

**Escenarios ocultos de la muerte materna. Desde la mirada de mujeres sobrevivientes.
Hidden scenarios of maternal death. From the gaze of surviving women.**

Dra. Maily Tang P.

Docente Titular. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina
Universidad de Carabobo, Venezuela.

matostang@gmail.com

ORCID ID 0000-0001-9166-028x

Recibido: 06.06.2020

Revisado: 08.07.2020

Aceptado: 20.08.2020

Cómo citar este artículo: Escalona, E. Escenarios ocultos de la muerte materna. Desde la mirada de mujeres sobrevivientes. Salud y Bienestar Colectivo. 2020; 4 (3): 3 - 21.

Resumen

El propósito: develar los escenarios ocultos de la muerte materna ocurrida en los micromundos poco abordados en el estado Aragua durante el quinquenio 2011 – 2015. La muerte materna constituye un complejo problema de salud pública, un importante indicador de desarrollo humano, que muestra las más grandes inequidades entre países de diferentes niveles de desarrollo. El enfoque integrador transcomplejo, constituye un camino epistemológico para develar lo que poco se dice y se evidencia, partiendo de referentes multidimensionales que se explican en una dialógica de saberes que no se aplanan unos a los otros sino que se interceptan para hacer tangible las determinaciones socioculturales poco abordadas en las explicaciones de la muerte materna. Desde esta perspectiva epistemológica se hace posible evidenciar las tramas ocultas del discurso de la vida de las mujeres sobrevivientes a la muerte materna, debido a la posibilidad que esta visión de pensamiento brinda para identificar distintos tipos de discurso y las hipertrofias de los mismos, develadas desde interpretaciones que no solo son parte de los micromundos estudiados de las mujeres sino desde la maya de saberes que se imbrican para la comprensión de los testimonios de las informantes. Mediante la hermenéutica como metódica y la historia de vida, se desarrolló un proceso de interpretación y comprensión de los significados de la muerte materna, fundamentadas en sus puntos de encuentro, permitiendo visibilizar lo invisible, desde una postura intersubjetiva. Con técnica de observación, entrevistas enfocadas a: dos mujeres que sobrevivieron a la muerte materna, se obtuvieron las vivencias, lo percibido y recordado, logrando la retención de esa experiencia vivida, que fueron procesadas, encontrando algunos hallazgos como: inadecuada praxis en salud; violencia obstétrica, violencia de género, violencia institucional; creencias socioculturales y representaciones sociales en relación con el embarazo; cargas sociales, emocionales y de trabajo durante el embarazo.

Palabras claves: escenarios ocultos, muerte materna, transcomplejidad

Abstract

The purpose: to reveal the hidden scenarios of maternal death that occurred in the little-addressed micro-worlds in the state of Aragua during the five-years period 2011 - 2015. Maternal death constitutes a complex public health problem, an important indicator of human development, which shows the most great inequities between countries of different levels of development. The integrative cross-complex approach constitutes an epistemological path to reveal what little is said and evidenced, starting from multidimensional references that are explained in a dialogic of knowledge that do not flatten each other but are intercepted to make sociocultural determinations tangible. little addressed in the explanations of maternal death. From this epistemological perspective, it is possible to reveal the hidden plots of the discourse of the lives of women survivors of maternal death, due to the possibility that this vision of thought offers to identify different types of discourse and their hypertrophy, revealed from interpretations that are not only part of the studied microworlds of the women but also from the Mayan knowledge that overlap for the understanding of the informants' testimonies. Through hermeneutics as a method and life history, a process of interpretation and understanding of the meanings of maternal death was developed, based on their meeting points, allowing the invisible to be made visible, from an intersubjective position. With observation technique, interviews focused on: two women who survived maternal death, the experiences were obtained, what was perceived and remembered, achieving the retention of that lived experience, which were processed, finding some findings such as: inadequate health praxis; obstetric violence, gender violence, institutional violence; sociocultural beliefs and social representations in relation to pregnancy; social, emotional and work burdens during pregnancy.

Key words: hidden scenarios, maternal death, transcomplexity

Introducción

La muerte materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva y constituye un complejo problema de salud pública que muestra las más grandes inequidades entre países de diferentes niveles de desarrollo. En el mundo más de 820 mujeres y niñas mueren cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio⁽¹⁾; pero además hay un gran número de mujeres que tienen complicaciones a corto y largo plazo que no entran en la estadística de muerte pero que agudiza el problema de salud materna en las diferentes regiones del mundo.

Debido a esta problemática mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del objetivo número 5 de los Objetivos del Milenio se propuso mejorar la salud materna y reducir en $\frac{3}{4}$ partes la tasa de mortalidad materna entre el año 1990 y 2015⁽²⁾. Algunos países en el mundo lograron esta meta pero Venezuela no cumplió con estos objetivos antes mencionados y a diario una o dos mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio⁽³⁾. En Venezuela los estados con más riesgo según la tasa de mortalidad materna y el número de muertes maternas son: Aragua, Bolívar, Carabobo y Zulia^(4,9); en particular el estado Aragua presenta una tasa de muerte materna por encima de la tasa nacional y los municipios con mayor número de muertes fueron: Girardot, Zamora y Francisco Linares Alcántara⁽¹⁰⁾.

Por otra parte los escenarios tradicionales para el estudio de la muerte materna se han caracterizado por el abordaje desde: la consecuencia biologicista, la tecnocracia, a partir del reduccionismo, el análisis del número y tasa de muertes maternas sin relación a su contexto. Vale destacar que la morbilidad y mortalidad materna es un problema multidimensional e incierto, cuya historicidad es cambiante, por lo que para visibilizar los escenarios ocultos hay que abordar la investigación capa a capa con herramientas adecuadas y no convencionales desde otros saberes distintos a la epidemiología y la salud pública, para develar lo intangible.

