

Vida vivida: experiencias de morbilidad materna extrema. Relatos de mujeres sobrevivientes y cuidadoras. Subregión del Urabá antioqueño, 2016

Life Lived: Experiences of Extreme Maternal Morbidity. Stories of Women Survivors and Caregivers. Subregion of Urabá, Antioquia, 2016

Vida vivida: experiências de morbimortalidade materna ao estreme. Relatórios das mulheres sobreviventes e as suas protetoras. Sub-região do Urabá antioqueño, ano de 2016

Bellibeth Valencia-Flórez¹, Martha Beatriz Gaviria-Londoño²

¹ Magíster en Salud Pública, especialista en Sistemas de Información Geográfica, profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Antioquia. Colombia. bevale@gmail.com, orcid.org/0000-0002-8492-6251

² Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud; médica y magíster en epidemiología. Profesora titular Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Colombia. martha.gaviria@udea.edu.co, orcid.org/0000-0001-9781-0533

Recibido: 24/07/2017. Aprobado: 03/09/2018. Publicado: 30/10/2018.

Valencia-Flórez B, Gaviria-Londoño MB. Vida vivida: experiencias de morbilidad materna extrema. Relatos de mujeres sobrevivientes y cuidadoras. Subregión del Urabá antioqueño, 2016. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2018;36(3):120-130. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v36n3a12

Resumen

Objetivo: Interpretar la experiencia de mujeres sobrevivientes y cuidadoras acerca de afrontar un evento de morbilidad materna extrema en la subregión del Urabá antioqueño, 2016. **Metodología:** Investigación narrativa autobiográfica, que busca reconstruir la experiencia mediante un proceso reflexivo. Se llevó a cabo un proceso de selección de mujeres sobrevivientes de morbilidad materna extrema y de cuidadoras de ellas, y para la construcción de las narrativas se efectuaron entrevistas conversacionales a profundidad. Los relatos fueron transcritos textualmente y se hizo un proceso interpretativo de estos con base en un instrumento que tiene en cuenta tres momentos mímicos fundados en la propuesta de Paul Ricoeur sobre el arco

hermenéutico. Además, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas pertinentes para este tipo de investigación. **Resultados:** La historia de sobrevivir a una morbilidad materna extrema en Urabá da sentido a la resignificación del cuidado humano y al reconocimiento de las capacidades humanas. Las mujeres que sobrevivieron a esta complicación y las cuidadoras consideran que el cuidado es determinante durante ella. Por otro lado, las condiciones familiares, sociales, culturales e históricas de Urabá limitan las posibilidades que las mujeres tienen para ser, actuar y decidir después de sobrevivir a una morbilidad materna extrema. **Conclusiones:** Con la emergencia de sentimientos de razón práctica, de afiliación y emociones en los relatos de sobrevivien-

tes y cuidadoras, la experiencia de la morbilidad materna extrema, comprendida como un acontecimiento narrativo, se muestra de forma más rica y humana. El enfoque de las capacidades propuesto por Nussbaum posibilita valorar la calidad de vida, identificar limitaciones del entorno social para desplegarlas, develar ausencia de capacidades, desigualdad y desconocimiento

de derechos. Se abre, así, una línea de estudio de historias de vida de morbilidad materna extrema desde una perspectiva ética y política de justicia social en salud.

-----*Palabras clave:* salud materna, complicaciones del embarazo, capacidades humanas, autobiografía, investigación cualitativa, calidad de la atención de salud, cuidadoras.

Abstract

Objective: To interpret the experience of women survivors and caregivers with regards to facing an event of extreme maternal morbidity in the subregion of Urabá, Antioquia 2016. **Methodology:** Autobiographical narrative research, which seeks to reconstruct the experience through a reflective process. A selection process was carried out for women survivors of extreme maternal morbidity and their caregivers, and in-depth conversational interviews were conducted for the construction of the narratives. The stories were transcribed textually and an interpretative process was made using an instrument that takes into account three mimetic moments based on Paul Ricoeur's theory of the hermeneutic arc. Furthermore, ethical considerations relevant to this type of research were taken into account. **Results:** The story of surviving extreme maternal morbidity in Urabá gives meaning to the resignification of human care and the recognition of

human capabilities. **Conclusions:** With the emergence of feelings of practical rationality, affiliation and emotions in the stories of survivors and caregivers, the experience of extreme maternal morbidity, understood as a narrative event, is shown in a richer and more humane way. The capabilities approach proposed by Nussbaum makes it possible to assess the quality of life, identify limitations of the social environment in order to unfold them, and reveal the absence of capabilities, inequality and ignorance of rights. This opens an area of study regarding life stories of extreme maternal morbidity from an ethical and political perspective of social justice in health.

-----*Keywords:* maternal health, pregnancy complications, human capacities, autobiography, qualitative research, quality of health care, caregivers

Resumo

Objetivo: Interpretar a expertise das mulheres sobreviventes e as suas protetoras ao respeito de enfrentar um evento de morbilidade materna ao estreme na sub-região do Urabá antioqueño, no ano de 2016. **Metodologia:** Investigação narrativa autobiográfica, que procura reconstruir o experiencial mediante um processo reflexivo. Se levou até o fim o processo de escolha das mulheres sobreviventes de morbilidade materna no estreme e das suas protetoras, pra edificação das narrativas se efetuaram entrevistas conversacionais aprofundadas. Os relatórios foram transcritos textualmente e se fez o processo interpretativo destes baseados num instrumento que leva a sério três momentos miméticos fundados na proposta de Paul Ricoeur alusivos ao arco hermenêutico. Além disso, se deu grande relevo para as considerações éticas pertinentes para este jeito de investigação. **Resultantes:** A história do sobreviver duma morbimortalidade materna ao estreme no Urabá faz sentido na ressignificação da

proteção ao ser humano e pro reconhecimento das capacidades humanas. **Conclusões:** Com a emergência dos sentimentos da razão prática, de afiliação e as emoções nos relatórios das sobreviventes e as suas protetoras, o experiencial da morbimortalidade materna ao estreme, aceita em quanto acontecimento narrativo, se mostra dum jeito mais humano e enriquecido. O foco dessas capacidades proposto por Nussbaum possibilita mensurar a qualidade de vida, identificar gargalos do redor social para desengasgar estes, desvelar a ausência das capacidades, inequidade e desconhecimento dos seus direitos. Abrindo, assim, uma trilha pro estudo das histórias de vida na morbilidade materna ao estreme desde uma visão ética e política de justiça social na saúde.

-----*Keywords:* saúde materna, complicações na gravidez, capacidades humanas, autobiografia, investigação qualitativa, qualidade na atenção da saúde, protetoras.

