, máximo 150 minutos). En este tiempo se debe realizar la parte introductoria, la sesión de preguntas y respuestas, así como el cierre del grupo.

Informe técnico

La información recolectada en el grupo focal será transcrita de manera textual, a partir de las grabaciones y los datos obtenidos por el moderador. Posteriormente se ordenará, clasificará y analizará mediante análisis comparativo constante, así como la elaboración de mapas y diagramas. Este proceso se realizará en el menor tiempo posible para evitar la pérdida de información que puede ser crucial para la descripción, y el avance en la comprensión del tema.

Aspectos éticos para la realización de la actividad de Grupo Focal (GF)

Esta técnica de recolección se ajusta a las normas internacionales sobre ética en la investigación humana, en especial a la declaración de Helsinki[5] de la asociación médica mundial. Se tienen en cuenta especialmente los principios éticos del aparte B de dicha declaración, numerales 12, 21 y 22, en tanto que en la realización del GF se presta atención adecuada a los factores que pueden perjudicar el medio ambiente. Se respeta el derecho de los participantes en el GF a proteger su integridad. Se garantiza la intimidad y la confidencialidad de la información de las participantes en el GF, y la presentación de resultados se realizarán por medio de mapas conceptuales y textos, en los que no se hace referencia explícita a ninguna de las participantes, para reducir al mínimo las consecuencias de la actividad investigativa sobre su integridad física, mental y la personalidad de las participantes.

[5] Asociación Médica Mundial. Declaración del Helsinki. Principios éticos para las investigaciones éticas en seres humanos, iniciada en 1964. 2000.

Esta es una actividad investigativa sin riesgo según la Resolución 008430 de 1993, dado que en este caso, los temas explorados no buscan abordar aspectos sensibles de la conducta de las participantes, no obstante el diseño del grupo focal permite minimizar los riesgos potenciales para los sujetos, dado que las participantes son adultos, además no se realizarán intervenciones que modifiquen variables fisiológicas, psicológicas ni sociales de las participantes; las entrevistas del grupo focal guiadas por el moderador no intervienen la conducta de las participantes ni son de carácter diagnóstico ni terapéutico, sólo captarán el relato de las participantes desde sus experiencias sin establecer juicios o intervenciones sobre tales, adicionalmente la metodología permite la triangulación de los datos analizados con las participantes para que sean ellos quienes aprueben o no el análisis realizado. La investigadora responsable la clasifica en esta categoría y se realizará después de tener un acercamiento previo, y legitimación de las actividades con el grupo de participantes, y de preguntarles si están o no interesadas en hacer una aplicación concreta de la técnica de GF como herramienta para la recolección de información. La realización del GF se hará después de obtener el consentimiento informado verbal de cada uno de los participantes que serán invitados a la actividad.

Cada participante, será considerada como experta en las temáticas a abordar, recibirá la información adecuada acerca de los objetivos, métodos, posibles conflictos de interés, afiliaciones institucionales, beneficios calculados, riesgos posibles e incomodidades derivadas de esta actividad académica. Se le informará a cada participante del derecho de participar o no en el Grupo Focal, en alguno de los roles que deben manejarse en el mismo, y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Una vez la investigadora verifique que la participante comprendió la información, le solicita verbalmente a cada participante, el consentimiento informado y voluntario para participar de esta actividad académica. Este consentimiento será grabado, previa autorización de las expertas participantes y en el mismo se les solicitará a las participantes la autorización para hacer uso académico de la información que aporten en esta actividad. Una vez las participantes acepten las condiciones se dará paso al abordaje de cada categoría en el grupo focal.

También se tendrán en cuenta el estudio de las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para Investigación en Salud consignadas en la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, la cual aplicará para esta actividad académica en los siguientes aspectos:

- Para explorar estas experiencias se aplicará la técnica de grupos focales (GF) según criterios permitidos y aceptados por la comunidad internacional y nacional, que ya han sido utilizados en investigaciones y trabajos grupales similares. Se realizará un GF teniendo en cuenta los criterios de intimidad y confidencialidad de la información de cada participante, y se le solicitará de igual forma, el consentimiento informado previa realización del grupo, además de la autorización para las grabaciones, toma de fotografías, publicación o divulgación científica, si el grupo decide documentar su experiencia.

- La información que se recolecte será manejada con confidencialidad, y sólo tendrán acceso a ella, la investigadora y el comité tutorial de la Universidad CES, para realizar los análisis y presentación de resultados en instancias académicas y para la escritura de un artículo científico, si así lo deciden. Los fines de la utilización de esta información son

estrictamente académicos y se controlará su difusión. Las fichas y carteleras de consenso quedaran bajo custodia de la investigadora responsable del análisis de la información. El material recolectado en el GF será guardado hasta el momento de la entrega del informe final de la tesis doctoral y las publicaciones científicas relacionas, posteriormente será destruido.

