

Gestación y desplazamiento: fusión de prácticas para el bienestar del hijo.

Alix Zoraida Bohórquez De Figueroa ⁱ | Gloria Esperanza Zambrano Plata ⁱⁱ

Recibido:
15 de julio de 2008

Aceptado:
28 de noviembre
de 2008

Resumen

Objetivo: Describir el significado del cuidado para las gestantes desplazadas a partir de sus valores, creencias y prácticas en lo que se refiere al cuidado de sí y de su hijo por nacer.

Metodología: El presente estudio se desarrolló en Cúcuta (N.S.) durante el año 2006. Se empleó como metodología la etnoenfermería (Leininger) con el fin de explorar la perspectiva émica de las gestantes. Para el análisis de los datos se empleó el método de James P. Spradley. Participaron 7 gestantes que se constituyeron en los informantes claves. Se realizó muestreo por saturación por caso y por tema, en promedio se realizaron 3 entrevistas por informante.

Resultados y discusión: En el presente estudio se estableció como tema central: “la gestación en el desplazamiento: etapa de fusión de prácticas para el bienestar del hijo por nacer”, en el que se hallaron 7 dominios para proteger al hijo por nacer. En cada uno de ellos se encuentran prácticas que reflejan diferentes creencias, mitos y tabúes orientados a garantizar el bienestar del hijo.

Conclusiones: Al analizar cada una de las dimensiones se encuentra que algunas de estas prácticas son beneficiosas, otras inocuas y algunas de ellas lesivas para la salud de la gestante y del hijo por nacer, trayendo importantes implicaciones para el cuidado prenatal no sólo para enfermería, sino también, para las diferentes disciplinas que intervienen en la atención de la gestante.

Palabras claves: cultural, atención prenatal, personas desplazadas, mujeres embarazadas-etnología. (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

Objective: To describe the meaning of caring for pregnant women displaced from their values, beliefs and practices in regard to self care and her child to be born. **Methodology:** This study was conducted in Cúcuta (NS) on the year 2006.

We use as methodology as ethno nursing (Leininger) with a view to exploring the prospect emic of pregnant women. For data analysis method was used by James P. Spradley. 7 pregnant women who participated were formed in the key informants. It performs sampling saturation by-case basis

ⁱEnfermera magister en salud pública. Profesor titular Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico mayita_83@hotmail.com

ⁱⁱEnfermera magister en cuidado de enfermería materno perinatal. Profesora asociada Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico gloriae91@hotmail.com

and by subject, on average 3 interviews were conducted by an informant.

Results and Discussion: On the present study was established as a central theme: “pregnancy in the displacement: stage merger of practice for the welfare of the unborn child”, were found 7 practice for to protect the unborn child. On each of these are practices that reflect different beliefs, myths and taboos aimed at ensuring the welfare of the child.

Conclusions: In reviewing each of the dimensions we found that some of these practices are beneficial, others harmless and some of them damaging to health of mother and unborn child, bringing important implications for prenatal care not just on nursing, but also for the different disciplines involved in caring for pregnant women

Keywords: *Culture, prenatal care, persons displacement, Pregnant women-ethnology.*

Introducción

El desplazamiento forzoso es la tragedia humanitaria más grande en la historia de Colombia; según datos de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) se estima que en 20 años (1985-2005) se presentaron 3.662.842 personas desplazadas¹. El conflicto armado interno se intensificó a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI, como consecuencia en los últimos 10 años se incrementó el desplazamiento, presentándose en el periodo 1997 – 2007 un total de 2.853.455 personas en situación de desplazamiento (PSD)²; para este mismo periodo un total de 102.063 personas llegaron desplazadas a Norte de Santander, especialmente al municipio de Cúcuta^{3 4}.

El desplazamiento conlleva a un desmejoramiento de la calidad de vida de las víctimas, constituyéndose en población altamente vulnerable, presentando indicadores peores que los registrados en la población pobre de las áreas urbanas. Las PSD se ubican en zonas marginales, en barrios de invasión, en viviendas precarias, con altos grados de hacinamiento y baja cobertura de agua potable, alcantarillado, recolección de basuras y electricidad⁵. Se estima que el 99%

de la PSD se encuentra por debajo de la línea de pobreza, el 85,4 % presenta necesidades básicas insatisfechas y el 80% se encuentra en situación de indigencia^{4 7}.