En este sentido se planteó como propósito en el recorrido investigativo: Develar los escenarios ocultos de la muerte materna ocurrida en los micromundos poco abordados en el Estado Aragua durante el quinquenio 2011 – 2015. Esto con el fin de aportar herramientas teórico-conceptuales para la construcción de nuevos escenarios a favor de la vida y el embarazo, desde una perspectiva Transcompleja.

Contexto Transepistemometodológico.

En cuanto al contexto transepistemometodológico, se abordó el enfoque integrador Transcomplejo como visión epistemológica, a partir de la hermenéutica como metódica que permitió interpretar todos los procesos de orden multidimensional y develar e interpretar esos procesos ocultos que hay en el discurso⁽¹¹⁾ y la historia de vida que permitió construir a partir de testimonio de una persona todo el proceso de un contexto cultural⁽¹²⁾, desarrollándose un proceso de interpretación y comprensión de los significados de la

muerte materna, fundamentadas en sus puntos de encuentro, permitiendo visibilizar lo invisible y desde una postura intersubjetiva.

El grupo humano sobre el cual se desarrollaron las interpretaciones de testimonios para develar los escenarios ocultos de la muerte materna, estuvo constituido por:

- Dos sobrevivientes a la muerte materna durante el quinquenio 2011-2015 en el estado Aragua. Informante 1 (código: M1) e Informante 2 (código: M2), con características diferentes en: edad, residencia, etnia, cultura, condición socio-económica, condición educativa, número de hijos, situación conyugal. Tomando en cuenta que estas mujeres fueron la representación más fiel de un caso de muerte materna, porque ellas vivieron todo el proceso que conlleva a una muerte materna pero por azar sobrevivieron (seleccionadas bajo el criterio de intencionalidad).

Previo consentimiento informado, se realizó una entrevista de preguntas enfocadas que pertenecían a unas categorías previamente diseñadas: muerte materna; condiciones del embarazo; condiciones de vida; relaciones familiares y calidad de atención de los servicios de salud. Se obtuvieron las vivencias, lo percibido y recordado, logrando la retención de esa experiencia vivida.

El análisis de contenido se abordó desde la categorización de los testimonios ⁽¹³⁾, permitiendo hacer interpretación de un proceso a través de las técnicas de: descripción, saturación, contraste y triangulación para llegar a los hallazgos finales.

Análisis de Contenido de los Testimonios.

Categoría: Muerte materna.

A las informantes se les abordó desde la pregunta: ¿De qué manera explicaría usted, su experiencia como madre, en el evento vivido en el cual se vio expuesta a la muerte durante su proceso de embarazo, parto o puerperio (cuarentena)?

En esta pregunta al aplicar la técnica de saturación, no se evidenció coincidencias en la interpretación que dan las informantes en relación a su experiencia vivida que las convirtió en sobreviviente de muerte materna. Sin embargo, se pudo identificar en el testimonio de la M1, la importancia de las creencias religiosas en el imaginario colectivo que subyace en las lógicas instaladas de las mujeres venezolanas. Por otra parte, se evidenció la influencia del pensamiento patriarcal en relación a la subordinación de las necesidades individuales y sociales de la mujer a favor de su rol de cuidadora y protectora para los miembros de su familia y su comunidad.

El testimonio de la M2 por su parte, permitió identificar en la misma pregunta una fuerte influencia del patriarcado en el imaginario colectivo que sustenta su testimonio, esto se evidenció en primer lugar en la contradicción que expresa en relación a la infidelidad

masculina, la cual justifica en el contexto familiar ascendente (padre), pero al mismo tiempo lo reprocha insistentemente en su contexto de pareja.

En relación al patriarcado, también se evidenció su influencia en la cultura popular femenina, cuando el testimonio de la M2 expresa la importancia social de tener una pareja formal, minimizando inconscientemente la importancia y el valor social de la mujer como ser humano autónomo e independiente, esto se explica en los argumentos que dan autores⁽¹⁴⁾ acerca de como: “El Estado Patriarcal es una construcción sociohistórica y cultural pensada desde la masculinidad, en el marco de las relaciones de poder y dominación”. La influencia de este pensamiento también se vio claramente en el siguiente comentario: “...*me caso a los 17 años, ...no estaba enamorada sino que simplemente todas las amigas mías se casaron o se fueron con los novios y yo me sentí que estaba sola*”.

Prosigue M2: “*Después en el quinto embarazo (a los 27 años) fue cuando yo empecé a tener problemas, que fue cuando se disolvió el concubinato... por problemas de celos, la otra mujer, etcétera*”.

Nuevamente se legitima la ideología patriarcal a partir de lo que se define como: “Un término que se utiliza de distinta manera para definir la ideología y estructuras institucionales que mantienen la opresión de las mujeres”⁽¹⁵⁾, ideología que no está claramente visibilizada en el inconsciente colectivo de unas mujeres.

Otro aspecto que ratificó la visión patriarcal que orientó el imaginario de la informante, es la subordinación cultural de la salud de la mujer como persona ante su rol social de madre sacrificada, el cual es aplaudido socialmente en las sociedades patriarcales. En este caso la situación de riesgo de salud de la sobreviviente a muerte materna (M2), se agravó por la negación de los signos y síntomas que ella presentaba durante la hospitalización, por temor a que le prolongaran el tiempo de hospitalización y no poder cuidar a los 4 hijos que habían quedado en casa, lo que ocasionó un desenlace dramático, de su situación de salud.

En el relato anterior también se evidenció la problemática de la mala praxis en salud, acompañamiento ineficaz del equipo de salud en el hospital y una mala calidad de atención, cuando la supervisión de la medición de la temperatura corporal no se realizó por parte de personal idóneo (enfermería), que hubiese alertado y evitado la gravedad posterior que la mantuvo al borde de la muerte.

En este mismo orden de ideas, la deficiente calidad de atención se ratifica en el siguiente juicio emitido por la misma Informante: “*En este último embarazo en el momento del parto en el hospital, me dejaron una compresa adentro*”.