En el momento de solicitar el consentimiento informado verbal, también se les recordará a las participantes la importancia de guardar la confidencialidad de la información que ellas suministran, haciendo la claridad de que el mal uso del lenguaje y no respetar la confidencialidad también es una forma de poner en riesgo la vida de las personas, por lo tanto la Universidad CES se compromete a guardar la normas de confidencialidad y ética respectivas, pero le solicita a cada participante una actitud corresponsable para garantizar la integridad de cada uno de ellas, y la confidencialidad de lo tratado en cada grupo, es responsabilidad compartida entre las participantes y la Universidad. Finalmente, la investigadora declara no tener conflicto de intereses y se compromete a publicar los resultados de manera fiel y exacta a los datos obtenidos en actividades académicas o mediante escrito original. Se garantiza además que se cuenta con la asesoría metodológica adecuada

Anexo 4: Guía metodológica de grupo focal (familia)

Guía metodológica: Grupo Focal familiares
Universidad CES – Escuela de Graduados
Doctorado en Salud Pública
La experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado en Montería, Colombia. 2022 -2023

Adaptada de Seminario de Investigación II. Investigación Cualitativa, Garzón Duque MO, 2021[6]

Datos generales del Grupo Focal

Lugar: _____ Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora finalización: _____

Participantes: _____

Nombre del grupo: _____

Número de participantes en el grupo: _____

Guía de preguntas:

[6] Garzón MO. Docente Universidad CES. Escuela de graduados, Doctorado en Salud Pública. Herramientas para la recolección de información, Investigación Cualitativa - Notas de clase Metodología de la investigación II. Medellín. Marzo 2021.

Con la guía de preguntas se busca de una manera aproximada y detallada obtener datos que permitieran "describir con lujo de detalles, las creencias, percepciones y actitudes que se tienen frente a un objeto de estudio específico, que a su vez es el propósito fundamental del grupo focal"[7]. Es necesario recordar que el grupo focal es una actividad que "no pretende proveer soporte emocional ni dar educación"[8].

Está guía está orientada a exponer los temas de interés para la actividad con el grupo de mujeres gestantes y su objetivo es comprender la experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado en Montería, Colombia.

Como fase previa a la realización de este grupo focal, se realizaron entrevistas individuales a mujeres embarazadas que ayudaron a comprender cómo estas viven la experiencia de su embarazo en relación con su familia y los servicios de salud (programa de control prenatal). De este análisis surgieron algunas preguntas a profundizar en este ejercicio grupal, del mismo modo pueden surgir otras preguntas durante el desarrollo de la sesión. Las preguntas que se proponen inicialmente son:

Preguntas grupo focal:

1. ¿Qué aprendizajes les ha dejado la experiencia con el embarazo de su familiar? (durante el desarrollo de las respuestas es importante que las participantes profundicen en cómo lograron esos aprendizajes, con quienes, cómo fue esa experiencia, quienes participaron, entre otros)

2. ¿Qué aprendizajes relacionados con la nutrición les ha dejado la experiencia con el embarazo de su familiar? (durante el desarrollo de las respuestas es importante que las participantes profundicen en cómo lograron esos aprendizajes, con quienes, cómo fue esa experiencia, quienes participaron, entre otros)

3. ¿Cómo ha sido su relación con los profesionales (médicos, enfermeras, nutricionista, entre otros) que prestan sus servicios en el control prenatal? (durante el desarrollo de las respuestas es importante que se profundice en la diferencia de profesionales).

4. ¿Para ustedes que ha sido lo más significativo del control prenatal?

5. ¿Para ustedes que ha sido lo más significativo del control prenatal en relación con la nutrición durante el embarazo?

6. ¿Cómo ha sido la experiencia con las prácticas de cuidado familiares relacionadas con la nutrición y el cuidado del embarazo?

---

[7] Molina Gloria M. Grupo Focal. Seminario de Investigación cualitativa. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 201. 10p.
[8] Ibid.

7. ¿Cómo participan las instituciones prestadoras de los servicios de salud (hospitales, centros de salud) y las instituciones administradoras de la salud (secretaría de salud, EPS, alcaldía, gobernación, entre otros) en el cuidado de la alimentación y la salud de las embarazadas?

Detalle de la actividad

La moderadora de la sesión una vez explicados los aspectos a tratar en el grupo, el rol de cada una de las participantes, la forma para hacer uso de la palabra, los objetivos del grupo y su finalidad, solicitará el consentimiento informado verbal por escrito para grabar la sesión y hacer uso de los datos obtenidos para fines académicos (como publicación de artículos) y comunitarios, además solicita a cada uno de los asistentes que se presente ante el grupo (nombre, actividad laboral que desempeña en el momento). Se les informará a las participantes la posibilidad que tienen de abandonar la sesión del grupo focal si así lo desean.

A continuación, el moderador explica a las participantes, cuáles serán las reglas para realizar la actividad, entre las que se incluyen las partes constitutivas del grupo focal (introducción, abordaje del tema específico y cierre del grupo, que incluye la evaluación de la sesión por parte de cada participante), los roles de los integrantes (moderador, observador, participantes), el respeto por el uso de la palabra, el tiempo total estimado del grupo focal (entre 90 y 120 minutos), el orden en el que se harían las intervenciones, el tiempo que tendría cada participante para hacer uso de la palabra, ubicarse en media luna para una comunicación más efectiva entre los participantes, así como la forma de retornar a la calma si el diálogo llegara a tornarse difícil en algún momento de la actividad.