Introducción

La *morbilidad materna extrema* (MME) es “un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo”; dicho en otras palabras, son casos en que la salud de las mujeres se complica gravemente y casi pierden la vida [1-5]. Pese a que sobreviven, las mujeres presentan lesiones que dejan consecuencias que les afectan las dimensiones físicas, sociales, psicológicas y económicas, y las de su hogar. Genera altos costos para la atención en salud, que no siempre es cubierta por el sistema de salud. Así mismo, los cuidados e incapacidades laborales requeridos pueden llevar a discapacidad, pérdida de la productividad laboral y agregar nuevas condiciones de mayor vulnerabilidad [6,7].

Los estudios de la MME, en el mundo y en el país, se proponen como una herramienta para medir la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, por lo general, dichos estudios se realizan desde el modelo predominante empírico-analítico, que se basa en una visión morbicéntrica de los problemas que no da cuenta de las consecuencias que deja para la mujer sobrevivir a una MME. Son pocos los estudios sobre este tema que estén centrados en el sujeto —en este caso, la mujer que presenta la MME y el cuidador del servicio de salud, quien atiende o hace parte de los análisis de dicha complicación—, donde se explore el problema desde las subjetividades (o apropiaciones biográficas), que permitan comprender las dimensiones familiares, sociales o psicológicas de la mujer que sobrevive a la MME.

Esta situación pone en evidencia la ausencia de la voz de las mujeres que padecen la complicación y de sus cuidadoras en las investigaciones, quienes se constituyen en una fuente de saber muy importante respecto a la experiencia. Se reconocen grandes hallazgos en estos adelantos investigativos, pero no son suficientes para avanzar eficazmente en la tarea de mejorar la salud materna [1,2,4,5,8-10]. De todos modos, se ha comenzado a indagar por las experiencias de las mujeres que sobrevi-

ven a la MME y que quedan con afectaciones psicológicas y sociales [11-14].

En este contexto, el propósito de este estudio fue, por un lado, estudiar las experiencias de las mujeres que sobrevivieron a la MME y poder conocer las afectaciones de orden psicológico, social, económico y emocional, y cuáles son las posibilidades que ellas tienen para ser, actuar y decidir en el mundo en el que viven; y, por otro, cuál es la experiencia de la cuidadora, entendida como la médica, enfermera o la auxiliar de enfermería que hace parte de las atenciones o el análisis de los casos de MME. En síntesis, el objetivo de la investigación fue interpretar la experiencia de mujeres sobrevivientes y cuidadoras acerca de afrontar un evento de MME, en la subregión del Urabá antioqueño.

Desde una perspectiva de antropología filosófica, para lograr la interpretación de los enunciados de las mujeres y de las cuidadoras, se toma como clave de lectura a Martha Nussbaum, quien desarrolla su enfoque de “capacidades humanas” [15]. Este se centra en la noción de *libertad*, entendiendo por ella el conjunto de oportunidades que las personas tienen para hacer factibles dichas capacidades y se basa en la pregunta “¿qué es capaz de hacer y de ser cada persona?” [15].

En el enfoque de las capacidades humanas así entendido, Nussbaum enuncia las dimensiones que califica como de suma importancia para el ser humano, que, de ser desarrolladas por las personas, mejorarían la calidad de vida humana, o en caso de carecer de ellas, dicha vida humana no sería buena. Esto trae consigo implicaciones de orden político, moral y social, donde Nussbaum hace una exigencia moral al Estado, en cuanto a la necesaria garantía de oportunidades para que todos los seres humanos desarrollen estas capacidades, y más allá, ella le hace un reclamo por la garantía de justicia y derechos humanos de los individuos y las comunidades, en especial frente a la evidencia de fallas u omisiones de capacidades argumentadas ante la presencia de discriminación o marginación [15].

En la tabla 1 se presenta el listado de las diez capacidades humanas planteadas por Nussbaum para lograr, según ella, calidad de vida.

Tabla 1. Capacidades humanas por desarrollar calidad de vida, según Martha Nussbaum.

Capacidad humana	Descripción
Vida	Excluye la muerte prematura; vivir lo que se pueda en una vida humana normal.
Salud física	Tener buena salud, alimentación adecuada y poder vivir en un lugar apropiado.
Integridad física	Poder desplazarse libremente de un lugar a otro; estar protegidos de los ataques violentos; disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y la elección en cuestiones reproductivas.

Sentidos, imaginación, pensamiento	Poder utilizar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento; educación adecuada que incluya la alfabetización y la formación matemática y científica básica.
Emociones	Poder sentir apego por cosas y personas externas a nosotras y nosotros mismos; poder amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros, y sentir duelo por su ausencia; en general, poder amar, apenarse, sentir añoranza, gratitud e indignación justificada.
Razón práctica	Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida.
Afiliación	Poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos; ser capaces de imaginar la situación de otro u otra persona. Disponer de las bases sociales necesarias para que no sintamos humillación y sí respeto por nosotros mismos; que se nos trate como seres dignos de igual valía que los demás.
Otras especies	Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural.
Juego	Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas
Control sobre el propio entorno político y material	Poder participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida. Poder poseer propiedades (tanto muebles como inmuebles) y ostentar derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas; tener derecho a buscar trabajo en un plano de igualdad con los demás.

Fuente: Adaptación del listado de capacidades presentado en el libro Nussbaum M. *Creating capabilities. The Human Development Approach*. Barcelona: Libros E; 2011

Metodología

Se realizó una investigación narrativa autobiográfica [16], buscando reconstruir la experiencia tanto de mujeres sobrevivientes a la MME, como la de sus cuidadoras, mediante un proceso reflexivo, en el que las narradoras le dieron significado a lo sucedido o vivido, a través de la construcción de relatos.

Enfoque biográfico narrativo

A pesar de la multiplicidad de formas de entender la investigación narrativa, lo cual es producto de la diversidad de enfoques, aplicaciones y perspectivas disciplinares (antropología, sociología, psicología), en esta investigación se optó por el enfoque *narrativo-autobiográfico*, como aquel que pretende explorar los significados de la experiencia narrada en historias de vida de los sujetos, y que de ninguna manera se limita a una metodología de recogida y análisis de datos [17].

Por medio de la investigación narrativa autobiográfica se pueden manifestar los procesos de socialización de una persona con MME, los incidentes críticos en su historia, la evolución de sus demandas y expectativas, así como los factores que condicionan su actitud hacia la vida y hacia el futuro, donde se puede mostrar la “voz” de los protagonistas [17].