Aquí evidenciamos la causa originaria de la gravedad presentada por la informante, que claramente es debida a la mala praxis médica recibida durante la atención del parto, contradiciendo los objetivos del manual de procedimientos para la promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva⁽¹⁶⁾.

Así mismo, se observó en el discurso, la influencia de las creencias populares que se encuentran en lo profundo del imaginario colectivo del venezolano/a, en relación al embarazo, parto y puerperio que se plasma en las siguientes consideraciones hechas por la misma informante: *“Cuando me dan de alta en el hospital ya yo tenía fiebre y dolor de vientre pero me decían las otras hospitalizadas, que lo de la fiebre era porque me iba a bajar la leche y los dolores eran por los entuertos”... A los 4 días del parto me llevaron al hospital y perdí el conocimiento por 20 días porque tenía una septicemia...*”

Frente a estos testimonios, queda claro que estuvieron presentes situaciones no atendidas con el debido protocolo, cuando se señala que: *“La relación entre causas y muertes acusa la baja calidad de los cuidados obstétricos esenciales”*⁽¹⁶⁾.

En estas aseveraciones se evidenció, como las creencias y/o patrones populares mal manejados contribuyó a que no hubiese una atención oportuna de la complicación, generada evidentemente por mala praxis médica, pero que pudo haber evitado la severidad del evento que vivió la informante.

Otra consideración que se manifiesta en el relato de la M2, es con respecto a la importancia de las relaciones de pareja en el evento vivido, refiriendo que su pareja no la abandonó como proveedor del hogar a pesar de las infidelidades. Aquí podemos contrastar el discurso con autor⁽¹⁷⁾ cuando expresa:

“Suficientemente han demostrado los estudiosos de la psicología humana como se establecen relaciones sentimentales y afectivas entre el dominado y el dominador... y como el dominado responde en defensa del dominador ante cualquier intento exterior que afecte las relaciones de dominación”^(17 p.14).

También se evidencia lo que se denomina los arquetipos y el inconsciente colectivo⁽¹⁸⁾ presentes tanto en la M2 como en su pareja, tomando en cuenta que éstos pasan a ser patrones emocionales y de conducta, que tallan nuestra manera de procesar sensaciones, imágenes y percepciones como un todo con sentido, los arquetipos se acumulan en el fondo de nuestro inconsciente colectivo para formar un molde que le da significado a lo que nos pasa. La M2 representa el arquetipo madre, en donde el amor incondicional, el cuidado físico y emocional o la compasión son los patrones presentes y su pareja representa el arquetipo padre, representando orden, dominación y productividad propios del rey.

Prosiguiendo con el análisis de contenido, a las Informantes se les realizó la pregunta: *Usted fue considerada una materna grave: ¿Qué cree usted que originó esa situación?*

Al aplicar la técnica de saturación, no se observaron coincidencias en las respuestas dadas. En esta pregunta en particular la M1 reconoció los riesgos obstétricos a que estuvo sometida: riesgo tipo1 o riesgo psicosocial, en este caso relacionado con la edad y la caracterización del producto de la gestación como valioso, recayendo la responsabilidad en el equipo local de salud, quien debe identificar los mismos, así como el cambio a un nivel

mayor del riesgo que hubiesen evitado complicaciones, este relato develó el poco manejo del instrumento normativo⁽¹⁶⁾ para garantizar los derechos sexuales y reproductivos en Venezuela.

Es importante señalar que la informante tuvo experiencia como voluntaria en su comunidad a través de la Red de Atención Comunal de Salud (RACS) de Barrio Adentro donde laboró hasta los 8 meses de su embarazo, por lo que pudiera desprenderse el reconocimiento expedito de sus riesgos obstétricos.

Esta RACS es conceptualizada como: “El conjunto de establecimientos, servicios, acciones comunales y médicas del Sistema Público Nacional de Salud, dirigidos a garantizar el derecho a la salud de las personas, la familia y la comunidad dentro del primer nivel de atención”⁽¹⁹⁾, y sus características se describen como:

La puerta de entrada y primer contacto de la población con el del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS); Aplica un modelo de atención integral por medio de estrategias y acciones definidas ciclos vitales en todos los territorios sociales bajo su responsabilidad; Funciona y se organiza a través de las Áreas de Salud Integral Comunitarias con un solo plan de trabajo y bajo una sola coordinación; Se articula con todo el sistema de agregación comunal a partir consejos comunales, los comités de salud y las comunas socialistas; Gestiona acciones intersectoriales con todas las Misiones Sociales y proyectos comunales enfocados hacia el buen vivir^(19 p.12).

Sin embargo este concepto y características contradicen la actuación del primer nivel de atención, donde una mujer humilde de la comunidad fue víctima al poner en riesgo su vida por el incumplimiento de los preceptos antes descritos, no obstante de tener claros los riesgos a que fue expuesta. Otra contradicción se presentó con el protocolo de atención al no reconocer los riesgos obstétricos por parte del equipo de salud local.

A través del relato de vida la M2 se invisibiliza la mala praxis que ocurrió en la atención de su parto, debido a que estaba enfocada en los problemas de relación de pareja que presentó alrededor de su embarazo, parto y puerperio. Así mismo, la respuesta inmediata a la pregunta (¿Qué cree usted que originó esa situación?) es la auto culpa femenina por la situación vivida, representando el arquetipo madre⁽¹⁸⁾ donde la madre abnegada se sacrifica por la familia y por la pareja para que vivan felices.

Además en los relatos de la M2 se proyectan las relaciones de poder, sumisión, coacción y fuerza ejercida por el macho, a quien se le justifica la infidelidad por ser el proveedor de bienes, siendo esta conducta bien vista en el pragmatismo y el patriarcado. En esta narración en particular el rol del hombre en la pareja fue de: macho, proveedor de alimentos y soledad; y de la mujer: La que ejerce el amor incondicional a su pareja, con un rol de cuidadora/sumisa y administradora de los bienes que provee el hombre.

