INCERTIDUMBRE DE LA MUJER GESTANTE CON MORBILIDAD: ANÁLISIS DESDE UNA TEORÍA DE MEDIANO RANGO DE ENFERMERÍA

desarrollado en el marco de la investigación docente

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y EL RIESGO BIOPSICOSOCIAL DURANTE EL AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD DE MUJERES GESTANTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD

elaborado por las docentes investigadoras

Guarnizo-Tole Mildred, Vargas-Escobar Lina María

presentado como requisito parcial de grado por los estudiantes:

González Mendieta Néstor Eduardo, Patiño Caro Angie Valentina, Peralta Castillo Jessica Alexandra, Rojas Herrera Paula Andrea, Ruge Vargas Andrea Yurany, Varón Trujillo Liceth Fainory, Vásquez Gómez Emely Carolina

Universidad El Bosque
Facultad de Enfermería
Bogotá D.C., Diciembre de 2020

INCERTIDUMBRE DE LA MUJER GESTANTE CON MORBILIDAD: ANÁLISIS DESDE UNA TEORÍA DE MEDIANO RANGO DE ENFERMERÍA

desarrollado en el marco de la investigación docente

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y EL RIESGO BIOPSICOSOCIAL DURANTE EL AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD DE MUJERES GESTANTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD

elaborado por las docentes investigadoras

Guarnizo-Tole Mildred, Vargas Escobar-Lina María

Grupo de investigación Cuidado de la Salud y Calidad de vida

Nombre de la línea de investigación: Cuidado

presentado como requisito parcial de grado por los estudiantes:

González Mendieta Néstor Eduardo, Patiño Caro Angie Valentina, Peralta Castillo Jessica Alexandra, Rojas Herrera Paula Andrea, Ruge Vargas Andrea Yurany, Varón Trujillo Liceth Fainory, Vásquez Gómez Emely Carolina

Universidad El Bosque
Facultad de Enfermería
Bogotá D.C., Diciembre de 2020

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1
2. JUSTIFICACIÓN 4
3. OBJETIVOS 7
   3.1. Objetivo general 7
   3.2. Objetivos específicos 7
4. ESTADO DE LA CUESTIÓN 7
   4.1. Ruta metodológica 7
   4.2. Categorías identificadas 13
      4.2.1. Dimensión biológica 13
      4.2.2. Dimensión psicológica 14
      4.2.3. Dimensión social 15
5. MARCO TEÓRICO 16
   5.1. Generalidades de la teoría 16
   5.2. Antecedentes de incertidumbre 19
   5.3. Proceso de valoración 20
   5.4. Enfrentamiento de la enfermedad 21
   5.5. Generalidades sobre la morbilidad 21
6. ASPECTOS ÉTICOS 23
7. METODOLOGÍA 24
   7.1. Diseño del estudio 24
   7.2. Rigor metodológico 24
      7.2.1. Validez interna 24
      7.2.2. Validez externa 25
   7.3. Población y muestra 26
   7.4. Criterios de Inclusión y exclusión 26
   7.5. Instrumento de recolección de información 26
   7.6. Proceso de recolección de los datos 28
   7.7. Plan de análisis de los datos 29
   7.8. Operacionalización de las variables 29
8. RESULTADOS 33
9. DISCUSIÓN 42

10. CONCLUSIONES 48
11. APORTES DEL ESTUDIO 50
11.1 Aportes a la disciplina 50
11.2 Aportes a las instituciones 50
12. LIMITACIONES 51
13. RECOMENDACIONES 51
14. PRESUPUESTO 52
15. CRONOGRAMA 53
16. ANEXOS 54
16.1. Consentimiento informado 54
16.2. Escala completa MUIS 60
16.3. Ficha de caracterización sociodemográfica 62
17. BIBLIOGRAFÍA 63

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda 9
Tabla 2. Caracterización de artículos seleccionados 10
Tabla 3. Subcategorías de búsqueda bibliográfica 11
Tabla 4. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad 19
Tabla 5. Espectro de la morbilidad 22
Tabla 6. Subescalas y factores constituyentes de la MUIS 27
Tabla 7. Operacionalización de las variables 29
Tabla 8. Ficha de caracterización sociodemográfica 32
Tabla 9. Caracterización sociodemográfica 33
Tabla 10. Datos de ingreso al servicio de interés 35
Tabla 11. Incertidumbre en la Institución de Salud 1 37
Tabla 12. Incertidumbre en la Institución de Salud 2 40
Tabla 13. Presupuesto 52
Tabla 14. Cronograma 53

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incertidumbre durante la gestación es un fenómeno poco mencionado pero de gran importancia, dado que es un factor que podría influir de forma positiva o negativa en su evolución. Es de suma importancia ahondar en el tema para poder realizar un abordaje integral de las madres por parte del personal de salud, en especial desde la disciplina de enfermería, con el fin de generar intervenciones que respondan a las necesidades dadas durante este momento de la vida.

Es importante referir que a nivel mundial cada día mueren alrededor de 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99,0% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo (1), en especial cuando las mujeres residen en zonas rurales, en comunidades que se presenta mayor pobreza, vulnerabilidad (1), en escenarios que carecen de educación e información en salud, en territorios caracterizados por presentar conflictos armados y de crisis humanitaria (2). Por otra parte, los datos exhiben que la tasa de morbilidad materna y de morbilidad materna extrema es superior para los países de medianos y bajos ingresos, indicando que este valor para América Latina 4,9%, Asia 5,7%, África 14,9%, contrasta con otros presentados en los países de altos ingresos cuyas tasas oscilan en Europa 0,8% y en América del Norte 1,4% (3).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio (ODSM) plantean la necesidad de disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) de 51,8% a 32,0% en el año 2030. En Colombia se han implementado programas como "*Prácticas clave que salvan vidas*" y otras estrategias que sumadas a la estricta vigilancia epidemiológica notificada desde el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), han incidido en el descenso de la RMM a través de la última década (2); pese a esto, no se logran los resultados en salud materna esperados.

Estudios nacionales e internacionales como los planteados por Hediye, Korkmaz & Ceron y colaboradores, indican que existen diferentes condiciones asociadas a esta condición, como: la edad, las redes de apoyo, las comorbilidades, el estado actual de salud que pueden llegar a desencadenar ansiedad y obstaculizar el bienestar fetal. De allí, que este tipo de

circunstancias generen dificultad en el sentido que se afecta la forma de cómo la mujer maneja y asume la hospitalización prolongada, percibe los sentimientos de vulnerabilidad, de soledad, y de estrés por la incapacidad de poder realizar sus actividades de la vida cotidiana, agregado a otras manifestaciones que se relacionan con la tristeza, la incertidumbre y la culpa por estar separadas de su hogar y de su familia (4) (5) (6); entre otros.

Con esta panorámica es pertinente mencionar que la gestación puede convertirse en un evento crítico en el que se genera un reordenamiento en la vida de la mujer, puesto que va a sufrir diferentes cambios que pueden llevar a producir un impacto tanto positivo como negativo en su estilo de vida a nivel social, económico, familiar e incluso llegar a presentar morbimortalidad (MM) que deterioran la calidad de vida en esta trayectoria a nivel individual, familiar y social (7).

La literatura ha documentado una lista de las principales causas de morbilidad materna, entre ellas se señalan la preeclampsia severa 75,0%, la hemorragia posparto 34,3% y el Síndrome de Hellp 31,5% (8), presentándose predominantemente en mujeres que se encuentran en el grupo de edad de 20 a 24 años y en edades extremas de la vida. No obstante, las estadísticas vitales reportan que en los últimos 25 años la MM disminuyó cerca de un 44%, registrándose para el año 2017 la reducción del 5,0% de los casos relacionados con MM obstétrica directa (9).

En Colombia el Departamento Administrativo Nacional Estadístico (DANE) indicó que en el año 2017 fallecieron 458 maternas, mencionando que la mayor prevalencia estuvo dada por causas obstétricas directas ocurridas después de 42 días del parto, en segundo lugar, se encuentran las enfermedades o padecimientos previos al embarazo que pueden llegar a complicarlo, las enfermedades maternas infecciosas y la sepsis puerperal también mencionadas, pero con baja incidencia.

Llama la atención que la mayoría de estas complicaciones pueden ser evitables dando un seguimiento adecuado a las pacientes y brindando indicaciones claras acerca de las posibles complicaciones y signos de alarma que se deben tener presentes en esta etapa (10), y que logran

generar incertidumbre; como es el caso de no contar con adecuados canales de comunicación entre el personal de salud (6), la gestante y sus cuidadores.

El sentimiento de no certeza, o no saber que será del mañana ante una situación determinada con respecto a la salud de la madre, puede desencadenar en una sensación desagradable para la misma mujer y su familia, logrando forjar diferentes desenlaces a nivel físico, psicosocial que podría tener implicaciones y complicaciones en el feto. Por ello, resulta vital el abordaje de las situaciones que producen incertidumbre, como un proceso previo al afrontamiento y la adaptación ante la morbilidad.

Es importante referir que la morbimortalidad materna se asocia a factores internos y externos que vive la mujer, y que terminan o no por incidir positiva o negativamente en esta circunstancia. La evidencia en el área describe que la morbilidad materna está agrupada con los trastornos de ansiedad y la depresión, sumados a la generación de violencia física, psicológica y de ausencia de redes de apoyo social (4).

Merle Mishel a través de su teoría de mediano rango denominada "Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad", plantea cómo es el proceso salud-enfermedad en las distintas etapas de la vida y los cambios positivos o negativos que puede generar según la perspectiva de cada persona (11), para este caso el grado de dificultad que tendrá la materna para adaptarse al suceso (morbilidad), que va a depender de sus habilidades y las estrategias con las que cuenta para manejar la incertidumbre, podrá ser visto como una oportunidad o como peligro (12).

Es así, como desde la disciplina se puedan obtener y generar nuevos conocimientos para la mejora de la práctica, alrededor de cómo debe ser el manejo biopsicosocial de las mujeres gestantes (6), y de esta forma lograr incidir positivamente en la salud de estas mujeres e indirectamente en su entorno. A le vez de mejorar la experiencia de como asumen la enfermedad la mujer y su grupo familiar (13), e incluso la exposición a perder la vida.

De allí la importancia de que los enfermeros encargados de satisfacer la atención materna se encuentren debidamente entrenados en el área, identifiquen y conduzcan los estados de incertidumbre que vive la mujer ante el diagnóstico de morbilidad, con el fin de favorecer el debido manejo de esta condición en la cual la materna realiza la estructura de significados sobre los eventos relacionados con su patología aguda o crónica.

En este orden de ideas, el presente estudio buscó dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: *¿Cuál es el nivel de incertidumbre manejado por mujeres gestantes con diagnóstico de morbilidad, que asisten al servicio de ginecoobstetricia de dos instituciones de salud en la ciudad de Bogotá DC?*

2. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de este estudio es de gran importancia dado que se está dando respuesta a una necesidad nacional e internacional, como lo es el abordaje integral de la morbimortalidad materna desde un estado previo al afrontamiento y adaptación que vive la mujer a la misma, y que se conoce como "*incertidumbre"*, la cual en la actualidad es vista a la luz de la evidencia científica como una problemática de origen multifactorial (14) (15), que podría traer serías repercusiones de no ser identificada y manejada integralmente.

Entre algunas de las causas que instan a conocer la respuesta de la mujer y su grupo ante la enfermedad, sobresalen los factores de índole psicosocial, de allí que sea representativo mencionar que las características individuales, sociodemográficas y las herramientas propias con las que cuenta cada gestante para asumir esta situación contribuyen a que se presente morbilidad y esta sea vista como una oportunidad o problemática (14) (15), ante la cual las instituciones de salud, representadas por las profesionales de enfermería deben realizar el respectivo abordaje.

Por esta razón, es vital la valoración biopsicosocial de la gestante, puesto que permite detectar la presencia de situaciones relacionadas con la incertidumbre, que se vinculan

directamente con la instauración de complicaciones durante la gestación, y estas a su vez se encuentran asociadas con las perspectivas de cada mujer en términos de sentimientos, emociones y ansiedad, lo cual aumenta el riesgo obstétrico y morbilidad en el embarazo (14).

Respecto al aporte a la disciplina, se busca continuar fortaleciendo la concepción integral de la persona como sujeto de cuidado de la enfermería. Se pretende a futuro que este estudio contribuya a enriquecer el cuerpo de conocimientos relacionados con la atención holística desde una perspectiva biopsicosocial (16) y así mismo disminuir los vacíos de la literatura encontrados alrededor de la incertidumbre que tiene las mujeres gestantes que transitan en determinada morbilidad.

En respuesta a esta necesidad el estudio se soportó en la teoría de mediano rango de enfermería propuesta por Merle Mishel (11), ya que por su nivel de complejidad puede ser llevada a la práctica, permitiendo explicar y medir de forma coherente la incertidumbre, abordándola desde el entorno real en el que viven las mujeres gestantes (14). De esta manera se aportará a los vacíos de conocimiento presentes en la atención dada por el personal de salud, alrededor de la perspectiva de atención integral.

Por esto, la medición del nivel de incertidumbre y el uso de la teoría de Merle Mishel contribuye a entender de mejor manera el proceso previo a la adaptación y afrontamiento de la enfermedad aguda o crónica que vivencia la mujer y su grupo en determinado momento de la gestación (11). A la vez, el tener mayor comprensión de este proceso, posibilitará la consolidación de intervenciones de enfermería eficaces y capaces de contribuir a la disminución de riesgo psicosocial y obstétrico, con las consecuentes repercusiones de reducción de la morbimortalidad evitable (17).

A nivel institucional se debe tener en cuenta que existen factores que pueden ser detonantes de incertidumbre, de allí la importancia de disponer de redes de apoyo como herramienta para mejorar el proceso de afrontamiento en este escenario. Además, es importante obtener nuevos conocimientos sobre el tema para lograr percibir y tratar de manera oportuna a las mujeres gestantes que están cursando por estos procesos y así mismo poder crear alternativas

de mejoramiento (6). Conjuntamente, se espera en corto plazo poder generar planes de cuidado afines e individualizados con las necesidades de las futuras madres.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Analizar el nivel de incertidumbre manejado por las gestantes con diagnóstico de morbilidad, que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de dos instituciones de salud, en la ciudad de Bogotá DC, 2020.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar el marco de estímulos en la mujer gestante con diagnóstico de morbilidad.
- Describir la capacidad cognitiva que presenta la gestante con diagnóstico de morbilidad.
- Reconocer los proveedores o fuentes que tiene la mujer gestante con diagnóstico de morbilidad.

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN

El establecimiento del estado de la cuestión del fenómeno abordado fue el siguiente.

4.1. Ruta metodológica

La búsqueda de la información se estructuró en dos fases, denominadas: Fase inicial y Fase de selección e inclusión.

En la **fase inicial** se establecieron las palabras clave utilizando los descriptores MeSH-DeCS en los idiomas español, portugués e inglés:

- Embarazo/Gravidez/Pregnancy.

- Embarazo de alto riesgo/Gravidez de alto risco/Pregnancy, High Risk.
- Incertidumbre/Incerteza/Uncertainty.
- Morbilidad/ Morbidade/Morbidity.
- Atención de enfermería/ Cuidados de enfermagem/ Nursing care.

Las bases de datos consultadas fueron: ClinicalKey for Nursing, PubMed, Science Direct, Scielo y adicionalmente se efectuó búsqueda manual de artículos en revistas no indexadas en los metabuscadores referidos.

Los criterios de inclusión definidos para la búsqueda de información fueron los siguientes:

- Artículos derivados de investigación, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Artículos publicados entre los años 2009 a abril del 2019.
- Artículos publicados en revistas con acceso abierto.
- Artículos de revistas relacionadas con las ciencias de la salud específicamente gineco-obstetricia, salud sexual y reproductiva, salud materna que evidenciaron resultados asociados a la incertidumbre de la gestante con diagnóstico de morbilidad.
- Artículos publicados en idioma español, inglés y portugués.

Los criterios de exclusión:

- Artículos que después de su revisión (título y resumen) no abordaron los temas de interés para la investigación.