Momentos del grupo focal

8. ***Introducción*:** el moderador introduce el tema específico sobre el cual se trabajaría en el grupo focal, el rol que tiene cada persona en el grupo focal, y la forma en la que debe participar. Tiempo estimado de este componente: entre 10 y 15 minutos.

- El rol del ***moderador***; será generar una buena atmosfera y confianza en el grupo, garantizar la confidencialidad de la sesión, y tomar consentimiento informado escrito a los participantes para grabar los aportes dados por cada uno de ellos durante la sesión (se vuelve a explicar el uso que se le dará a la información). Recordar el objetivo del grupo focal, ser neutral ante las diferentes intervenciones tanto como le sea posible (no aprobar o desaprobar con comentarios o gestos), realizar una retroalimentación y consenso grupal antes de pasar a otra pregunta, estimular las respuestas, estar atento a la comunicación verbal y no verbal de los miembros del grupo (especialmente a opiniones contrarias y los consensos a los que se logra llegar), estar atento para saber cuándo y cómo indagar.

  De igual forma, debe coordinar la sesión, introducir los temas y hacer las preguntas, dar la palabra, así como llevar el grupo a la calma, en caso de ser necesario, cambiar de tema, hacer pausa en momentos de tensión, y manejar la interacción del grupo. Concertar con los participantes los tiempos para cada intervención (aclarando que para lograr la participación equilibrada de todos los integrantes deberá ser razonable en el uso de esta y que cuando se desvíe del tema, el moderador, podrá reorientar la dinámica del grupo). También debe estar atento al orden en que se deben hacer las

intervenciones y quien sería el responsable de tomar los tiempos. Realizar el cierre de la sesión con su respectiva evaluación verbal. Explicar las funciones de los participantes en el grupo focal, concertar y definir los roles, si es necesario.
Para el moderador también es necesario, saber identificar y prevenir la ***censura*** y la ***conformidad*.**

Conformidad: la persona elige adecuar sus contribuciones para estar en línea con las percepciones de los otros miembros del grupo y/o del moderador. Esta situación debe ser manejada en algunos grupos focales donde el moderador debe volver a realizar las preguntas o pedirle a algún participante que permita la expresión independiente de sus compañeros, teniendo en cuenta el respeto por el otro, en todo momento.

Censura: se da cuando "una persona se abstiene de hacer sus aportes, con frecuencia debido a la falta de confianza en el moderador u otros miembros, o al uso futuro que hará de los datos"[9]. Puede presentarse por características comportamentales propias de los participantes (timidez, ansiedad, zozobra, entre otros aspectos), las cuales dificultan la forma de expresar sus experiencias libre y desprevenida. El moderador debe respetar el comportamiento de estos participantes, haciéndoles las mismas preguntas que a todo el grupo, pero sin ejercer ninguna presión, para que den respuesta a las preguntas que se les realizan.

- **Observador/Anotador**: presentarse ante el grupo y manifestarle el rol que desempeñará durante la sesión, tomar atenta nota de los datos de los participantes nombre, profesión y cargo del participante, anotar el número asignado a cada participante. Tomar atenta nota de aspectos tales como: la comunicación verbal y no verbal de los participantes del grupo (especialmente a opiniones contrarias de los participantes y los consensos a los que logren llegar), los aspectos más relevantes de cada intervención

- **Participantes**: grupo de personas (este puede estar conformado por un grupo entre 5 y 6), que cuentan con características similares, las cuales les permiten poner en común sus puntos de vista particulares acerca del tema de interés, tanto para los participantes como para quienes preparan el grupo focal. Deben poseer las características que previamente se han definido como de interés para conformar el grupo.
Cada participante debe realizar su presentación, participar activamente durante la sesión haciendo las intervenciones en el momento indicado y un uso adecuado del tiempo, deben tener un trato respetuoso con los compañeros, el moderador y anotador, acatar la señal para cierre de la intervención una vez se le haya finalizado el tiempo para la misma (3 minutos), no alterar el orden de las discusiones, responder al tema específico que se está tratando, realizar la evaluación de la sesión, guardar la confidencialidad de los temas tratados y levantar el brazo para solicitar el uso de la palabra.
Las participantes en el grupo focal deben asistir sin ninguna compañía familiar o personal, pues la compañía de personas que no hacen parte del grupo puede hacer que la dinámica de la sesión de trabajo, sus temas y resultados se desvíen de lo inicialmente planeado.

---

[9] Molina Gloria M. Grupo Focal. Seminario de Investigación cualitativa. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 2001. 10p.