Esta relación de pareja de la M2 concuerda con las relaciones de consumo y competencia descritas por expertos⁽¹⁷⁾. En este caso la infidelidad es justificada por la concepción materialista de la pareja.

Categoría: condiciones del embarazo.

Continuando con el análisis de contenido, a las informante se les realizó la pregunta referida a: Explique ¿cómo fue su embarazo?

Con referencia a la técnica de saturación en el relato de las informantes en esta pregunta, no se observó coincidencias en las respuestas dadas. Sin embargo vale acotar que según el testimonio de la M1, ella pudo identificar sus propios signos y síntomas de alarma en el embarazo, probablemente por su voluntariado en la comunidad en la RACS.

Dichos signos y síntomas de alarma no fueron tomados en cuenta por los médicos tratantes en el control prenatal, contraviniendo lo expresado en la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva⁽¹⁶⁾, por lo que nos llevó a poner en entredicho la calidad del control prenatal.

En este mismo sentido nos preguntamos si la informante y sobreviviente a una inminente muerte materna tuvo una adecuada medición e interpretación de las cifras de tensión arterial, tomando en cuenta que en el Protocolo de Atención⁽²⁰⁾ se acota claramente que: la medición de las cifras tensionales debe ser realizada por el médico, así como el examen físico donde se controla el peso y la exploración obstétrica, ya que es el personal más expedito para la interpretación de los resultados, es decir que esta labor no puede ser realizada por otro integrante del equipo de salud.

Por otra parte, se señala como signos y síntomas de pre eclampsia grave los siguientes:

Presión arterial por encima de las cifras habituales (si se tienen datos anteriores del control) o cifras iguales o superiores a 140-190 mm de Hg; Edema matutino de miembros inferiores; Cefalea intensa y persistente; Visión borrosa que puede ir acompañada de escotomas. Zumbidos en oídos; Disminución de la cantidad de orina (anuria); Dolor abdominal en epigastrio; Convulsiones^(16, p.167).

Es de hacer notar que la M1 describió muy bien los signos y síntomas que se relacionaban con su emergencia obstétrica por lo que debió ser referida según la misma norma antes mencionada a un segundo y/o tercer nivel de atención lo que no ocurrió oportunamente, es decir no se le valoró el riesgo o se subestimó su sentir y padecer.

Pudiera cuestionarse si durante el control prenatal hubo una buena vigilancia del estado nutricional, tomando en cuenta las inequidades sociales que dificultan el acceso a alimentación balanceada (frutas y vegetales), así como los patrones culturales relacionados con la alimentación durante el embarazo. Esta situación que se relacionó con un aumento

exagerado de peso y/o edema generalizado fue un signo importante premonitorio de pre eclampsia pero que fue desestimado.

También se observó como el riesgo de hipertensión arterial en embarazadas según el discurso de la informante se repitió en otras mujeres de la comunidad, es decir que el riesgo es mucho mayor en el área geográfica de donde procede.

En cuanto a la situación que manifestó la M2, se observó el componente emotivo el cual sufrió durante el embarazo y lo que pudo propiciar la severidad de la sepsis debido a la depresión del sistema inmunológico. Vale destacar que: “Desde tiempos inmemoriales se observa la asociación entre estrés físico y psicológico con la génesis de enfermedades, sobre todo infecciones”⁽²¹⁾ según esta teoría de la psiconeuroinmunología, es probable que la informante hubiese tenido mejor evolución ante la mala praxis ocurrida en el parto.

Otra situación a rescatar del relato, en cuanto a la depresión emotiva sufrida, aunque pudo generarse por el embarazo mismo como condición de riesgo, se le asociaron problemas maritales con manifiesta violencia verbal, sentimientos repetitivos de responsabilidad por no haber evitado el embarazo y el consecuente rechazo de la pareja a su embarazo.

La situación anterior se corroboró en la guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo⁽²²⁾ en donde se describe que las mujeres en etapa reproductiva pueden presentar malestar psicológico secundario a factores reproductivos como al embarazo mismo y factores psicosociales como: la disfunción marital, familiar, social y/o laboral. La forma de manifestarse el malestar psicológico en la mujer embarazada de alto riesgo secundario a factores reproductivos es: “Dificultad para aceptar el embarazo, tristeza, angustia, ansiedad por los cambios físicos y emocionales que el embarazo conlleva, dificultad para adaptarse a la nueva situación y temor de enfrentar la situación”⁽²²⁾ p.112).

M2 relata en la entrevista que al inicio del embarazo tuvo la intención de culminar el mismo a través del aborto con un personal de salud no acreditado (enfermera), de la cual tenía referencias que habían practicado la maniobra a muchas mujeres en un lugar no hospitalario con un costo monetario específico. Pero cuando se trasladó al lugar se arrepintió porque según sus palabras: “*me dio un presentimiento...me acordé de una muchacha que yo conocí que ella se hizo un aborto, luego almorzó en mi casa, se fue a las 3pm y a las 5pm vinieron avisarme que se había muerto*”.

En el testimonio M2, tenemos elementos congruentes con autora⁽²³⁾ quien manifiesta que las mujeres han recurrido al aborto a lo largo de la historia, al enfrentarse a embarazos no deseados y no planificado, a través de la utilización de estrategias para resolver su situación en función de los márgenes que el control social e institucional del momento histórico y el lugar les han permitido.

La informante M2 estaba decidida a realizarse un aborto, en un país donde no es legal esta intervención, por lo que acudió a una persona no calificada en un lugar clandestino. Otra cosa que llama la atención es que conocía un antecedente de muerte materna en su entorno de amistades debido a este tipo de maniobra.

Los escenarios detrás de este testimonio muestran la multidimensionalidad detrás de la intencionalidad de someterse a un aborto clandestino. Aquí se observaron cargas afectivas, sociales, políticas, culturales, educativas, reflejadas en: los problemas maritales por infidelidad, embarazo no esperado y no deseado por la pareja, presión de sus pares para que se practicara el aborto y miedo a la muerte en condiciones similares a la de su amiga después de un aborto inseguro.