En los relatos de vida también se hacen públicas aquellas percepciones, intereses, dudas, orientaciones, hitos y circunstancias que, desde su perspectiva, han in-

fluído significativamente en ser quienes son y en actuar como lo hacen [17]. Para construir una historia de vida, se deben integrar situaciones del pasado que el sujeto considera relevantes para describir, entender o representar la situación actual y enfrentarse prospectivamente al futuro [17].

Acorde con el anterior enfoque, en esta investigación se planteó explorar las historias de vida de las mujeres y de sus cuidadoras en su mundo, sin utilizar “categorías” o variables preestablecidas, entendiendo que cada mujer es única, en su personalidad, comportamiento, cultura, entorno social, capacidades, valores, creencias, estilo de vida y la visión que tiene del mundo que le rodea [18].

Se asume que, desde una perspectiva ética, la construcción de historias tiene en cuenta el valor de la dignidad humana del sujeto, de quien se ve enfrentado a una situación, como la MME, que además de ser vital, es compleja, y que puede afectar de manera negativa el vivir, ubicando a la persona en condiciones de desventaja social.

Selección de las participantes

Se trabajó con cinco instituciones de salud de referencia de los once municipios de Urabá, quienes suministraron los datos de contacto de las cuidadoras y de las mujeres que sobrevivieron a una MME.

La subregión de Urabá presenta la situación más desfavorable en cuanto a los indicadores de salud ma-

terna [19]. Esto se argumenta en que, a nivel del departamento de Antioquia, Urabá tiene la más alta tasa general de fecundidad, es la tercera con más casos de MME y posee la razón de mortalidad materna más alta en comparación con las otras subregiones del departamento; incluso, en algunos años ha superado la razón departamental [19]. Lo anterior hace que Urabá sea una de las regiones prioritarias en el departamento, que requiere no solo mejorar la calidad de los servicios prestados a las mujeres gestantes, sino también el fortalecimiento de las habilidades de las mujeres y sus familias para reconocer los signos de enfermedad y consultar de manera oportuna [19].

Criterios de inclusión

Para la selección de las mujeres sobrevivientes a una MME, se procuró que participaran tanto del área urbana como rural, con diferencias en cuanto a la edad, número de hijos y estado civil.

En cuanto a los cuidadores, se invitó al personal de salud (médico, enfermera y auxiliar de enfermería) que labora en el área de ginecología (maternidad o partos) y de vigilancia epidemiológica de las cinco instituciones de salud participantes en el estudio.

Construcción oral de las narrativas

La construcción de las narrativas autobiográficas fue a partir de un encuentro oral, por medio de *entrevistas a profundidad*, que consiste en conversaciones no estructuradas, donde la persona relata su historia de vida de manera detallada.

No se contó con una estructura temática, sino que la mujer y la cuidadora elaboraron libremente sus relatos, a partir de un primer enunciado generador, algo como “Cuénteme su historia de sobrevivir a una MME” [16].

Antes de dar inicio a la entrevista con cada mujer, se le presentó la información de la investigación con mayor detalle, claridad y simplicidad (con el fin de que pudieran valorar riesgos y beneficios), y se le orientó sobre el enfoque autobiográfico, que consistía en narrar su vida, teniendo en cuenta el hablar de la experiencia de sobrevivir a una MME.

La narración oral de tipo conversacional permite, a quien narra, una mayor espontaneidad, fluidez y empezar por donde quiera, que cuente lo que ha vivido sin tener en cuenta el orden en el tiempo. Puede resaltar aquellas situaciones que son importantes para su vida [16].

El papel como investigadora en la conversación fue ayudar a profundizar en sus significados, recogiendo algunas ideas que iban siendo dejadas a un lado, sin emitir juicios o apreciaciones.

Construcción del texto escrito de las narrativas

Se procuró que la transcripción fuera textual para cada entrevista, registrando la totalidad del conteni-

do, así como también el tono emotivo de la conversación (pausas, silencios, risas, llantos, exclamaciones, interrupciones...).

En la narración escrita se omitieron los detalles que puedan poner en evidencia la identificación de las participantes (nombres, lugares y fechas específicas, instituciones de salud, nombres de personal asistencial); en su lugar, se acordó con cada una cómo cambiarlas (por ejemplo, mediante el uso de seudónimo).

Para proteger la identidad de las instituciones y nombres de los municipios se utilizaron como base los nombres de los ríos más representativos del continente de África y se conserva el mismo nombre transversalmente en todos los relatos [16].

Proceso interpretativo de los relatos autobiográficos

Este proceso guía la investigación hacia el cumplimiento de los objetivos; además, maximiza su beneficio [20].

Dado que aún no existe una propuesta metodológica establecida en el área de la salud para el análisis de historias de vida, en esta investigación se llevó a cabo una interpretación de los textos narrados a partir de la tesis doctoral realizada por Marta Gaviria sobre el destierro [21], la cual desarrolla su proceso de interpretación bajo la propuesta de Paul Ricoeur [22,23] sobre el *arco hermenéutico*, que permite efectuar una interpretación de un texto en tres momentos miméticos. Así, en el presente trabajo de investigación, tales momentos fueron:

- *Mimesis I. Prefiguración.* El análisis inició con la observación del mundo vivido por los personajes (mujeres sobrevivientes a una MME y cuidadoras). Así mismo, en cada relato se identificó cuál es el rol que asumió el narrador en la acción (destinador, destinatario, ayudante, oponente), el tipo de discurso que utilizó, se reconocieron los lugares recorridos y los escenarios donde ocurrió el relato, todo esto para descubrir rasgos característicos de los personajes [16].
- *Mimesis II. Configuración.* A continuación, en cada historia se analizó la temática en la historia y se hizo una lectura intratextual, es decir, a cada relato de forma individual, interpretando el significado que cada mujer le dio a las experiencias narradas [16].
- *Mimesis III. Refiguración.* Por último y como parte de la discusión, se efectuó una lectura intertextual, es decir, de qué hablan las historias y enunciar qué mundo proyectaron las narradoras, a dónde apuntaron estas historias, qué podemos aprender con relación a la determinación de la vulnerabilidad social de las mujeres frente a la experiencia de afrontar un evento de MME. Para esto se compararon todas las historias, con el fin de descubrir qué puntos en común surgen en estas y cuáles son los puntos diferenciadores [16].

Consideraciones éticas

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, según el Acta 141 del 29 de abril de 2016. Se tuvieron en cuenta los estándares de calidad científica y ética establecidos en las normas y guías internacionales y nacionales, y se acogieron las propuestas de principios éticos para investigación en seres humanos, establecidas en la Declaración de Helsinki.