9. ***Desarrollo del tema de la sesión*:** el moderador procede a realizar las preguntas de manera ordenada y lógica, de acuerdo con lo establecido por la guía de preguntas, y recordará el orden en el que se deben hacer las intervenciones por parte de las participantes (de izquierda a derecha o de derecha a izquierda). El moderador les recuerda a las participantes, que cada uno de ellos, dará sus puntos de vista y respuesta haciendo uso racional del tiempo y no desviándose del tema de interés directo, además de recordar los diferentes roles que fueron asignados en la introducción del tema. El moderador debe mantener el interés en el grupo, motivando la participación, pero teniendo una actitud respetuosa y neutral, además de realizar la introducción, para cada uno de los subtemas que se explorarán con cada pregunta. En este momento de la sesión se tomará toda la información posible de las participantes con el fin de poder realizar unos análisis posteriores lo suficientemente sólidos y bien argumentados.

10. ***Cierre de la sesión*:** en este aparte el moderador debe hacer el cierre de la actividad, una vez se evacuen las preguntas y respuestas planeadas, además se solicita a las asistentes que evalúen la sesión de manera verbal en 30 segundos.

Espacio físico y logística:

***Espacio físico*:** organizar un salón con espacio suficiente y sillas cómodas de manera organizada en media luna, cada participante en el grupo focal debe tener disposición de tiempo suficiente con capacidad para permanecer durante toda la sesión, dado que es necesario estar en contacto permanente y directo tanto con las participantes como con el anotador, moderador y persona de apoyo logístico, además se debe disponer de un espacio que cuente con unas características mínimas de iluminación, aire, disponer de suficiente área confortable, silencioso, cubierto, que garantice privacidad para evitar interrupciones, de manera tal que las participantes no se sientan intimidadas o cohibidas para hablar.

***Materiales necesarios*:** sillas con espaldar, e inmobiliario que facilite la ubicación de cada participante, para compartir con las otras participantes y el moderador, permitiendo que se visualice el cuerpo. Se ubicarán a las participantes en una media luna y el moderador debe estar en la mitad o en un lugar en el que pueda tener una visual del grupo, razón por la cual, en este caso, quienes participan en el grupo con sus diferentes roles, deben ubicarse en un espacio que les permita compartir su figura, en la forma que mejor pueda ser apreciada por los demás compañeras y participantes en el grupo focal.

Una vez finalizada cada pregunta, y antes de pasar a la siguiente, se compartirá para presentar las principales notas tomadas de las respuestas a cada pregunta, así como los principales acuerdos y desacuerdos, y por consenso con las participantes, se dejarán los contenidos que sean acordados.

Refrigerio: este podrá tomarse al finalizar la sesión de trabajo, y antes de entrar al análisis de los resultados de este y no deberá exceder los 15 minutos. El refrigerio puede ser un compartir, previamente concertado por el grupo, y la idea es estar juntos sin ser necesario apagar la cámara y el video en este espacio de tiempo.

Convocatoria: se realizará la invitación de manera personal a cada participante en su domicilio.

Tiempo: el grupo focal tendrá una duración 2 horas (120 minutos, máximo 150 minutos). En este tiempo se debe realizar la parte introductoria, la sesión de preguntas y respuestas, así como el cierre del grupo.

Informe técnico

La información recolectada en el grupo focal será transcrita de manera textual, a partir de las grabaciones y los datos obtenidos por el moderador. Posteriormente se ordenará, clasificará y analizará mediante análisis comparativo constante, así como la elaboración de mapas y diagramas. Este proceso se realizará en el menor tiempo posible para evitar la pérdida de información que puede ser crucial para la descripción, y el avance en la comprensión del tema.

Aspectos éticos para la realización de la actividad de Grupo Focal (GF)

Esta técnica de recolección se ajusta a las normas internacionales sobre ética en la investigación humana, en especial a la declaración de Helsinki[10] de la asociación médica mundial. Se tienen en cuenta especialmente los principios éticos del aparte B de dicha declaración, numerales 12, 21 y 22, en tanto que en la realización del GF se presta atención adecuada a los factores que pueden perjudicar el medio ambiente. Se respeta el derecho de los participantes en el GF a proteger su integridad. Se garantiza la intimidad y la confidencialidad de la información de las participantes en el GF, y la presentación de resultados se realizarán por medio de mapas conceptuales y textos, en los que no se hace referencia explícita a ninguna de las participantes, para reducir al mínimo las consecuencias de la actividad investigativa sobre su integridad física, mental y la personalidad de las participantes.

Esta es una actividad investigativa sin riesgo según la Resolución 008430 de 1993, dado que en este caso, los temas explorados no buscan abordar aspectos sensibles de la conducta de las participantes, no obstante el diseño del grupo focal permite minimizar los riesgos potenciales para los sujetos, dado que las participantes son adultos, además no se realizarán intervenciones que modifiquen variables fisiológicas, psicológicas ni sociales de las participantes; las entrevistas del grupo focal guiadas por el moderador no intervienen la conducta de las participantes ni son de carácter diagnóstico ni terapéutico, sólo captarán el relato de las participantes desde sus experiencias sin establecer juicios o intervenciones sobre tales, adicionalmente la metodología permite la triangulación de los datos analizados con las participantes para que sean ellos quienes aprueben o no el análisis realizado. La investigadora responsable la clasifica en esta categoría y se realizará después de tener un acercamiento previo, y legitimación de las actividades con el grupo de participantes, y de preguntarles si están o no interesadas en hacer una aplicación concreta de la técnica de GF como herramienta para la recolección de información. La realización del GF se hará después de obtener el consentimiento informado verbal de cada uno de los participantes que serán invitados a la actividad.

