

Investigación

Experiencia familiar de la muerte materna

Family experience of maternal death

Experiência dos parentes diante da morte materna

*Doris Rodríguez-Leal**

*Betty Sánchez de Parada***

*Patricia Elena Dueñas-Granados****

Resumen


Objetivo: Conocer y analizar la muerte materna, a partir de una aproximación a la realidad familiar, al indagar la experiencia vivida por los familiares de la mujer fallecida y valorar los cambios en los roles y la dinámica familiar. **Materiales y Métodos:** La investigación se realizó mediante metodología cualitativa, a través del estudio de casos; éstos fueron diez familias que tuvieron una muerte materna en los últimos cinco años, atendidas en hospitales y clínicas del departamento del Tolima-Colombia. **Resultados:** Ante una muerte materna, las familias y cada uno de sus miembros se tornan vulnerables. Cuando se cuenta con el apoyo de otros familiares, amigos o vecinos, el jefe de familia tiene un trabajo, o la familia pertenece a un grupo religioso o red de apoyo social, la situación se hace menos traumática. Las relaciones familiares en algunos casos se fortalecen, en otros empeoran, particularmente entre suegras y yernos. Con respecto a los cuidados maternos, normalmente las abuelas son las que continúan desempeñando el rol de cuidadoras o madres sustitutas. **Conclusiones:** Este tipo de muertes, pueden generar sentimientos contradictorios, por un lado se vive el dolor por la ausencia del familiar fallecido y por otro, la alegría de un nuevo miembro. La familia vive una situación de duelo ante la muerte de alguien que trae y cuida la vida, considerada como una muerte trágica, prematura y evitable, por lo que la espera de recibir a un nuevo miembro es sustituida por una pérdida.


Palabras clave: Mortalidad materna, familia, relaciones familiares, Colombia.

Abstract


Objective: Understanding and analyzing maternal death, approaching to the family reality by examining the experience of the family members of the deceased, and evaluating the change of roles and family dynamic. **Materials and Methods:** The research was made through study cases, using qualitative methodology; these were ten families that experienced maternal death in the last 5 years, and were attended in clinics and hospitals in de department of Tolima-Colombia. **Results:** Facing maternal death, families and each of their members become vulnerable. Having

Autor de correspondencia

* ✉ Enfermera, Doctora en Salud Pública, Docente Universidad del Tolima. Correo: drodrigu@ut.edu.co. Orcid:  <https://orcid.org/0000-0002-0663-9425> Ibagué, Colombia.

**Enfermera, Magister en Investigación y Docencia Universitaria. Docente Universidad del Tolima. Correo: bmsanchez@ut.edu.co. Orcid:  <https://orcid.org/0000-0002-6722-6229> Ibagué, Colombia.

***Enfermera, Magister Salud Pública, Docente Universidad del Tolima. Correo: patriciaelenaduenasg@hotmail.com. Orcid:  <https://orcid.org/0000-0002-0316-7477> Ibagué, Colombia.

Este es un artículo bajo la
licencia CC BY
(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) 

Recibido: 12 de Agosto 2018. Aprobado: 12 de Diciembre 2018

Doi: <https://doi.org/10.22463/17949831.1534>

Para citar este artículo/ To reference this article / Para citar este artigo/

Rodríguez Leal D, Sánchez de Parada B, Dueñas Granados PE. Experiencia familiar de la muerte maternal. Rev. cienc. cuidad. 2019; 16(1):71-85.

support from other family members, friends or neighbors, having a job, or belonging to a religious group or social support network, makes the situation less traumatic. Family relations in some cases are strengthened or worsened, particularly between the mother-in-law and son-in-law. Regarding maternal care, grandmothers normally take the role of caretakers or substitute mothers. **Conclusions:** These types of deaths cause contradictory feelings, on one hand there is the pain for the absence of a dead family member and on the other, the joy of a new one. The family goes through a situation of facing the death of someone who brings life and cares for it. It is considered a tragic, premature, and avoidable death, consequently the longing of receiving a new family member is substituted by a loss.

Keywords: Maternal mortality, family, family relationships, Colombia.

Resumo

Objetivo: Conhecer e analisar a morte materna, a partir de uma aproximação à realidade da família, ao indagar a experiência vivida pelos parentes da mulher falecida e valorar as mudanças nos papéis e na dinâmica da família. **Materiais e Métodos:** A pesquisa se realizou utilizando a metodologia qualitativa, através do estudo de casos; estes foram dez famílias que tiveram uma morte materna nos últimos cinco anos, atendidas em hospitais e clínicas do estado de Tolima, na Colômbia. **Resultados:** Diante uma morte materna, as famílias e cada um de seus membros se tornam vulneráveis. Quando se conta com o apoio de outros parentes, amigos ou vizinhos, o chefe de família tem um trabalho, ou a família pertence a um grupo religioso ou rede de apoio social, a situação se faz menos traumática. Os relacionamentos da família em alguns casos se fortalecem, em outros pioram, particularmente entre sogras e genros. Com respeito aos cuidados maternos, normalmente as avós são as que continuam desempenhando o papel de cuidadoras ou mães substitutas. **Conclusões:** Este tipo de mortes, podem gerar sentimentos contraditórios, por um lado se vive a dor pela ausência do parente falecido e por outro, a alegria de um novo membro da família. A família vive uma situação de luto diante da morte de alguém que traz e cuida da vida, considerada como uma morte trágica, prematura e evitável, pelo que a espera de receber a um novo membro na família é substituída por uma perda.

Palavras-chave: Mortalidade materna, família, relações familiares, Colômbia.

Introducción

La gestación y el parto a pesar de ser eventos fisiológicos en la vida de la mujer, se encuentran expuestos entre otros a la influencia de factores personales, comportamentales y sociales. La espera y el nacimiento de un hijo, son hechos tan importantes en la vida de una mujer, su familia y su comunidad, que implican una adaptación tanto de la mujer como de su entorno familiar y social.

En el mundo cada día mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, el 99% de esos casos ocurren en países en desarrollo. La mayoría de ellos en África subsahariana y Asia meridional (1). Mientras la mortalidad infantil y las tasas de fertilidad han disminuido en recientes décadas y la expectativa de vida al nacer se ha incrementado, la mortalidad materna en los países en vía de desarrollo no ha mostrado mayor reducción en el mismo período de tiempo (2).

En promedio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que sufren mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es de 1 en 3.700 en los países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo (1). En tanto que la gran mayoría de muertes maternas ocurren en países en desarrollo, esto no significa que sólo las mujeres de los países en desarrollo sufran complicaciones médicas durante o después del embarazo (3).

Aproximadamente la cuarta parte de las muertes ocurre durante el embarazo y alrededor del 15% durante el parto. La investigación ha demostrado que los recién nacidos que pierden a sus madres tienen menos probabilidades de sobrevivir (4), en gran medida porque después del parto la lactancia materna garantiza la supervivencia del neonato y el carácter protector la madre estará siempre presente para proteger el bienestar de sus hijos y de su núcleo familiar.