En Cúcuta (N.S.) la situación no es diferente a la que se registra a nivel nacional, la mayoría de los desplazados residen en asentamientos subnormales de la periferia de la ciudad en el sector de la ciudadela de Juan Atalaya, donde se presentan condiciones insalubres y ausencia de algunos de los servicios básicos como agua, electricidad, alcantarillado y recolección de basuras⁸, exponiéndose a múltiples riesgos ambientales para su salud. El riesgo de pobreza (ingreso mensual que no permite cubrir las necesidades básicas de alimentación, educación, vestuario e higiene personal) es del 91,7%⁸, esta situación se presenta porque las familias desplazadas poseen un grado de educación bajo, sus pertenencias fueron abandonadas en el sitio del desplazamiento por la premura de la salida de sus hogares quedando sus propiedades a la deriva o en poder de los grupos armados ilegales que ocasionaron su desplazamiento.

De otra parte, en los últimos años se ha dado una feminización del desplazamiento, según datos estadísticos de CODHES, en

Colombia 55% de la población en situación de desplazamiento son mujeres² y en Norte de Santander 51%⁴, de estas el 47% se encuentran en edad fértil⁶. Las mujeres tienen que enfrentar el desplazamiento con ruptura de su tejido social, solas (huérfanas, viudas o abandonadas por el conyugue), en situación de pobreza, con sentimientos de desesperanza e impotencia, con deterioro de la salud, con miedo y con la responsabilidad de sobrevivir y luchar por el bienestar de sus hijos.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres en situación de desplazamiento se encuentra seriamente comprometida. Las mujeres desplazadas por el conflicto armado colombiano presentan una tasa total de fecundidad TTF de 4.8 hijos, más alto que el reportado en las mujeres de zonas marginales (3.9), y rurales (4.2), esto refleja la alta vulnerabilidad de las mujeres en situación de desplazamiento⁵.

Según la encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) del 2005, el 6% de las mujeres se encontraba embarazadas en el momento de la entrevista y de estas solo el 33% deseaba el embarazo⁵. El embarazo en adolescentes, presenta cifras dramáticas, encontrándose que 63% de las mujeres de 19 años cumplidos, ya son madres o están embarazadas de su primer hijo y en el rango de 13 a 19 años el embarazo se presenta en el 24.5%⁵.

Frente al fenómeno del desplazamiento, el estado Colombiano mediante la ley 387 de 1997, reconoce las responsabilidades que tiene frente a las personas afectadas por esta problemática y establece la obligación de brindar una atención integral a las familias en situación de desplazamiento forzado. No obstante el espíritu de la ley, después de más de 10 años la atención en salud a la totalidad de la población desplazada está lejos de cumplirse, Norte de Santander es uno de los departamentos con mayor proporción de población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social y Salud, solo 33% de las PSD tiene acceso a los servicios de salud⁷, sumado a la baja utilización de los servicios

de salud⁶ incluido los programas de salud sexual y reproductiva y el programa de control prenatal (50%)⁸ que es menor al reportado a nivel nacional (60%)^{5 6}, ubicando a la PSD y específicamente a la mujeres en el grupo poblacional de mayor vulnerabilidad.

Estas mujeres deben asumir la maternidad en la adversidad y el desarraigo, en muchos casos sin apoyo gubernamental, por lo tanto el control prenatal es un “privilegio” para la minoría de las desplazadas, quienes acceden a los servicios de salud donde se atiende la gestación con un enfoque que privilegia lo biomédico, ignorando las prácticas de cuidado definidas por sus creencias y valores, creándose una brecha entre las usuarias y las instituciones de salud. Este choque cultural, tiene importantes implicaciones en la accesibilidad a los servicios de salud y en la calidad del cuidado que se ofrece a las PSD.

El interés por explorar el significado de estas prácticas de cuidado, dio origen a esta investigación, tomando como marco de referencia la teoría del cuidado transcultural de Madeleine Leininger, que tiene como finalidad ofrecer un cuidado coherente culturalmente, definido como “los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios”, para lograr esto enfermería debe hacer una mediación entre los cuidados definidos culturalmente (emic) y los cuidados propuestos por los profesionales (etic), en ese sentido Leininger plantea tres modos de acción del cuidado: la conservación y mantenimiento de los cuidados culturales, la adecuación y/o negociación de estos cuidados y el rediseño y/o reestructuración de los mismos cuando estos son perjudiciales⁹.