En relación a lo anterior, en algunas discusiones sobre principios de la bioética se justifica la autonomía de la madre por los problemas sociales, económicos y culturales en la opción de practicarse un aborto²⁴ sin embargo esto choca con el marco jurídico venezolano en el cual se criminaliza aún el aborto por cualquier causa que no sea espontánea⁽¹⁶⁾. Esto hace que se produzcan abortos clandestinos con personal no calificado para hacer las maniobras, violando el derecho humano de la vida, los principios fundamentales de la bioética y las leyes fundamentales de la república.

La promoción del respeto a la vida humana y los derechos fundamentales son fines comunes de la bioética y el derecho, por lo cual debe ocurrir una sinérgica relacional para intentar trascender la problemática del aborto desde la mirada hegemónica del modelo biomédico.

En relación a la pregunta, la cual indaga la experiencia de vida de las informantes en relación a ¿qué cree usted que pasó en este embarazo?

En estas opiniones emitidas por las informantes, al aplicar la técnica de saturación, no se observó coincidencias, sin embargo es importante acotar en el caso de la M1 como a través de su relato percibió nuevamente la deficiencia de la calidad del control prenatal en su embarazo y la angustia por el aumento de peso excesivo que para ella era importante pero que para los médicos del primer nivel de atención no lo era, lo que generó según describe depresión por sentirse desasistida.

Se refleja el malestar psicológico de esta mujer en primer lugar por su embarazo mismo, luego por las angustias y temores por las posibles complicaciones asociadas con el embarazo, al miedo de perder o afectar al producto, miedo a morir en el parto, ansiedad por lograr el embarazo actual, temor a repetir pérdidas, entre otros y muy importante al temor al proceder médico adecuado en la resolución del embarazo, esto concuerda con lo descrito en la guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo⁽²²⁾ al citar: “Las mujeres en etapa reproductiva pueden presentar malestar psicológico secundario...”

Por otra parte en el testimonio de la M2 en relación a la pregunta: ¿Qué cree usted que pasó en este embarazo?

Se develó el mito cultural de la múltipara como conocedora y experta de todo lo relacionado con el embarazo, parto y puerperio, por lo que se asume innecesario el control prenatal, también se denotó la subordinación de la salud y la presión infligida de sus congéneres ante los problemas de infidelidad con su pareja que abonaban el terreno a su situación emocional.

En este relato traemos nuevamente a colación los arquetipos e inconsciente colectivo⁽¹⁸⁾, cuando señala que los símbolos y mitos parecen estar en todas las culturas, actuando sobre una base cognitiva que no dependen de las experiencias propias de cada persona o de sus diferencias individuales, de este modo la expresión de los arquetipos es una evidencia de la existencia de un inconsciente colectivo.

En efecto el mito de la múltipara que por experiencia propia se hace sabia y experimentada en cuestiones de maternidad, fue la misma sabiduría mítica que hace que subordine su propia salud ante otros problemas. Este inconsciente colectivo arraigado en la colectividad colocó en riesgo a este grupo de mujeres.

Categoría: Condiciones de vida.

Prosiguiendo con el análisis de testimonios, en la pregunta la cual indagó la experiencia de vida de las informantes en relación a ¿Cómo eran sus condiciones de vida al momento del embarazo, parto y puerperio (económicas, sociales, culturales y afectivas)?:

Al aplicar la técnica de saturación a los testimonios, se observaron coincidencias dadas de manera distinta. Ambas expresaron su situación laboral pero de manera distinta, por ejemplo en la primera se evidenciaron las cargas sociales al cumplir varias jornadas de trabajo, como lo fueron el trabajo con el Consejo Comunal de su localidad (trabajo social) que por cierto no fue remunerado, además del cumplimiento de sus labores del hogar y la plusvalía de la mujer (excedente de producción). Llama la atención como en su relato manifiesta que sus síntomas empezaron a presentarse a los 5 meses del embarazo y estuvo activa trabajando para la alcaldía (Consejo Comunal) hasta los 8 meses lo que nos pudiera asomar la posibilidad de una explotación a una embarazada en el trabajo comunitario estando enferma.

Este testimonio, concuerda con la OMS en que en el mundo desafortunadamente las mujeres deben amoldarse a los patrones de identidad sexual del país donde nacen o viven, obligándolas a cumplir multiplicidad de roles tales como: ser madre, ama de casa, sostén del hogar y atención de los miembros del hogar y en este caso en particular trabajo social en su comunidad. Es por ello que cita textualmente que: “Estos patrones reflejan y agravan la mala situación social de las mujeres, que añadida a la escasez de recursos sanitarios, las coloca en un riesgo excesivo de morbilidad y mortalidad por causas relacionadas con el

proceso reproductivo”⁽²⁵⁾. Aquí se develaron varias aristas alrededor del proceso vivido por la informante.

A través del relato de la M2 se vislumbró que su condición laboral culminó antes de su embarazo debido a un componente cultural con pensamiento patriarcal, donde el marido prohibió trabajar para que cumpliera con su rol de mujer doméstica.

Continuando con el análisis del discurso, específicamente en la M2, hubo contradicción en su respuesta a las condiciones afectivas, por ejemplo en los inicios de su respuesta expresó: *“Las condiciones afectivas en mi casa eran completamente normales, antes de que se embochinchara era un carajo muy amoroso... Todo comenzó cuando supo que yo estaba embarazada, aunque un mes antes ya estaba arrojado, teníamos las peleas normales de una casa...”*

En este último párrafo se comenzó a denotar la violencia psicológica a la que estuvo sometida la embarazada, la cual se acentuó en el siguiente apartado: *“Yo con la barriga me sentía triste... engordé... me puse como una pelota... me decía él a mí: “mírate, ahora bien gorda, con la barrigota”,... me descuidé... me deprimí... yo tenía el pelo largote y antes me arreglaba muy bien el pelo... pero llegó un momento que no me importaba... llegué en un momento que no me preocupaba, me daba igual todo... estaba deprimida, lloraba, fumaba, tomaba bastante café, a veces no comía... (solo fumar y beber café)”*.