Posteriormente, la inclusión de las palabras clave sumadas a la implementación de los operadores Booleanos “AND” y “OR” permitieron la generación de las ecuaciones de búsqueda que se presentan a continuación:

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda

Español	Inglés	Portugués
Incertidumbre AND Embarazo de alto riesgo AND cuidado de enfermería	Uncertainty AND Pregnancy High risk AND Nursing Care,	Incerteza AND Gravidez de Alto Risco AND Cuidados de Enfermagem
Embarazo de alto riesgo AND incertidumbre AND cuidado de enfermería	Pregnancy high risk AND Uncertainty AND Nursing Care,	Gravidez de Alto Risco AND Incerteza AND Cuidados de Enfermagem
Embarazo AND morbilidad AND Incertidumbre AND cuidado de enfermería	Pregnancy AND Morbidity AND Uncertainty AND Nursing Care	Gravidez AND Morbidade AND Incerteza AND Cuidados de Enfermagem
Embarazo de alto riesgo AND Incertidumbre, embarazo AND incertidumbre	Pregnancy high risk AND Uncertainty, Pregnancy AND Uncertainty	Gravidez de Alto Risco AND Incerteza, Gravidez AND Incerteza
Cuidado de enfermería AND Embarazo de alto riesgo AND Morbilidad AND Incertidumbre	Nursing Care AND High Risk Pregnancy AND Morbidity AND Uncertainty	Cuidados de Enfermagem AND Gravidez de Alto Risco AND Morbidade AND Incerteza
Incertidumbre AND Embarazo AND Cuidado de enfermería	Uncertainty AND Pregnancy AND Nursing Care	Incerteza AND Gravidez AND Cuidados de Enfermagem
Morbilidad AND Cuidado de enfermería AND Embarazo	Morbidity AND Nursing Care AND Pregnancy	Morbidade AND Cuidados de Enfermagem AND Gravidez
Incertidumbre OR Morbilidad OR Embarazo	Uncertainty OR Morbidity OR Pregnancy	Incerteza OR Morbidade OR Gravidez

Fuente: propia

Una vez ejecutada la pesquisa en los metabuscadores seleccionados fue viable establecer el número de estudios encontrados, que arrojó una cantidad de 414, los cuales se distribuyeron de la siguiente manera: Science Direct (n=175), PubMed (n=122), Clinical Key for Nursing (n=108), Scielo (n=2) y búsqueda manual (n=7).

En la **fase de selección e inclusión** se llevó a cabo un segundo filtro que involucró la lectura del título y resumen de los artículos seleccionados inicialmente. Una vez corroborado que el artículo tenía relación con la temática aborda, se procedió a la lectura completa y al registro de información en la matriz de síntesis, pasando de 60 a un total de 17 artículos que cumplían con los criterios antes mencionados.

En relación con los diseños metodológicos se encontró que 4 artículos correspondieron a revisiones sistemáticas de la literatura, 4 eran de estudios cualitativos hermenéuticos, 2 de tipo cualitativo fenomenológico, 1 estudio de cohorte prospectivo, 2 estudios mixtos, 2 estudios cuantitativos descriptivos y, por último, 2 estudios de caso (Ver tabla 2).

Tabla 2. Caracterización de artículos seleccionados

N°	Base de datos	Año	Autor	Título	Diseño metodológico	País
1	Clinical Key for Nursing	2015	Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A	The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stressduring pregnancy on preterm birth: A systematic review	Revisión sistemática	Australia
2	ClinicalKey for Nursing	2016	Agius A, Xuereb RB, Carrick-Sen D, Sultana R, Rankin J	The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review Revisión sistemática (Más integrativa)	Revisión sistemática	
3	PubMed	2015	Homeyard C, RM, Montgomery E, Chinn D	Currrent evidence on antenatal care provision for women with intellectual disabilities: A systematic review	Revisión sistemática (Más integrativa)	Londres
4	PubMed	2014	Samano R, Godínez E, Romero I, Sánchez G, Espíndola J, Chávez M	The socio-cultural and eating aspects of women experiencing risk pregnancies.	Cualitativa hermenéutica	Brasil
5	Clinical Key for Nursing	2019	Coates K, Cupples G, Scamell A, McCourt C.	Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic	Revisión sistemática cualitativa (metasíntesis)	Londres
6	PubMed	2016	Lou S, Nielsen CP, Hvidman L, Petersen OB, Risor MB	Coping with worry while waiting for diagnostic results: a qualitative study of the experiences of pregnant couples following a high- risk prenatal screening result.	Cualitativo (herméutico con análisis de contenido)	Dinamarca
7	Science direct	2015	Madhavanprabhakaran K, D'Souza MS, Nairy K	Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors Cuantitativo, estudio de cohorte prospectivo	Cuantitativo, estudio de cohorte prospectivo	India
8	Science Direct	2016	Patel H, Berg M, Baras A, Begley C, Schaufelberger M	Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors	Estudios de método mixto descriptivo	Suecia
9	Science Direct	2015	Kassebaum NJ, Barber RM, Bhutta ZA, Dandona L, Gething PW, Hay SI, et al.	Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015	Cuantitativo, descriptivo	Suecia
10	Science Direct	2014	Sanguanklin, N., McFarlin, B. L., Park, C. G., Giurgescu, C., Finnegan, L., White-Traut, R., & Engstrom, J. L.	Effects of the 2011 Flood in Thailand on Birth Outcomes and Perceived Social Support	Cuantitativo, descriptivo, longitudinal	Tailandia

11	PubMed	2017	Roberts LM, Davis GK, Homer C	Pregnancy with gestational hypertension or preeclampsia: A qualitative exploration of women's experiences	Cualitativo (Hermeneutico, análisis de contenido)	Australia
12	Science Direct	2019	Joung WJ	Pregnancy and Childbirth Experiences of Women with Epilepsy: A Phenomenological Approach	Cualitativo fenomenológico	Corea del Sur
13	PubMed	2014	Carolan-Olah, M., & Barry, M.	Antenatal stress: An Irish case study	Estudio de caso	Irlanda
14	Búsqueda manual	2012	Wiebe E, Chalmers A, Yager H .	Maternidad tardía: comprender las experiencias de mujeres mayores de 33 años que tienen abortos pero planean convertirse en madres más adelante.	Estudio mixto	Estados Unidos
15	Scielo	2010	Gimeniz M, Holanda da CunhaI G, Tavares M	Dilemas y conflictos de ser madre en casos de VIH/Sida	Cualitativo Hermenéutico	Brasil
16	Scielo	2013	Muñoz LA, Sánchez X, Arcos A, Vollrath A, Bonatti C	La experiencia de la maternidad en el contexto de la vulnerabilidad social: un enfoque integral de la fenomenología social	Cualitativo fenomenológico	Chile
17	Búsqueda manual	2017	Álvarez-Yañez DM, Pérez-Bayona CL	Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel	Estudio de caso	Colombia

Fuente: propia

Terminada la fase uno y dos, los investigadores realizaron el proceso de análisis y sistematización de la información a partir del cual fue posible establecer una categoría central relacionada con los aspectos biopsicosociales que vive la mujer gestante con diagnóstico de morbilidad. Esta categoría se estructuro a partir de tres subcategorías; I. Dimensión biológica, II. Dimensión psicológica y III. Dimensión social, evidenciadas en la tabla 3.

Tabla 3. Subcategorías de búsqueda bibliográfica

Número de bibliografía	Artículos	Dimensión biológica	Dimensión psicológica	Dimensión social
1	The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stressduring pregnancy on preterm birth: Asystematic review		X	
2	The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the pernatal period: A systemati review		X	
3	Currrent evidence on antenatal care provision for women with intellectual disabilities: A systematic review	X	X	

4	The socio- cultural and eating aspects of women experiencing risk pregnancies	X		X
5	Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic		X	
6	Coping with worry while waiting for diagnostic results: a qualitative study of the experiences of pregnant couples following a high- risk prenatal screening result.	X	X	
7	Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors	X		
8	Symptoms in women with Peripartum Cardiomyopathy: A mixed method study	X		
9	Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015	X		X
10	Effects of the 2011 Flood in Thailand on Birth Outcomes and Perceived Social Support		X	X
11	Pregnancy with gestational hypertension or preeclampsia: A qualitative exploration of women's experiences	X	X	
12	Pregnancy and Childbirth Experiences of Women with Epilepsy: A Phenomenological Approach	X		
13	Antenatal stress: An Irish case study			X
14	Maternidad tardía: comprender las experiencias de mujeres mayores de 33 años que tienen abortos pero planean convertirse en madres más adelante.		X	
15	Dilemas y conflictos de ser madre en casos de VIH/Sida	X		
16	La experiencia de la maternidad en el contexto de la vulnerabilidad social: un enfoque integral de la fenomenología social			X
17	Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel		X	

Fuente: propia

4.2. Categorías identificadas

Las categorías identificadas se describen a continuación en atención a los resultados que las constituyen. Se aclara que la información fue analizada y sistematizada con el propósito de integrar los conocimientos que atañen a la incertidumbre vivida por la mujer gestante durante una morbilidad, y que se presentan de acuerdo con la dimensión abordada.

La dimensión biológica nos permite identificar cuáles son los factores que más generan ansiedad, mortalidad y cambios fisiológicos en esta nueva etapa de la vida; en la dimensión psicológica es factible evidenciar cómo las mujeres con patologías mórbidas experimentan incertidumbre con las posteriores consecuencias en el incremento o disminución de las estrategias de apoyo y el proyecto de vida, entre otros factores. Por último, se identificó la dimensión social que hace referencia a la población materna en el marco de las características sociodemográficas y contexto en el cual viven su maternidad.

4.2.1. Dimensión biológica

Está subcategoría señala que a nivel mundial la morbimortalidad materna se ha constituido en un problema de salud pública y de interés para todos los sectores sociales; los datos emitidos internacionalmente arrojaron entre los años 1990 a 2015, ocho entidades patológicas que históricamente se han caracterizado por deteriorar la salud materna, demostrando que la incidencia más alta se debe principalmente a trastornos maternos directos e indirectos (18).

Roberts et al, en su estudio hallaron que el diagnóstico de hipertensión en el embarazo suele tener un impacto importante en las mujeres en las que se afecta el desarrollo de la gestación y la experiencia del nacimiento (19). Estos datos concuerdan con la investigación realizada por Joung WJ, encontrando que las gestantes con diagnóstico previo de epilepsia manejan niveles más altos de ansiedad por la constante preocupación que su hijo pueda presentar alteraciones de diferente índole, el temor a convulsionar en el parto y el probable paso del medicamento por medio de la leche materna (20).

En este orden de ideas la investigación de Stina Lou et al, menciona que las mujeres embarazadas experimentan mayor preocupación e incertidumbre después de un resultado de detección prenatal de alto riesgo, lo que va a generar diversas reacciones emocionales y físicas que afectan su bienestar (21).

Diferentes patologías como la miocardiopatía periparto pueden experimentar síntomas físicos, los cuales son: disnea, fatiga, edema, náuseas, taquicardia, tos, dolor precordial, entre otros, que de forma paralela se constituyen en generadores de temor, ansiedad, sentimiento de pánico y pensamientos de muerte inminente (22).

Adicionalmente Sámano et al, enfatiza que las condiciones del contexto inciden en el cuidado prenatal y en la afectación de la salud física debido al deterioro de la alimentación. Además, el riesgo obstétrico, que conlleva a las gestantes a presentar incertidumbre ante un nuevo embarazo (23).

4.2.2. Dimensión psicológica

Los estudios que se integran a esta subcategoría señalan que la materna experimenta angustia psicológica como: depresión, ansiedad y estrés, son percibidos durante la gestación e incrementan el riesgo de resultados adversos como el nacimiento prematuro (24).

Por su parte Madhavan Prabhakaran y colaboradores identificaron que la mayor tasa de ansiedad durante la gestación se da en el tercer trimestre del embarazo y se encuentra relacionada con el parto, sumado a la presencia de determinados factores sociodemográficos como el apoyo familiar, la relación de pareja y el ser primigestante. Estas condiciones están catalogadas como los factores que comúnmente predisponen a diferentes niveles de ansiedad (25). Los cuales deterioran la comunicación de la gestante con el personal de salud, y ocasiona en la materna la percepción de no siempre ser tenida en cuenta por el equipo de salud, ocasionando en ella sentimientos de ira, soledad y frustración (26) (27).

Un aspecto significativo para tratar, mencionado por Wiebe y colaboradores corresponde al aplazamiento de la maternidad porque es catalogada como una segunda opción en el proyecto de vida, puesto que ven como factores principales el estudio y trabajo (28). En la

investigación realizada por Stina Lou y colaboradores; todas las parejas informaron sentirse preocupadas y tristes al recibir un resultado de detección de alto riesgo. Mientras esperaban los resultados del diagnóstico, las parejas se enfocaron en llegar a su propio entendimiento de la situación y emplearon tanto el retiro y el compromiso social como estrategias para evitar que la preocupación se intensificara (21).

Se halló en la investigación de Andee Agius y colaboradores que la prevalencia de la comorbilidad triple es similar a la informada para el Trastorno de Estrés Postraumático Perinatal. Es posible que este trastorno coexista con la depresión y la ansiedad, o que las mujeres con depresión y/o ansiedad tienen más riesgo de desarrollar esta entidad patológica (29).

En la investigación de Galvão y colaboradores, las gestantes que presentaron diagnóstico de VIH en su proceso de gestación, desencadenaron sobreprotección del recién nacido, dudas e incertidumbre, y estados de ansiedad en el curso del embarazo (30). Mientras que las que padecían de discapacidad intelectual expusieron dificultades para entender la información prenatal comunicada durante el embarazo, lo que ocasiono procesos de ansiedad e incertidumbre (31).

De allí, que vivencia de la mortalidad materna está integrada al cuidado de enfermería desde una perspectiva física, mental y social, esto en respuesta al propósito de la disciplina y al compromiso histórico que la enfermería ha tenido con la salud materna.

4.2.3. Dimensión social

Se ha evidenciado que a pesar de que los cuidados a nivel físico son eficientes y permiten la evolución satisfactoria en la labor de parto, las gestantes sienten que se debería prestar mayor atención las necesidades dadas a nivel social. En el estudio de Coates y colaboradores, y a la vez en el de Sámano, se hizo énfasis en los diversos sentimientos negativos que se presentan en la gestante, su pareja y su familia con respecto a su estado de salud. Así mismo las gestantes expusieron temor, ansiedad y aislamiento ante la presencia de ruido u otros sonidos que eran efectuados por las gestantes que las acompañaban en las unidades de atención (23) (32).

En relación con las investigaciones anteriormente tratadas es necesario aludir lo dicho por Sanguanklinpar y colaboradores; quien adiciona la problemática que producen los procesos migratorios en el desencadenamiento de ansiedad materna. En especial para nuestro país es esencial su abordaje, en razón a que en el periodo gestacional las condiciones socioculturales actuales o factores externos pueden influir y terminar ocasionando esta condición. También se encontró que el apoyo social percibido es un factor protector que a su vez funciona como motivador para adoptar comportamientos saludables y positivos durante el embarazo (33).

Un aspecto interesante que nos presentan Muñoz y colaboradores en su investigación es la importancia de la construcción de conceptos, teorías y modelos para una práctica de atención médica humanizada e integral en el campo de la enfermería, este conocimiento constituye una evidencia científica que facilita la relevancia social de muchos eventos en salud (14).

5. MARCO TEÓRICO

Los elementos esenciales que se desarrollaron en el presente estudio se muestran en dos apartados que a continuación se presentan.

5.1. Generalidades de la teoría

El estudio está fundamentado por la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel del año 1988, la autora se basó en conceptos ya existentes, que para esa época los conceptos de incertidumbre frente a la enfermedad eran totalmente desconocidos, pero existía en modelos psicológicos. Sin embargo, Mishel basó su teoría en el procesamiento de la información de Warburton y el estudio de la personalidad de Budner. Estos autores proceden de la psicología y definen la incertidumbre como el "estado cognitivo resultante de una serie de impulsos o señales que no son suficientes para formar una representación interna de una situación" (11).