A cada participante se le consultó por la participación voluntaria, y a quienes aceptaron, se les explicó en detalle la investigación (con el fin de que pudieran valorar riesgos y beneficios) y se realizó la firma del consentimiento informado.

Resultados

Los relatos

Las historias de sobrevivir a una MME están relatadas en las autobiografías de sus seis protagonistas: tres mujeres (Manuela, Angélica y Marisol) y tres cuidadoras (Cristina, Juliana y Gloria).

Manuela

Es una mujer de 37 años. Nace en Níger y es docente. Cuando su primera hija tiene 10 años, concibe su segundo hijo.

Manifiesta haber tenido un embarazo difícil. Se mantenía muy triste por los problemas que tenía con su marido, pues él salía mucho a “tomar y a bailar”, situación que, según Manuela, le causaba hipertensión arterial.

Ella añoraba todo lo vivido en su primer embarazo. Cuenta que todo fue muy bonito, porque el primer compañero “fue un muy buen hombre”.

Manuela, con su actual embarazo, despierta una noche y se da cuenta que tiene sangrado vaginal abundante. Ante la emergencia, recurre a los servicios de salud, donde, afirma, no recibió la atención oportuna y pierde al bebé. Posterior a esto, le practican una cesárea para extraer el feto, presentando una hemorragia posparto. Esta complicación la lleva a estar hospitalizada en instituciones de las cuales de cada una manifiesta tener una experiencia diferente frente al cuidado.

De Manuela se obtiene un relato con descripciones de la condición cultural que vivió en la gestación en Níger, así como la experiencia de calidad de los servicios de salud en la región.

Manuela quiere volver a tener otro hijo, es su anhelo; sin embargo, no pasaría su gestación en Nilo.

Angélica

Es una mujer de 25 años, criada por sus abuelos, residentes en zona rural de Nilo.

Cuando ella tenía 10 años, su abuelo se suicida, situación que nunca entendió y que la marco.

Cuando conoce a su primer novio, sale en embarazo y la mamá no le acepta quedarse en la casa; es por esto por lo que decide dejar de estudiar (llega hasta 10.º) y decide irse a vivir con su pareja.

De este embarazo tiene una niña, que fallece a los 4 meses de nacida, por una neumonía; no obstante, luego tiene otro hijo más. En ese momento, decide que no quiere vivir con el padre de su primera hija, porque el segundo embarazo fue difícil, por situaciones de infidelidades que tuvo que vivir.

Más adelante conoce una nueva pareja y deciden tener un hijo más, con la esperanza que fuera “la niña”.

Angélica decide dejar de planificar y es así como queda en embarazo de “la niña”; este fue el embarazo más difícil, debido a que no comía, adelgazó y, además, tuvo una complicación por hemorragia.

Esta mujer narra con mucho detalle los días que estuvo hospitalizada, la angustia al saber que estuvo a punto de morir, la intranquilidad de su familia y cómo finalmente el sobrevivir a la complicación le cambia la forma de pensar.

Sobre estos cambios refiere que ahora les resta importancia a cosas que antes le interesaban mucho, por ejemplo, las cosas materiales. El hecho de que le hicieran una histerectomía durante la complicación, pese a que le genera una reflexión respecto a su cuerpo, no la acompleja, por el contrario, da gracias a Dios por estar viva.

Angélica quiere terminar el bachillerato y estudiar una técnica o tecnología; sus conuñadas la animan para que estudie y, además, está esperando recuperarse para ampliar (comprar más víveres) y ser la administradora de la minitienda que tienen en la casa.

Se describe a sí misma como una mujer calmada, por lo general solitaria y con anhelos, y desearía, si tuviera la posibilidad, vivir cerca a su familia.

Marisol

Es una mujer de 25 años, muy jovial y alegre.

Desde muy niña sufrió maltratos físicos y psicológicos por parte de su madre, sobre todo en cuanto al tema de tener novios, debido a que se los prohibía y le reprendía con castigos.

Cuando quedó en embarazo de la primera hija, la madre le negó el apoyo y le sugirió que tenía que irse a vivir con su pareja, pese a que Marisol no quería.

Sostiene una convivencia de 2 años con su primera pareja, perpetuada por maltratos físicos. Finalmente, decide separarse, y también decide que no quiere tener más hijos; sin embargo, la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) le exige la firma del cónyuge o de los papás para poder hacer una operación para no tener más hijos (ligadura de trompas). En este

caso, como era soltera, la madre le dice que no firma, porque de pronto encuentra una nueva pareja que quiere tener un hijo con ella.

Marisol conoce a Carlos, su segunda pareja, quien después de insistirle por más de un año, la convence de tener un nuevo hijo. Con esta gestación se complica gravemente, al punto de casi morir.

Su experiencia con los servicios de salud ha sido siempre negativa y esto lo constata al despertar en la unidad de cuidados intensivos (UCI), luego de estar tres días inconsciente, donde el personal de salud le cuenta de la gravedad que tuvo y, además, que le practicaron una histerectomía, para detener la complicación hemorrágica. No obstante, ella juzga que no se lo explicaron de la mejor manera.

El temor por su hija y su familia es lo que piensa al saber que casi se muere.

Después del suceso, ha tenido sentimientos de miedo, soledad y episodios de llanto. Marisol tiene anhelos de estudiar y trabajar; sin embargo, su marido no quiere que ella trabaje.

Cristina

Es una mujer que vivió los primeros años de vida en zona rural; su padre y su madre eran campesinos, y ella era la quinta de nueve hermanos.

Cristina cuenta que, en su infancia y adolescencia, tuvo muy pocas posibilidades de estudiar; en su caso, solo sus hermanos hombres podían acceder a educación básica. No obstante, ella se propuso mejorar su situación económica y logró terminar el bachillerato.

A los 20 años queda embarazada y el padre del bebé la abandona, por lo cual ella decide “probar suerte” en la ciudad de Medellín.

Al llegar a la ciudad, por un engaño termina en la cárcel y pasa 5 años excluida de la libertad. Esta experiencia se constituye, para ella, en una de las mejores de su vida, porque recibió toda la atención, el cuidado y el cariño durante su gestación, y en los 5 años siguientes.

Regresa a la región, donde contó con el apoyo de sus padres. Logra estudiar auxiliar de enfermería, profesión en la que se desempeña actualmente.

Su experiencia en Medellín la convierte en una cuidadora, donde la principal razón de la atención es la mujer, por lo que siempre trata de ayudarla y garantizar que tengan acompañamiento de sus familias.