Aquí se reflejó nuevamente el problema emocional-afectivo que describe la M2 como tristeza, inconformidad con su físico, pérdida de interés en el arreglo personal y depresión; además del maltrato psicológico o bullying verbal recibido por parte de su pareja. Otra cosa que aparece en el relato son los malos hábitos: tabáquicos, cafénicos y de alimentación, los cuales describe que no fue por falta de alimentos.

Aunado a la violencia psicológica durante el embarazo, se develó la violencia física entre la pareja descrita a continuación: *“Nosotros nos soplamos unos carajazos... eso fue hasta con la barriga”*, llama la atención que la informante había negado anteriormente en la entrevista la violencia física pero en el transcurrir de la misma emergió esta situación. Y como clímax a la violencia intrafamiliar se denotaron los celos como disparadores de la intencionalidad de un crimen pasional dentro del entorno de la informante, el cual estuvo reflejado en el relato.

La situación de violencia de pareja de la M2 pareció coincidir con la situación de infidelidad y pensamiento patriarcal de su pareja. El informe mundial sobre la violencia y la salud de la OPS refiere que: *“Una gran variedad de estudios de países tanto industrializados como en desarrollo han listado una serie sucesos que desencadenan la violencia masculina en la pareja, siendo uno de los detonantes la infidelidad”*^(26, p.110).

Aunque la violencia física fue de ambas partes como lo relata la informante M2, siempre la mujer recibe la peor parte de la agresión y las secuelas se ven reflejadas en la salud física y

emocional. Esto coincide con ciertos estudios que revelan que: “Las mujeres que han sufrido maltrato físico... en la niñez o la vida adulta experimentan mala salud con mayor frecuencia que otras mujeres en lo que respecta al funcionamiento físico, el bienestar psíquico y la adopción de otros comportamientos de riesgo, como son el tabaquismo, la inactividad física, y el abuso de alcohol y otras drogas”^(26p.101).

La situación emocional por el constante estrés a que estuvo sometida la Informante durante su embarazo por la infidelidad, la violencia psíquica, económica y física la llevaron a pensar hasta en culminar la vida de su pareja cuando expresa: “*Gracias a Dios que yo no conseguí esa pistola porque en un momento de ira se la hubiese vaciado encima*”.

Este sentir develó como los celos pudieron ser disparadores de un crimen pasional, que aunque es menos común de mujer a hombre, a menudo ocurre en un contexto de maltrato constante, en donde los factores culturales y la disponibilidad del arma definen los perfiles de los asesinatos cometidos por la pareja en diferentes países⁽²⁶⁾.

Categoría: Relaciones familiares.

Continuando con el análisis de testimonios, en la pregunta que indagó la experiencia de vida de las informantes en relación a ¿Cómo era el trato de su pareja y su familia antes y durante el embarazo?

Al aplicar la técnica de saturación a las respuestas de la pregunta Nº 7 se observaron coincidencias en las respuestas pero con diferente significado. En ambas informantes la pareja estuvo presente pero en la M1 de una manera física y afectiva, siendo el producto de la gestación esperado y deseado, por tratarse de su última pareja sentimental al cuál no le había parido un hijo; mientras que en la M2 estuvo presente físicamente durante el embarazo pero ausente emocionalmente por que el producto del embarazo era no esperado y no deseado. Esta es otra reproducción del patriarcado en su máxima expresión, debido a que la culpa del embarazo según el imaginario masculino es atribuible única y exclusivamente a la mujer.

El imaginario colectivo expresado en el testimonio de la M1, coincide con autora⁽²⁷⁾ cuando expresa que el control de la sexualidad y de la capacidad reproductora de las mujeres es uno de los principios más arraigados del patriarcado, llegando a ser interiorizado por las propias mujeres, igual que otros mandatos de género como mandato divino. En el caso de la informante, por ser la maternidad un deber impuesto por la naturaleza y los poderes hegemónicos del patriarcado, era natural e imperante cumplir con ese destino, para conservar la relación con su actual pareja, con la cual no tenía un vínculo de compromiso de filiación hasta no parirle un hijo según el imaginario de su entorno social y cultural.

Por otra parte en el discurso de la M2 se siguió denotando la violencia psicológica ejercida por su pareja y la fuerte influencia del patriarcado en el imaginario colectivo que sustentó el testimonio de la informante, cuando expresó: “...*el me dijo a mí que: Una mujer no podía*

chantajear a un hombre con un embarazo porque al hombre no lo paraba, ni mujer preñada, ni hijo, ni nada... y el puso como pretexto que yo había salido embarazada como para retener la unión...”

Toda la carga emocional y afectiva por la infidelidad y la violencia intrafamiliar que enfrentó la M2 durante el embarazo le generó según sus palabras depresiones y como consecuencia no se controló el embarazo.

Categoría: calidad de atención de los servicios de salud.

En cuanto a la técnica de saturación a las respuestas de la pregunta: ¿Pudo Ud. alguna vez evidenciar en su experiencia durante el embarazo situaciones vinculadas a aspectos tales como: Tráfico de influencia para ser atendida, Desechos sólidos o desperdicios a la intemperie, Falta de acompañamiento en el proceso? (Explique); se observaron coincidencias en las respuestas dadas por las informantes.

Ambas informantes fueron firmes en no haber percibido problemas de calidad de atención en el hospital. Considerando la gravedad presentada por ambas, pudieron no haber percibido problemas en la calidad de atención o quizá por haber sobrevivido gracias a la intervención última del hospital, si hubo problemas de calidad de atención fueron subordinados.