Cada muerte materno-fetal constituye un problema de salud pública y social que se agrava, en nuestro contexto, por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud (5).

La prevención de las muertes maternas se reconoce actualmente como prioridad internacional y muchos países, se han comprometido a mejorar y ampliar los servicios de salud materna. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) establecieron la reducción de la mortalidad materna en 50% para el año 2000 como objetivo principal y reafirmaron la importancia de monitorear el progreso. Las Naciones Unidas, en la Cumbre del Milenio (2000), instaron a la comunidad internacional a reducir la mortalidad materna en 75% para el año 2015, frente a los niveles de 1990. Para América Latina y el Caribe, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó una meta a medio plazo para reducir la mortalidad materna a menos de 100 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos (6-7). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han dado a la salud materna un lugar central, por consiguiente, las altas metas acordadas por los jefes de los Estados Miembros en 2000 ofrecen la oportunidad para renovar y redoblar los esfuerzos para mejorar la salud de la madre y el recién nacido (8-9).

Sin embargo, para alcanzar las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en 2030, se debe acelerar el progreso, en particular en las regiones con la mayor carga de morbilidad. Específicamente en la Salud reproductiva y materna en 2015, la tasa mundial de mortalidad materna se situó en 216 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Alcanzar el objetivo de menos de 70 muertes maternas para 2030 requiere una tasa de reducción anual de al menos 7.5 por ciento, más del doble de la tasa anual de progreso lograda del 2000 al 2015, reconociendo que la mayoría de las muertes maternas pueden prevenirse (10).

La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-10 (11), define la defunción materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la

duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Con el lema “toda madre y todo niño y niña contarán”, en el 2005 la OMS resaltó la gravedad de la pérdida de cualquier madre o hijo (a) para la familia y la sociedad y la necesidad de evitarla, así como la violencia intrafamiliar y el suicidio, que son causas intervenibles y prevenibles con adecuadas intervenciones psicosociales integrales (12).

Dentro del marco de estrategias exitosas para la reducción de la mortalidad materna en Colombia, sobresalen los programas de planificación familiar, el acceso a servicios de aborto seguro, la atención del parto por personal calificado y la seguridad en la atención de la emergencia obstétrica. Este último aspecto ha logrado impactar en el mejoramiento de la atención de las gestantes graves cuando se conjugan la implementación de un sistema de vigilancia de la morbilidad materna extrema que permita definir una red de instituciones seguras con servicios de atención de emergencias obstétricas (EmOC) (13).

La muerte de la mujer en el embarazo, parto o puerperio tiene muchas consecuencias, siendo una muy importante la problemática a nivel familiar. La elección de la muerte materna como tema de investigación, obedece al interés de destacarla como problema de Salud Pública en Colombia y específicamente en el departamento del Tolima.

Objetivos

Objetivo General

Conocer y analizar la muerte materna, a partir de una aproximación a la realidad familiar, al indagar la experiencia vivida por los familiares de la mujer fallecida y valorar cambios en los roles y la dinámica familiar.

Objetivos Específicos:

- Demostrar que la muerte materna es un problema de Salud Pública, a partir de las voces de las personas afectadas.
- Conocer la visión particular de una persona que ha perdido un familiar por muerte materna y las consecuencias que esto conlleva.

- Valorar los cambios presentados en los roles y la dinámica familiar ante la muerte de estas mujeres.

Materiales y Métodos

La investigación se realizó mediante metodología cualitativa, a través del estudio de casos que incluyeron: la revisión de historias clínicas, entrevistas a familiares y observación a familias.

La elección de la investigación cualitativa para este estudio, obedece al interés de evidenciar el problema desde la propia voz de los afectados. Consideramos que los relatos obtenidos fueron diversos y que cada uno refleja una situación particular de la vivencia del caso de muerte de la mujer por parte de las familias.

En este sentido, “un estudio de caso consiste (y define) un espacio social de relación de manera doble. Por un lado, porque un caso es siempre un contexto en el que ciertos sujetos o actores viven y se relacionan; por el otro, porque la comprensión de un caso único supone escuchar las historias, problemas, dudas e incertidumbres que la gente ‘inmersa’ en el caso nos quiera contar” (14). “El Estudio de casos consiste, pues en referir una situación real tomada en su contexto y en analizarla para ver cómo se manifiestan y evolucionan los fenómenos por los que está interesado el investigador. El caso que se estudia proporciona de hecho un lugar de observación que permite identificar o descubrir procesos particulares [...]. Una de las ventajas del estudio de casos es proporcionar una situación en la que se puede observar el juego de un gran número de factores que interactúan conjuntamente, con lo que se permite así hacer justicia a la complejidad y a la riqueza de las situaciones sociales” (15).

Se debe precisar que “Para definir el caso parece necesario tener en cuenta ciertas cosas. En primer lugar, ha de tratarse de una especificidad, y no de una *función*. Un caso, pues, puede ser algo simple o complejo, un individuo o una institución. En segundo lugar, aunque el resultado se presenta con la impronta y la textura de lo único, no podemos olvidar que el investigador/a ha de identificar tanto lo común como lo particular del caso estudiado. En tercer lugar, la singularidad del caso no excluye su complejidad. En cuarto lugar, el caso representa los valores del investigador/a, sus ideas teóricas previas, sus particulares convicciones. En quinto lugar, no puede olvidarse que un estudio de caso es un terreno en el que un investigador o in-

vestigadora se relaciona y se encuentra con personas cuyas acciones y relaciones van a ser analizadas. En este sentido, un estudio de caso consiste (y define) un espacio social de relación de manera doble. Por un lado, porque un caso es siempre un contexto en el que ciertos sujetos o actores, viven y se relacionan; por el otro, porque la comprensión de un caso único supone escuchar las historias, problemas, dudas e incertidumbres que la gente ‘inmersa’ en el caso nos quiera contar” (14).

Los casos estudiados fueron diez familias que sufrieron una muerte materna, en los últimos cinco años, atendidas en hospitales y clínicas de cualquier nivel de atención en los municipios del Tolima; estos factores se consideraron como criterios de inclusión del estudio. Se entrevistaron a cuatro madres, tres viudos, tres hermanas de mujeres fallecidas y dos huérfanos, para un total de doce entrevistas. Este número de entrevistas permitió lograr la saturación de la información.

Las Historias clínicas sirvieron como fuentes de información de antecedentes gineco-obstétricos, de datos sociodemográficos y de mortalidad de cada una de las mujeres que murieron y la posterior ubicación geográfica de las familias. Los datos obtenidos a través de las historias clínicas de las mujeres que murieron fué de 37, distribuidas tanto en la zona rural como urbana. Las entrevistas se realizaron a partir de las familias que se presentaron en la ciudad de Ibagué, luego las de las poblaciones aledañas y por último las de las poblaciones más lejanas; así mismo se procuró visitar los municipios en donde se había presentado más de un caso. En cuatro municipios no se pudo ubicar a la familia.