Juliana

Es una mujer de 28 años que, a los 8 años de edad, junto a su familia, fueron desplazados de Níger y llegaron al municipio de Limo. Allí pasa su infancia y la mayor parte de su juventud.

Con muchos esfuerzos de sus padres y por su dedicación académica, logra terminar el bachillerato, y posteriormente, gracias a una tía, estudia Enfermería.

En su labor, resalta que estaba destinada a trabajar como enfermera, porque siente que ella hace eso más por el paciente que por la enfermedad.

En las diferentes actividades laborales que desempeña, relata experiencias de trabajo comunitario e intercultural, con grandes aprendizajes para su vida personal y profesional.

Resalta el vínculo que existe entre el paciente y su familia, sobre todo en momentos difíciles como una complicación.

Gloria

Es una mujer que, en ejercicio del servicio rural, la primera experiencia que tiene es una complicación, la cual “se le salió de las manos”, y gracias a un médico cirujano que estaba de servicio, la mujer se salva.

Esta situación la hace reflexionar e interesarse por la especialidad de Obstetricia. Considera que el país y el departamento han tenido avances en la materia; sin embargo, los retos están en la formación académica del personal de salud, el reconocimiento de ellos como seres humanos (error en la práctica médica) y en el cuidado de las mujeres en su atención, lo cual requiere de unos mínimos para garantizarla.

En cuanto a Urabá, señala que el mayor reto es el empoderamiento de la mujer en sus derechos sexuales y reproductivos, la capacidad de decidir y ejercer control sobre su cuerpo y su salud. Plantea la importancia de explorar la experiencia de las mujeres, para encontrar otros factores no visibles y no físicos que llevan a que las mujeres presenten complicaciones en su salud.

Así mismo, sostiene que el cuidado es esencial en el proceso de recuperación, esto es, el acompañamiento que la mujer puede y debe tener por parte de las personas que considera más significativas.

Papel de los agentes en la acción, y tipo y fuerza del vínculo

En la historia de la experiencia de sobrevivir a una MME, se identifica que los principales agentes de la acción son la familia, el cónyuge y los actores institucionales. En algunos casos, una persona cercana o laboral entra a posibilitar una acción con una fuerza débil.

El cónyuge

Para las protagonistas sobrevivientes de MME, los cónyuges, en su mayoría, son agentes en la acción, con una fuerza fuerte, pero como oponentes. El caso de Manuela relata cómo su embarazo fue difícil; ella necesitaba tranquilidad y descansar, pero el marido “tomaba mucho y se quedaba en la calle”; esto le provocaba dolores de cabeza y le subía la presión, lo que la hacía ir al hospital. Lo mismo para Angélica, quien le toca ver a su primer marido con otras mujeres durante el segundo embarazo. En este mismo sentido, Marisol también relata que su

primer embarazo fue difícil, porque recibía maltrato físico de su compañero.

Ahora bien, el cónyuge igualmente se presentó como un agente que posibilita la acción. En el caso de Manuela, la situación con su marido cambia después de la MME: se muestra arrepentido, no sale, no toma y le propuso volver a tener otro hijo. Para Angélica y Manuela la situación cambia, porque ambas deciden terminar la relación; consiguen un nuevo compañero, quienes las acompañan en su proceso durante la complicación. Ambos son buenas personas con ella y les ayudan y acompañan, para que no piensen en lo que les pasó (sobre todo la histerectomía que ambas tuvieron).

En particular, el marido de Angélica aparece como un oponente débil, en tanto que ella se siente muy sola viviendo en Tahona y le gustaría irse a vivir a Tillabery, lugar donde se crió y vive su familia. Sin embargo, no puede tomar la decisión, porque allá al marido le tocaría trabajar en fincas y no le gusta, y además, él se crió en Tahoma y ahí vive su familia.

Así mismo, el marido de Marisol es muy bueno con ella, le ayuda mucho económicamente, pero no quiere que ella trabaje.

En cuanto a las cuidadoras, la figura del cónyuge se ve claramente en Cristina, quien cuenta que su primer marido, un sargento que conoce estando en la cárcel, no la apoya cuando sale en embarazo, y si bien en un principio sí la apoya, según lo sucedido, es una persona a la que tilda de “mala”. El último marido, dice, no quiere que ella trabaje, porque si lo hace, termina la relación. En las dos situaciones, los cónyuges imposibilitaron la acción. Para las otras dos cuidadoras no se identifica el cónyuge como agente de acción.

Actor institucional

Este agente también se identifica claramente en toda la historia, fuerte en ambos vínculos: como posibilitador de la acción y como oponente, siendo este último el más frecuente, sobre todo en los relatos de las mujeres con MME.

Para Manuela y Marisol, los médicos y las enfermeras de Nilo y Níger brindan una “mala atención”, al ser pasivos y al hacer esperar a las pacientes, situación que complica el estado de salud. Así mismo, el trato ofrecido cumple un papel importante. Resaltan que recibieron malas respuestas u omisiones de información.

De igual forma, aunque puede salirse del ámbito del actor institucional, porque puede ser más administrativo, manifiestan que ellos no permiten el acompañamiento familiar en esos momentos tan cruciales.

En común, para Manuela y Angélica, se encontró que les practicaron la cesárea y no les dejaron ver al bebé. Manuela tuvo muerte perinatal; insistió en que le permitieran al menos conocer al bebé, pero el médico no accedió.

Por otro lado, las tres mujeres concurren con actores institucionales que posibilitaron la acción. En palabras de Manuela, “en cada sitio uno encuentra una personita”. Ella encontró en la UCI de Sudán del Sur una enfermera muy amable, que le ayudó mucho, debido a que le explicaba cómo respirar y acostarse.

En esta misma institución, Marisol halló algunas enfermeras que le subían el ánimo con comentarios cuando hacían la ronda y una ginecóloga que le permitió quedarse con él bebé en la habitación, con lo cual dijo sentirse mucho mejor, pues este fue su compañía durante los días de hospitalización.

Manuela también presenta como posibilitadores de acción a la enfermera que le ayuda a ingresar en el hospital de Níger, y al médico de Bosquimanía, que no se limita al registro clínico, sino que conversa con ella sobre su situación.

Las otras tres protagonistas son en sí actores institucionales, pero para esta historia las tres coinciden en el valor que representa el acompañamiento de la familia y seres cercanos a la mujer durante el momento de la complicación y en todo el proceso del parto.

Familia

En cuanto a la familia, los principales actores que aparecen son los papás, mamás e hijos de las protagonistas; eventualmente surge otro tipo de familiar.