Teniendo en cuenta, que el conocimiento de las prácticas de cuidado es el primer paso para que enfermería de un cuidado competente culturalmente, el grupo de

investigación planteo la presente investigación con el propósito de describir el significado del cuidado para las gestantes desplazadas a partir de sus valores, creencias y prácticas en lo que se refiere al cuidado de sí y de su hijo por nacer, en la ciudad de Cúcuta.

Materiales y métodos

El presente estudio se desarrolló en Cúcuta (N.S.); se empleo como metodología la etnoenfermería (Leininger) con el fin de explorar la perspectiva émica de las practicas y conocimientos de las gestantes desplazadas residentes en la ciudadela Juan Atalaya, y finalmente contrastar el conocimiento émico de las gestantes desplazadas con la visión ética. La etnoenfermería propuesta por Leininger, “resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales o émicas para después contrastarlos con los factores éticos”¹². Considerando que el estudio se hizo sobre el tema de los cuidados en la gestación, el número de entrevistas y de informantes que participaron, se realizo una etnografía focalizada o minietnografía.

La recolección de la información se hizo mediante observación y entrevista a profundidad. Para desarrollar la entrevista se consideran las premisas que Martínez (1979) indica para su conducción técnica. Las gestantes desplazadas, fueron captadas inicialmente por la enfermera jefe de promoción y prevención de la Unidad Básica Comuneros y posteriormente las investigadoras entraban en contacto con las gestantes donde se les explicaba el propósito de la investigación, los procedimientos y técnicas de la misma y se solicitaba su consentimiento para participar en el estudio. Las entrevistas se realizaron en el lugar de residencia de las informantes, todas fueron grabadas en audio y transcritas en su totalidad, además se realizaron notas de campo sobre la observación realizada por los investigadores durante la entrevista.

El trabajo de campo se desarrollo durante un

año, periodo de tiempo en el cual se realizaron las entrevistas a profundidad de forma cíclica hasta lograr la saturación por informante y por tema. Participaron 7 gestantes que se constituyeron en los informantes claves, en promedio se realizaron 3 entrevistas por informante. Las informantes se encontraban inscritas en el programa de control prenatal de la Unidad Básica Comuneros y tenían la carta que las acredita como desplazadas.

Para el análisis de los datos se empleo el método de James P. Spradley¹⁰, pero se tuvieron en cuenta las cuatro grandes fases que Leininger¹¹ propone para el análisis de las investigaciones de tipo cualitativo: la primera, consiste en recolectar, registrar y describir los datos. En la segunda fase, se inicia la identificación de dominios desde la perspectiva émica. Durante la tercera fase, se elaboran preguntas de contraste que permiten identificar taxonomías, a través de las cuales se pudo descubrir la saturación de ideas y patrones recurrentes. Finalmente, en la cuarta fase a través de un proceso de abstracción y síntesis se delimitaron los grandes temas.

Teniendo en cuenta lo propuesto por Spradley¹⁰, finalizada cada entrevista se transcribía textualmente y se hacía el análisis de la misma en busca de los dominios, los cuales se consideran la primera y más importante unidad de análisis de la investigación etnográfica. Un dominios de acuerdo a Spradley, es una categoría de significado cultural que incluye otras categorías menores. Posteriormente se procedía al análisis taxonómico, la taxonomía es un conjunto de categorías organizadas sobre la base de una sola relación semántica (causa-efecto, racional, función y clase). Para el análisis taxonómico se construyeron unos cuadros en los cuales se incluía los términos incluidos, la relación semántica y el dominio. Con base al análisis taxonómico se proponían preguntas estructurales y de contraste para un análisis taxonómico más profundo. Posteriormente se continuaba con el análisis componencial, el cual implica la búsqueda sistemática de atributos de significado asociados con símbolos culturales.

Los datos fueron presentados a los informantes con el fin de complementar la información y asegurar que lo escrito e interpretado correspondía a la visión que ellos tienen del fenómeno de estudio.

Dentro de los aspectos éticos se tuvieron en cuenta lo dispuesto por la resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, la investigación fue aprobada por el Comité Central de Investigación de la Universidad Francisco de Paula Santander.