Una vez identificadas las familias y su ubicación, se solicitó cita para entrevista a través de llamada telefónica o se hizo contacto de forma directa. Posteriormente se realizaron entrevistas semi-estructuradas. Se utilizó una grabadora y al terminar la entrevista se realizó la transcripción de la misma y se hizo un análisis inicial. Al concluir la realización de todas las entrevistas se efectuó un análisis en profundidad. Se contó con el apoyo del diario de campo, como instrumento indispensable, en donde se registraron: frases relevantes y gestos de los entrevistados; descripción de las impresiones de lo vivido, lo escuchado y lo observado; así como el entorno y características de la vivienda.

A través de los casos que serán presentados más adelante, se quiere destacar que dichos casos permitieron conocer en profundidad la problemática estudiada a partir de la revisión de historias clínicas, entrevistas y observación a las familias. Teniendo en cuenta la información suministrada por la Secretaría de Salud del Tolima, se decidió iniciar las entrevistas en las poblaciones más asequibles como Ibagué y municipios vecinos, razón por lo cual se tuvieron en cuenta: Ibagué, Venadillo, Ambalema, Melgar, Saldaña, Guayabal y Dolores. También nos desplazamos a los municipios de Piedras y Cajamarca donde no se pudo ubicar las familias.

El municipio que más casos reportó fue Ibagué con 7 casos, teniendo en cuenta que es la capital del departamento del Tolima y donde se encuentra ubicado el Hospital Federico Lleras Acosta, hospital Nivel tres de complejidad y donde llegan remitidos todos los casos de hospitales de Nivel uno y dos. Para la realización de las entrevistas a familiares, fue necesario hacer el desplazamiento a los diferentes municipios. Los datos como dirección y número telefónico fueron tomados de las historias clínicas. Cuando se contó con el número telefónico (en pocos casos) se hizo el primer contacto tratando de ubicar a un familiar cercano de la fallecida como: esposo, madre, hermana, etc., se explicó el motivo del estudio y se confirmó la fecha, hora y sitio de la entrevista.

En la mayoría de casos fue necesario hacer el primer contacto desplazándonos hasta el hogar de la fallecida, explicando los motivos de la visita y procediendo a realizar inmediatamente la entrevista. Algunos datos que aparecían en la historia clínica como dirección y teléfono eran errados, por lo cual se preguntaba a los vecinos del lugar sobre el caso o se confirmaba la dirección en el hospital. Para la realización de las entrevistas en el área rural se contó con el apoyo de líderes comunitarios, conocidos previamente, contactándolos telefónicamente quienes actuaron como acompañantes en la realización de algunas entrevistas.

Una vez ubicado el familiar de la fallecida (posible entrevistado), se explicaron los motivos del estudio y posterior a la firma del consentimiento informado se procedió a realizar la entrevista. Esta se intentó realizar en un sitio tranquilo, donde solamente estuvieran el entrevistador y el entrevistado, procurando un ambiente de privacidad y confidencialidad. Inmediatamente después de realizar cada entrevista se hacía un

análisis inicial de la misma y un relato acerca de los datos del entrevistado, impresión causada a la entrevistadora y comentarios más relevantes por parte del entrevistado. Así mismo, se realizó una transcripción textual de cada una de las entrevistas, se identificaron categorías y subcategorías, para finalmente hacer un análisis en profundidad de cada una, soportándolo con un marco teórico basado en diversos modelos de análisis: vulnerabilidad, riesgo, duelo y dinámica familiar - modelos propios de la sociología, psicología, salud colectiva y salud pública, entre otros.

La unidad de trabajo estuvo conformada por cada uno de los familiares que aceptó participar en la entrevista a profundidad. La unidad de análisis se constituyó de los textos producto de las entrevistas a profundidad. El método de análisis de la información se basó en el análisis de contenido, siguiendo una propuesta analítica de la investigadora De Souza (16), que incluye: ordenación de los datos, clasificación de los datos y análisis final, como se puede observar en la Figura 1.

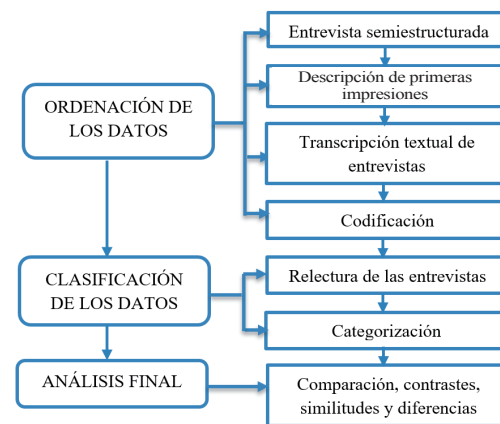


Figura 1. Análisis e interpretación de la información

Fuente: Las autoras

Se trató de analizar las percepciones, significados, comentarios y explicaciones de los entrevistados, centrándonos más en el contenido que en la forma del discurso.

Finalmente se visitó a dos familias, durante dos fines de semana consecutivos para poderlas observar. Se compartió la vida cotidiana a través de la observación e interacción con cada uno de los miembros, mediante la entrevista informal y análisis de discusiones colectivas, haciendo un registro en el diario de campo

una vez finalizadas dichas observaciones.

Este estudio es calificado como sin riesgo según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud. Las personas que aceptaron participar fueron informadas sobre los objetivos de la investigación, aprobando su participación mediante la firma del consentimiento informado. Se garantizó a los participantes el anonimato y reserva en el manejo de la información. El estudio cuenta con la aprobación del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante - Fecha 31 de enero de 2013; así como con el aval del Comité Central de Investigaciones de la Universidad del Tolima.

Resultados

Los datos presentados a continuación, atañen a 37 muertes maternas reportados por el Comité de mortalidad materna del departamento del Tolima y corresponden al período comprendido entre los años 2008 al 2012.

Características sociodemográficas de las mujeres que presentaron muerte materna en el Departamento del Tolima.

La edad mínima fue de 14 años y la máxima de 44, con un promedio de 30 años. Al distribuir las edades en rangos de edad se identificó que: el 18,92% (7) pertenecen a las edades comprendidas entre 10 a 20 años; el 16,22% (6) tienen edades entre 41 y 50 años. En tanto que para el rango entre 21 a 30 años tuvieron el mayor porcentaje 32,43% (12); igualmente el rango entre 31 a 40 años fue de 32,43% (12).

Respecto al estado civil de las mujeres fallecidas se encontró que: el 32,43% (12) vivían en unión libre; el 27,03% (10) eran solteras; el 21,62% (8) eran casadas y del 18,92% (7) no se tiene dato alguno.

En cuanto al nivel educativo se identifica que: el 29,73% (11) contaban con secundaria completa; el 24,32% (9) tenían primaria completa; el 13,54% (5) tenían primaria incompleta; el 8,11% (3) contaban con estudios técnicos y de un 24,32% (9) no se tiene datos.

De las mujeres fallecidas: el 78,38% (29) eran amas de casa; el 10,81% (4) eran empleadas; sólo el 2,70% (1) eran estudiantes y del 8,11% (3) no se tiene ningún dato.