Cada participante, será considerada como experta en las temáticas a abordar, recibirá la información adecuada acerca de los objetivos, métodos, posibles conflictos de interés, afiliaciones institucionales, beneficios calculados, riesgos posibles e incomodidades derivadas de esta actividad académica. Se le informará a cada participante del derecho

[10] Asociación Médica Mundial. Declaración del Helsinki. Principios éticos para las investigaciones éticas en seres humanos, iniciada en 1964. 2000.

de participar o no en el Grupo Focal, en alguno de los roles que deben manejarse en el mismo, y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Una vez la investigadora verifique que la participante comprendió la información, le solicita verbalmente a cada participante, el consentimiento informado y voluntario para participar de esta actividad académica. Este consentimiento será grabado, previa autorización de las expertas participantes y en el mismo se les solicitará a las participantes la autorización para hacer uso académico de la información que aporten en esta actividad. Una vez las participantes acepten las condiciones se dará paso al abordaje de cada categoría en el grupo focal.

También se tendrán en cuenta el estudio de las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para Investigación en Salud consignadas en la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, la cual aplicará para esta actividad académica en los siguientes aspectos:

- Para explorar estas experiencias se aplicará la técnica de grupos focales (GF) según criterios permitidos y aceptados por la comunidad internacional y nacional, que ya han sido utilizados en investigaciones y trabajos grupales similares. Se realizará un GF teniendo en cuenta los criterios de intimidad y confidencialidad de la información de cada participante, y se le solicitará de igual forma, el consentimiento informado previa realización del grupo, además de la autorización para las grabaciones, toma de fotografías, publicación o divulgación científica, si el grupo decide documentar su experiencia.

- La información que se recolecte será manejada con confidencialidad, y sólo tendrán acceso a ella, la investigadora y el comité tutorial de la Universidad CES, para realizar los análisis y presentación de resultados en instancias académicas y para la escritura de un artículo científico, si así lo deciden. Los fines de la utilización de esta información son estrictamente académicos y se controlará su difusión. Las fichas y carteleras de consenso quedaran bajo custodia de la investigadora responsable del análisis de la información. El material recolectado en el GF será guardado hasta el momento de la entrega del informe final de la tesis doctoral y las publicaciones científicas relacionas, posteriormente será destruido.

En el momento de solicitar el consentimiento informado verbal, también se les recordará a las participantes la importancia de guardar la confidencialidad de la información que ellas suministran, haciendo la claridad de que el mal uso del lenguaje y no respetar la confidencialidad también es una forma de poner en riesgo la vida de las personas, por lo tanto la Universidad CES se compromete a guardar la normas de confidencialidad y ética respectivas, pero le solicita a cada participante una actitud corresponsable para garantizar la integridad de cada uno de ellas, y la confidencialidad de lo tratado en cada grupo, es responsabilidad compartida entre las participantes y la Universidad. Finalmente, la investigadora declara no tener conflicto de intereses y se compromete a publicar los resultados de manera fiel y exacta a los datos obtenidos en actividades académicas o mediante escrito original. Se garantiza además que se cuenta con la asesoría metodológica adecuada

Anexo 5: Guía de preguntas entrevista a profundidad informantes claves (embarazadas)

Universidad CES
Escuela de Graduados
Doctorado en Salud Pública
La experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado en Montería, Colombia. 2022 -2023

Guía de preguntas
Entrevista a profundidad informantes claves embarazadas (3 fase)

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Cuánto tiempo de embarazo tiene?
3. ¿Cuántos hijos tiene?
4. ¿Dónde vive actualmente?
5. ¿Cómo está conformada su familia?
6. ¿Tiene trabajo actualmente?

Categoría analítica	Preguntas
Mejorar la nutrición durante el embarazo es el cuidado más importante para garantizar la salud del hijo por nacer.	1. Los participantes afirman que la alimentación es el principal cuidado del embarazo. ¿Usted qué opina? 2. ¿Para usted como debe ser la alimentación de la mujer embarazada? 3. ¿Cuáles son las dificultades que se presentan para que la embarazada obtenga una adecuada alimentación? 4. Los participantes afirman que las instituciones responsables de la salud (secretarías de salud, EPS, IPS) no apoyan la alimentación de la mujer embarazada. ¿usted qué opina?
El control prenatal como único medio de asistencia biomédica de las mujeres de estratos socioeconómicos bajos, para la obtención de un niño sano.	1. Los participantes reconocen al Control Prenatal como un servicio para mujeres de estratos socioeconómicos bajos, que no tienen la oportunidad de acceder a servicios con especialistas particulares. ¿Usted qué opina? 2. ¿Para usted cual es lo más significativo del servicio prestado por el Control Prenatal? 3. ¿Cómo describe usted la relación entre usted y su familia con el Control Prenatal? 4. ¿Qué dificultades ha tenido en los diferentes servicios prestados por el Control Prenatal?