El rigor del estudio está dado por la confirmabilidad la cual se da mediante la auditabilidad, credibilidad y adecuabilidad criterios que se aplicaron en el presente estudio. Por tratarse el presente estudio de una etnografía focalizada, no se considera que sus resultados sean conclusiones universales que se puedan extrapolar a otros escenarios culturales, sino que se deben entender dentro de los límites de tiempo y espacio en que se desarrolló la investigación y como generadores de hipótesis para otros estudios ¹².

Resultados y discusión

Características de las gestantes desplazadas del municipio de Cúcuta

Las gestantes participantes provenían de los municipios de Tibú, La Gabbarrá y Ocaña, con un tiempo de desplazamiento entre 3 meses y 5 años. El número de gestaciones oscila entre uno y seis y la edad de las informantes entre 19 y 34 años. Seis de las informantes quedaron en embarazo posterior al desplazamiento. En la actualidad residen en la ciudadela Juan Atalaya del municipio de Cúcuta, viven en arriendo en inquilinatos o casas de una habitación, o “arrimados” en la vivienda de un familiar, predominando el hacinamiento, no se cuenta con los servicios básicos completos y se presentan factores ambientales adversos, como terrenos inestables, presencia de caños de aguas negras a cielo abierto y cercanía de animales silvestres como roedores, alacranes,

insectos y ofidios.

Siguiendo la metodología para el análisis de los datos ya explicada, se identificaron 7 dominios y mediante análisis componencial se dilucidó como tema central: “la gestación en el desplazamiento: etapa de fusión de prácticas para el bienestar del hijo por nacer”, en el que se evidencia el significado cultural de los conocimientos y prácticas de cuidado de las gestantes desplazadas, que reflejan diferentes creencias, mitos y tabúes orientados a garantizar el bienestar del hijo.

“La gestación en el desplazamiento: fusión de prácticas para el bienestar del hijo por nacer”

Este gran tema emerge al identificar que las gestantes a pesar de considerar el embarazo un proceso fisiológico, realizan una serie de cuidado que más allá de su autocuidado tiene como principal propósito garantizar el nacimiento de un hijo sano. En estas prácticas de cuidado se observa una mezcla entre los conocimientos tradicionales (emico) definidos por su cultura y transmitidas de generación en generación y los conocimientos definidos por la biomedicina, a través de los profesionales de la salud (ético). No obstante, frente a una práctica en la que existe contradicción entre los dos tipos de conocimiento, las gestantes siempre se inclinan por lo cuidados aceptados por su conocimiento emico.

A continuación se describen cada uno de los dominios en los que se evidencia las prácticas de cuidado que realizan las madres:

Control prenatal. La asistencia a la consulta médica es una forma de cuidado que las madres desplazadas de la región realizan como prioritario, con el propósito de conocer las condiciones de salud de su hijo, esto se evidencia con la afirmación: “...pues a ver, lo principal para mí ir al médico... para saber si el bebé está bien”; otras motivaciones, para asistir al control prenatal están relacionadas con el interés de garantizar la atención del parto institucional, el cual les permite el

cumplimiento de ciertos requisitos para obtener algunas garantías como desplazados como es el subsidio y ayudas alimentarias: “Al registrar al niño nacido en la casa se brega”, “cuando lleva uno el niño al control lo regañan por haberlo atendido en la casa”. La inclusión de los requisitos de los carnets de crecimientos y desarrollo y de vacunación, para acceder a ayudas gubernamentales, ha favorecido la ampliación de las coberturas de los programas de promoción y prevención.

Las gestantes participantes en este estudio provenían del área rural, donde la maternidad se constituye en la función primordial de la mujer; por ser el embarazo un proceso natural, no requiere atención en instituciones de salud ya que esta solo se requiere cuando se presenta la enfermedad, por lo tanto algunas gestantes no consultaban al médico en las anteriores gestaciones. La creencia de sólo consultar cuando se está enfermo, sumado a las demoras en el trámite para lograr el reconocimiento como desplazadas, es lo que hace que la consulta del primer control prenatal se haga en edades avanzadas de la gestación, esto se refleja en la expresión de las participantes frente al inicio del control “Cuándo me sentí mal o sea si porque a veces uno dice: si pa que voy si no me siento mal” “yo seguí yendo a control fue después de los 6 meses porque como no tenía ninguna clase de carnet y hasta que no me dieron la carta de desplazados que con eso fue que me atendieron.”