Para Manuela, el principal agente de familia oponente es el papá. Ella recuerda de su infancia el comportamiento del papá y el trato que le daba a la mamá (similar a la del marido durante el segundo embarazo). Esto la hace temer pensando que se va a repetir la historia. Aparece la hermana como ayudante en la complicación; organiza el entierro del bebé y está pendiente en el hospital. Así mismo, el hermano la acompaña a Zimbabue después de la complicación y le ofrece actividades para distraerse un poco.

Para Angélica y Marisol, la mamá es un agente fuerte de oposición. Ellas quedan en embarazo entre los 16 y 17 años, pero no quieren tener marido; sin embargo, sus mamás les dicen que tienen que irse a vivir con ellos.

Para Marisol, la mamá aparece nuevamente como agente fuerte de oposición cuando ella decide no tener más hijos; pero por estar afiliada como beneficiaria a la entidad promotora de salud, le exigen la firma de la mamá, ante lo cual esta se niega, porque puede llegar un nuevo marido que quiera un hijo.

No obstante lo anterior, ambas mamás se convierten en agentes ayudadoras en el momento de la complicación y en el apoyo y cariño con los hijos de ellas.

En cuanto a las protagonistas cuidadoras, el papá de Cristina aparece como oponente fuerte cuando ella estaba en segundo de primaria, pues decide retirarla de la escuela. Pero, al pasar los años, se convierte en un “destinador” fuerte, en tanto le financia los estudios como

auxiliar de enfermería, profesión en la que en la actualidad se desempeña.

Los relatos, en su conjunto, permiten plantear tres grandes puntos, que evidencian lo que significó, para las mujeres, el sobrevivir a una MME, y para las cuidadoras, estar en el proceso de vigilancia de la MME o atender un caso:

Las mujeres que sobrevivieron a una MME y las cuidadoras consideran que el cuidado es determinante en la MME. Las historias de vida hablan del cuidado humano como elemento transversal desde cuatro ópticas:

La familia como “salvavidas” de las mujeres. Las cuidadoras coinciden en la necesidad de que la mujer esté acompañada por sus familiares en los momentos significativos (no solo en la complicación, sino también en el parto).

Las mujeres evidencian como ausente el acompañamiento o el cuidado de sus familiares en el proceso de recuperación.

El trato humano en la práctica clínica. Por un lado, las mujeres reclaman el cuidado y buen trato por parte de algunas cuidadoras, y cuestionan la formación de los profesionales de salud y la calidad del servicio de salud; por otro, ellas también reconocen que hay cuidadores que les brindan el cuidado, les dan recomendaciones y la atención necesaria para ayudarlas en el proceso de recuperación.

La mujer que sobrevive a una MME pierde la soberanía frente a su bebé: “Es mi bebé, yo lo quiero cargar, lo quiero ver”. Para una de las mujeres, él bebe nació muerto y ella le pide al médico que se le permita conocerlo; finalmente no lo logra: cuando egresa del hospital, ya lo habían enterrado. La segunda tarda 10 días después del parto para conocer al bebé, y la tercera debe esperar 15 días hasta que finalmente conoce a su bebé. Para las mujeres, el hecho de que no las dejaran ver o tocar a sus bebés (incluso así haya nacido muerto), generó sentimientos de tristeza y, por el contrario, el estar con ellos, conocerlos, les brindó bienestar y tenían una mejor recuperación.

Las mujeres que sobreviven a una MME potencian y despliegan capacidades humanas. Ellas, al tener una experiencia de MME, tienen sentimientos de temor, miedo, angustia, sobre todo cuando regresan de nuevo a su contexto al salir de la institución de salud. Ninguna de las tres historias revela que, en dichas instituciones, se les hubiese brindado acompañamiento psicológico a ellas.

Los mundos familiar, social, cultural e histórico en que viven las mujeres que sobreviven a una MME limitan las posibilidades que tienen para ser, actuar y decidir.

No tienen condiciones de viviendas aptas para la recuperación después de una MME. Las mujeres que sobrevivieron a una MME, cuando les dieron de alta en la institución de salud, regresaron a sus casas esperando

terminar el proceso de recuperación física y emocional de la complicación durante el parto.

Falta de autonomía en las decisiones y desconocimiento de sus derechos de salud sexuales y reproductivos: esto se evidenció en la influencia que ejerce la familia en una de las mujeres que sobrevivió a una MME, respecto a la decisión de no tener más hijos o en tener que empezar una vida de pareja aún siendo menores de edad.

Pocas posibilidades laborales y educativas: después de sobrevivir a una MME, dos de las mujeres quisieran poder terminar sus estudios de bachillerato o hacer una técnica, pero no tienen recursos económicos para ello y el apoyo del Estado en esa zona es escaso o nulo. Para poder trabajar, deben pagar un cuidador o cuidadora, por lo que tampoco es posible, y en caso de solventar esta situación tendrían que trabajar en oficios varios, con una escasa remuneración, debido a la falta de estudios profesionales.

Discusión

En cuanto a estudios que revelen la percepción de la mujer o exploren la experiencia de la sobrevivir a la complicación, la Universidad de Oxford publicó un estudio sobre el impacto del ingreso a una UCI, revelando la gran diferencia que existe entre la experiencia que para las nuevas madres representa el parto y el desenlace devastador que realmente se dio con la complicación [24].

De igual forma, en Ghana, exploraron la percepción que tuvieron las mujeres que presentaron MME respecto a la atención recibida [13]. Se encontró que las mujeres entrevistadas manifestaron algún tipo de emoción negativa, como el miedo, la tristeza, la desesperanza, el desaliento y la frustración. Y evidenciaron algunas falencias en la actitud del personal de salud, recursos físicos y demoras en tratamientos [13].

Por último, la Universidad de Makerere, de Kampala Uganda, a través de dos estudios cualitativos, mostró, por un lado, que los eventos traumáticos generan ansiedad y sentimientos de temor en el cónyuge de la mujer que presentan la complicación. Así, mientras que para los servicios de salud representa una gratulación el haber salvado la vida de la mujer, para ella y su familia se constituye, de acuerdo con el estudio reseñado, en una situación negativa, por el resultado devastador de complicarse el parto al punto de casi morir [6]. Por otro lado, se evidenció cómo la MME podría afectar la vida y los medios de vida de la mujer, encontrando que el fatalismo, las expectativas y la inseguridad social contribuyeron notablemente a la vulnerabilidad.

Los hallazgos de este último estudio son compatibles con los resultados mencionados anteriormente, dado

que muestran cómo presentar MME induce consecuencias físicas, emocionales y psicológicas; la mujer manifiesta pérdidas económicas y reduce su capacidad de productividad económica; sumado a esto, revela cómo la MME provoca, en la mujer, la pérdida de la imagen corporal, la autoestima y la identidad. Por último, el sentimiento de fracaso sale a relucir, más cuando la mujer tiene constructos culturales y sociales antes del parto con relación al sentido de la maternidad [11].