Creencias y prácticas de cuidado culturales y familiares, principales generadoras del cuidado de la salud materna.	1. ¿Para usted qué es lo más significativo de los cuidados de la familia establecidos para la mujer embarazada? 2. ¿Cómo aprendió usted los cuidados de la mujer embarazada? 3. ¿Qué persona de la familia es la encargada de cuidar a la mujer embaraza? 4. ¿Se presentan dificultades para que la familia cuide adecuadamente a la embarazada? 5. ¿Para usted cuales son los cuidados fundamentales para lograr una adecuada salud en el embarazo?
La salud materna, una responsabilidad de la mujer, familia y servicios de salud, para obtener un hijo sano.	1. ¿Para usted quien o quienes son los principales responsables de lograr y conservar la salud de la mujer durante el embarazo? 2. Los participantes afirman que es importante conservar la salud de la gestante, ya que con ella se asegura la salud del feto y la obtención de un recién nacido sano. Para usted, ¿Qué importancia tienen lograr y mantener la salud materna? (Contra preguntar sobre el cuidado de la salud de la mujer antes y después del embarazo). 3. ¿Qué factores influyen en que la mujer embarazada pueda o no tener una adecuada salud durante el embrazo? 4. ¿Cómo califica usted la atención de su proveedor en salud, como respecto al cuidado de la salud materna?
La salud de la gestante está determinada desde las dimensiones política, familiar, social y cultural de su contexto vital.	1. ¿Según su experiencia quien decide como se realiza el cuidado de la salud de la mujer embarazada? 2. ¿Cómo influye la cultura y las creencias de la familia en el cuidado de la salud de la mujer embarazada? 3. ¿De qué forma influyen las instituciones que administran y prestan los servicios de salud a las gestantes para lograr un embarazo saludable?

Pregunta final: ¿Hay algo que no le haya preguntado que esté relacionado con los temas de la entrevista y que Usted quiera agregar?

Anexo 6: Guía de preguntas entrevista a profundidad informantes claves (familia)

Universidad CES
Escuela de Graduados

Doctorado en Salud Pública
La experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado en Montería, Colombia. 2022 -2023

Guía de preguntas
Entrevista a profundidad informantes claves familiares (3 fase)

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Cuánto tiempo de embarazo tiene?
3. ¿Cuántos hijos tiene?
4. ¿Dónde vive actualmente?
5. ¿Cómo está conformada su familia?
6. ¿Tiene trabajo actualmente?

Categoría analítica	Preguntas
Mejorar la nutrición durante el embarazo es el cuidado más importante para garantizar la salud del hijo por nacer.	1. Los participantes afirman que la alimentación es el principal cuidado durante el embarazo. ¿Usted qué opina? 2. ¿Para usted como debe ser la alimentación de la mujer embarazada? 3. ¿Cuáles son las dificultades que se presentan para que la embarazada obtenga una adecuada alimentación? 4. Los participantes afirman que las instituciones responsables de la salud (secretarías de salud, EPS, IPS) no apoyan la alimentación de la mujer embarazada. ¿usted qué opina?
El control prenatal como único medio de asistencia biomédica de las mujeres de estratos socioeconómicos bajos, para la obtención de un niño sano.	1. Los participantes reconocen al Control Prenatal como un servicio para mujeres de estratos socioeconómicos bajos, que no tienen la oportunidad de acceder a servicios con especialistas particulares. ¿Usted qué opina? 2. ¿Para usted cual es lo más significativo del servicio prestado por el Control Prenatal? 3. ¿Cómo describe usted la relación entre usted y su familia con el Control Prenatal? 4. ¿Qué dificultades ha tenido en los diferentes servicios prestados por el Control Prenatal?
Creencias y prácticas de cuidado culturales y familiares, principales generadoras del cuidado de la salud materna.	1. ¿Para usted qué es lo más significativo de los cuidados de la familia establecidos para la mujer embarazada? 2. ¿Cómo aprendió usted los cuidados de la mujer embarazada?

	3. ¿Qué persona de la familia es la encargada de cuidar a la mujer embaraza? 4. ¿Se presentan dificultades para que la familia cuide adecuadamente a la embarazada? 5. ¿Para usted cuales son los cuidados fundamentales para lograr una adecuada salud en el embarazo?
La salud materna, una responsabilidad de la mujer, familia y servicios de salud, para obtener un hijo sano.	1. ¿Para usted quien o quienes son los principales responsables de lograr y conservar la salud de la mujer durante el embarazo? 2. Los participantes afirman que es importante conservar la salud de la gestante, ya que con ella se asegura la salud del feto y la obtención de un recién nacido sano. Para usted, ¿Qué importancia tienen lograr y mantener la salud materna? (Contra preguntar sobre el cuidado de la salud de la mujer antes y después del embarazo). 3. ¿Qué factores influyen en que la mujer embarazada pueda o no tener una adecuada salud durante el embrazo? 4. ¿Cómo califica usted la atención de su proveedor en salud, como respecto al cuidado de la salud materna?
La salud de la gestante está determinada desde las dimensiones política, familiar, social y cultural de su contexto vital.	1. ¿Según su experiencia quien decide como se realiza el cuidado de la salud de la mujer embarazada? 2. ¿Cómo influye la cultura y las creencias de la familia en el cuidado de la salud de la mujer embarazada? 3. ¿De qué forma influyen las instituciones que administran y prestan los servicios de salud a las gestantes para lograr un embarazo saludable?