De acuerdo con lo establecido en la resolución 0412 del 2000 del ministerio de salud, en el embarazo de bajo riesgo el control debe ser realizado por médico y enfermera, sin embargo, para la mayoría de las gestantes el control del embarazo es sinónimo de consulta médica, en las entrevistas fue escasa el reconocimiento de las enfermeras dentro del control prenatal.

Evitar Sustancias Tóxicas. Una práctica saludable que realizan las gestantes de este estudio, es evitar consumir sustancias tóxicas, como son el tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos, por los daños

que pueden causarle al niño. El consumo materno de alcohol durante la gestación es una de las causas más comunes de defectos del nacimiento e incapacidades en la niñez¹², consecuencias que son conocidas por las informantes, quienes afirman: “nazca antes de tiempo” y que “...el niño nazca mongólico...”, estas complicaciones según sus creencias se presentan especialmente cuando el consumo de bebidas alcohólicas se presentan durante el último trimestre. Con relación al cigarrillo, las madres evitan su consumo porque le atribuyen graves efectos sobre el hijo por nacer especialmente a nivel cardiovascular, una informante afirmaba que al la madre fumar el niño: “Pueden salir enfermos del corazón”. Las graves consecuencias que provoca el cigarrillo, sobre la mujer gestante y su hijo, ya han sido suficientemente estudiadas: desprendimiento prematuro de la placenta, embarazo ectópico, placenta previa, parto pretérmino, retardo del crecimiento intratuerino y ruptura prematura de membranas^{14 15 16 17 18}. Igualmente los hijos de madres que fuman durante el embarazo tienen mayor riesgo de presentar durante el primer año de vida bronquitis obstructiva y enfermedad respiratoria aguda¹⁹.

Los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo alteran la cinética de los fármacos y la susceptibilidad a nivel de su sitio de acción; estas modificaciones no sólo repercuten en la respuesta de la madre y el ajuste de la dosis del medicamento, sino que pueden tener su traducción en el embrión o el feto, con la posibilidad de presentar problemas en su proceso de desarrollo, de ahí la importancia de evitar la automedicación. Para algunas gestantes es de gran importancia consumir únicamente los medicamentos formulados por el médico: “o sea si tengo un dolor de cabeza hago que no lo tengo y cuando ya es mucho entonces voy al médico a ver que me receta”. “Tomar medicamentos no prescritos por el médico es causa de deformidades en el niño”. Sin embargo, Para algunas de las gestantes es aceptable tomar medicamentos formulados por el médico a otras gestantes. No obstante, cuando ellas desconocen el beneficio de los medicamentos prescritos por el médico evitan

tomarlo, con respecto al ácido fólico afirman “...no entiendo pa que son esas pastillas por eso me da miedo”

Las gestantes que participaron en este estudio no toman el antibiótico prescrito, por temor a las consecuencias sobre el embarazo y especialmente sobre el niño, que se evidencia en las afirmaciones: “producen hemorragias vaginales, abortos y acaban los glóbulos rojos del niño”, “los niños nacen con deformidades ...pueden nacer sin un brazo sin una manita”. Ellas afirman que los antibióticos sólo afectan al bebé “...a uno de mamá no le hace nada”. Las infecciones urinarias son la principal causa de morbilidad durante el embarazo, el tratamiento con antibióticos es indispensable para tratar la causa y evitar complicaciones para la madre y el feto²⁰.

Usar ropa cómoda. En el control prenatal, usualmente se le recomienda a las gestantes, usar ropa cómoda y evitar la ceñida debido a que interfieren en el retorno venoso y agrava las varicosidades²¹. Las gestantes desplazadas, conocen muchos beneficios de usar ropa cómoda, como son: favorecer el desarrollo del bebé, le permite los movimientos y cambios de posición. Por el contrario usar ropa ajustada produce deformidades en el hijo, esto lo expresan las informantes en los siguientes testimonios: “el bebé pueda salir enfermo de un brazo o de una pierna”, “que el bebé nazca con la cabeza apachurrada y con líneas en la cabeza”. A pesar de conocer la importancia de usar ropa holgada, las investigadoras observaron que su situación de pobreza les impide utilizar ropa materna apropiada, generalmente continúan con la vestimenta que utilizan cuando no están embarazadas y en la medida que avanza el embarazo le van soltando los botones o cierres, algunas de ellas disponen de unas pocas batas maternas que las utilizan únicamente cuando salen de su casa.