En relación a la afiliación al régimen de Seguridad Social en Salud, se identifica que: el 72,97% (27) pertenecían al régimen subsidiado; el 16,22% (6) al régimen contributivo; el 2,70% (1) al vinculado y el 8,11% (3) no contaba con ningún tipo de afiliación.

En cuanto al área de residencia de las mujeres fallecidas se encontró que el 51,35% (19) vivían en el área urbana y el 48,65% (18) restante en el área rural.

Respecto a los antecedentes obstétricos, el comportamiento del grupo evidencia que la mayoría de mujeres se encontraban en su primera o segunda gestación, no eran grandes multíparas (más de cuatro partos) con algunas excepciones, así como la mayoría no contaba con antecedentes de abortos o cesáreas previas. Finalmente muchas de ellas tenía al menos un hijo vivo.

A continuación, se encuentran definidas las categorías y subcategorías del estudio. Igualmente, se presenta un análisis de las entrevistas a familiares, donde se detallan aspectos en común, como se muestra en la Figura 2.

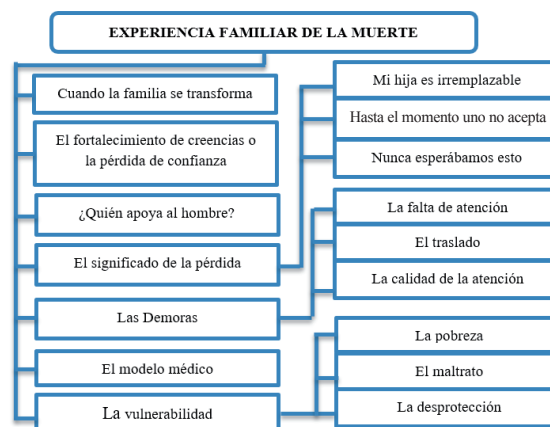


Figura 2. Categorías y subcategorías derivadas del análisis de las entrevistas

Fuente: Autoras

1. Cuando la familia se transforma

En cada estructura familiar se distinguen diferentes subsistemas: el conyugal, el parental y el fraterno. “Cada uno de ellos cumple distintas funciones: la del conyugal consiste en promover el desarrollo de las personas que forman la pareja; la del parental en asegurar la crianza y educación de los hijos; la del fraterno, en propiciar la socialización del niño a través del grupo de pares. Estas funciones pueden ser cubiertas por distintos miembros de la familia, o por personas

ajenas a la misma, en forma temporal o permanente (...)” (17).

En el ámbito familiar, las personas entrevistadas hacen referencia a la reestructuración que han tenido o que tienen que afrontar, tanto en las relaciones familiares como en los roles o funciones, como se muestra a continuación:

“Pues, yo desde un comienzo decidí hacerme cargo de él (el niño), él (...) me dijo que si lo dejaba vivir acá con el bebé, pues estaría mal decirle que no, nosotros le dijimos que sí porque yo... así hubiera sido como hubiera sido el bebé no se lo dejaría a él de ninguna manera” (Madre).

“La mayor parte de las culturas, en la medida en que se trata de organizaciones patriarcales, identifican a la feminidad con la maternidad (...) las representaciones o figuras de la maternidad, lejos de ser un reflejo o un efecto directo de la maternidad biológica, son producto de una operación simbólica que asigna una significación a la dimensión materna de la feminidad y, por ello, son al mismo tiempo portadoras y productoras de sentido” (18).

En cuanto a las relaciones familiares, en algunos casos estas se fortalecen, en otros empeoran, particularmente entre suegras y yernos. En relación con los roles, generalmente las abuelas son las que continúan desempeñando el rol de cuidadoras o madres sustitutas, ya que habitualmente cumplen labores como amas de casa y disponen de más tiempo para el cuidado de los niños pequeños.

Los viudos tienen que acudir al apoyo de sus suegras o cuñadas puesto que para ellos es imposible continuar con su rol como proveedores económicos y a la vez el rol de cuidadores de los niños, situación que no es fácil para ningún hombre y más si tienen que asumir jornadas laborales que impliquen cumplimiento de horarios. Sin embargo, cuando las abuelas o tías se hacen cargo de los niños para su cuidado, siempre esperan que el padre de los niños supla todas las necesidades económicas de la familia.

Es importante destacar el apoyo que brinda la familia extensa en la mayoría de los casos, a través del soporte emocional, económico y moral. Generalmente se manifiesta por el apoyo y la solidaridad que muestran los diferentes miembros de la familia, con especial énfasis en el momento del fallecimiento de la mujer y en el cuidado de los niños. Respecto al apoyo recibi-

do por la red social, el más frecuente es el relacionado con el cuidado de los niños por parte de la familia, amigos y vecinos, sin embargo a veces tienen que recurrir al apoyo remunerado pagando a una niñera.

2. El fortalecimiento de creencias o la pérdida de confianza

Es conveniente anotar que “Al momento de las personas enfrentar los procesos de duelo surgen ciertas necesidades espirituales, tanto religiosas como no religiosas. Las necesidades espirituales religiosas están fundamentadas en la relación con lo sagrado, entiéndase Dios u otros seres de carácter divino, que facilitan la creencia de una vida después de la muerte. Para algunas personas, la religión es el principal factor de apoyo en los procesos difíciles del diario vivir el cual les permite seguir adelante a pesar de las adversidades (Koenig & Pritchett, 1998). Las necesidades espirituales no religiosas son aquellas que integran la búsqueda de sentido, significado y trascendencia en la experiencia de pérdida y dan dirección al proceso de duelo” (19).

Es por eso, que la muerte de estas mujeres, genera en muchos casos sentimientos de rabia, resentimiento y desesperanza. Estos sentimientos son soportados a través de la espiritualidad/religiosidad, como un importante apoyo para enfrentar los momentos críticos, generando una sensación de tranquilidad ante la adversidad.

Sin embargo, algunos de los entrevistados a pesar de contar con esa fortaleza espiritual, tratan de aceptar la partida de su familiar, creen que ha sido la voluntad de Dios pero se sienten muy afectados, sufren en silencio y entienden la muerte como una partida inevitable pero que desafortunadamente hay que asumirla. Dicha posición espiritual se puede ver fortalecida o por el contrario rechazada, de acuerdo al siguiente relato:

“Digamos por un lado cosas que le tocan a uno como castigo de la misma vida y (...) ¿cómo le dijera yo? Prácticamente sí, como tratar de mostrarle a uno otro camino, otro destino, otra cosa más diferente a todo. O sea otra cosa aparte porque dice uno no fue que mi Dios me castigó, pues en el momento son cosas que a uno le tocan porque la muerte es una sola y uno no se muere el día en que uno quiere sino el día que uno tiene marcado ¿ya? Y pues si no es (...) ese día le tocó a ella desafortunadamente pues, pues es lo que pasó” ... (Madre).

3. ¿Quién apoya al hombre?