No obstante, fue Mishel quien comenzó a utilizar este término en el contexto de la enfermedad y salud, de igual manera esta teoría se desarrolló a partir de una tesis doctoral usando datos cuantitativo-cualitativos en pacientes hospitalizados, donde se logró identificar la conducción de la enfermedad mediante una escala de utilidad en estos pacientes. Por lo anterior, cada experiencia es diferente y única, dependiendo del manejo que le de cada persona a su estado de salud (11).

El objetivo principal que plantea esta teoría es disminuir la incertidumbre que puede percibir una persona que padece cualquier tipo de enfermedad, sea crónica o no, y en la que se incluye a la familia y su entorno. A través de esta teoría se puede hacer abordaje exhaustivo, que ayude a favorecer no solo la disminución de la incertidumbre, sino también el manejo de las situaciones que se dan en la vida cotidiana (11).

Esta teoría de enfermería se clasifica como de mediano rango porque puede llevarse tanto a la práctica clínica como a la investigación, en la búsqueda de respuestas sobre cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad y la forma de construir los significados en estos eventos, que se han caracterizado por exponer dos tipos de respuestas, el primero como oportunidad y el segundo como una amenaza; además es importante priorizar las intervenciones que favorezcan el manejo de la incertidumbre porque está puede llevar a que progrese la enfermedad y desencadenar deterioro físico y psíquico en el individuo (11) (34).

Las bases teóricas y epistemológicas que se implementaron en esta teoría fue el empirismo y el subjetivismo. Principalmente el empirismo es esencial, ya que los pacientes deben pasar por un conocimiento previo frente a la situación por la que estén viviendo para poder generar la incertidumbre. El subjetivismo está basado en que los pacientes no se les puede aplicar las mismas intervenciones de cuidado; así presenten el mismo tipo de enfermedad, ya que todos los seres humanos se perciben de diferente manera (11).

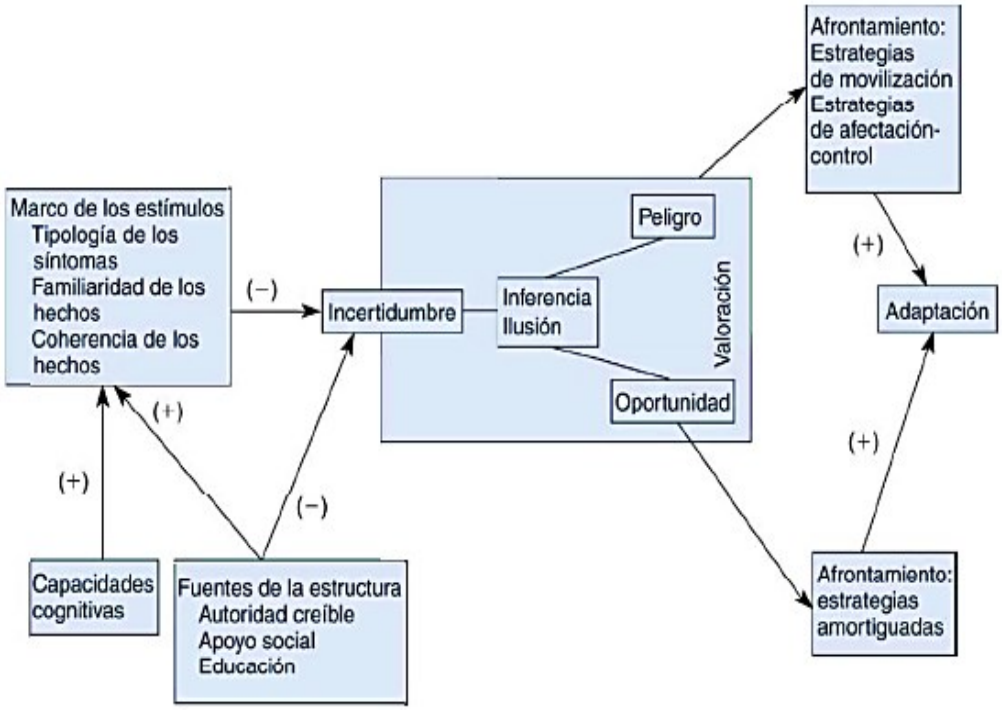
Para comprender la teoría es importante tener en cuenta la definición de incertidumbre, la cual se refiere a la “Incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad” (11).

En primer lugar, la persona se enfrenta a una situación la cual es percibida por cada individuo y ello es lo que se denomina marco de estímulos, a su vez, este marco tiene en cuenta como se presenta los síntomas, si el evento es repetitivo o no relacionado con la familiaridad de los hechos y por último la coherencia de los hechos se centra en lo que esperamos o lo que experimentamos en respuesta al evento que está ocurriendo.

Además este marco de estímulos se ve influenciado por dos componentes el primero son las capacidades cognitivas que de alguna manera ayudan a interpretar la situación que se está experimentando, ya sean positivas o negativas, y el segundo los recursos con los que cuenta el individuo, esto último se conoce como fuentes de estructura en donde están involucrados los profesionales de la salud, el apoyo de la familia y la educación; si todo lo anteriormente descrito se percibe como negativo da lugar a la incertidumbre.

El individuo realiza una valoración y está puede ser vista por inferencia es decir teniendo en cuenta recuerdos previos relacionados con el evento o por ilusión que son directamente las creencias que se generan como consecuencia de la incertidumbre, de igual manera la persona comienza a ver la situación como un peligro, es decir, algo negativo o como una oportunidad, es decir una manera de ver diferente la situación o de mejora (35). En ambos casos se realiza un proceso de afrontamiento, si este es positivo las personas se pueden adaptar a la situación que están viviendo. Los seres humanos por lo general tenemos la ventaja de un dominio propio, ya que esto va en colaboración para una buena toma de decisiones, que nos permiten actuar bajo conductas saludables, generando una respuesta ante el estrés y la ansiedad con relación a la enfermedad (34) (35).

Tabla 4. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad



Tomado de: Modelos y teoría de enfermería (11).

5.2. Antecedentes de incertidumbre

Se refiere al marco, forma, composición y estructura de los estímulos, estos a su vez están conformados por tres componentes:

- El patrón de síntomas: Grado en el cual los síntomas se presentan con suficiente consistencia para percibir un patrón.
- La familiaridad con el evento: Se refiere a las situaciones habituales, receptivas y que son reconocidas.
- La congruencia con el evento: Es la consistencia con los eventos relacionados con la enfermedad que implica confiabilidad y estabilidad con los eventos.

El marco de estímulos está influenciado por dos variables, la primera se refiere a la **capacidad cognitiva** que son las habilidades que tienen las personas para procesar la información, la cual está determinada por una capacidad limitada, excedida y limitación cognitiva reducida. Y la segunda plantea los **proveedores de estructura** que corresponde a los recursos disponibles para ayudar a las personas en la interpretación del marco de estímulos, que reduce el estado de incertidumbre.

La experiencia de la enfermedad, la incertidumbre se presenta en cuatro formas, la primera de ella es la **ambigüedad** que se relaciona con el estado de la enfermedad, el segundo es la **complejidad** que tiene en cuenta el tratamiento y el sistema de cuidado, la tercera abarca la **falta de información** basándose en el diagnóstico y la seriedad de la enfermedad, por último, se encuentra la **falta de predicción** considerando el curso de la enfermedad y el pronóstico.

5.3. Proceso de valoración

Cuando existe la incertidumbre el reconocimiento y la clasificación de los diferentes estímulos específicos debe corresponder a un marco de referencias existentes y deben ser congruentes con las expectativas de las personas en un contexto físico y temporal, cuando este evento es incierto esto desencadena tres situaciones las cuales son: el evento no es reconocido, el evento es reconocido, pero no clasificado y el evento es reconocido pero clasificado incorrectamente.

La valoración de la incertidumbre comprende dos procesos principales: en primer lugar, es **la inferencia** que se construye a partir de las disposiciones de la personalidad, de las creencias personales acerca de sí mismo y de la relación que se tiene con el ambiente, y el segundo proceso es **la ilusión,** que se caracteriza por ser una creencia construida sin incertidumbre que puede ser enfocada en los aspectos positivos.

5.4. Enfrentamiento de la enfermedad

Esta se basa en la valoración, y es aquí donde se percibe la incertidumbre como peligro u oportunidad.

Incertidumbre, peligro y enfrentamiento: Puede asociarse como una visión pesimista con evaluación negativa del futuro, se relaciona con altos niveles de ansiedad y depresión, también influye en la pérdida y ausencia de la credibilidad y el autocuidado durante el diagnóstico y tratamiento.

Enfrentamiento con una valoración de peligro: Estos métodos están dirigidos a reducir la incertidumbre y en algunas ocasiones manejar las emociones generadas por la sensación de peligro, este proceso cuenta con dos estrategias de enfrentamiento:

Movilización: Contiene tres estrategias de acción:

- Directa: Menos empleada para reducir incertidumbre.
- Vigilancia: Estrecho contacto con el paciente teniendo en cuenta la observación por parte del personal de salud para disminuir el estrés presentado por los familiares.
- Búsqueda de información: Es la principal para reducir la incertidumbre.

Manejo del efecto: Contiene tres métodos: fe, desapego y soporte cognitivo.

Incertidumbre, oportunidad y enfrentamiento: La incertidumbre es considerada como una oportunidad, durante la valoración puede ocurrir la oportunidad de evidenciar resultados positivos, que se pueden dar por la inferencia o ilusión (11) (12).

5.5. Generalidades sobre la morbilidad

Stones et al en el año 1991, describieron una categoría de morbilidad materna que detalla la existencia de dos extremos de gravedad clínica, esta representación conceptual o espectro de la morbilidad señala en la tabla 5 lo siguiente: en color verde se encuentran las mujeres gestantes

que no presentan complicaciones y en el otro extremo, la muerte materna (color café). En este continuo también se expone a la gestante con complicaciones que no amenazan la vida (color verde claro), las complicaciones que potencialmente amenazan la vida (color amarillo). Es vital tener en cuenta que la existencia de salud, morbilidad y mortalidad materna se relaciona con diversos factores de riesgo que están presentes en la vida de una mujer.

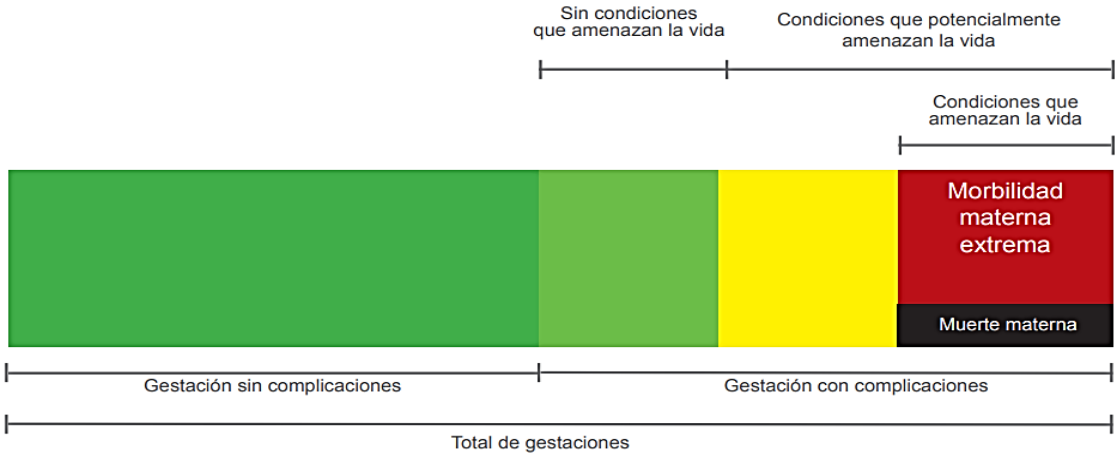
Se reconoce que las intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad materna deben enfatizarse en la categoría de riesgo de morbilidad materna extrema, que facilite la respuesta de mecanismos de alerta y den lugar a intervenciones terapéuticas o preventivas en pro de la detención de la progresión de la complicación de la mujer, y con ello la prevención de la muerte materna (36).

Morbilidad: Número de personas que enferman en una comunidad (37).

Morbilidad materna extrema: "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" (35).

Mortalidad materna: La mortalidad materna se define como el número de madres fallecidas por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Se refiere al número de muertes maternas por 100.000 recién nacidos vivos (38).

Tabla 5. Espectro de la morbilidad



Fuente: Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal healthcare. 2009

Tomado por: Protocolo de vigilancia publica morbilidad materna

6. ASPECTOS ÉTICOS

Se tuvieron en cuenta los principios éticos internacionales previstos en el Informe Belmont, que cita el respeto, la beneficencia y la justicia. A nivel nacional, el estudio fue definido en el marco de la Resolución 008430 de 1993 como un estudio con mínimo riesgo.

Artículo 11, se estipula la investigación con riesgo mínimo como: Estudios que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios como pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulara la conducta del sujeto.

Se disminuirá el riesgo lo mejor posible mediante una adecuada claridad del propósito de la investigación, lectura e información clara sobre el consentimiento informado, y si en alguna gestante se evidencia que presenta susceptibilidad ante cierta pregunta del cuestionario, de ser necesario se cancelaría con el fin de actuar siempre en beneficio del individuo (39).

Para la disciplina profesional de enfermería, la Ley 911 de 2004 (40), es la encargada de dictar las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para su ejercicio. Esta ley establece los valores éticos del ejercicio profesional de Enfermería: El respeto a la vida y la dignidad de los seres humanos. También describe los principios éticos, que fueron tomados como referentes en este estudio, estos son: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad.

Como aspectos generales tenidos en cuenta durante el estudio, se comenta lo siguiente:

- El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Proyección Social se la Facultad de Enfermería, el Comité Institucional de Ética e Investigación de la Universidad El Bosque, y los comités de ética en investigación de las dos instituciones participantes.
- Se construyo el consentimiento informado para el estudio.
- Solo fueron consideradas como participantes del estudio, las mujeres gestantes que realizaron la firma del consentimiento informado, previa explicación de su finalidad.

- Se informo a las participantes del estudio que les sería garantizado el anonimato y confidencialidad de la información aportada.
- Antes de iniciar la recolección de los datos, se explicó a las participantes la finalidad el estudio y el correcto diligenciamiento de los instrumentos.
- Se informo a la institución de salud y a las participantes, que los resultados finales serán dados a conocer a través de su socialización y publicación en revistas científicas.

7. METODOLOGÍA

7.1. Diseño del estudio

Diseño: Cuantitativo, descriptivo, transversal.

- Es cuantitativo porque se realizó la medición del grado de incertidumbre de las maternas y la caracterización de estas en el estudio (41).
- Es descriptivo porque se describió el nivel de incertidumbre de las mujeres gestantes con diagnóstico de morbilidad (42).
- Es transversal porque se midió el nivel de incertidumbre en un momento específico (43).

7.2. Rigor metodológico

7.2.1. Validez interna

Para esta investigación se proyectó realizar de tres diferentes tipos de sesgos que se podían presentar. El procedimiento fue el siguiente.

El sesgo de selección se debe a la falta de representatividad de la muestra estudiada, la cual no se puede controlar con un proceso de aleatorización como ocurre en el presente estudio. Para este escenario es sesgo fue manejado a través del establecimiento de una muestra representativa por sus características y condiciones con respecto al resto de la población materna que registra algún tipo de diagnósticos relacionado con la morbilidad.

El sesgo de clasificación se refiere a la presencia de errores en la medición, los cuales pueden generarse en el investigador o en la gestante participante. El control del presente estudio se realizó por medio de un protocolo riguroso de recogida de la información y con el uso de una escala que goza de validez y confiabilidad en Colombia.

El sesgo de confusión ocurre cuando la medición del efecto de una exposición sobre un riesgo se modifica, debido a la asociación de dicha exposición con otro factor que influye sobre la evolución del resultado en estudio. Esto indica la presencia de variables confusoras en el estudio (44). Para tener control de este sesgo, el estudio delimito un objetivo central, objetivos específicos que dieron respuesta al propósito del estudio y con ellos a la medición de las variables centrales que de forma posterior fueron contrastadas con las variables sociodemográficas establecidas.