Un hallazgo importante que comunica particularmente la M1 a través de su relato: “...*En el proceso del embarazo a pesar de los controles con varios médicos del consultorio popular, pienso que no tuve acompañamiento para prevenir la pre-eclampsia...*” El anterior relato sugiere pérdida del liderazgo del sector salud por su apreciación de mal control prenatal en el primer nivel de atención representado en este caso por los consultorios populares de Barrio Adentro en su comunidad, durante toda la entrevista se percibe un resentimiento hacia los médicos que la atendieron durante el control del embarazo por no haber detectado a tiempo su riesgo obstétrico, situación que difiere con el hospital donde atendieron la complicación y salvaron el binomio madre-hijo.

Por otra parte M1 mostró un agradecimiento por la solidaridad vecinal con las Brigadistas de Salud de su zona cuando expresa: “...*Si sentí acompañamiento con la gente de la comunidad, específicamente con las señoras. Juana y María (Brigadista de Salud) que me tomaban la tensión cuando me sentía mal y estuvieron pendientes de mí...*”; Aquí se develaron dos escenarios, uno como el liderazgo en salud del primer nivel de atención es sustituido por los/as líderes/as de la comunidad por la sensación de que son las personas cercanas que conocen los problemas de la comunidad y se abocan a resolverlos.

El/la brigadista de salud es un recurso humano voluntario y no remunerado que es representación auténtica de la comunidad, además recibe capacitación técnica bajo la responsabilidad del personal profesional y auxiliar de la unidad de salud más cercana, tiene

como función dinamizar los hábitos saludables, como actividades de promoción de la salud para reforzar hábitos saludables y para prever factores de riesgo⁽²⁸⁾.

En este caso desconocíamos la preparación técnica para la medición e interpretación de las cifras tensionales durante el embarazo por parte de este recurso humano de la comunidad. Sin embargo vale la pena rescatar los valores encontrados en las brigadistas de salud como: la cooperación, la solidaridad y compromiso con esta embarazada de su comunidad, la cual le otorga el respeto y su agradecimiento en momentos aciagos donde estuvo en juego la vida del binomio madre-hijo.

Otro escenario que surgió del relato anterior fue el referido a la responsabilidad médica en la medición de la presión arterial como parte del examen físico en la consulta prenatal y que en este caso fue delegada en personas de la comunidad que por mucha destreza y buenas intenciones no tienen la capacidad de interpretar las cifras tensionales en la embarazada. Contradiendo lo que expresa los protocolos⁽²⁰⁾.

Hallazgos

La inadecuada praxis en salud, llevada a cabo por integrante del equipo de salud de los distintos niveles de atención en salud y se reflejó en la: inadecuada calidad de atención en salud, baja calidad de los cuidados obstétricos esenciales, incumplimiento de normas y protocolos.

La influencia del pensamiento patriarcal en las maternas reflejado en: la subordinación de las necesidades individuales y sociales a favor de su rol de reproductora, cuidadora y protectora para los miembros de su familia y su comunidad.

Importancia social de tener una pareja formal, minimizando inconscientemente la importancia y el valor social de la mujer como ser humano autónomo e independiente; la responsabilidad femenina en la planificación familiar.

La naturalización y justificación de la infidelidad masculina por ser el proveedor de bienes.

La violencia simbólico-estética generadora de maltrato psicológico hacia la mujer embarazada cuando pierde el estereotipo de cuerpo determinado socio- antropológico por la cultura específica que le propicia desequilibrio emocional que se traduce en afecciones biológicas y desequilibrio generador de muerte.

Violencia obstétrica evidenciada en el trato del personal de salud en el primer nivel de atención como parte de la influencia del pensamiento patriarcal y la mala praxis médica en la atención del parto.

Las costumbres y creencias populares como inconvenientes que evitaron una atención oportuna de la complicación generada evidentemente por inadecuada praxis médica o mala calidad de atención.

La representación social de las maternas (arquetipo madre), en donde el amor incondicional, el cuidado físico y emocional o la compasión son los patrones presentes y sus parejas (arquetipo padre), representando orden, dominación y productividad propios del rey.

Morbimortalidad maternas en las mismas áreas geográficas donde residían las informantes sobrevivientes a la muerte materna.

Componente emotivo durante el embarazo que pudo propiciar la severidad de la sepsis debido a la depresión del sistema inmunológico.

El mito cultural de la múltipara como conocedora y experta de todo lo relacionado con el embarazo y el parto por lo que no le hace falta asistir a control.

Plusvalía a la que es sometida la mujer embarazada en su micromundo social que le genera doble y triple carga de trabajo.

Aborto como consecuencia de: los problemas maritales por infidelidad, embarazo no esperado y no deseado por la pareja, presión de sus pares para que se aplicara el aborto, miedo a la muerte ante un aborto inseguro, problemas de ética profesional por parte de trabajadores del equipo de salud, inadecuadas políticas de planificación familiar, ausencia de legislación adecuada y actualizada con el contexto, lo que hace más compleja la situación.

Reflexiones Finales

- En la investigación se legitiman escenarios tradicionales relacionados con el modelo biomédico pero emergen escenarios no tradicionales los cuales denominamos escenarios ocultos. Todos estos escenarios ocultos de la muerte materna evidenciados en esta investigación son problemas que no sólo se resuelven a través de aisladas políticas públicas de salud, en donde se procuren intervenciones o servicios de salud, así como asignaciones de recursos, sino que amerita la revisión del modelo sociocultural que ha sostenido el abordaje de este problema de salud y la manera de investigarlo.
- En este sentido se hace impostergable la necesidad de trascender esas políticas de salud pública, que históricamente han estado subordinadas a la influencia de una cultura patriarcal que orienta las decisiones del mundo de la ciencia, la investigación y la toma de decisiones en esta área. por eso la importancia de incorporar políticas públicas integradoras y coordinadas con herramientas para

atender las diferencias en salud por etnia, género, territorio social, ciclos de vida y que visibilicen los verdaderos escenarios detrás de una muerte materna para poder evitarlas.