Debe señalarse que “Existen fundamentalmente dos tipos de cambios que afectan directamente las funciones y la evolución de la familia: los cambios intrasistémicos – nacimiento de los hijos, adolescencia, alojamiento o separación del hogar, muerte de algún familiar, divorcio, etc., y los cambios fuera del sistema familiar – cambios de domicilio, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, etc., que se relacionan con el funcionamiento familiar y requieren un proceso de adaptación que garantice al mismo tiempo la cohesión familiar y el crecimiento psicológico de cada uno de los miembros” (17).

Es por eso, que en esta investigación se puede observar cómo cambia la dinámica al interior del hogar, normalmente el hombre era quien trabajaba fuera del hogar y respondía económicamente por este; por su parte la mujer cumplía con las funciones de esposa, madre, ama de casa y compañera; cuando ella muere se tiende a culpabilizar de cierta manera a esos esposos que han quedado solos, algunos de sus familiares esperan y en otros casos les exigen que hagan más. Por su parte, ellos tienen que lidiar con toda la carga emocional de haber perdido a sus esposas, de quedar solos con los niños y procurar quién los siga cuidando en el hogar mientras ellos trabajan; además deben luchar con todas las expectativas de quienes los rodean y la alteración económica que implica la muerte de la mujer en el hogar.

A continuación se ven las quejas y exigencias que hacen las suegras o cuñadas especialmente cuando piden apoyo económico para el mantenimiento de los niños:

“Entonces un día yo lo cogí y me le puse brava, le dije que él tenía que ayudar para que M saliera adelante, entonces comenzó a pegarle, comenzó a pegarle y vino y le dijo el día que lo amenacé por el Bienestar Familiar me dijo que me fuera, que aquí no volviera, que aquí no tenía nada que hacer y le dije y la niña ¿qué? Y me dijo la ve cuando él me dijera a mí que la viera, entonces le dije si es que la niña está huérfana, ella quedó huérfana de mamá, pero no de familia” (Hermana).

4. El significado de la pérdida

La muerte de un ser querido puede generar manifestaciones relacionadas con: la desesperanza, la tristeza y la impotencia en los adultos; los niños por su parte, somatizan dichos sentimientos, predominando

los síntomas de ansiedad y las alteraciones del humor. Todos estos factores estresantes tienden a originar manifestaciones emocionales como: tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa; además de la desadaptación a nivel social y laboral (20-22).

Teniendo en cuenta que las pérdidas constituyen una parte ineludible de la vida, todos debemos afrontarlas, pero la forma como se reacciona o se comporta frente a éste hecho depende de cada persona, de cómo sea percibida la pérdida y cómo se valore, de la experiencia que se tenga frente a anteriores pérdidas y el apoyo que se reciba de los demás. Este tipo de muertes son percibidas como algo catastrófico al verse interrumpido el proyecto de vida familiar y personal, quedando la sensación en los familiares de que se dejaron tareas por cumplir.

Las siguientes narraciones muestran lo que para cada uno de los entrevistados ha significado la muerte de su familiar a medida que transcurre el tiempo:

- Mi hija es irremplazable...

“Porque igual yo perdí a mi esposo cuando ellos estaban pequeños pero no es ni comparable (...) Yo (...) no sé, mire que yo cada que la recuerdo a ella a mí me da muy duro, pero pues no igual que cuando ella falleció, porque cuando ella falleció yo duré como unos cuatro meses que la verdad yo ni comía, uy yo me puse muy flaca, flaca, flaca, ¡flaca!” (Madre).

- Hasta el momento uno no acepta,

“No pues muy horrible imagínese, lo primero la menor, lo segundo hasta el momento uno no acepta, no asimila y la bebé tan pequeñita, la ilusión que ella tenía de tener una niña y mi Dios se la regaló pero no más la pudo disfrutar 18 días... (Hermana).

- Nunca esperábamos esto,

“Pues aguantarlo (el dolor) ya toca aguantarlo porque Dios lo quiso así, pero nunca esperábamos esto (...) Pues duro y la verdad pues me hace mucha falta porque pues son doce años los que yo llevaba viviendo con ella y de un momento a otro irse así por así” (...) (Viudo).

5. Las Demoras

Las instituciones sanitarias en los últimos años han diseñado diversas metodologías para enfrentarse con los casos de mortalidad materna. Para quienes se ocupan de la prevención es fundamental la utilización de estrategias, que permitan evaluar y corregir muchos

problemas relacionados con la salud y atención a la mujer, así como evitar complicaciones mayores como la muerte.

En Colombia, a través de la ejecución del Plan de Choque para la reducción de la mortalidad materna (23), se han identificado cuatro retrasos o demoras en la atención materna, que influyen en los altos índices de mortalidad y que impiden que la mujer durante el embarazo, parto y posparto tenga una atención eficiente y de calidad.

Es por eso, que en este estudio se evidencie que para los familiares de las mujeres fallecidas son claras las demoras presentadas por el personal de salud, sea asistencial o administrativo. Seguidamente se muestran los tipos de demoras relatadas por ellos, en donde en algunos casos se se presentaron uno o varios tipos de demoras.

- La falta de atención:

"(...) Entonces le dije dígame a los médicos, es que se puso muy hinchada, le dije ¿qué le dijeron? me dijo no, no me dijeron nada, cuando iba que le dolía la cabeza que eso era normal con el embarazo y (...) ya en el (...) séptimo mes, del sexto al séptimo mes que (...) que se puso muy hinchada, hubo un mes que me parece que se subió (...) cinco kilos, todo lo que le pasaba a ella para los médicos jera normal! Era normal y pues a nosotros nos parecía raro, que (...) un error que yo digo que cometí: nunca la acompañé al médico, siempre iban los dos o ella iba sola, y pues yo digo uno confía en los médicos, porque ¡son médicos! ¿Sí? Uno nunca (...) nunca se imagina que (...) que fuera a pasar algo" (Madre).

- El traslado:

"Llegamos primero nosotros, a pesar de que él dio tanta vuelta en esa moto y vueltas porque nos decían que no que era en una parte, que no que ahí no está, que era en otra. Entonces allá llegamos y ella no había llegado, no había llegado porque resulta que la ambulancia donde ella iba la metieron a otra parte, a otro hospital, allá la alcanzaron a tener, allá disque un buen rato en urgencias y la fueron a atender, la atendieron, no pero ¡esta paciente no aparece acá! Esta paciente no y ella que se moría de los dolores tan tremendos y jella no podía respirar!" (Madre).

- La calidad de la atención:

"Ella tuvo el bebé bien, le hicieron la cesárea, sino que le hicieron esa operación ¿cómo se llama? Una ligadura de trompas o algo así (...) y ella estaba en recuperación, estábamos en recuperación, ya ella estaba en recuperación

conmigo, estábamos esperando la salida para ese mismo día porque ella iba bien (...). En el mismo hospital sí, pero ya estaba fuera, supuestamente ella o sea ya estaba fuera de peligro" (Viudo).

6. El modelo médico

El énfasis centrado en el organismo como máquina, hace recordar lo que para Foucault significa individuo o sujeto, el término "sujeto" tiene dos sentidos: sujeto sometido al otro por el control y la dependencia, y sujeto relegado a su propia identidad por la conciencia y el conocimiento de sí mismo. En los dos casos, el término sugiere una forma de poder que subyuga y somete (24).