7.2.2. Validez externa

Los resultados obtenidos en este estudio pueden ser comparados con investigaciones de naturaleza similar. Además, los resultados emergentes son de amplia utilidad para las instituciones de salud que manejen pacientes con criterios semejantes a los registrados por la muestra incluida en este contexto.

7.3. Población y muestra

Población: Mujeres gestantes con diagnóstico de morbilidad que son usuarias de los servicios de gineco-obstetricia en las instituciones de salud participantes (Institución 1 e Institución 2).

Muestra: Se realizó muestreo por conveniencia y para el estudio se pretendió abarcar la población de mujeres gestantes con diagnóstico de morbilidad. Los datos fueron recolectados en el servicio de interés de las instituciones participantes en el periodo de tiempo de enero a mayo del año 2020. Para la Institución de Salud 1, participaron 27 maternas, y para la Institución de Salud 2, las participantes fueron 47.

7.4. Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Mujeres gestantes usuarias de una institución de salud con diagnóstico de morbilidad básica o extrema.
- Mujeres gestantes mayores de 18 años.
- Mujeres gestantes sin discapacidad de tipo cognoscitivo, ni mental.

Criterios de exclusión:

- Escalas diligenciadas de forma incompleta o parcialmente por parte de las participantes.

7.5. Instrumento de recolección de información

Merle Mishel, dentro de su modelo teórico se centra en el desarrollo y en la evaluación de la escala de la ambigüedad percibida frente a la enfermedad (Perceived Ambiguity in Illness Scale), posteriormente conocida como la escala de Mishel de la incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel Uncertainty in Illness Scale) la cual fue publicada en el año 1988, esta

entrega un criterio para seleccionar la unidad de análisis e identifica plenamente, la percepción de la incertidumbre frente a la enfermedad (11) (45).

Escala de Medición de Incertidumbre en la Enfermedad (MUIS): Es una escala que se encuentra validada en Colombia, y que ha sido implementada en diferentes estudios, que permite identificar la percepción de la incertidumbre frente a la enfermedad. La escala ha sido utilizada en Colombia para realizar estudios como: adaptación y validación de la escala de Mishel de incertidumbre frente a la enfermedad en procedimientos diagnósticos (46), incertidumbre del paciente con falla cardiaca frente al trasplante cardiaco (47), incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel (34), asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI (48), incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía (45).

La escala tiene una estructura tipo Likert y está constituida por 33 ítems agrupados, con opción de respuesta que van desde 5 - totalmente de acuerdo, 4 - de acuerdo, 3 - indeciso, 2 - en desacuerdo y 1 - totalmente en desacuerdo. La consistencia interna de la escala indica un Alpha de Cronbach de 0.92. Las tres subescalas que propone el instrumento se organizan como se presenta en la siguiente tabla 6.

Tabla 6. Subescalas y factores constituyentes de la MUIS

Antecedentes de la Incertidumbre	Factor	Eventos asociados
Marco de estímulos Se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe. Esto hace referencia a los síntomas que se presentan.	**Tipología de los síntomas:** Grado en que los síntomas se presentan.	Síntomas
	Familiaridad con los hechos: Supone el grado en que una situación se presenta habitual y repetitiva, o el grado en que las claves son reconocibles.	Diagnóstico y tratamiento
	Coherencia con los hechos: Se refiere a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad.	Pronóstico
		Tratamientos y síntomas
Capacidad cognitiva Se refiere a las habilidades de la persona para procesar la	**Inferencia:** Se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas.	Información recibida

información, y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación.	**Ilusión:** Se refiere a las creencias que nacen de la incertidumbre.	Creencias
	Adaptación: Refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual.	Tratamiento recibido
Proveedores o fuentes Autoridades confiables por su nivel educativo y apoyo social (médicos, enfermeras, personal de salud).	**Autoridad con credibilidad:** Es el grado de confianza que la persona tiene en el personal de salud que la atiende.	Relaciones con el equipo de salud
	Apoyo Social: El apoyo social que recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos.	Red de apoyo

Fuente propia

7.6. Proceso de recolección de los datos

El procedimiento establecido para la recolección de los datos fue el siguiente:

1. Los datos fueron recolectados en las dos instituciones participantes (Servicio de Salud de la Mujer de la Institución de Salud 1 y en el Servicio de Gineco-obstetricia de la Institución de Salud 2).
2. Los datos fueron recolectados en el periodo de tiempo delimitado.
3. Se invitó a las mujeres gestantes que cumplieron los criterios de inclusión a participar del estudio.
4. Se explicaron los objetivos del estudio, se efectuó la lectura y la firma del consentimiento informado.
5. Posteriormente se aplicaron los cuestionarios de caracterización sociodemográfica y el MUIS, estos fueron auto diligenciados por las pacientes.
6. El tiempo aproximado de diligenciamiento de los instrumentos fue de 20-30 minutos.
7. Los resultados generales del estudio se darán a conocer a las participantes a través de su correo electrónico, y/o socialización en la institución de salud participante de forma grupal o individual. Si la participante no puede asistir, se le enviará un resumen que detallará el análisis de los resultados de este si ella lo solicita.

7.7. Plan de análisis de los datos

Para el análisis de la información se realizó el siguiente procedimiento:

1. La totalidad de los datos que emergen de la ficha de caracterización y del instrumento MIUS se digitalizaron y tabularon en el programa Excel, de forma independiente para la Institución de Salud 1 y para la Institución de Salud 2.

2. El análisis estadístico se realizó en el software SPSS versión 25, licenciado por la Universidad El Bosque, de forma independiente para la Institución de Salud 1 y para la Institución de Salud 2.

3. El análisis de los datos involucró la estadística descriptiva a través de la cual se determinaron las medidas de tendencia central (media, mediana, porcentaje, desviación estándar, rangos intercuartílicos, entre otros), de forma independiente para la Institución de Salud 1 y para la Institución de Salud 2.

4. El nivel de significancia establecido para el estudio fue de $p \leq 0,05$

5. Los datos son representados en tablas.

7.8. Operacionalización de las variables

Tabla 7. Operacionalización de las variables

Variable de caracterización	Definición conceptual	Indicadores	Tipo de variable
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento de la participante hasta el momento de la medición.	Años y meses	Cuantitativa y continua
Nivel socioeconómico (Estrato)	Clasificación de los ingresos económicos que tiene la mujer gestante	Estrato (1,2,3,4,5,6)	Cuantitativa ordinal
Nivel educativo	Máximo nivel de formación adquirido por la participante hasta el momento de la medición. Convivencia de la sociedad a la que pertenecen.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico incompleto Técnico completo Universidad incompleta Universidad completa	Cualitativa nominal
Etnia	Características lingüísticas y culturales que tienen las participantes en el momento de la medición.	Afrocolombiano Room Raizal Indígena Otros	Cualitativa nominal
Procedencia demográfica	Región de procedencia de la participante	Región andina Región Costa atlántica Región Costa pacífica Región Orinoquia Región Amazonia Extranjera	Cualitativa nominal
Seguridad social	Tipo de afiliación de la paciente en el momento de la medición	Subsidiado Contributivo Vinculado Particular Sin afiliación	Cualitativa nominal
Controles prenatales	Número de veces que la participante asistió a controles prenatales	Ninguno Menos de 3 Entre 4 y 7 Más de 8	Cuantitativa nominal
Fecha de última regla	Es la fecha de la última menstruación de la mujer	Mes y día de la última regla	Cuantitativa discreta
Edad gestacional	Periodo de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento	Semanas de embarazo	Cuantitativa discreta

Fecha probable de parto	Fecha estimada para el término del embarazo	Día y mes estimados para el parto	Cuantitativa discreta
Incertidumbre	Estado cognitivo resultante de una serie de impulsos o señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo o una representación interna de una situación o un hecho.	Escala de Medición de Incertidumbre en la Enfermedad (MUIS)	Cuantitativa discreta
Dolor	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.	Escala análoga del dolor, de 1 a 10, siendo 1 un dolor muy leve y 10 el dolor más fuerte	Cualitativa ordinal

Ficha de categorización:

Escala de Caracterización sociodemográfica: En respuesta al diseño del estudio se elaboró una escala de caracterización sociodemográfica que permitió realizar el análisis estadístico descriptivo e inferencial de las variables centrales del estudio, y determinar la existencia o no de relaciones estadísticamente significativas entre las mismas. Además, admitió la caracterización de las participantes y enriqueció el análisis de los datos, ya que fue factible puntualizar en cómo se comporta este fenómeno de acuerdo con el tipo de pacientes que asisten a los servicios de atención materna en los dos contextos institucionales.

Tabla 8. Ficha de caracterización sociodemográfica

Código asignado a la participante: 000

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad: l. <18 años 2. 18 a 25 años 3. 26 a 30 años 4. 31 a 35 años 5. 36 a 40 años 6. 41 a 45 años 7. >46 años	Nivel socioeconómico: 1__ 2__ 3___ 4__ 5___ 6___	Nivel educativo: 1. Analfabeta ___ 2. Primaria incompleta __ 3. Primaria completa ___ 4. Secundaria incompleta ___ 5. Secundaria completa ___ 6. Técnico incompleto ___ 7. Técnico completo ___ 8. Universidad incompleta __ 9. Universidad completa ____	Etnia: 1. Afrocolombiana __ 2. Room __ 3. Raizal ___ 4. Indígena __ 5. Otros ____
Procedencia demográfica: 1. Región Andina 2.Región costa atlántica 3. Región Pacífica 4. Región Orinoquía 5.Región Amazonía 6.Extranjera ¿Cuál?	Seguridad social 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Vinculado 4. Particular 5. Sin afiliación	Número de controles prenatales: I. Ninguno Motivo_____ _____ 2. menos de 3 3. entre 4 y 7 4. más de 8	FUR Edad gestacional: _____ semanas Fecha probable de parto FPP: Motivo de asistencia al hospital: 1.Control_____ 2.Enfermedad _____

8. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio. En primera instancia se encuentra la caracterización sociodemográfica y de forma posterior la medición del nivel de incertidumbre de las gestantes participantes.

Tabla 9. Caracterización sociodemográfica

Variable	Categorías	Institución 1	N	%	Institución 2	n	%
Edad	14-19 años	**Institución 1**	1	3,7	**Institución 2**	6	12,8
	20-24 años		2	7,4		19	40,4
	25-29 años		9	33,3		8	17,0
	30-34 años		5	18,5		11	23,4
	35-39 años		7	25,9		2	4,3
	40-44 años		3	11,1		1	2,1
Estrato socioeconómico	1		0	0,0		8	17,0
	2		6	22,2		32	68,1
	3		13	48,1		7	14,9
	4		5	18,5		0	0,0
	5		3	11,1		0	0,0
Nivel Educativo	Primaria incompleta		0	0,0		2	4,3
	Primaria completa		0	0,0		3	6,4
	Secundaria incompleta		1	3,7		9	19,1
	Secundaria completa		0	0,0		15	31,9
	Técnico incompleto		0	0,0		2	4,3
	Técnico completo		4	14,8		7	14,9
	Universidad incompleta		2	7,4		6	12,8
	Universidad completa		20	74,1		3	6,4
Procedencia demográfica	Región Andina		24	88,9		15	31,9
	Región Costa Atlántica		1	3,7		4	8,5
	Región Pacífica		0	0,0		2	4,3
	Región Amazonía		0	0,0		1	2,1
	Extranjero		2	7,4		25	53,2
Seguridad social	Subsidiado		0	0,0		33	70,2
	Contributivo		27	100		3	6,4
	Particular		0	0,0		2	4,3
	Sin afiliación		0	0,0		9	19,1

Edad: Se destaca que para la Institución 1, la mayoría de las usuarias se encuentran en el rango de edad entre los 25 y 29 años. Cabe resaltar que el segundo rango de edad más frecuente en esta institución con el 37,0% de las gestantes participantes, se encuentran en edades

superiores a los 35 años; este último aspecto es relevante, ya que a partir de este momento se clasifica como embarazo de alto riesgo. Por otro lado, en la Institución 2 se encuentra mayor variabilidad en los rangos de edad de las participantes, con mayor prevalencia entre los 20 a 34 años con 80,8%.

Estrato socioeconómico: En la Institución 1 se evidencia que la mayor proporción de las gestantes se encuentran en el estrato 3, representados con el 48,1%, seguido por el estrato 2 con un 22,2%, una menor proporción de las gestantes se ubican en los estratos 4 y 5 (29,6%), por último, se encuentra que ninguna participante de esta institución reside en estrato 1. Esto se debe a que en esta institución se ofrecen servicios de salud a personas con capacidad de pago de planes complementarios o relacionadas con seguros, ARL o SOAT.

En la Institución 2 por otra parte, se observa mayor porcentaje de gestantes correspondientes al estrato 2, que representa el 68,1% de la muestra, seguido del 17,0% en el estrato 1 y 14,1% en el estrato 3; los estratos 4 y 5 no se encuentran representados por las usuarias de esta institución.

Cabe resaltar que esta variable es de gran importancia debido a que el estrato socioeconómico, permite identificar a las gestantes con mayor vulnerabilidad por su situación económica lo cual puede implicar mayor riesgo de incertidumbre.

Nivel educativo: Para la Institución 1 se encuentra que la muestra corresponde en su mayor parte, a usuarias con nivel educativo universitario completo representado por un 74,1%, seguido del 14,8% con un estudio técnico completo. En esta institución ninguna de las participantes se encuentra con niveles educativos inferiores al técnico.

Por otro lado, se evidencia que en la Institución 2 se encuentra mayor variedad de los diferentes niveles educativos, sin embargo, el mayor porcentaje corresponde a gestantes con secundaria completa (31,9%), seguido por un 19,1% de mujeres con secundaria incompleta, las otras usuarias corresponden a otros niveles educativos.

Se resalta que el nivel educativo es fundamental en la experiencia de la incertidumbre para la gestante, teniendo en cuenta que esta se encuentra influenciada por aspectos como las fuentes de estructura, la cual aborda la educación y ello puede determinar la respuesta de la gestante ante la incertidumbre, que puede ser vista como una oportunidad o una amenaza.

Etnia: Según los resultados obtenidos en las dos instituciones, se encontró que solo el 1,4% de las participantes se reconocen como afrocolombianas, las demás no se vinculan a ninguna etnia.

Procedencia demográfica: En la Institución 1 se encontró que el 88,9% de las participantes son procedentes de la región Andina, seguida por 7,4% de procedencia extranjera. La Institución 2 presenta mayor procedencia de usuarias extranjeras 53,2% (principalmente provenientes de Venezuela), seguido por gestantes con procedencia de la región Andina 31,9% y Pacífica 4,3%.

Seguridad social: Para la Institución 1 la totalidad de la población se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el régimen contributivo. En contraste en la Institución 2 el 70,2% corresponde a usuarias que se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, seguido por pacientes que se encuentran sin afiliación 19,1%. Esto indica que las usuarias sin afiliación tienen mayor riesgo de incertidumbre, debido a la limitada información con la que cuentan referente al lugar donde serán atendidas, entre otros aspectos que pueden estar asociados a esta condición.

Tabla 10. Datos de ingreso al servicio de interés

Variable	Categorías	Institución 1	n	%	Institución 2	n	%
Edad gestacional	<13	**Institución 1**	1	3,7	**Institución 2**	4	8,5
	14-27		8	29,6		4	8,5
	28-32		5	18,5		13	27,7
	33-40		13	48,1		26	55,3
FUR	Menos 3 meses		3	11,1		4	8,5
	Entre 3-6 meses		7	25,9		7	14,9
	Mayor a 7 meses		17	63		36	76,6
	Menos 3 meses		21	77,8		36	76,6
	Entre 3-6 meses		5	18,5		6	12,8

Meses faltantes para el nacimiento	Mayor a 7 meses		1	3,7		5	10,6
Controles prenatales a los que se asistió	Ninguno		0	0		13	27,7
	Entre 1-3		2	7,4		10	21,3
	Entre 4-7		13	48,1		21	44,7
	>8		12	44,4		3	6,4
Etiología de la enfermedad	Infección		5	18,5		12	25,5
	Diabetes Gestacional		8	29,6		14	29,8
	Trastorno hematológico		3	11,1		1	2,1
	Alteración del estado de ánimo		2	7,4		0	0
	Compromiso hepatorenal		1	3,7		0	0
	Sangrado vaginal		2	7,4		0	0
	APP		3	11,21		10	21,3
	Compromiso fetal		1	3,7		0	0
	Polihidramnios		0	0		2	4,3
	Otros		2	7,4		8	17

Sobre los datos de ingreso; se observa que el mayor número de gestantes acude a los servicios de salud durante el tercer trimestre de embarazo, representado por más del 60,0% en ambas instituciones, seguido por el segundo trimestre y finalmente el primero 12,2%.