En Colombia se realizó un estudio a partir de relatos de vida de mujeres con MME, en el cual se obtuvo que estas mujeres están sumidas en condiciones precarias a nivel económico, y el más evidente y grande hallazgo fue la vulneración de derechos y la falta de acceso a los servicios de la salud [25].

Explorar la MME como una experiencia de vida y no como un “evento clínico” permitió ir más allá de las causas clínicas para explicar el suceso, esto es, se pudieron evidenciar situaciones de las condiciones en que cada mujer vive y cuáles eran (son) las posibilidades que cada una tenía para ser y actuar.

En la historia de sobrevivir a una MME, la capacidad humana que atraviesa todos los relatos es el de la *emoción*; esto se ve reflejado en la intensidad dramática de cada uno de ellos. Esta capacidad se ve como ausencia de los cuidadores que atendieron la MME, por las situaciones de falta de cuidado y calidez humana expuestas en el apartado anterior. Sin embargo, está presente en las mujeres que sobrevivieron a la MME, por cuanto manifestaron indignación justificada, se afectó su desarrollo emocional y tuvieron sentimientos de injusticia; así mismo, expresaron sentimientos de miedo, angustia y el pensar en la muerte después del suceso.

No obstante, las mujeres que sobreviven a una MME potencian y despliegan capacidades humanas. Las sobrevivientes hablan no solo del sufrimiento, el miedo y la angustia frente a la complicación y a las dificultades de su vida familiar y social, sino también acerca de las capacidades humanas que potencian y despliegan, sobre todo después de la complicación. Después de sentir que estuvieron a punto de morir, las tres reflexionan críticamente acerca de la planificación de la propia vida: Marisol quiere trabajar, Angélica quiere terminar su bachillerato y agrandar la minitienda que tiene en la casa (capacidad de razón práctica). Así mismo, el miedo por la muerte las hace reflexionar sobre el pasado, desplegando la capacidad de afiliación [15].

En cuanto a las otras capacidades, no todas se identificaron. Por ejemplo “Otras especies” y “Juego”, no aparecen en el relato, ni todas las que se presentaron son comunes a las mujeres. En este sentido, una de las que sobrevivió a una MME tuvo una muerte perinatal (el bebé falleció al momento del parto), por lo cual la capacidad

humana de “Vida” no se potenció; por el contrario, estuvo ausente, debido a que su bebé presentó muerte prematura.

Respecto a la “Salud física”, dos de las tres mujeres que sobrevivieron a una MME viven en zona rural, en lugares que reflejan carencias económicas, y ellas manifestaron, en sus relatos, la dependencia económica que tienen de sus parejas, mostrando así falta de autonomía en la toma de sus decisiones.

En relación con lo anterior, la “Integridad física”, “Sentidos/imaginación/pensamiento” y “Control político y material” se evidenciaron como ausencia en cuanto a la atención, puesto que hubo una vulneración de sus decisiones políticas, así como del reconocimiento de sus derechos reproductivos y la utilización de sus sentidos.

Conclusiones

La MME, entendida como un acontecimiento narrativo y no como un evento de enfermedad a cuantificar, permitió comprenderla de forma más holística, dado que en los relatos emergen sentimientos de razón práctica, de afiliación y emociones de las mujeres.

La lectura de esta experiencia, desde el enfoque de las capacidades de Nussbaum —como parte de una teoría justicia social—, posibilita valorar la calidad de vida de las sobrevivientes, así como las limitaciones para desplegarlas, por la dificultad de controlar condiciones adversas en su propio entorno.

La reconstrucción de la experiencia de la MME por medio de relatos de las mujeres capta la riqueza de asuntos humanos (motivaciones, sentimientos, deseos o propósitos), y sitúa la calidad humana del *cuidado* como elemento trazador en la recuperación de la complicación, y posibilitador del despliegue y la potenciación posterior de sus capacidades humanas.

Las mujeres requieren, durante todo el proceso de gestación y parto, y no solo al momento de la complicación, de un acompañamiento familiar que les genere sentimientos de fuerza, tranquilidad y esperanza.

Este estudio develó situaciones de ausencia de capacidades, desigualdad y desconocimiento de derechos, lo que plantea una línea de estudio de las historias de vida de mujeres con MME con una mirada de orientación política y de justicia social.

Agradecimientos

A las seis mujeres participantes que contaron abiertamente sus relatos para construir esta historia; a las instituciones de salud de Urabá que participaron en el proceso; al Grupo de Investigación Salud y Sociedad (Línea “Subjetividades y Salud”) de la Facultad Nacional de Salud Pública, y al Grupo Nacer Salud Sexual y

Reproductiva, de la Facultad de Medicina, ambos de la Universidad de Antioquia, por sus aportes teóricos y acompañamiento en el desarrollo de esta investigación.

Declaración de fuente de financiación

La investigación fue financiada para el desarrollo de trabajo de campo por el Grupo de Investigación Salud y Sociedad de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Declaración de conflicto de intereses

Se declara que, para la presente investigación, no existen conflictos de interés. No existen situaciones de juicio del actuar de las investigadoras que pueda estar influenciado por intereses secundarios (económicos, laborales o personales).

Declaración de responsabilidad

Los puntos de vista expresados son de responsabilidad de las autoras y no de la institución en la que trabajan o de la fuente de financiación.