Dentro de esta perspectiva, para el modelo médico el hombre pasa de ser su objeto de estudio a ser un objeto sometido al control de su saber, donde el médico arreglará aquellas partes descompuestas sin importar lo que el individuo sometido a estudio piense, sienta o imagine. Muchas veces, en la relación "médico-paciente" se da una situación de jerarquía y desigualdad, donde prima el saber médico frente a la experiencia de las personas.

"Al hablar de la mujer, en primer lugar se medicalizan la concepción y la anticoncepción. También se medicaliza la maternidad en lo que se refiere a los cuidados y educación de las madres para llevar a cabo dichos cuidados. Todos los ciclos de la vida de la mujer relacionados con la procreación, desde la menarquia hasta la menopausia, impelen a la mujer a recurrir a los consejos médicos" (25).

En la siguiente narrativa, la madre de la usuaria ve que a pesar de que a su hija le hayan hecho muchas intervenciones o procedimientos, estos no servirán de nada, pues para ella su hija ya no tenía vida desde el momento en que la vio inconsciente. Igualmente, se observa que para la familia es un choque muy fuerte ver a su familiar colmado de monitores, sondas, medicamentos, etc., pues esto revela la gravedad de su enfermedad, lo que les genera más temor y ansiedad.

"Sí ya la tenían en la UCI sí, con un poco de aparatos, de todo y (...) entonces ahí uno piensa (...) tantas cosas que (...) no hallábamos si firmarles o no firmarles, él decía que (...) él nos dijo ya por ella (...) no hacemos nada, y yo ¿cómo doctor, no van a hacer nada? ella viniendo todos los días y entonces (...) ¿qué pasó? Yo no les creía a ellos para nada para nada que ella tenía vida, pues esos tres días la tuvieron ahí, ya para mí no tenía vida, no tenía ninguna esperanza, ya desde ese momento en que la vi, ninguna, no sé por qué le sacaron el bebé y le hicieron tan-

tas cosas, si para mí (...) yo sabía que eso en nada servía (Madre).

A partir del siguiente ejemplo, se evidencia cómo a la mujer embarazada se la trata como “objeto”, donde la forma de obtener el niño es desembrázandola. No se les da la categoría de seres humanos a las personas, son consideradas como un número y no se toma el tiempo necesario para explicarle ni a la mujer ni a su familia por qué le van a realizar dicho procedimiento; razón por la cual, al no saber del tema se ponen en manos de los expertos, al limitarse a escuchar sin opinar.

“Pues toca, toca desembrazar la niña. Eso fue todo lo que me dijeron, me dijo la doctora, y la tenían ahí y luego yo siempre, como siempre parada ahí en la puerta (...) En esas entró el doctor de una vez y me dijo, le dijo L ¿cómo sigues? Dijo ya un poquito de mejor le dijo ella, y le dijo bueno L te vamos a desembrazar, vamos a desembrazarte, le dijo ella y ¿mi bebé doctor? Pero (...) el doctor enseguida dijo vamos a desembrazarte, él dio la vuelta y salió y ya no (...) no le contestó, él no le contestó” (Madre).

7. La vulnerabilidad

La muerte materna puede deberse a distintas causas, entre las cuales están: la asistencia sanitaria de la madre, las condiciones de saneamiento de la vivienda, la nutrición y las condiciones socio económicas generales que la vinculan a la vulnerabilidad. Al respecto, se realizan las siguientes consideraciones:

- La estructura familiar puede dar lugar a unas ventajas o desventajas. Las relaciones y el apoyo familiar pueden servir para ayudar a los miembros más necesitados. Así mismo se presentan desventajas cuando los ingresos son insuficientes y no suplen las necesidades de todos los integrantes del nuevo hogar.
- Se tornan más vulnerables los hogares monoparentales, teniendo en cuenta que hay una sobrecarga en la realización de actividades que antes estaban a cargo de la mujer y que por el tiempo del que no disponen los hombres (teniendo en cuenta que tienen que trabajar fuera y cumplir horarios), son difíciles de asumir por ellos, lo que hace que en algunas ocasiones se tenga que pagar para el cuidado de los niños pequeños.
- La mayoría de los hogares están a cargo de una persona que no cuenta con un buen nivel educativo y por consiguiente tiene un trabajo que no les

representa un ingreso acorde con las necesidades de la familia. Dichos empleos se caracterizan por ser poco remunerados, de escaso prestigio social y sin opción de un ascenso laboral.

- En cuanto a la vivienda, existe una mayor vulnerabilidad cuando las familias no cuentan con una propia, ya que los ingresos que podrían ser aprovechados para cubrir otras necesidades como ropa, alimentación, etc., tienen que ser invertidos en el pago de un arriendo.
- Respecto al acceso a servicios públicos, las familias cuentan con los básicos como son: agua, luz, alcantarillado; pero la mayoría de hogares no cuenta con servicios como teléfono o gas domiciliario, lo que implica que tengan que cocinar con otro tipo de combustibles que aumentan los costos.
- La mayoría de las personas entrevistadas cuenta con afiliación al régimen de salud subsidiado, permitiéndoles acceder a los diferentes servicios de salud.

De manera general se concluye que la familia es quien realmente pasa a ser vulnerable tras la muerte de la madre, de una forma u otra, todos terminan afectados: esposos, hijos, padres y demás familiares de la mujer.

Dentro de este marco, la vulnerabilidad se aborda desde tres puntos básicos: La pobreza, el maltrato y la desprotección.

- La pobreza

José M Tortosa considera que la pobreza es algo que se hereda y que es muy difícil poder salir de este grupo, puesto que funciona como círculo vicioso. “Hay un elemento que conviene retener de esta lista: los herederos son un grupo importante dentro de los muy ricos. Como probablemente sucede con los pobres: la pobreza también se hereda. El primer paso hacia el empobrecimiento se da naciendo en una familia pobre, hundida en el círculo vicioso de la pobreza, que va a ser incapaz de dar educación al hijo y que le condena, desde el principio, a la marginación. La diferencia es lacerante: es más fácil dilapidar una fortuna (aunque hay fortunas que es imposible dilapidar) que salir de la pobreza” (26).

Veamos cómo uno de nuestros entrevistados hace alusión de la incertidumbre generada por la pobreza:

“No yo no me hice cargo de ninguno porque como el cuento estoy atareada con mis hijos tan pequeños también y pongamos nosotros somos muy pobres y lo poquito que gana el marido mío no alcanza para nada, para medio comer porque uno no come ni bien (...)” (Hermana).

- El maltrato

Se puede destacar aquí, cómo la violencia surge en el seno de las relaciones familiares o de convivencia. “La violencia intrafamiliar se corresponde con aquella violencia cuyos protagonistas (agresores y víctimas) mantienen algún tipo de relación de parentesco (lazos de sangre-reales y supuestos-o matrimonio). Algunos autores, reducen su significado y la identifican con la violencia que tiene lugar en el seno del hogar (entre personas que conviven); otros lo amplían para incluir a personas que, estrictamente, no son familiares, ni conviven con las víctimas, pero que son sentidas por éstas como miembros de su intimidad; por ejemplo, la violencia ejercida por novios, exnovios y en general, exparejas” (27).