Controles prenatales: Se observa que para la Institución 1, el 92,5% de las gestantes contaban con más de 4 controles prenatales, de igual manera se resalta que no hubo gestantes que no asistieran a sus controles. Para la institución 2 se evidencia que el 51,1% de la muestra asistió a más de 4 controles prenatales durante su embarazo; sin embargo, es de suma importancia destacar que el 27,7% de las gestantes no contaban con ningún tipo de control prenatal, lo cual puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el curso de la gestación.

Motivo de asistencia al hospital: Debido a que la muestra se tomó en el ámbito hospitalario, se observa que el 98,6 % de las gestantes que se entrevistaron para este estudio presentaron un motivo de consulta por enfermedad y tan solo el 1,4% fue por control.

Etiología de las enfermedades: Se evidencia que, para ambas instituciones las patologías por las que las gestantes consultan se deben a diabetes gestacional 29,6% para la

Institución 1 y 29,8% de la Institución 2; seguido por causas infecciosas y por amenaza de parto pretérmino (APP)

Tabla 11. Incertidumbre en la Institución de Salud 1

ITEMS	Escala MUIS	Categorización de la medición										Des. típica	Varianza	Media de los puntajes	Promedio Subescala
	Subescala	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo					
		n	%	N	%	n	%	n	%	N	%				
1	Marco de estímulos	3	11,1	7	25,9	3	11,1	8	29,6	6	22,2	1,375	1,892	2,7	2,9
2		15	55,6	9	33,3	0	0,0	3	11,1	0	0,0	1,375	1,892	4,3	
3		8	29,6	8	29,6	6	22,2	4	14,8	1	3,7	1,375	1,892	3,6	
4		4	14,8	9	33,3	3	11,1	7	25,9	4	14,8	1,375	1,892	2,9	
5		1	3,7	2	7,4	0	0,0	13	48,1	11	40,7	1,375	1,892	1,8	
6		4	14,8	8	29,6	1	3,7	8	29,6	6	22,2	1,375	1,892	2,8	
7		1	3,7	3	11,1	3	11,1	9	33,3	11	40,7	1,027	1,054	1,8	
8		8	29,6	13	48,1	5	18,5	1	3,7	0	0,0	1,027	1,054	4,0	
9		3	11,1	3	11,1	1	3,7	8	29,6	12	44,4	1,027	1,054	2,1	
10	Capacidad cognitiva	0	0,0	4	14,8	0	0,0	8	29,6	15	55,6	1,027	1,054	1,7	2,3
11		0	0,0	1	3,7	1	3,7	12	44,4	13	48,1	1,027	1,054	1,8	
12		0	0,0	4	14,8	4	14,8	8	29,6	11	40,7	1,027	1,054	2,0	
13		1	3,7	4	14,8	1	3,7	9	33,3	12	44,4	1,091	1,191	2,0	
14		3	11,1	2	7,4	1	3,7	12	44,4	9	33,3	1,091	1,191	2,1	
15		13	48,1	11	40,7	1	3,7	1	3,7	1	3,7	1,091	1,191	4,2	
16		3	11,1	6	22,2	4	14,8	7	25,9	7	25,9	1,091	1,191	2,7	
17		0	0,0	4	14,8	4	14,8	11	40,7	8	29,6	1,091	1,191	2,1	
18		0	0,0	3	11,1	2	7,4	10	37,0	12	44,4	1,091	1,191	1,8	
19		0	0,0	2	7,4	1	3,7	9	33,3	15	55,6	,989	,977	1,6	
20		0	0,0	4	14,8	0	0,0	10	37,0	13	48,1	,989	,977	1,3	
21		3	11,1	10	37,0	7	25,9	5	18,5	2	7,4	,989	,977	2,5	
22		3	11,1	2	7,4	2	7,4	12	44,4	8	29,6	,989	,977	2,2	
23		3	11,1	11	40,7	3	11,1	7	25,9	3	11,1	1,289	1,661	3,1	
24		4	14,8	6	22,2	5	18,5	9	33,3	3	11,1	1,289	1,661	2,9	
25		8	29,6	6	22,2	6	22,2	6	22,2	1	3,7	1,289	1,661	3,5	
26		1	3,7	7	25,9	7	25,9	6	22,2	6	22,2	1,252	1,567	2,9	
27	Proveedores o fuentes de estructura	0	0,0	3	11,1	4	14,8	13	48,1	7	25,9	1,252	1,567	2,1	2,9
28		0	0,0	3	11,1	1	3,7	12	44,4	11	40,7	1,252	1,567	1,8	
29		0	0,0	7	25,9	1	3,7	9	33,3	10	37,0	1,252	1,567	2,1	
30		0	0,0	4	14,8	5	18,5	9	33,3	9	33,3	1,252	1,567	2,1	
31		17	63,0	8	29,6	1	3,7	1	3,7	0	0,0	1,252	1,567	4,5	
32		8	29,6	12	44,4	5	18,5	2	7,4	0	0,0	,898	,806	3,9	
33		15	55,6	10	37,0	1	3,7	1	3,7	0	0,0	,898	,806	4,4	
														Promedio de la Incertidumbre	**2,7**

La subescala del marco de estímulos, las gestantes indicaron en el ítem 1, que el 51,8% tienen claro qué tan fuerte sería el dolor; en el ítem 2, el 55,6% refirió estar totalmente de acuerdo sobre el propósito de cada tratamiento; en el ítem 3, el 59,2 % manifestó conocer el significado de sentir dolor respecto a su condición de salud; en el ítem 4, el 48,1% está totalmente de acuerdo y de acuerdo en que sus síntomas siguen cambiando de manera impredecible; en el ítem 5, el 88,8% tiene claro el tipo de personal y quien es responsable de cada actividad o intervención; en el ítem 6, el 29,6 % opinó estar en desacuerdo y 22,2% se encontraba totalmente en desacuerdo, con respecto a que el curso de su enfermedad sigue cambiando, y por ello se tienen días buenos y malos. El ítem 7, resalta que el 74,0% está en

desacuerdo o totalmente en desacuerdo en que los resultados de sus pruebas presenten inconsistencias; en el ítem 8, el 77,7% destacó que el tratamiento recibido tiene una probabilidad de éxito reconocida; mientras que el ítem 9, el 74,0% manifestó que ya le fue dado un diagnóstico específico.

La subescala de capacidad cognitiva demostró que el 85,2% de las gestantes en el ítem 10, expresan conocer que está mal en ellas; el ítem 11, el 92,5% expresó que sus preguntas han sido respondidas; en el ítem 12, el 40,7% manifestó estar seguras sobre la mejora o deterioro de su situación de salud; en el ítem 13, el 77,7% refirió que las explicaciones que les dan sobre su condición de salud son claras. El ítem 14 muestra que el 77,7% exteriorizó saber cuándo esperar que se realice alguna intervención, procedimiento o tratamiento; en el ítem 15, el 88,8% comprende todo lo que se le explica. El ítem 16, evidenció que en el 51,8% de los casos las pacientes pueden predecir cuánto durará su enfermedad; en el ítem 17 se observó que el 70,3% reconoce que es fácil saber si los tratamientos están ayudando o no a mejorar su estado de salud; en el ítem 18, se encuentra que el 81,4% de las participantes consideran que, pese a la enfermedad, es posible realizar planes a futuro. El ítem 19, expone que el 89,2% tiene claro cómo se harán cargo de su autocuidado después del alta hospitalaria; en el ítem 20 el 85,1% tiene claridad sobre lo que está sucediendo; en el ítem 21, el 37% está de acuerdo y el 25,9% se encuentra indecisa sobre si tendrá un buen día o mal día; en el ítem 22, el 74,0% considera que no es difícil saber cuánto tiempo pasará antes de que puedan cuidarse a sí mismas. En el ítem 23, el 51,8% puede predecir el curso de su enfermedad; en el ítem 24, el 44,4% de las gestantes considera que, debido al tratamiento, es variable lo que se puede o no hacer; en el ítem 25, el 51,8% señaló que las participantes están seguras que no encontrarán nada malo en ellas; en el ítem 26, el 25,9% expresó estar indecisa y el 44,4% consideró que no es posible predecir si las molestias físicas mejorarán o empeorarán.

La subescala de proveedores o fuentes de información, las gestantes indicaron en el ítem 27, que la información médica suministrada es clara 74,0%; en el ítem 28, el 85,1% considera que la explicación sobre su tratamiento es comprensible; en el ítem 29, el 70,3% no considera que se hayan dado opiniones diferentes sobre lo que está mal ellas. En el ítem 30, el 66,6% de las participantes considera que la efectividad del tratamiento está determinada; en el

ítem 31, el 92,6 % de las participantes afirman que pueden confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesiten; en el ítem 32, el 74,0% tiene determinada la gravedad de su enfermedad y en el ítem 33, el 92,6% consideran que los médicos y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano para hacerse entender.

Correlación entre variables encontradas a través de la Coeficiente de rho Spearman

Para el establecimiento de las relaciones entre variables se estableció el siguiente rango de interpretación.

- Relación moderada 0,40-0,59 (+/-)
- Relación fuerte 0,60-0,79 (+/-)
- Relación muy fuerte 0,80-1,00 (+/-)

Las relaciones identificadas entre las variables centrales del estudio fueron las siguientes:

- Existe relación moderada entre la edad de la participante y el marco de estímulos 0,462**[1].
- Existe relación moderada entre la edad de la participante y los proveedores o fuentes de estructura 0,520**
- Existe relación moderada entre la edad de la participante y el nivel total de incertidumbre 0,447*
- Existe relación moderada entre la edad de la participante y los proveedores o fuentes de estructura 0,520**.
- Existe relación moderada entre la edad de la participante y el nivel de incertidumbre 0,447*
- Existe relación fuerte entre la edad gestacional y el marco de estímulos 0,617**
- Existe relación fuerte negativa entre la fecha probable de parto y el marco de estímulos -0,645**.
- Existe relación moderada negativa entre la fecha probable de parto y los proveedores o fuentes de estructura -0,435**.

[1] **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)
*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

- Existe relación moderada negativa entre la fecha probable de parto y el nivel total de incertidumbre -0,512**.

Mientras que la prueba de Chi-cuadrado demostró que:

- Existe relación estadísticamente significativa entre la procedencia demográfica y el marco de estímulos 0,04.

Tabla 12. Incertidumbre en la Institución de Salud 2

ITEMS	Escala MUIS	Categorización de la medición										Des. Típica	Varianza	Media de los puntajes	Promedio Subescala
	Sube scala	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
1	Marco de estímulos	21	44,7	11	23,4	4	8,5	8	17,0	3	6,4	1,340	1,796	3,8	3,6
2		16	34,0	22	46,8	5	10,6	2	4,3	2	4,3	1,340	1,796	4,0	
3		11	23,4	22	46,8	8	17,0	5	10,6	1	2,1	1,340	1,796	3,7	
4		12	25,5	22	46,8	6	12,8	2	4,3	5	10,6	1,340	1,796	3,7	
5		16	34,0	15	31,9	4	8,5	8	17,0	4	8,5	1,340	1,796	3,6	
6		9	19,1	26	55,3	4	8,5	4	8,5	4	8,5	1,340	1,796	3,6	
7		12	25,5	19	40,4	4	8,5	5	10,6	7	14,9	1,083	1,173	3,5	
8		13	27,7	22	46,8	7	14,9	2	4,3	3	6,4	1,083	1,173	3,8	
9		5	10,6	8	17,0	5	10,6	20	42,6	9	19,1	1,083	1,173	2,5	
10	Capacidad cognitiva	6	12,8	9	19,1	5	10,6	20	42,6	7	14,9	1,083	1,173	2,7	2,9
11		12	25,5	15	31,9	6	12,8	10	21,3	4	8,5	1,083	1,173	3,4	
12		6	12,8	6	12,8	15	31,9	14	29,8	6	12,8	1,083	1,173	2,8	
13		7	14,9	16	34,0	4	8,5	13	27,7	7	14,9	,761	,579	3,0	
14		10	21,3	16	34,0	5	10,6	10	21,3	6	12,8	,761	,579	3,2	
15		16	34,0	25	53,2	4	8,5	2	4,3	0	0,0	,761	,579	4,2	
16		2	4,3	8	17,0	14	29,8	13	27,7	10	21,3	1,138	1,296	2,5	
17		6	12,8	17	36,2	8	17,0	14	29,8	2	4,3	1,146	1,314	2,9	
18		3	6,4	17	36,2	9	19,1	7	14,9	11	23,4	1,312	1,722	2,8	
19		3	6,4	9	19,1	3	6,4	17	36,2	15	31,9	1,287	1,657	2,3	
20		5	10,6	10	21,3	4	8,5	20	42,6	8	17,0	1,290	1,664	2,5	
21		4	8,5	15	31,9	13	27,7	12	25,5	3	6,4	1,088	1,184	3,1	
22		4	8,5	14	29,8	14	29,8	11	23,4	4	8,5	1,111	1,235	3,0	
23		3	6,4	9	19,1	15	31,9	14	29,8	6	12,8	1,108	1,227	2,6	
24		3	6,4	22	46,8	8	17,0	7	14,9	7	14,9	1,215	1,477	3,1	
25		5	10,6	27	57,4	9	19,1	5	10,6	1	2,1	,895	,801	3,6	
26		7	14,9	13	27,7	10	21,3	12	25,5	5	10,6	1,255	1,575	2,8	
27	Proveedores o fuentes de estructura	9	19,1	20	42,6	5	10,6	12	25,5	1	2,1	1,140	1,299	3,5	3,2
28		4	8,5	10	21,3	10	21,3	17	36,2	6	12,8	1,183	1,401	2,7	
29		8	17,0	14	29,8	3	6,4	12	25,5	10	21,3	1,459	2,129	2,9	
30		2	4,3	16	34,0	5	10,6	18	38,3	6	12,8	1,178	1,389	2,7	
31		11	23,4	22	46,8	8	17,0	3	6,4	3	6,4	1,093	1,194	3,7	
32		5	10,6	20	42,6	9	19,1	10	21,3	3	6,4	1,121	1,257	3,0	
33		14	29,8	21	44,7	6	12,8	4	8,5	2	4,3	1,076	1,157	3,8	
Promedio de la Incertidumbre															**3,2**

La ***subescala del marco de estímulos*** indicó que las gestantes en el ítem 1, el 68,1% expresó no tener claro qué tan fuerte será el dolor; en el ítem 2, el 80,8% refirió tener claridad del propósito de cada tratamiento; en el ítem 3, el 70,2% expresó conocer el significado que representa tener dolor en su condición. El ítem 4, el 72,3 % enunció que sus síntomas siguen cambiando de manera impredecible; en el ítem 5, se evidencia que el 65,9% no identificó el tipo

de personal y la función al interior del equipo de salud. En el ítem 6, el 74,4% declaró que el curso de su enfermedad sigue cambiando, y por ello tienen días buenos y malos; el ítem 7 resaltó que el 65,9% describió que los resultados de sus pruebas presentan inconsistencias; en el ítem 8, el 46,8% indicó estar de acuerdo en que el tratamiento recibido tiene una probabilidad de éxito reconocida; mientras que el ítem 9, el 61,7% afirma haber recibido un diagnóstico específico.