Referencias

- Lotufo F, Parpinelli M, Haddad S, Surita F, Cecatti J. Applying the new concept of maternal near-miss in an intensive care unit. *Clinics* [internet]. 2012 [citado 2014 oct. 24]; 67(3):225-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3297030/>. doi: 10.6061/clinics/2012(03)04.
- Lori JR, Starke AE. A critical analysis of maternal morbidity and mortality in Liberia, West Africa. *Midwifery* [internet]. 2012 [citado 2014 sep. 28]; 28(1):67-72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21232836>. doi: 10.1016/j.midw.2010.12.001.
- Haddad SM, Cecatti JG, Souza JP, Sousa MH, Parpinelli MA, Costa ML, *et al.* Applying the maternal near miss approach for the evaluation of quality of obstetric care: A worked example from a Multicenter Surveillance Study. *BioMed Res Int* [internet]. 2014 [citado 2014 oct. 15]; 1-10. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/989815/>. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/989815>.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2004). Making pregnancy safer: First regional workshop on “Beyond the Numbers”: reviewing maternal and perinatal deaths and complications, Issyk Kul, Kyrgyzstan 30 May-2 June 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [internet]. 2004 [citado 2014 oct. 20]; 1-21. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107602>
- Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [internet]. 2009 [citado 2014 oct. 17]; 23(3):287-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19303368>. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007.
- Mbalinda SN, Nakimuli A, Nakubulwa S, Kakaire O, Osinde MO, Kakande N, *et al.* Male partners' perceptions of maternal near miss obstetric morbidity experienced by their spouses. *Reprod Heal* [internet]. 2015 [citado 2016 mar. 30]; 12(1):23. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4384277/pdf/12978_2015_Article_11.pdf. doi: 10.1186/s12978-015-0011-1.
- Luna F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprud Argentina* [internet]. 2005 [citado 2016 ago. 24]; 4(3):60-7. Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/CapacitacionesComit de tica para la Investigacin/6 Sesión 16 julio 2014/Luna_F\[1\].Vulnerabilidad_la_metáfora_de_las_capas.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/CapacitacionesComit%20de%20tica%20para%20la%20Investigaci%20n%20Sesi%20n%2016%20julio%202014/Luna_F[1].Vulnerabilidad_la_met%20fora_de_las_capas.pdf)
- Zuleta Tobón JJ. Editorial. La morbilidad materna extrema: una oportunidad para aprender de experiencias exitosas en el manejo de la complicación obstétrica. *Fed Colomb Obstet y Ginecol* [internet]. s. a. [citado 2014 ago. 15]; 180-1. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n3/v58n3a01.pdf>
- Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli M A, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML, *et al.* Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: Results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [internet]. 2014 [citado 2014 oct. 24]; 14:159. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4016777&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. doi: 10.1186/1471-2393-14-159.
- Pacheco AJC, Katz L, Souza ASR, de Amorim MMR. Factors associated with severe maternal morbidity and near miss in the São Francisco Valley, Brazil: A retrospective, cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [internet]. 2014 [citado 2014 oct. 17]; 14:91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943583/>. doi: 10.1186/1471-2393-14-91.
- Kaye DK, Kakaire O, Nakimuli A, Mbalinda SN, Osinde MO, Kakande N. Survivors' understanding of vulnerability and resilience to maternal near-miss obstetric events in Uganda. *Int J Gynaecol Obs* [internet]. 2014 [citado 2016 jun 20]; 127(3):265-8. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/j.ijgo.2014.05.019>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.05.019>.
- Pâfs J, Musafili A, Binder-finnema P, Klingberg-allvin M, Rulisa S, Essén B. Beyond the numbers of maternal near-miss in Rwanda - a qualitative study on women's perspectives on access and experiences of care in early and late stage of pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* [internet]. 2016; [citado 2014 oct. 20]; 16(257):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27590589>. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1051-4>.
- Tunçalp O, Hindin MJ, Adu-Bonsaffoh K, Adanu R. Listening to women's voices: The quality of care of women experiencing severe maternal morbidity, in Accra, Ghana. *PLoS ONE* [internet]. 2012 [citado 2014 sep. 26]; 7(8):1-8. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3432129&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. doi: 10.1371/journal.pone.0044536.
- Moucheraud C, Worku A, Molla M, Finlay JE, Leaning J, Yamin A. Consequences of maternal mortality on infant and child survival: A 25-year longitudinal analysis in Butajira Ethiopia (1987-2011). *Reprod Health* [internet]. 2015 [citado 2015 sep. 26]; 12(Suppl 1):S4. Disponible en: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/12/S1/S4>. doi: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-S1-S4>.
- Nussbaum M. *Creating capabilities. The Human Development Approach.* Barcelona: Libros E; 2011.
- Gaviria MB. Hilos y tejido. Palabras y narración en salud. *Rev Fac Nac Salud Pública* [internet]. 2015 [citado 2015 oct. 15]; 33(Supl. 1):S64-S71. Disponible en: <https://aprendeenlinea>.

- udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/24537/20061. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v33s1a11.
17. Bolívar A, Domingo J. La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. *Forum Qual Soc Res* [internet]. 2006 [citado 2015 may. 9]; 7(4):Art. 12 Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/161/357>.
 18. Vanegas B. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Rev Colomb Enfermería*. 2010;6(6):128-42.
 19. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Diagnóstico de situación de salud del Departamento de Antioquia 2010-2014: contexto territorial y demográfico [Internet]. Medellín; 2014 [citado 2015 ene. 28]. Disponible en: <http://diagnosticosalud.dssa.gov.co/1-contexto-territorial-y-demografico/pagina-4-1-contexto-territorial-y-demografico/>
 20. Comejo M, Faúndez X, Besoain C. El análisis de datos en enfoques biográficos narrativos: desde los métodos hacia una intencionalidad analítica. *Forum Qual Sozialforsch / Forum Qual Soc Res* [internet]. 2017;18(1):Art. 16. Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1701160>. doi: <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-18.1.2491>.
 21. Gaviria-Londoño MB, Luna-Carmona MT. Pluralidad humana en el destierro. *Rev. latinoam. Cienc. Soc. niñez juv.* [internet]. 2013 [citado 2015 dec. 12]; 11(2):475-91. Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/930>. doi: 10.11600/1692715x.1122141112.
 22. Ricoeur P. La vida: un relato en busca de narrador. 2006 [citado 2016 Apr 3]; 25:9-22. Disponible en: <http://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/ricoeur-la-vida-un-relato-en-busca-de-narrador.pdf>
 23. Ricoeur P. Tiempo y narración I. Configuración del tiempo en el relato histórico [internet]. 2006 [citado 2016 may 04]; 9-22. Disponible en: <https://textosontologia.files.wordpress.com/2012/11/tiempo-y-narracion3b3n-i.pdf>
 24. Hinton L, Locock L, Knight M. Maternal critical care: What can we learn from patient experience? A qualitative study. *BMJ Open* [internet]. 2015 [citado 2016 ago. 16]; 5(4):1-10. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2014-006676>. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006676.
 25. Iván C, Sánchez P, Rodríguez MA. Condiciones e imaginarios sociales y culturales que motivan o definen las demoras I y II asociadas con la mortalidad materna en diferentes contextos de población en Colombia. [internet]. 2015 [citado 2016 feb. 15]. Disponible en: <http://sociologia-alas.org/acta/2015/GT-18/Condiciones%20e%20imaginarios%20sociales%20y%20culturales%20que%20motivan%20o%20definen%20las%20demoras%20i%20y%20ii%20asociadas%20con%20la%20mortalidad%20materna%20en%20diferentes%20contextos%20de%20poblaci%C3%B3n%20en%20colombia.docx>