En la siguiente narración se puede observar cómo se generan situaciones de inequidad cuando se presentan situaciones de maltrato psicológico:

“El papá biológico sí, cuando él estaba acá él se lo llevaba, yo tuve problemas con él (...) como desde los ¿cuántos meses? Como de los cuatro meses o seis meses, algo así, porque ya él no me lo pasaba, era un problema, era grosero conmigo, entonces (...) a mí me dijeron no (...) ummm, vaya a la comisaría para que no sea agresivo, no sea grosero, a mí me tocó poner este caso en la comisaría de Ibagué” (Madre).

- La desprotección

Se debe precisar, que la exclusión se suele relacionar con las dimensiones políticas, económicas, institucionales, etc., y por tanto refleja la realidad de una sociedad. “Bajo el nombre de exclusión se decide la suerte de una cantidad creciente de mujeres y hombres, niños, familias y grupos sociales, en lo que respecta a vivienda, empleo, salud física y mental y ejercicio de la ciudadanía. Están en cuestión las condiciones de la existencia subjetiva y objetiva, la supervivencia, el deterioro de millones de seres humanos. La exclusión pone en tela de juicio la organización y el funcionamiento de nuestras sociedades, su situación presente y el tipo de futuro que ésta permite entrever, las condiciones, los medios, el precio de su prosperidad: su legitimidad, en suma” (28).

Pueden presentarse situaciones de desprotección que llevan a situaciones de exclusión:

“La menor, la que tuvo cuando ella murió la tiene el Bienestar y el resto: la otra niña la tiene por allí un tío y los otros ya están grandes y la otra niña la tiene una comadre, así (...)” (Hermana).

Discusión

Desde hace varios años los eventos de Salud Sexual y Reproductiva más preocupantes desde el punto de vista de la Salud Pública son: el exceso de muertes maternas evitables, el aumento de la incidencia de ITS y VIH/SIDA, la falta de servicios de atención integral para adolescentes y el aumento de las tasas de gestación a edades cada vez más tempranas, así como el alto porcentaje de gestaciones no planeadas, entre otros; estos factores afectan no solo las condiciones de salud de las víctimas, sino el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social (29).

En consecuencia, se han identificado como factores de riesgo asociados a la mortalidad materna diversas categorías que se relacionan entre sí: la alta fecundidad, la baja prevalencia de uso de anticonceptivos y las edades extremas (30). El riesgo visto desde esta perspectiva, hace pensar en su carácter individualizante, ya que es la mujer quien de acuerdo a sus condiciones tiene la probabilidad de enfermar o no, de morir o continuar viva.

La carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y las limitaciones en el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud (5), hacen que se torne altamente vulnerable durante las etapas de embarazo, parto y posparto. Aquí ya no se consideran las características relacionadas con la mujer como individuo sino que la relacionan con un contexto como ser social. De igual manera estas mismas condiciones que afectan a la mujer afectan al núcleo familiar y al morir ella su familia se torna más vulnerable, teniendo en cuenta que se pierde un miembro fundamental del grupo, debilitándose de esta manera el apoyo social.

En el estudio de Azevedo et al., (21) se señala que la muerte de una mujer joven en el parto o poco después es trágica para todos: familia, profesionales de la salud y la sociedad. La pérdida es relativa e irremediable, especialmente cuando la supervivencia de los niños está relacionada con la madre.

Por su parte, Ramírez et al., (22) concluyen que además de la fragmentación de la familia, la mortalidad materna produjo impacto físico, psicológico, espiritual y social mayor en los 50 huérfanos sobrevivientes.

Tras la muerte de la madre la estructura familiar puede dar lugar a una serie de ventajas o desventajas que afectan de manera positiva o negativa a sus integrantes. Las relaciones y el apoyo familiar óptimo pueden servir para ayudar a los miembros más necesitados; asimismo se presentan desventajas cuando se produce la desintegración familiar, dada por la separación de los hermanos y la pérdida de relación con los padres. Cuando una mujer muere, es evidente que las familias y cada uno de sus miembros se tornan vulnerables, pero cuando cuentan con el apoyo de otros familiares, amigos y vecinos; así como el mismo hecho de contar con un trabajo, de pertenecer a un grupo religioso o social, etc., hace que la situación sea menos traumática.

En esta investigación, la mayoría de familias a pesar de que prevalece la precariedad económica, también se hace evidente la presencia de vínculos sociales porque tienen una red familiar fuerte, hay compañía, apoyo, unión, que en definitiva es lo que más importa en un momento de tanto dolor como este. Pero en los casos donde la mujer era soltera y madre cabeza de familia, este núcleo familiar se puede disolver y los hijos son marginados pasando a vivir en hogares de acogida o a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); quienes cuentan con mejor suerte son los amparados por algún miembro de la familia, un compadre o un amigo.

Las evidencias anteriores, coinciden con estudios que concluyeron que los huérfanos se quedaron con su padre, abuelos o se distribuyen entre parientes; sin embargo, algunos de los hijos viven con otras personas que no tienen una relación de parentesco directo con alguno de los padres, o en total abandono, viviendo en condiciones de miseria, dependiendo de los amigos, allegados o vecinos para su supervivencia (31-32).

Según este estudio donde se indaga sobre muertes de mujeres, madres, hijas, etc., la figura del hombre aparece desdibujada, pero a pesar de que algunos relatos muestren que todo es asunto de mujeres, sí que tiene que ver con los hombres, pues ellos también hacen parte de dichos relatos.

Por otra parte, en el aspecto comunitario se reflejan problemas como la desintegración familiar y la fusión con una nueva familia, pudiendo afectar la situación económica de ésta; igualmente, se observan repercusiones económicas cuando la mujer era el único o más importante sostén familiar; del mismo modo, se debe tener en cuenta el papel que cumplen las abuelas, hermanas o hijas como madres sustitutas en la adquisición y desarrollo de este nuevo rol.

Con frecuencia los estudios, se centran en conocer las causas de la muerte, para orientar acciones hacia la prevención; sin embargo, cuando ya ocurre debe orientarse el actuar hacia el reconocimiento de la familia donde ha acaecido una muerte materna, como población vulnerable, con una problemática que afecta seriamente a los hijos huérfanos (33). Por lo anterior, la muerte materna debe ser vista como un problema social, teniendo en cuenta que se presenta no sólo por eventos fisiológicos sino que también influyen factores sociales y culturales.

Por su parte, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2006-2012 establece, la necesidad de mejorar la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de toda la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas (34).