Pregunta final: ¿Hay algo que no le haya preguntado que esté relacionado con los temas de la entrevista y que Usted quiera agregar?

Anexo 7: Guía de preguntas (validación por expertos)

Universidad CES
Escuela de Graduados
Doctorado en Salud Pública

Determinación de la salud materna a partir del contexto social, familiar, cultural y de los servicios de salud
Montería-Colombia 2022-2023

Guía de preguntas
Validación por expertos

Profesión u oficio: _____

Años de experiencia: _____

1. ¿De acuerdo con su experiencia con el cuidado prenatal, cuál cree usted es la validez de los resultados de esta investigación? _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. ¿En qué otro tipo de población serían validos estos resultados? y ¿qué características tendrían estos resultados con otra población? _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. ¿Este tipo de investigaciones con este tipo de resultados para que le pueden servir en el ejercicio de su labor en el cuidado de la salud materna? _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

_____

4. ¿A partir de los resultados de esta investigación que recomendación o recomendaciones haría usted para el sistema de salud en cuanto al cuidado prenatal? _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

5. Teniendo en cuenta que esta investigación es cualitativa y que le da importancia a la voz de las gestantes y sus familias. ¿Qué recomendaciones haría usted para futuras investigaciones con este tipo de metodologías? _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6. ¿Desde el ámbito de la política pública en salud para la salud materna para que pueden servir estos resultados? _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

7. ¿Con los resultados de esta investigación como pueden beneficiarse las mujeres gestantes que asisten a los programas de cuidado prenatal? _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. ¿Usted estaría de acuerdo en que se aplique este tipo de metodología en investigaciones para otros aspectos críticos del embarazo tales como la salud mental y enfermedades propias de la gestación? _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. ¿Hay algo que no le haya preguntado que esté relacionado con el tema y usted quiera agregar?

Anexo 8: Consentimiento informado mujeres gestantes

Universidad CES
Escuela de Graduados
Doctorado en Salud Pública
Consentimiento informado mujeres gestantes

Nombre de la investigación	La experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una ESE de Montería Colombia.

Grupo de personas a quienes se solicita el consentimiento	Mujeres gestantes que asisten al programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado de la ciudad de Montería.
Investigador principal	Claudia Patricia Ramos Lafont, Enfermera Magister en Enfermería, estudiante de Doctorado en Salud Pública Universidad CES Medellín Colomba
Tutor **Cootutor**	Santiago Henao Villegas PhD Bioética Isabel Cristina Posada Zapata PhD Ciencias Sociales, Niñez y Juventud

Señora, cordial Saludo.

El objetivo de la investigacion es comprender la experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado de la ciudad de Montería, es decir conocer su experiencia con el cuidado de su salud y su nutrición en el embarazo.

La investigación durará aproximadamente un año y su participación consistirá en asistir a las entrevistas y grupos focales programados, a los cuales se les citará con suficiente antelación. Dichas entrevistas y grupos focales serán grabados con su autorización y con el único fin de poder realizar una transcripción literal de los mismos. La decision de participación en esta investigación es completamente voluntaria, en caso de que decida participar usted podrá retirarse en cualquier momento sin que esto le represente ningún cambio en la atención en salud que recibe su familiar embarzada por parte de la Empresa Social del Estado. En caso de que usted decida no participar, dicha decisión no tendrá implicaciones en el proceso de atención es salud que está recibiendo.

El presente estudio es considerado de riesgo minimo, dado que en el desarrollo de la investigación se tocarán aspectos que pudiesen ser clasificados como sensitivos a la conducta. No obstante el grupo de investigadores garantiza absoluta privacidad y confidencialidad, evitando que los datos que permitan identificarlo a usted o su familia queden a luz publica o al alcance de otras investigaciones.

Los datos obtenidos se identificarán con un código para proteger su identidad. Se garantiza que la información obtenida tendrá carácter anónimo, y será protegida por el grupo de investigadores para el fin descrito anteriormente. Cuando finalice la investigación se socializarán los resultados con las consideraciones anteriormente descritas.

Ante cuaquier duda usted podrá comunicarse con la investigadora principal al correo electrónico: ramos.claudia@uces.edu.co o al número celular 3008265634, quien con gusto atenderá sus solicitudes.

Formulario de consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación titulada “La experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una ESE de Montería Colombia”. He sido informado de que no hay riesgos con mi partipación en la investigación. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora principal, así como su número de contacto y correo electrónico.

He leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me han sido respondidas satisfactoriamente. Consiento mi participación en la investigación y entiendo que tengo el derecho a retirarme en cualquier momento, sin que esto me afecte en ninguna forma. Adicionalmente reafirmo que he recibido una copia del consentimiento informado. De igual manera queda claro que si mi firma no aparece en el presente documento es por que no conciento mi participación.

Nombre del participante: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si el participante no sabe leer y escribir, el consentimiento debe ser firmado por un testigo que sepa leer o escribir.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al potencial participante y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido aclaradas satisfactoriamente. Por tal motivo como testigo afin al participante doy fe de lo anteriormente descrito.

Nombre del testigo 1: _____

Firma del testigo 1: _____ **Fecha:** _____

Nombre del testigo 2: _____

Firma del testigo 2: _____ **Fecha:** _____

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE LA INVESTIGADORA

Declaro que he solicitado consentimiento informado a la persona cuyo nombre y apellidos figuran en este formulario. He dado informacion clara y comprensible sobre la investigación, he contestado honestamente a sus preguntas y aclarado sus dudas.

Firma del investigador _____ **Fecha** _____

Anexo 9: Consentimiento informado familiar o cuidador de mujeres gestantes

Universidad CES
Escuela de Graduados

Doctorado en Salud Pública
Consentimiento informado familiar o cuidador de mujeres gestantes

Nombre de la investigación	La experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una ESE de Montería Colombia.
Grupo de personas a quienes se solicita el consentimiento	Familias o cuidador de mujeres gestantes que asisten al programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado de la ciudad de Montería.
Investigador principal	Claudia Patricia Ramos Lafont, Enfermera Magister en Enfermería, estudiante de Doctorado en Salud Pública Universidad CES Medellín Colomba
Tutor **Cootutor**	Santiago Henao Villegas PhD Bioética Isabel Cristina Posada Zapata PhD Ciencias Sociales, Niñez y Juventud

Señor(a), cordial Saludo.

El objetivo de la investigacion es comprender la experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una Empresa Social del Estado de la ciudad de Montería, es decir conocer su experiencia con el cuidado de la salud y la nutrición de la embarazada en su familia.

La investigación durará aproximadamente un año y su participación consistirá en asistir a las entrevistas y grupos focales programados, a los cuales se les citará con suficiente antelación. Dichas entrevistas y grupos focales serán grabados con su autorización y con el único fin de poder realizar una transcripción literal de los mismos. La decision de participación en esta investigación es completamente voluntaria, en caso de que decida participar usted podrá retirarse en cualquier momento sin que esto le represente ningún cambio en la atención en salud que recibe su familiar embarzada por parte de la Empresa Social del Estado. En caso de que usted decida no participar, dicha decisión no tendrá implicaciones en el proceso de atención es salud que está recibiendo.

El presente estudio es considerado de riesgo minimo, dado que en el desarrollo de la investigación se tocarán aspectos que pudiesen ser clasificados como sensitivos a la conducta. No obstante el grupo de investigadores garantiza absoluta privacidad y confidencialidad, evitando que los datos que permitan identificarlo a usted o su familia queden a luz publica o al alcance de otras investigaciones.

Los datos obtenidos se identificarán con un código para proteger su identidad. Se garantiza que la información obtenida tendrá carácter anónimo, y será protegida por el grupo de investigadores para el fin descrito anteriormente. Cuando finalice la investigación se socializarán los resultados con las consideraciones anteriormente descritas.

Ante cuaquier duda usted podrá comunicarse con la investigadora principal al correo electrónico: ramos.claudia@uces.edu.co o al número celular 3008265634, quien con gusto atenderá sus solicitudes.

Formulario de consentimiento

He sido invitado(a) a participar en la investigación titulada "La experiencia del cuidado de la salud materna desde los significados y comportamientos relacionados con la nutrición en un grupo de gestantes y sus familias del programa de control prenatal de una ESE de Montería Colombia". He sido informado sobre los riesgos minimos por mi partipación en la investigación. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora principal, así como su número de contacto y correo electrónico.

He leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me han sido respondidas satisfactoriamente. Consiento mi participación en la investigación y entiendo que tengo el derecho a retirarme en cualquier momento, sin que esto me afecte en ninguna forma. Adicionalmente reafirmo que he recibido una copia del consentimiento informado. De igual manera queda claro que si mi firma no aparece en el presente documento es por que no conciento mi participación.

Nombre del participante: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si el participante no sabe leer ni escribir, el consentimiento debe ser firmado por un testigo que sepa leer y escribir.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al potencial participante y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido aclaradas satisfactoriamente. Por tal motivo como testigo afin al participante doy fe de lo anteriormente descrito.

Nombre del testigo 1: _____

Firma del testigo 1: _____ **Fecha:** _____

Nombre del testigo 2: _____

Firma del testigo 2: _____ **Fecha:** _____

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE LA INVESTIGADORA

Declaro que he solicitado consentimiento informado a la persona cuyo nombre y apellidos figuran en este formulario. He dado informacion clara y comprensible sobre la investigación, he contestado honestamente a sus preguntas y aclarado sus dudas.

Firma del investigador _____ **Fecha** _____