La ***subescala de capacidad cognitiva*** indicó que las gestantes en el ítem 10, el 57,5% denotan conocer que está mal en ellas; el ítem 11, el 57,4% expresó que sus preguntas fueron respondidas; en el ítem 12, se evidenció que 31,9% está indecisa sobre si su enfermedad mejora o empeora; en el ítem 13, aseguraron que las explicaciones brindadas sobre su condición de salud fueron confusas 48,9%; en el ítem 14, exteriorizaron no saber cuándo esperar que se les realicen procedimientos 55,3%; en el ítem 15, el 87,20% comprende lo que se le explica. El ítem 16, afirmó que no se puede predecir el tiempo que durará su enfermedad 49,0%; en el ítem 17, se muestra que es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que toman las está ayudando a mejorar su estado 49,0%; en el ítem 18, se encuentra que el 42,6% considera que no es posible hacer planes a futuro debido a la impredecibilidad de su enfermedad; en el ítem 19 confirma que se tiene claridad sobre su autocuidado después de salir del hospital 68,1%; el ítem 20, muestra claridad sobre lo que le está sucediendo 59,6%; en el ítem 21, se observa que las participantes están de acuerdo 31,9% o indecisas 27,7% frente a la percepción de tener un buen día o un mal día; en el ítem 22, el 29,8% está de acuerdo o indecisas sobre el saber cuánto tiempo pasará antes de que puedan cuidarse por sí misma, respectivamente. En el ítem 23, el 31,9% está indecisa sobre la posibilidad de poder predecir el curso de su enfermedad y 29,8% está en desacuerdo; en el ítem 24, se consideró que debido al tratamiento es variable lo que se puede o no se puede hacer 53,2%; en el ítem 25, el 68,0 % señaló estar segura de que no encontrarán nada malo en ellas; en el ítem 26, el 27,7% expresó estar de acuerdo, 25,5% en desacuerdo sobre la posibilidad de predecir si las molestias físicas mejorarán o empeorarán.

La ***subescala de proveedores o fuentes de información*** indicó que las gestantes en el ítem 27, el 62,2% considera que los médicos dicen cosas que podrían tener varios significados; en el ítem 28, el 49,0% piensa que la explicación sobre su tratamiento no es compleja; en el ítem

29, el 46,8% creen que se han proporcionado diferentes opiniones sobre lo que está mal con ellas. En el ítem 30, el 51,1% de las participantes considera que la efectividad del tratamiento ésta determinada; en el ítem 31, el 70,2% de las participantes afirman que pueden confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesiten; en el ítem 32, al 53,2 % de las gestantes se les ha determinado la gravedad de su enfermedad, por último, en el ítem 33, el 74,5% informan que los médicos y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano para hacerse entender.

La prueba de **correlación entre variables de rho Spearman**, arrojó la existencia de relaciones catalogadas como débiles o bajas 0,00-0,39 (+/-) entre las variables centrales del estudio. No obstante, se encontraron relaciones estadísticamente significativas a través de la **prueba de Chi-cuadrado:**

- Relación estadísticamente significativa entre la etnia y el marco de estímulos 0,00.
- Relación estadísticamente significativa entre la etnia y la capacidad cognitiva 0,03.
- Relación estadísticamente significativa entre la etnia y la incertidumbre 0,03.
- Relación estadísticamente significativa entre la procedencia demográfica y el marco de estímulos 0,00.
- Relación estadísticamente significativa entre la procedencia demográfica y la incertidumbre 0,00.

9. DISCUSIÓN

En torno al análisis del nivel de incertidumbre manejado en las gestantes que tienen diagnóstico de morbilidad, en dos servicios de gineco-obstetricia de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá D.C, es importante mencionar que diversas fuentes de información exponen el abordaje dado a este aspecto humano a través de diferentes estudios. A la vez, coinciden en afirmar que la incertidumbre es un hecho prominente en las mujeres que experimentan embarazos de alto riesgo (49) (50). De allí, la necesidad que desde la gestión del cuidado que realizan las enfermeras en las instituciones de salud participantes, se provean

diferentes intervenciones que redunden en la reducción de potenciales riesgos que puedan incidir de forma negativa en la vida de la madre y el hijo.

En el presente estudio, el análisis específico de las subescalas que integran la escala total que determina el nivel de incertidumbre, expone que el marco de estímulos se encuentra influenciado por la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura, de allí que las habilidades que tienen las participantes para procesar la información no siempre involucran el grado de instrucción que tenga la mujer. Es importante resaltar que pese a que, otros estudios en el área exponen que las mujeres con mayor nivel de escolaridad presentan niveles más bajos de incertidumbre (50), en los resultados de este estudio no se encontraron relaciones estadísticamente significativas al respecto. Sin embargo, los promedios aportados por cada una de las dos instituciones dejan entrever que, con respecto al marco de estímulos la Institución de Salud 1 registró (2,9), mientras que la Institución de Salud 2 promedió (3,6); situación que indica que la forma, composición y estructura de los estímulos que perciben la gestante con alguna condición mórbida difiere en gran manera en estos contextos clínicos de atención.

También en este estudio se observa que los resultados son coherentes con los proporcionados por una revisión sistemática de la literatura que indicó como los niveles de ansiedad son mayores en las mujeres que cursan embarazos de alto riesgo, con respecto a las de bajo riesgo (51); y con el estudio de Schumuke (50), cuyos resultados cuantitativos informan que la incertidumbre se presenta durante la gestación en niveles de bajos a moderados, no obstante los datos cualitativos expresan de forma contundente a la incertidumbre como un factor estresante frecuente exacerbado ante la presencia de la enfermedad. El promedio de incertidumbre manejado por las pacientes de la Institución 1 fue de 2,7 y el de la Institución 2 3,2, situándolas en un promedio de moderado a bajo. Si bien el promedio se discriminó de forma general y por subescalas, el de gran valor analizar el comportamiento item-item en la medición realizada a la materna.

Alrededor del marco de estímulos, Schmuke (50) indica que cuando las mujeres presentan mayor imprevisibilidad sobre los síntomas de las morbilidades se produce más incertidumbre, este hallazgo concuerda con lo encontrado en este estudio, en el que si bien el

nivel de incertidumbre en los dos grupos fue bajo-moderado, se evidencia en el análisis ítem-ítem mayor sintomatología actitudinal relacionada con su presencia o ausencia, en el marco de cada uno de los componentes de las subescalas de la Teoría de la Incertidumbre ante la enfermedad propuesta por Mishel. En otros términos, el análisis de cada uno de los ítems indicó la presencia o la ausencia de cada uno de los aspectos que estructuran los componentes de la incertidumbre en el camino de convertirse en madre.

Alrededor del efecto que pueden tener las morbilidades maternas sobre el hijo por nacer, existe evidencia al respecto que expresa incertidumbre en los padres y en el personal asistencial encargado de la atención de la madre, también se encuentra que el nivel de incertidumbre no es solo una característica de la conversación y el diagnóstico, si no de la causalidad, evaluación, tratamiento y las implicaciones morales y legales a las que atañe las diferentes repercusiones de las morbilidades, como corresponde el consumo de drogas durante el embarazo (52). Del mismo modo, acontece con las patologías cardíacas congénitas de las futuras madres cuyo temor e incertidumbre sobre el futuro, se amplifican porque tienen conciencia que esta situación acrecienta los riesgos y complicaciones durante el embarazo, en respuesta que algunas mujeres refieren sobre el miedo a la posibilidad de morir y por el futuro que tendrá su hijo recién nacido (53).

Situaciones como las mencionadas con anterioridad, inciden en la preocupación que las madres puedan tener sobre las relaciones familiares, su rol materno, sobre su propia salud y la de su hijo por nacer, además del reto de tener que adaptarse al embarazo de alto riesgo (54). Papaleontiou & Haymart recomiendan que los profesionales de salud deben apoyar el deseo de una mujer de concebir, teniendo en cuenta la edad reproductiva y su pronóstico de morbilidad, esto con el propósito de plantear un manejo integral que inste a la toma de decisiones compartidas paciente-equipo de salud (55).

Aunque para la Institución de Salud 1, la capacidad cognitiva registro un mejor promedio 2,3; en relación con la Institución de Salud 2 que corresponde a 2,9; es pertinente informar que el grupo de participantes de la primera institución de salud presenta formación profesional mayor al 70,0% y son las que registran menor nivel de incertidumbre, si se contrasta con las

futuras madres que hacen uso del mismo servicio en la segunda institución de salud. Este aspecto deja entrever que la experiencia vivida por la mujer en torno a la incertidumbre y de forma más concreta en el conocimiento elaborado en este contexto, se acompaña de otros tópicos que no atañen únicamente al nivel de instrucción, y que es vital desde el cuidado de enfermería velar por la comprensión del pleno significado de la salud materna y de todos los aspectos que la conforman.

Un estudio relacionado con la temática abordada concluyó que las gestantes pueden llegar a pensar de forma equivocada que el cuadro clínico presentado, terminará por generarles nacimientos prematuros (49), o cuadros de naturaleza similar que acabarán por deteriorar el manejo de la ansiedad y la incertidumbre (56), (57). Así lo describe el estudio de Cevik & Yagmur, el cual encontró relación significativa entre el promedio de las mujeres embarazadas en la intolerancia a la escala de incertidumbre y la escala de bienestar psicológico ($p<0.001$-$p<0.05$) (58).

Sobre los proveedores o fuentes de estructura encargados de proporcionar atención materna durante los estadios de morbilidad, llama la atención que para la Institución de Salud 1, esta subescala registró mejor valor 2,9; en el sobresale que las madres están totalmente de acuerdo que cuentan con el acompañamiento de enfermería cuando se les necesita 63,0%; con respecto a la Institución de Salud 2, el promedio manejado es catalogado como moderado 3,2. Sin embargo, en esta última institución el comportamiento dado sobre las opiniones médicas que pueden tener varios significados y la no determinación de la efectividad del tratamiento, para este contexto son áreas que se deben priorizar por enfermería durante la gestión del cuidado. Con esto se estarían abordando las necesidades de las mujeres con alto riesgo biopsicosocial y por ende se minimizarían sentimientos negativos que pueden generar angustia en sus vidas (54).

En este orden de ideas, los resultados aquí expuestos son similares a los encontrados en otros contextos sociales, que indican que a mayor claridad en la información dada por el equipo de salud para resolver dudas, el nivel de incertidumbre será menor; y con otros estudios que reportan a la enfermera como proveedora de cuidado durante la gestación y el posparto 59,0%, y como educadora de la mujer y su grupo familiar sobre los derechos y deberes en salud sexual

y salud reproductiva, entre otros 64,0%. En este mismo sentido, los resultados de este estudio difieren de los arrojados en una revisión integrativa de la literatura efectuada en USA, donde el apoyo social fue percibido como menor en las mujeres que presentaban mayor incertidumbre e incidencia de conflictos sociales interpersonales (50).

Asimismo, y teniendo como referente lo anteriormente planteado, el estudio de Guarnizo-Tole et al, (13), mostró que las enfermeras llevan a su escenario profesional prácticas que contrarrestan la mortalidad materna en el momento en que tienen conocimiento de la condición de salud de la mujer y trabajan en equipo (rs=0,631, p= <0,01), trabajan en equipo y gestión el cuidado materno perinatal (rs=0,648, p= <0,01), gestionan el cuidado materno perinatal y actualizan sus conocimientos (rs=0,665, p =<0,01); entonces vale la pena reafirmar el rol de la enfermera en la adaptación de las madres a los embarazos de alto riesgo (54).

Otro estudio en el área indica la importancia que representa que los proveedores de atención construyan su conducta terapéutica a partir de una comunicación clara y concisa frente a la condición de salud de cada gestante, esto en razón a que las madres pueden llegar a sentir miedo por la situación que están pasando, siendo propicio considerar los daños y beneficios desde una perspectiva psicosocial y fisiológica (59), para estos hallazgos el apoyo de los proveedores o fuentes estructura es visto como un aspecto esencial y positivo percibido.

Bajo esta panorámica es vital comprender los estados de incertidumbre de la mujer gestante, en el marco de la integralidad en el cual estén presentes los aspectos propios del marco de estímulos, capacidad cognitiva y de los proveedores o fuentes de estructura; con el fin de realizar la gestión del cuidado materno perinatal desde una óptica que contemple y reconozca la multicausalidad de esta condición de la vida de la mujer en edad procreativa. Resultados semejantes expone el estudio de Bera et al (60), quien reconoce la existencia de relaciones estadísticamente significativas moderadas entre el bienestar biológico y psicológico (rs=0,56; p = <0.000), entre el bienestar biológico y social (rs=0,245; p = <0.000); y el bienestar social y psicológico (rs=0,391; p = <0.000) en mujeres con gestaciones de alto riesgo que superan las 28 semanas. Del mismo modo, el bienestar puede verse modificado por las expectativas personales

y sociales del embarazo, bajo este contexto los profesionales de la salud juegan un papel importante en la normalización y validación de experiencias durante el embarazo (61).

De allí, que el contemplar diferentes aspectos ajenos a la condiciones biológica de las futuras madres resulta de amplia importancia en la comprensión del comportamiento de la incertidumbre, para este estudio en los dos grupos de participantes se encontraron relaciones moderadas positivas o negativas entre variables sociodemográficas como la edad y la procedencia; entre la edad gestacional y la fecha probable de parto con respecto a las tres variables centrales que contempla la Teoría de la Incertidumbre de Mishell, dicha situación corrobora lo afirmado por Bera et al (60), quien manifiesta como la incertidumbre registrada en las madres con morbilidad trae consigo la influencia de factores personales, los relacionados con la gestación (morbilidad), los demográficos y los relacionados con la salud; sobre este tópico valdría la pena conocer las formas bajo las cuales el equipo de salud establece relaciones durante la asistencia prenatal (62) según lo indique el entorno cultural y demográfico de la mujer.

Un estudio refuerza esta afirmación, al referir que la incertidumbre también es mayor cuando la madre es conocedora que la condición fetal puede verse expuesta ante presencia de infecciones que se constituyen en un problema de salud pública, como lo es el virus del Zika. Para estos casos, el cuadro clínico empeora al saber que en contextos nacionales como el de Brasil las mujeres tienen el acceso a la interrupción de su embarazo, circunstancia que termina por incrementar el sufrimiento mental (63). Igualmente, otro estudio fundamenta la postura dada sobre la tipología de las intervenciones terapéuticas y como estas pese a ostentar aval científico, se convierten en generadoras de incertidumbre, específicamente en lo concerniente a los medicamentos antihipertensivos implementados durante el embarazo (64), siendo estas afirmaciones afines al comportamiento registrado por las maternas de la Institución de Salud 2, pero diferentes a los registrado en las participantes de la Institución de Salud 1.

Convenimos con Van den Heuvel et al, sobre la necesidad imperante de obtener mayor evidencia de la presencia de incertidumbre materna desde el primer momento del embarazo hasta el final, también donde se puedan incluir más personas y diferentes tipos de población para poder comparar cuales son los factores que más predisponen a esta condición (65), y validar

si las estrategias implementadas para el manejo de esta condición son las adecuadas para garantizar bienestar materno y fetal (55), como mecanismo que acreciente el cuerpo de conocimiento demandado por la escasez de investigaciones desarrolladas en el área (62).

10. CONCLUSIONES

Alrededor del marco de estímulos como forma, composición y estructura de los estímulos que la gestante con morbilidad percibe sobre la tipología de los síntomas, la familiaridad y la coherencia con los hechos. En la Institución de Salud 1 las participantes que hacen uso del Servicio de Salud de la Mujer tienen claridad en cuanto al proceso clínico que están cursando porque reconocen al personal de salud, saben que tratamientos se les realizará y su probabilidad de éxito. Además, se evidenció la fuerte relación existente entre la edad gestacional y el marco de estímulos, y relación moderada entre la edad de la participante y el marco de estímulos, en cuanto al nivel de incertidumbre presente en este momento de la vida de la mujer. Mientras que en la Institución de Salud 2, se dan las condiciones que acrecientan la posibilidad de presentar mayor nivel de incertidumbre, como lo es no tener claridad frente al origen del dolor, no identificar al personal de salud que las atiende, considerar que los síntomas de sus patologías son muy variables cada día, sumado a la percepción que tienen sobre la inconsistencia presentada en los exámenes que les son realizados.