Evitar hacer fuerza. El hacer fuerza es una práctica identificada por las madres del estudio como de alto riesgo. Ellas evitan realizar fuerza cuando realizan las labores en el hogar, no trabajan por fuera de su casa

después del séptimo mes de embarazo, evitan agacharse y no levantan objetos pesados. Las gestantes desplazadas consideran que estas actividades, les causa molestias físicas y puede ocasionar la pérdida del embarazo, una de ellas a este respecto expresa: “...no me dejan trapear, ni barrer, ni agachar porque de pronto el cordón ese se puede enredar en el pescuecito o algo así y puede ahogarse el niño y se puede morir”, igualmente el hacer fuerza puede causar malformaciones y hernias en el recién nacido: “la cabeza apachurrada”, “nacer herniado, con el ombligo largo y grande y no podrán hacer fuerza cuando sea mayor”, otra consecuencia de hacer fuerza es la “caída del bebé” que también puede ser ocasionada por correr, gritar y por emociones fuertes (cólera o alegría), con relación a esta complicación, una informante expresa: “uno sienta una bola que le molesta al caminar y al orinar..”

La actividad física excesiva puede ser perjudicial para la madre y el feto, debido a que se asocia con un más bajo peso del nacimiento, mayor número de inducción de trabajo de parto y trabajos de parto más prolongados^{22 23}.

Alimentarse bien. De la nutrición de la madre, dependen el desarrollo y crecimiento fetal. Una nutrición adecuada durante el embarazo significa que la ingesta de nutrientes debe ser suficiente para el desarrollo de los tejidos maternos y fetales, y que contiene alimentos que le proporcionan carbohidratos, lípidos, proteínas, minerales y vitaminas. Sin embargo, las gestantes en situación de desplazamiento presentan riesgo nutricional alto debido a la mala y escasa alimentación que logran conseguir a través de ayudas humanitarias o con los pocos recursos de su trabajo ocasional¹⁴, en un estudio realizado en Colombia (2004), el déficit según el índice de masa corporal es tres veces mayores en las mujeres desplazadas que en la población pobre²⁴.

Esta situación se evidenció en las entrevistas realizadas, donde las investigadoras encontraron conductas alimentarias que

reflejan el riesgo nutricional al que están expuesta la población desplazada, como es el consumo de una sola comida al día y la ingesta de una dieta a base de carbohidratos.

Las gestantes desplazadas, reconocen la alimentación como una practicas esencial para el bienestar del bebé, sin embargo la mayoría expresan que su alimentación en general no ha presentado cambios y que esta depende de la disponibilidad de los alimentos. En embarazos anteriores podían consumir pescado y otros alimentos que se producían en el campo, sin embargo en su situación de desplazadas no tienen acceso a estos alimentos.

Para las informantes, la importancia de una buena alimentación se centran principalmente en los beneficios para el bebé, que se evidencia en las expresiones: “..de lo que uno come se alimenta el bebé..el lo esta recibiendo por la tripita desde el ombligo”, “..si la mamá no come bien el niño puede morir...puede abortar”. Las gestantes que participaron en el estudio conocen los beneficios de las verduras, granos y las frutas en su alimentación: “Su consumo hace que el niño nazca “bonito, frondoso y se desarrolle bien”, sin embargo a pesar de conocer sus beneficios su consumo es bajo. Le dan gran importancia a los suplementos nutricionales de hierro y calcio suministrados en el programa de control prenatal.

Evitando la anemia. La baja ingesta de hierro es la deficiencia nutricional más prevalente a nivel mundial y la principal causa de anemia²⁵. La alta prevalencia de anemia durante el embarazo se evidencio en la ENDS del 2005, donde la prevalencia de anemia se ubica por encima del 55% en mujeres en edad fértil y embarazadas⁶. Para las gestantes en situación de desplazamiento que participaron en el presente estudio, evitar la anemia es una de sus prioridades y la forma de prevenirla es evitar algunos alimentos como son los ácidos y comidas trasnochadas, estas prácticas se observan en el testimonio de una de las informantes: “el limón y el mango con sal son la causa de que el niño nazca con los ojitos blanquitos, aclaran la sangre de la madre y del bebé produciendo anemia”. Dormir mucho,

se constituye en causa de anemia y también en manifestación clínica de la misma. Las gestantes conocen los signos y síntomas de la anemia relacionados con los cambios mucocutaneos y la adinamia.