- Finalmente se debe imbricar con las políticas de salud pública, las políticas que protejan contra la violencia laboral, contra la violencia doméstica y la violencia de obstétrica, así mismo debe integrarse políticas económicas y sociales que impidan la sobrecarga social de la mujer embarazada que le permita el acceso a los alimentos de una manera balanceada, a las medicinas y que tenga servicios públicos de calidad que garanticen mejores condiciones de vida.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014*. Ginebra: OMS; 2014. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112817/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?sequence=1.
2. Naciones Unidas. *Objetivos de desarrollo del milenio. Informe 2015*. Nueva York: Autor; 2015. Disponible: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf.
3. Observatorio Venezolano de la Salud y Centro de Estudios del Desarrollo Universidad Central de Venezuela. *El boletín epidemiológico en Venezuela, ¿Por qué ahora y no antes?* Venezuela: 2017. Disponible: <https://www.ovsalud.org/noticias/2017/el-boletin-epidemiologico-venezolano-por-que-ahora-y-no-antes/>
4. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Boletín epidemiológico semana epidemiológica N° 52 26 de diciembre de 2010 al 01 de enero de 2011. Año LIX*. Venezuela: 2010. Disponible: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2010.pdf>.
5. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Boletín epidemiológico semana epidemiológica n° 52 25 al 31 de diciembre de 2011. Año LX*. Venezuela: 2011. Disponible: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2011.pdf>.
6. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Boletín epidemiológico semana epidemiológica n° 52 23 al 29 de diciembre de 2012. Año de edición LXI*. Venezuela: 2012. Disponible: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2012.pdf>.
7. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Boletín epidemiológico semana epidemiológica n° 52 22 al 28 de diciembre 2013. Año de edición LXII*. Venezuela: 2013. Disponible: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2013.pdf>.

8. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Boletín epidemiológico semana epidemiológica n° 53 28 de diciembre al 03 de Enero de 2015. Año de edición LXIII*. Venezuela: 2014. Disponible: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2014.pdf>.

9. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Boletín epidemiológico semana epidemiológica n° 53 27 de diciembre al 2 de enero de 2016. Año de edición LIX*. Venezuela: 2015. Disponible: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2015.pdf>.

10. Gobierno Bolivariano de Venezuela/ Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Mortalidad materna e infantil República Bolivariana de Venezuela 1990-2009*. Venezuela: s.f. Disponible: [file:///C:/Users/Downloads/1-MortalidadMaternaInfantilVenezuela1999-2009,1de25%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Downloads/1-MortalidadMaternaInfantilVenezuela1999-2009,1de25%20(2).pdf).

11. Villegas, C. Investigación transcompleja: de la disimplicidad a la transdisciplinariedad (3ra parte). Aragua, Venezuela: Universidad Bicentennial de Aragua; 2010.

12. Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo Hacer Investigación Cualitativa. Fundamentos y metodología*. México, DF: Paidós educador; 2003. Disponible: <http://www.ceppia.com.co/Herramientas/Herramientas/Hacer-investigacion-alvarez-gayou.pdf>

13. Galeano, M. *Diseños de proyectos de investigación cualitativa*. Medellín: Fondo editorial Universidad EAFIT; 2003.

14. Meza, D. Capítulo I. Sor del patriarcado haciendo bitácora sobre el Estado patriarcal ¿corolario de la modernidad? En: Meza D, Ramos J. Patriarcado y modernidad. Los lugares sociales de las mujeres en la historia. Edición 1ª. Valencia, Venezuela: Signos ediciones y comunicaciones; 2016.p.25-34.

15. Comesaña Santalices, G. Capítulo VIII. Intento de aproximación a un análisis filosófico de la violencia contra las mujeres. En: La academia en sintonía de género...Una discusión impostergable. Compilado por: González MC., Delgado A.A. y Camacaro, M. Fondo editorial de la asociación de profesores de la Universidad de Carabobo. Venezuela: 2010.p.169-187.

16. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva*. 1ra. Venezuela: Impresos nuevo mundo S.A.; 2013.

17. Barrera M., Caraballo M., Hurtado J., Noguera C. Familia: modelos y perspectivas. 3ª. Caracas: Quirón-Sypal; 2008.

18. Jung. C. Arquetipos e inconsciente colectivo. Barcelona: Paidós; 1995.

19. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Sistema público nacional de salud. Red de atención comunal de salud. Modelo de atención integral y criterios para su gestión dentro de la red de atención comunal de salud. Caracas; 2016.

20. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Protocolo de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Caracas; 2014.

21. Ayala, E. Psiconeuroinmunología. interrelación entre los sistemas nerviosos, endocrino e inmunitario. *Ámbito farmacéutico inmunología*. 2009; 28(6):p.110-116.

22. Gómez-López, ME. Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatol Reprod Hum*. 2007;21(2):111-121.

23. Garay Zarraga, A. *El derecho al aborto ante la reacción patriarcal. Casos emblemáticos de la violación de los derechos humanos de las mujeres en relación al aborto en América Latina*. Mundubat; 2016.

24. León Correa, F. (2010). El aborto desde la bioética: Autonomía de la mujer y del médico? *Cuadernos de Bioética*.2010;XXI(1):79-93. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/875/87513725006.pdf>.

25. Organización Mundial de la Salud/ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final*. Ginebra: 2008.

26. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: 2003 Organización Mundial de la Salud/ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final*. Ginebra: 2008. Disponible: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>.

27. Facio, A. Feminismo, género y patriarcado. Justicia y género. México: 1999. Recuperado en 14 de agosto de 2018, de: <http://justiciaygenero.org.mx/publicaciones/facio-alda-1999-feminismo-genero-y-patriarcado/>

28. Hevia Rivas, P. Participación de la comunidad en la atención primaria de salud. *Salud pública de México*. 1985;27(5),402-409. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/419/408>.