Dentro de la capacidad cognitiva se encuentran herramientas que ayudan a interpretar la situación de salud que están experimentando las gestantes con morbilidad materna y los recursos con los que cuentan para proporcionar el debido manejo. En este sentido, en la Institución de Salud 1, se detalla que las participantes tienen mayor claridad y conocimientos brindados por el personal sobre su estado de salud lo cual genera un mayor nivel de confort frente a su proceso de salud. Se suma a este comportamiento que el conocer y entender los tratamientos y procedimientos efectuados en pro del restablecimiento de su salud por parte de las participantes y de sus familias facilitan la ejecución de prácticas de autocuidado en el hogar y contribuyen a disminuir el nivel de incertidumbre. En la Institución de Salud 2, los datos arrojados exteriorizan

que las usuarias del Servicio de Gineco-obstetricia exponen dudas sobre su situación actual de salud y las implicaciones que esta les puede generar en su proceso gestacional.

En torno a los proveedores y fuentes de estructura o autoridades que ayudan a las madres a interpretar el marco de estímulos para reducir el nivel de incertidumbre, se encontró que en la Institución de Salud 1, las gestantes con morbilidad lograron establecer relaciones de apoyo (médico-paciente: enfermera-paciente) bajo la cual se obtuvo una percepción optima sobre la efectividad del tratamiento, y del estado de salud relacionado con la enfermedad. Esta panorámica deja abierta es positiva, en el sentido que desde la gestión del cuidado de enfermería se recomienda seguir fortaleciendo este tipo de apoyo institucional, con el fin de continuar incrementando el grado de confianza que se tiene a los profesionales de la salud, y que son vitales para contrarrestar los efectos negativos que trae consigo la incertidumbre para la familia gestante. En la Institución de Salud 2, se exhibe la necesidad de mejorar la forma de como se está informando y sensibilizando a las gestantes sobre su condición de salud, esta situación es vital para disminuir el impacto de la incertidumbre en este momento de la vida de la mujer.

La incertidumbre a través de la teoría de mediano rango de Merle Mishel se delimita en la incapacidad de la gestante para determinar el significado de los sucesos relacionados con su estado de salud, esto puede producir un cambio positivo o negativo; en otros términos, la incertidumbre puede llegar a ser interpretada como una oportunidad o amenaza. Si bien en la Institución de Salud 1 se resalta que los elementos constitutivos de la incertidumbre registran menor promedio, en la Institución de Salud 2, el no tener total claridad sobre la condición de salud y las implicaciones para su vida aumenta este nivel.

11. APORTES DEL ESTUDIO

11.1 Aportes a la disciplina

Este estudio permite establecer la importancia de medir la incertidumbre en las gestantes con el fin de intervenir en sus componentes positivamente y con ello favorecer el mejoramiento de la práctica a través de la pertinencia biopsicosocial. Lo que favorece desde la conceptualización efectuada por la disciplina a este sujeto de cuidado, la concepción integral desde la salud física, mental y social, de una condición que registra vacíos de conocimiento.

El rol de la enfermera se fortalece porque evidencia el importante abordaje que genera la atención holística que esta da a la mujer gestante en condición de morbilidad. En este orden de ideas se contribuye a la disminución de la incertidumbre a través del establecimiento de la relación enfermera-paciente, generando una red de apoyo sobre la cual es factible percibir el proceso de salud-enfermedad como una oportunidad y no como una amenaza.

11.2 Aportes a las instituciones

Este estudio genera un aporte científico significativo a las dos instituciones de salud participantes porque favorece el desarrollo de las actividades institucionales orientadas a la mejora y consolidación de la calidad de la atención, y a partir de los cuales es posible consolidar planes de cuidado de enfermería y del resto del equipo de salud, coherentes con las necesidades biopsicosociales que tienen o que pueden llegar a presentar las mujeres gestantes con diagnóstico de morbilidad, en el momento de hacer uso de estos servicios de atención.

La confiablidad de los datos expuestos permite la toma correcta de decisiones que van en pro de la consolidación del cuidado materno perinatal, a la vez que propicia a nivel institucional el fortalecimiento de prácticas basadas en la evidencia científica, con la finalidad de disminuir su nivel de incertidumbre.

12. LIMITACIONES

Las limitaciones del estudio radican en que solo se tuvo la cualificación del riesgo obstétrico y biopsicosocial, dicha situación impide el establecimiento de otras posibles relaciones estadísticamente significativas entre diferentes variables.

Los datos de este estudio fueron recabados de enero a mayo, cabe destacar que los asistentes de investigación recolectaron los datos de enero a marzo, sin embargo, dada la emergencia sanitaria los coinvestigadores institucionales continuaron con la recolección quienes se destaca son profesionales idóneos y formados en el tema.

Otra limitación del estudio está dada en la falta de datos cualitativos, lo que lleva a que en el análisis del nivel de incertidumbre que expone la gestante con morbilidad, no se contemplen aspectos valiosos de su subjetividad que pueden tener incidencia en la tenencia o no de la misma.

13. RECOMENDACIONES

- La Institución de Salud 1, debe continuar con sus procesos de calidad, ya que logra brindar una atención humanizada, con un modelo de atención centrado en el paciente y su familia, esto genera que la comunicación entre el personal de salud y los usuarios sea más asertiva creando espacios de resolución de dudas que disminuye notoriamente los niveles de incertidumbre en las gestantes que cursan con morbilidad materna. En la Institución de Salud 2, es indispensable generar mayores canales de apertura y disponibles prácticas que favorezcan la identificación, control y manejo de la incertidumbre como riesgo potencial para la continuidad de la gestación.

- Es importante que el personal de salud mejore los procesos de comunicación entre las usuarias, ya que los resultados muestran que en determinadas ocasiones las gestantes no tienen conocimiento del curso de su enfermedad porque no cuentan con la información

necesaria para analizar su situación y/o se encuentran en un ambiente totalmente desconocido que aumenta los niveles de incertidumbre.

- Se recomienda seguir ejecutando estudios que establezcan la importancia de abordar estados de incertidumbre en la paciente obstétrica, con el fin de favorecer la salud materno perinatal, y de llevar a la práctica de enfermería intervenciones que mejoren la salud biopsicosocial de las gestantes durante su enfermedad.

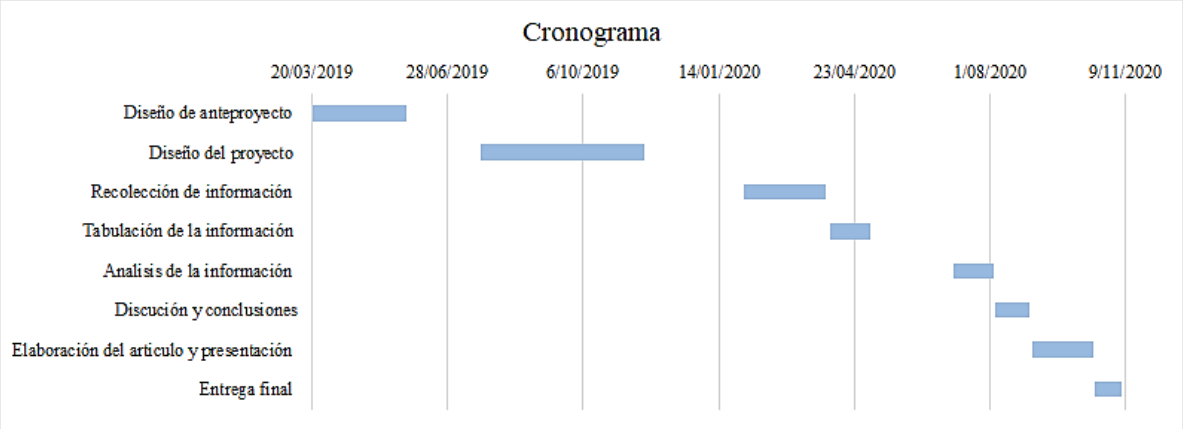
14. PRESUPUESTO

Tabla 13. Presupuesto

Tipo de recurso	Recurso	Cantidad	Valor unitario	Valor Total
Humanos	Estudiantes de Enfermería	7	$ 1.000.000	$ 7.000.000
	Tutor de trabajo de grado	2	$ 3.000.000	$ 6.000.000
Materiales	Esferos	10	$ 1.000	$ 10.000
	Impresiones	400	$ 300	$ 120.000
	Internet	16 meses	$ 50.000	$ 800.000
Movilidad	Transporte	32 días	$ 43.200	$ 1.382.400
Tecnológicos	Computador	1	$ 1.200.000	$ 1.200.000
Total				$ 16.512.400
Imprevistos			7%	$ 1.155.868
Total Final				$ 17.668.268

15. CRONOGRAMA

Tabla 14. Cronograma



16. ANEXOS

16.1. Consentimiento informado

Título de la investigación: Relación entre el nivel de incertidumbre y el riesgo biopsicosocial durante el enfrentamiento a la enfermedad de las mujeres gestantes que asisten al servicio de gineco-obstetricia de una institución de salud.

Investigador principal: Mildred Guarnizo-Tole

Coinvestigador: Lina María Vargas-Escobar

Introducción

Somos docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque, nuestros nombres son Mildred Guarnizo Tole (Investigadora principal) y Lina María Vargas Escobar (Coinvestigadora), en la actualidad nos encontramos desarrollando un estudio sobre El riesgo biopsicosocial y la incertidumbre en mujeres gestantes usuarias del Servicio de Gineco-obstetricia. Esta temática es de amplio interés y relevancia para la práctica disciplinar de enfermería y para la calidad de vida de las personas que tienen a su cuidado.

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad invitarle a participar de este estudio. Por favor lea de forma cuidadosa este documento, si tiene alguna duda, consúltela con las investigadoras.

Propósito

La salud materna y perinatal es percibida por las instituciones de salud como un aspecto de suma importancia. La identificación del riesgo psicosocial y del nivel de incertidumbre permite tomar conductas terapéuticas que tratan de disminuir el

impacto negativo de los riesgos o enfermedades en la vida de la madre y del hijo por nacer.

Objetivo General

Determinar el grado de asociación entre el riesgo biopsicosocial y el nivel de incertidumbre manejado por las mujeres gestantes que asisten al servicio de Gineco-obstetricia de una institución de salud, con respecto al desarrollo de su gestación.

Objetivos específicos

- Estimar el nivel de riesgo obstétrico que presentan las mujeres gestantes que asisten al Servicio de Gineco-obstetricia.
- Estimar el nivel de riesgo psicosocial que presentan las mujeres gestantes que asisten al Servicio de Gineco-obstetricia.
- Medir el nivel de incertidumbre manejado por la mujer gestante que hace uso del servicio.

Plan del Estudio

El estudio se desarrollará a través de su participación como mujer gestante usuaria del servicio de Gineco-obstetricia.

- La idea es que usted como participante diligencie posterior a la explicación de las investigadoras, dos cuestionarios, denominados de caracterización sociodemográfica y el MUIS. El tiempo aproximado de diligenciamiento de los instrumentos es de 20 minutos.
- Después, serán las investigadoras quienes diligenciarán la Escala de Riesgo Biopsicosocial, ya que esta maneja un lenguaje técnico y preciso que demanda la mayor comprensión en la identificación de los antecedentes obstétricos y las condiciones psicosociales. El tiempo aproximado de diligenciamiento de los instrumentos es de 10 minutos.
- Los resultados generales del estudio se les darán a conocer a los participantes por medio de una invitación a través de su correo electrónico, y/o socialización en la institución de salud objeto del estudio. Si el participante no puede asistir, se le

enviará la presentación correspondiente.

- Para poder participar en el estudio usted debe ser usuaria del Servicio de Gineco-obstetricia del hospital.
- No podrá participar en el estudio, si usted es familiar de alguno de los funcionarios que labora en la institución.

Aspectos a tener en cuenta si yo decido participar en el estudio:

Antes de iniciar la investigación

- La decisión de participar en la investigación es completamente voluntaria, autónoma y gratuita.
- Conozco el propósito o naturaleza del estudio.
- En el momento en que yo decida abandonar el estudio lo puedo hacer y para ello no deberé pagar ninguna multa o indemnización, ya que mi ingreso al mismo fue de forma voluntaria.
- No recibiré ningún tipo de compensación económica, académica o en especie por haber participado en esta investigación.
- Con el fin de mantener el anonimato, cada uno de los cuestionarios diligenciados no llevará ningún nombre, las investigadoras mantendrán el anonimato de mi identidad en todo momento y mi identificación corresponderá a un código que me será asignado.
- Solo las investigadoras pueden revisar la información suministrada producto de este proyecto.
- Se me ha explicado que este estudio tiene un riesgo mínimo porque no se conoce ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación, porque no se realizará ninguna intervención terapéutica, farmacológica ni de otra índole y solo realizaré el diligenciamiento de dos cuestionarios y responderé las preguntas del cuestionario de riesgo biopsicosocial que me serán hechas por las investigadoras.
- La posibilidad de que haya decepción es minimizada con la claridad y sinceridad en la información suministrada a las investigadoras.

Durante la investigación

- Al haber aceptado participar en el estudio, sé que mi responsabilidad es la de mantenerme informada sobre el estudio en el cual participo, esto me permitirá realizar preguntas sobre cualquier aspecto que no comprenda, o simplemente desee conocer o profundizar.
- Comprendo que es necesario seguir y respetar la metodología establecida y de esta forma no ocasionar mi retiro prematuro del estudio por parte de las investigadoras.
- Se me proveerá información de nuevos hallazgos significativos que ocurran durante el curso de la investigación y que puedan afectar mi decisión de permanencia o no en el estudio.
- La información obtenida mediante el diligenciamiento de los cuestionarios será utilizada para el desarrollo del estudio.
- Toda opinión o idea generada durante el estudio, se mantendrá en total privacidad.
- Conozco que mi participación y la información suministrada durante el desarrollo del estudio no afectará la calidad de mi atención en el servicio de gineco-obstetricia, en el que yo hago uso del servicio de salud en mi condición de mujer gestante.

Después de la investigación

- Al terminar el estudio se me darán a conocer los resultados obtenidos en el periodo de tiempo 2020-2.
- La forma de divulgación de los resultados será de forma oral y en artículos que serán publicados en revistas científicas.
- Si por algún motivo de diversa índole, no pudiera continuar en el estudio, las investigadoras catalogaran mi estado como de retiro. Por ello no deberé cancelar ninguna cuantía de tipo económico, académico o en especie.

Contactos: Si tiene dudas o preguntas respecto a esta investigación puede comunicarse con

Mildred Guarnizo-Tole (Investigador principal)
Profesora Asociada
Facultad de Enfermería – Universidad El Bosque
guarnizomildred@unbosque.edu.co
Tel. 6489071

Lina María Vargas-Escobar (Coinvestigadora)
Profesora Asociada
Facultad de Enfermería – Universidad El Bosque
lmvargase@unbosque.edu.co
Tel. 6489071

Presidenta Comité Institucional de Ética en Investigación
Universidad El Bosque
comiteetica@unbosque.edu.co
Tel: 6331368 Ext: 1520
Calle 132 No 7 A-85

Declaración de las investigadoras: De manera cuidadosa hemos explicado a las mujeres gestantes participantes en el estudio, la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certificamos que basadas en lo mejor de nuestros conocimientos, que las participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Parte 2: Formulario de Firmas

He sido invitada a participar en el estudio "Relación entre el nivel de incertidumbre y el riesgo biopsicosocial durante el enfrentamiento a la enfermedad de las mujeres gestantes que asisten al servicio de gineco-obstetricia de una institución de salud.

Comprendo que mi participación consistirá en el diligenciamiento de dos cuestionarios y la valoración del riesgo biopsicosocial por parte de las investigadoras del estudio, con respecto al desarrollo de mi gestación.