Los requerimientos de hierro se incrementan durante la gestación, por lo tanto es indispensable una dieta adecuada que satisfaga las necesidades de hierro, lo que no siempre es posible de lograr por limitaciones económicas o hábitos muy arraigados. Las informantes refirieron en las entrevistas, algunas prácticas tendientes a prevenir la anemia: “tomar jugos rojos(fresa y mora), ...dormir poco (15 a 20 minutos después del almuerzo), ...tomar jugo de mora con leche o agua, hígado de res licuado con mora, tomar sangre, tomar hierro, tomar calcio..Comer cosas dulces y comer queso con bocadillo”

Vinculación madre-hijo. Una de las estrategias para promover la vinculación madre-hijo es la estimulación prenatal, que busca una comunicación afectuosa y constante entre el niño y sus padres desde la gestación, su nacimiento y a lo largo de su crecimiento²⁶. Las gestantes que participaron en el presente estudio, presentan una gran necesidad de comunicarse con su hijo mediante estimulación táctil y auditiva, a este respecto una de ellas expresaba: “...uno los apechicha así los soabesea así... se tiran a calmar.... Ellos necesitan sentirse que lo están... lo están apechichando”. El propósito de estimular a sus hijos es lograr el bienestar del bebé y un mayor coeficiente de inteligencia, aspectos que han sido demostrados en diversos estudios²⁷. En la presente investigación, se encontró que la participación del padre en la estimulación es mínima, el hombre conserva los valores culturales de ser un proveedor con una relación poco afectiva y muchas veces distante con su pareja y sus hijos.

En las entrevistas realizadas, se pudo observar que el desplazamiento deja huellas imborrables en estas mujeres, en quienes se observan un intenso sufrimiento emocional acompañando por la incertidumbre respecto

al futuro, sin embargo la conciencia que tienen sobre la importancia de establecer un vínculo sicoafectivo: madre-hijo, les lleva a procurar controlar las emociones fuertes, ellas consideran que su estado emocional es percibido por el bebé y puede tener repercusiones en el comportamiento futuro del mismo: " ...cuando me da rabias afecta la bebe, porque todo lo que siento , lo siente el", "...el también sufre por la culpa de uno... cuando nacen va a ser malgeniado"

Conclusiones

En el presente estudio se observo que las mujeres gestantes en situación de desplazamiento, traen consigo su historia, sus afectos, sus valores y su cultura, que son los recursos con los que enfrentan los retos de su nueva vida. Durante el embarazo, refuerzan el cuidado de su salud con el propósito principal de garantizar el bienestar del hijo por nacer, estas practicas de cuidado están fuertemente determinada por sus creencias y conocimientos tradicionales, las cuales se ven limitadas por las condiciones socioeconómicas que caracterizan a la población desplazada. Las gestantes en situación de desplazamiento, procuran armonizar las prácticas de cuidado tradicional y las propuestas por los profesionales de la salud, sin embargo cuando estas dos tipos de conocimientos entran en contradicción las gestantes siempre optan por las practicas culturalmente establecidas, situación que es desconocida por los profesionales de la salud responsables del control prenatal.

Al analizar cada uno de los dominios, se encuentra que algunas prácticas son beneficiosas como la asistencia al control prenatal, realizar estimulación prenatal, evitar el cigarrillo, bebidas alcohólicas y esfuerzos físicos excesivos. Otras prácticas son inocuas, en las que se encuentra aquellas dirigidas a evitar la anemia por lo tanto se debe promover su mantenimiento y negociar para incorporar otras prácticas más efectivas para fortalecer el autocuidado. Por el contrario, algunas prácticas son potencialmente peligrosas, como son el

inicio tardío del control prenatal, consultar sólo cuando se presenta alguna alteración en la salud materna, la automedicación y no tomar los antibióticos prescrito por el médico para el tratamiento de la infecciones urinarias, estas prácticas pueden poner en riesgo la integridad de la vida de la gestante y del hijo por nacer, por lo tanto es necesario iniciar un proceso de reestructuración, como lo propone Madeleine Leininger.