Conclusiones

- Teniendo en cuenta que las causas de muerte materna son variadas y dependen en gran medida del contexto en que viven y mueren estas mujeres, es necesario establecer medidas mínimas que garanticen el acceso a los servicios básicos de salud y la atención con calidad a la futura madre por parte de todos los profesionales; así mismo, se deben tener en cuenta los factores sociales y culturales que influyen en la toma de decisiones por parte de la mujer, lo que la va a afectar en la forma como asume sus cuidados durante el embarazo, repercutiendo en el desenlace de su parto.
- Cuando se presenta la muerte de una mujer en el embarazo, parto o puerperio, los familiares expresan su incertidumbre por no entender la muerte vista como algo catastrófico, fatal y doloroso al verse

interrumpido el proyecto de vida familiar y personal; es algo que nadie se esperaba porque las mujeres en la mayoría de los casos cuidan de su embarazo, cumplen con las recomendaciones y siguen los consejos hechos por el personal de salud.

- Generalmente la muerte materna afecta a toda la familia, produciendo un impacto negativo en la estructura y en la dinámica familiar, con severas consecuencias futuras; de manera particular se ve perjudicado el bienestar de los niños que se han quedado sin madres, lo cual se traduce en un incremento en la morbi-mortalidad infantil, deserción escolar, adquisición de nuevos roles y un futuro incierto en algunos casos para los hijos huérfanos.
- Las entrevistas de un modo u otro muestran la propia subcultura de muchos de los entrevistados, donde prevalece la figura del padre como cumpli-

dor de responsabilidades económicas, pero no de la educación, protección y compañía de los hijos, pues se sigue considerando como una responsabilidad propia de la mujer.

Agradecimientos

Las autoras expresan sus agradecimientos a las familias participantes del estudio, por permitirnos el ingreso a sus hogares y el compartir sus relatos. A la Secretaría de Salud Departamental del Tolima por facilitarnos la información relacionada con las mujeres fallecidas por muerte materna. Al Doctor Adrián Buzzaqui Echevarrieta, por su constante apoyo académico y crítica respetuosa.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Mortalidad Materna. Nota descriptiva N°348. OMS; 2012 [consultado 1 de octubre de 2018] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/mortalidad_materna.pdf
2. Lelijstrand J. Reduciendo perinatal and maternal mortality in the world: the major challenges. Br J Obstet Gynaecol. 1999; 106(9):877-80.
3. Fortney JA, Leong M. Saving mother's lives: programs that work. Clin Obstet Gynecol. 2009; 52(2):224-36.
4. Ransom EI, Yinger NV. Por una maternidad sin riesgos. Cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna [monografía en Internet]. Washington: Population Reference Bureau; 2002. [citado 18 dic de 2017]. Disponible en: http://www.prb.org/pdf/MakMotherhdSafer_Sp.pdf
5. Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Vigilancia y Control. Protocolo de Vigilancia de la Vigilancia en Salud Pública Mortalidad Materna. Bogotá D.C.: INS; 2016.
6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 132ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C.: OPS; 2003.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mortalidad materna y neonatal en ALC y estrategias de reducción. Washington, D.C.: OPS; 2012.
8. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional. Washington, D.C.: OPS; 2006.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). ODM 5: Mejorar la salud materna. Washington, D.C.: OMS; 2012.
10. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos del Desarrollo Sostenible [Internet]. Washington D.C.: Nueva York: PNUD; 2015 [consultado 6 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud – Décima revisión. Washington D.C.: OPS; 2003. [consultado 16 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

12. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán! OMS; 2005 [consultado 1 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf
13. Rojas Suárez JA, González M, Monsalve G, Escobar MF, Vasco M. Consenso colombiano para la definición de los criterios de ingreso a unidades de cuidado intensivos en la paciente embarazada críticamente enferma. *Rev. Colombiana de Oste y Ginecol.* 2014; 65(1):47-74.
14. Angulo F, Vásquez R. Los estudios de caso. Una aproximación teórica. En: Vásquez R, Angulo F, coordinadores. Introducción a los estudios de casos. Los primeros contactos con la investigación etnográfica. Granada: Ediciones Aljibe; 2003. p. 15-51.
15. Mucchielli A. Diccionario de métodos cualitativos en ciencias humanas y sociales. España: Editorial SÍNTESIS, S.A.; 2001.
16. De Souza Minayo MC. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
17. Bronfman M. Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil. 2ª. Ed. Argentina: Lugar Editorial; 2001.
18. Tubert S. La maternidad en el discurso de las nuevas tecnologías reproductivas. En: De la Concha A, Osborne R, coordinadoras. Las mujeres y los niños primero. Discursos de la maternidad. España: Icaria editorial, S.A.; 2004. p. 111-36.
19. Valdez YM, González JA, Mascorro E. La espiritualidad en los procesos de duelo. En: González-Rivera JA. Espiritualidad en las profesiones de ayuda: Del debate a la integración. 1ª. ed. Puerto Rico: Ediciones Psicoespiritualidad; 2016. p. 189-210.
20. Pelloso SM, Guarino MS. A problemática familiar e a morte materna. *Cienc Cuid Saúde.* 2006;5:19-25.
21. Azevedo F, Spanó AM, de Almeida AM, Kanashiro Y. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. *Rev Esc Enferm.* 2006;40(1):50-6.
22. Ramírez F, Rivera M, Durón R, Aguilar OE, Fuentes M, Gómez C et al. Impacto de la mortalidad materna en la familia, especialmente en la niñez, de occidente de Honduras. *Rev Med Hond.* 2003; 71:14-122.
23. Ministerio de la Protección Social. Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna. Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004.
24. Foucault M. Por qué hay que estudiar el poder: la cuestión del sujeto. *Revista Mexicana de Sociología.* 1988; 50(3):3-20.
25. Aguinaga J. El precio de un hijo. Los dilemas de la maternidad en una sociedad desigual. Barcelona: Debate; 2004.
26. Tortosa JM. La pobreza capitalista. Madrid: Editorial Tecnos S.A.; 1993.
27. Espinar E. Violencia de género y procesos de empobrecimiento. España: Servicios de Publicaciones Universidad de Córdoba; 2006.
28. Karsz S, coordinador. La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices. 1ª. Ed. Barcelona: Gedisa S.A.; 2004.
29. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolos para la atención de Enfermería a la Salud Sexual y Reproductiva de la mujer. Principios y consideraciones generales. Cuidado de la mujer en edad fértil. Cuidado de la mujer gestante. Cuidado de la mujer en el trabajo de parto, parto y puerperio. Bogotá D.C.: UNFPA, Minsalud; 2014.
30. Uribe A. Análisis del comportamiento de la mortalidad materna y perinatal. *Rev. Ciencia y Cuidado.* 2011; 8(1):13-20.
31. Herrera MC, Cruz JL, Robledo GP, Montoya G. La economía del grupo doméstico: determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chipas, México. *Rev. Panam Salud Pública.* 2006; 19(12):69-78.

32. Reyes F, Bobadilla JL, Karchmer S, Martínez L. Efecto de la muerte maternal sobre la dinámica familiar y la sobrevivencia infantil. *Ginecol Obstet Mex.* 1998;66 (10):428-32.
33. Lozano Avendaño L, Bohórquez Ortiz AZ, Zambrano Plata GE. Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. *Rev Univ. Salud.* 2016; 18(2):364-372.
34. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2002-2006. Santa Fe de Bogotá D.C.; 2002.