En la primera sesión me serán entregados dos cuestionarios, y responderé a las preguntas de un tercero. El diligenciamiento de los tres cuestionarios tomara un tiempo de 20 a 30 minutos.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo (partes 1 y 2).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Nombre del Participante Firma del Participante y Fecha

Investigador principal Firma del Investigador y Fecha

Co investigador Firma del Co investigador y Fecha

Testigo Firma del Testigo

16.2. Escala completa MUIS

MARCO DE ESTÍMULOS				
1. No tengo claro qué tan fuerte será el dolor				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
2. Tengo claro el propósito de cada tratamiento.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
3. Cuando tengo un dolor, sé lo que eso significa con respecto a mi condición.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
4. Mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5. Hay muchos tipos de personal; no está claro quién es responsable de cada cosa.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
6. El curso de mi enfermedad sigue cambiando. Tengo días buenos y malos.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
7. Los resultados de mis test son inconsistentes				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
8. El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
9. No me han dado un diagnóstico específico.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
CAPACIDAD COGNITIVA				
10. No sé qué está mal conmigo.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11. Tengo muchas preguntas sin respuestas.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
12. No estoy seguro de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
13. Las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
14. No sé cuándo esperar que se me hagan cosas.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
15. Entiendo todo lo que se me explica.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
16. Puedo predecir cuánto durará mi enfermedad.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

17. Es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que tomo están ayudándome				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
18. Debido a la impredecibilidad de mi enfermedad, no puedo planear el futuro.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
19. No tengo claro cómo me haré cargo de mi cuidado después de salir del hospital.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
20. No está claro lo que me está pasando.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
21. Generalmente sé si voy a tener un buen día o un mal día.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
22. Es difícil saber cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarme por mí mismo.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
23. Generalmente puedo predecir el curso de mi enfermedad.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
24. Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo es variable.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
25. Estoy seguro de que no encontrarán nada malo conmigo.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
26. Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
PROVEEDORES O FUENTES DE LA ESTRUCTURA				
27. Los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
28. Mi tratamiento es demasiado complejo para explicarlo				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
29. Me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal conmigo				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
30. La efectividad del tratamiento no está determinada.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
31. Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
32. Se ha determinado la gravedad de mi enfermedad.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
33. Los doctores y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

16.3. Ficha de caracterización sociodemográfica

Código asignado a la participante: 000

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS A TENER EN CUENTA EN LA MUJER GESTANTE			
Edad: 1. <18 años___ 2. 18 a 25 años___ 3. 26 a 30 años___ 4. 31 a 35 años___ 5. 36 a 40 años___ 6. 41 a 45 años___ 7. >46 años___	**Nivel socioeconómico:** 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___	**Nivel educativo:** 1. Analfabeta__ 2. Primaria incompleta__ 3. Primaria completa__ 4. Secundaria incompleta__ 5. Secundaria completa___ 6. Técnico incompleto____ 7. Técnico completo____ 8. Universidad incompleta____ 9. Universidad completa_____	**Etnia:** 1. Afrocolombiana_____ 2. Room_____ 3. Raizal_____ 4. Indígena_____ 5. Otros_____
Procedencia demográfica: 1. Región Andina _____ 2. Región costa atlántica _____ 3. Región Pacífica _____ 4. Región Orinoquía _____ 5. Región Amazonía _____ 6. Extranjera _____ ¿Cuál? _____	**Seguridad social:** 1. Subsidiado_____ 2. Contributivo____ 3. Vinculado_____ 4. Particular_____ 5. Sin afiliación____	**Número de controles prenatales:** 1. Ninguno____ Motivo_____ _____ 2. Menos de 3____ 3. Entre 4 y 7___ 4. Más de 8____	**FUR** / / DD/MM/AA **Edad gestacional:** _____ semanas **Fecha probable de parto FPP:** / / DD/MM/AA **Motivo de asistencia al hospital:** 1. Control _____ 2. Enfermedad _____

17. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Internet]. 2018. [citado 20 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality.
2. Departamento Nacional de planeación. Las 16 grandes apuestas de Colombia para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet]. Bogotá D.C; 2018 [citado 5 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.dnp.gov.co/Paginas/Las-16-grandes-apuestas-de-Colombia-para-cumplir-los-Objetivos-de-Desarrollo-Sostenible.aspx.
3. Tunçalp O, Hindin M, Souza J, Chou D, Say L. The Prevalence of Maternal Near Miss. An Int J Obstet. 2012; 119(6): 653–661.doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03294.x.
4. Ruydiaz K, Fernandez S. Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos. Index Enferm. 2015; 24(1-2):67-70.doi:10.4321/S1132-12962015000100015.
5. Korkomaz N, Hediye A. The Physical and Psychological Problems of hospitalized high-risk pregnant women in partial bed rest. Perinatal Journal. 2005 Junio; 13(2):91-100.
6. Gómez M, Berenzon S, Sugiyama I. Malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo. Summa Psicológica UST. 2016; 13(1):89-100.doi:10.18774/summa-vol13.num1-277.
7. Prías H, Miranda C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. Aquichan. 2009; 9(1):93-105.
8. Gracia D. Comportamiento de la mortalidad y la morbilidad materna en Bogotá en 2012-2017. Bogotá D.C: Subsecretaría de Salud Pública, Bogotá D.C; 2017.
9. Word Health Organization, United Nations Children's Fund, The United Nations Population Fund and World Bank Group and the United Nations Population Division estimates. Trends in Materntal Mortality:1990 to 2015. [Internet]. Ginebra; 2015 [citado 29 de marzo de 2019]. Disponible en : https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WHO_RHR_15.23_eng.pdf.
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones no fetales. [Internet]. Bogotá D.C; 2017 [citado 19 de marzo de 2019] 2019. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2017.
11. Raile Alligood M, Monforte M. Modelos y teorías en enfermería. Octava ed. Barcelona: ElSevier; 2018.
12. Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Enfermería Neurológica. 2012; 11(1):34-38.
13. Guarnizo M, Olmedillas H, Vicente G. Prácticas en enfermería para prevenir la mortalidad materna de la mujer en edad fértil. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018; 44(3): 1-16.
14. Muñoz L, Sánchez X, Arcos E, Vollrath A, Bonatti C. Vivenciando la maternidad en contextos de vulnerabilidad social: Un enfoque comprensivo de la fenomenología social. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(4):1-7.
15. Barbosa M, Morales C, Amézquita M, Martinez D. Vigilancia de morbilidad materna extrema en una institución de referencia en Cali, Colombia, 2013-2014. Revista

Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2016; 67(3): 215-222.doi:https://doi.org/10.18597/rcog.769.
16. Gomez J. La enfermería como apertura a la interdisciplina. Rev.latinoam.bioet. 2017 Enero; 18(34-1):191-204.doi:10.18359/rlbi.3162.
17. Gomez O, Carrillo G, Arias E. Teorias de enfermería para la investigación y la práctica en cuidado paliativo. Revista Latinoamericana de Bioética. 2016; 17(1):60-79. doi:10.18359/rlbi.1764.
18. Kassebaum NJ, Barber RM, Bhutta ZA, Dandona L, Gething PW, Hay SI, et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. 2016; 388:1775-1812.doi:10.1016/S0140-6736(16)31470-2.
19. Roberts L, Davis G, Homer C. Pregnancy with gestational hypertension or preeclampsia: A qualitative exploration of women's experiences. Midwifery. 2017; 46:17-23.doi:10.1016/j.midw.2017.01.004.
20. Joung W. Pregnancy and Childbirth Experiences of Women with Epilepsy: A Phenomenological Approach. Asian Nursing Research. 2019; 13(2):122-129.doi:10.1016/j.anr.2019.02.005.
21. Lou S, Nielsen C, Hvidman L, Petersen O, Risor M. Coping with worry while waiting for diagnostic results: a qualitative study of the experiences of pregnant couples following a high- risk prenatal screening result. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16:1-8.doi:10.1186/s12884-016-1114-6.
22. Patel H, Berg M, Barasa A, Begleys C, Schaufelberger M. Symptoms in women with Peripartum Cardiomyopathy: A mixed method study. Midwifery. 2016; 32:14-20.doi:10.1016/j.midw.2015.10.001.
23. Samano R, Godinez E, Romero I, Sanchez G, Espíndola J, Chávez M. The socio-cultural and eating aspects of women experiencing risk pregnancies. Ciênc. saúde coletiva. 2014; 19(5):1419-1428.doi: 10.1590/1413-81232014195.15242013.
24. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stressduring pregnancy on preterm birth: A systematic review. Women And Birth. 2015; 28(3):179-193.doi:10.1016/j.wombi.2015.02.003.
25. Madhavanprabhakaran G, D'Souza M, Subrahmanya K. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2015; 3:1-7.doi:10.1016/j.ijans.2015.06.002.
26. Álvarez D, Pérez D. Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. Av. Enferm. 2017; 35(1):77-86.
27. Olah M, Barry M. Antenatal stress: An Irish case study. Midwifery. 2014; 30(3):310–316. doi:10.1016/j.midw.2013.03.014.
28. Wiebe E, Chalmers A, Yaguer H. Delayed motherhood: understanding the experiences of women older than age 33 who are having abortions but plan to become mothers later. Can Fam Physician. 2012; 58(10):588-595.
29. Agius A, Xuereb R, Carrick-sen D, Sultana R, Rankin J. The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review. Midwifery. 2016; 36.doi: 10.1016/j.midw.2016.02.013.
30. Galvão M, Cunha G, Machado M. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. Rev. bras. enferm. 2010 Jun; 63(3):371-376. doi: 10.1590/S0034-71672010000300004.

31. Homeyard C, Montgomery E, Chinn B, Patelarou E. Currrent evidence on antenatal care provision for women with intellectual disabilities: A systematic review. Midwifery. 2016; 32:45-57. doi: 10.1016/j.midw.2015.10.002.
32. Coates R, Cupples G, Scamell A, McCourt C. Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. Midwifery. 2019; 69:17-28.doi:10.1016 / j.midw.2018.10.013.
33. Sanguanklin N, McFarlin B, Park C, Giurgescu C, Finnegan L, White-Traut Rea. Effects of the 2011 Flood in Thailand on Birth Outcomes and Perceived Social Support. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2014; 43(4):435-444.doi:10.1016/ j.midw.2018.10.013.
34. Goméz I, Castillo I, Alvis L. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. Aquichan. 2015; 15(2): 210-128. doi:10.5294/aqui.2015.15.2.5.
35. Mercado J. Incertidumbre frente a la enfermedad: apote teórico. Revisalud. 2016; 3(1): 31-35.
36. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de salud pública: Morbilidad Materna. [Internet]. Bogotá D.C; 2017 [citado 22 de Marzo de 2019]. Disponible en: https://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/p2018/pro_morbilidad_materna_extrema_2018.pdf.
37. Hernandéz F. Fundamentos de Epidemiología: El Arte Detectivesco de la Investigacion Epidemiólogica San José : Editorial Universidad Estatal a Distancia; 2002.
38. Clínica Universidad de Navarra. Mortalidad materna. [Internet]. [citado 15 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/mortalidad-materna.
39. Ministerio de Salud. Resolucion 8430 de 1993, de 4 de octubre, normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. Bogotá D.C; 1993 [citado 10 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF.
40. Congreso de Colombia. Ley 911, de 6 de octubre, responsabilidad deóntologica para el ejercicio de la profesión de Enfermería. [Internet]. 2004. [citado 22 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf.
41. Hernandez R, Sampiere C, Mendoza P. Metodologia de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Segunda ed: Mc Graw Hill Education; 2018.
42. Colimon K. Fundamentos de epidemiología. Tercera ed. ediciones E, editor. Medellin : CIB; 2018.
43. Navarro A, Sanchez I, Martin M. Análisis estadístico de encuestas de salud. Primera ed. Barcelona: Servei de Publicacions; 2004.
44. Manterola C, Otzen T. Los Sesgos en Investigación Clínica. Int. J. Morphol.. 2015; 33(3): 1156-1164.
45. Mejía M. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. [tesis doctoral]. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. 2012.
46. Diaz L, Duran M, Lopez N. Adaptación y Validación de la escala de incertidumbre de Merle Mishel. Cienc. enferm. 2019; 25(2):1-8. doi:10.4067/s0717-95532019000100201.
47. Cerón J. Incertidumbre del paciente con falla [tesis magister]. Bogotá D.C: Facultad de Enfermería - Universidad Nacional de Colombia. 2018.

48. Flórez I, Montalvo A, Romero E. Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. Av Enferm. 2018; 36(3):283-291. doi:10.15446/av.enferm.v36n3.66508.
49. Liang H, Gau M, Chen C, Liu C. Effectiveness of a Labor-Admission Education Program on Anxiety, Uncertainty, Locus of Labor Control, and Labor Outcomes in Pregnant Women. The journal of nursing. 2020; 66(2): 36-47.doi:10.6224/JN.201904_66(2).06.
50. Schmuke A. Factors Affecting Uncertainty in Women with High-Risk Pregnancies. The American Journal of Maternal/Child Nursing. 2019; 44(6):317-324.doi:10.1097/NMC.0000000000000580.
51. Abrar A, Fairbrother N, Smith A, Skoll A, Albert A. Anxiety among women experiencing medically complicated pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Birth issues in perinatal care. 2019; 47(1): 13-20. doi:10.1111/birt.12443.
52. Chandler A, Whittaker A, Cunningham-Burley S, Elliott L, Midgley P, Cooper S. Diagnosing uncertainty, producing neonatal abstinence syndrome. Sociol Health Illn. 2019; Suppl 1:35-50.doi:10.1111/1467-9566.13000.
53. Flocco S, Caruso R, Barello S, Nania T, Simeone S. Exploring the lived experiences of pregnancy and early motherhood in Italian women with congenital heart disease: an interpretative phenomenological analysis. BMJ Open. 2020:1-9.doi:10.1136/bmjopen-2019-034588.
54. Badakhsh M, Hastings-Tolsma M, Firouzkohi M, Amirshahi M, Hashemi Z. The lived experience of women with a high-risk pregnancy: A phenomenology investigation. Midwifery. 2020; 82: 1-7.doi:https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102625.
55. Papaleontiou M, Haymart M. Thyroid nodules and cancer during pregnancy post-partum and preconception planning: Addressing the uncertainties and challenges. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2019. doi:10.1016/j.beem.2019.101363.
56. Cataudella S, Lampis J, Agus M, Casula F, Monni G. A Pilot Study of the Relationship Between Pregnancy and Autoimmune Disease: Exploring the Mother's Psychological Process. Process. Front. Psycho. 2019; 10:1-8. doi:10.3389/fpsyg.2019.01961.
57. Pulliainen H, Niela-Vilén H, Ekholm E, Ahlqvist B. Experiences of interactive ultrasound examination among women at risk of preterm birth: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2019; 19(1): 1-8.doi:10.1186/s12884-019-2493-2.
58. Cevik S, Yagmur Y. Impact of intolerance of uncertainty on psychological well-being in pregnant women with or without miscarriage risk. Perspect Psychiatr Care. 2018; 54(3): 436-440. doi:10.1111/ppc.12297.
59. Louise C, Rebecca S, Paul G, Rae T. Women's experiences of a diagnosis of gestational diabetes mellitus: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth. 2020; 20(76): 1-15.doi:10.1186/s12884-020-2745-1.
60. Bera T, Souza R, Karkada S. Biopsychosocial Wellbeing of High-Risk Pregnant Women: A Descriptive Study. International Journal Of Nursing & Midwifery Research. 2020; 6(4): 39-43. doi:10.24321/2455.9318.201931.
61. Hore B, Smith D, Wittkowski A. Women's experiences of anxiety during pregnancy: An interpretative phenomenological analysis. Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2019.

62. Hui L, Szepe E, Halliday J, Lewis C. Maternity healthcare professionals' views and experiences of fetal genomic uncertainty: a review. Prenatal Diagnosis. 2020; doi:10.1002/pd.5673.
63. Llana L. Abortion for fetal anomaly: how to speak about a difficult topic. Cuadernos de Salud. 2020; 36(1):1-5.doi:10.1590/0102-311X00188618.
64. Line M, Phyllis A. Safety of Antihypertensive Medications in Pregnancy: Living With Uncertainty. JAHA. 2019; 8(15):1-3. doi:10.1161/JAHA.119.013495.
65. Van den Heuvel J, Teunis C, Franx A, Crombag N, Bekker M. Home-based telemonitoring versus hospital admission in high risk pregnancies: a qualitative study on women's experiences. Pregnancy And Childbirth. 2020; 1:1-9. doi:10.1186/s12884-020-2779-4.