Estos resultados tienen importantes implicaciones para el cuidado prenatal no sólo para enfermería, sino también, para las diferentes disciplinas que intervienen en la atención de la gestante. Se evidencia, la necesidad de integrar al programa de detección de alteraciones del embarazo la dimensión cultural, de tal forma que los profesionales de la salud reconozcan la importancia del conocimiento cultural y sean más sensibles al mismo, lo que sin duda repercutirá en un cuidado prenatal más humanizado y más eficiente en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.

Bibliografía

1. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento - CODHES. 2006. "Más o menos Desplazados", Boletín de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, N° 69, Bogotá-Colombia 12 de septiembre de 2006, pág. 3 [acceso marzo 5 del 2008], disponible en www.codhes.org
2. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento - CODHES. 2007. "Huyendo de la guerra", N° 72, Bogotá-Colombia 30 de noviembre del 2007, pág. 7 [acceso marzo 5 del 2008], disponible en www.codhes.org
3. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento - CODHES, (2005).

- Monitoreo población desplazada Sisdhes. "Número de personas desplazadas por municipios de llegada por trimestre desde 1999 a 2005".15 de febrero del 2006, [acceso marzo 5 del 2008], disponible en www.codhes.org
4. Pedraza Palacios Nubia. .UNIFEM-Colombia. Bogotá, diciembre 2005, pág. 24, [acceso 11 de marzo 2008] www.acnur.org/biblioteca/pdf/4039/pdf
 5. PROFAMILIA, "Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginales, Situación de las Mujeres Desplazadas", 2005, pág. 11. [acceso 10 de marzo del 2008], disponible en http://www.profamilia.org.co/encuestas/index_desplazados.htm
 6. Arias Valencia S.A., Gaviria Londoño M.B., Serie salud y desplazamiento. Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento receptora. Modulo I. OPS Universidad de Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín marzo 2005. ISBN serie 958-97582-1-5. Pág. 13-14, [acceso 6 de marzo del 2008], disponible en <http://www.disaster-info/desplazados/informes/ops/seriesaldes>
 7. Grupo temático de asistencia humanitaria y servicios básico IASC-Colombia. Coordinadores UNICEF/OPS/PMA. Necesidades, brechas y capacidades de la asistencia humanitaria y los servicios básicos en Colombia. Versión diciembre 18 del 2006.publicado marzo 9 /2007. Pág. 2 [citado 8 de marzo 2008], disponible en www.disaster-info.net/desplazados/informes/pah2/sesion034/dxco_brecha_130207.ppt
 8. Rojas Martínez Wladimir. Caracterización de las familias desplazadas del municipio de San José de Cúcuta, perspectiva de riesgo y grado de salud familiar durante el periodo comprendido entre noviembre del 2005 y julio del 2006. [Tesis de pregrado en Enfermería]. Cúcuta, Programa de Enfermería Universidad Francisco de Paula Santander. 2006. Pág.63-84
 9. Marriner-Tomey, A. Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera edición Madrid. Mosby/Doyma Libros, S.A. 1995. Pág. 451
 - 10.Sprandley J., The ethnographic interview. Orlando: Library Congress;1979
 - 11.Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for nursing; 1991.
 - 12.Streubert H, Carpenter DR. Qualitative research in nursing. Philadelphia: JB Lippincott Co; 1994..
 - 13.Pérez Sánchez, A. Perinatología. Chile : Editorial Mediterráneo, 1984, p. 298.
 - 14.Marcoux S., Brisson J., "El efecto de fumar cigarrillo y el riesgo de pre-eclampsia e hipertensión gestacional. s.l.: Cochrane. 1989, Nov, 130(5) 950-7
 - 15.Mortensen, JT et al. Smoking, sex of the offspring, and risk of placental abruption, placenta previa, and preeclampsia : a population-based cohort study. In : Acta Obstet Gynecol Scand. Vol. 80, No. 10 (Oct., 2001); p. 894-8. PMID: 11580733 [PubMed - indexed for MEDLINE]
 - 16.Castles, A. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. In : Am J Prev Med. Vol. 16, No. 3 (Apr.,1999); p. 208-15. PMID: 10198660 [PubMed - indexed for MEDLINE]

17. ALCASZAR, J. Tabaco y alcohol en el embarazo. Clínica Universitaria de Navarra. [acceso 10 de marzo del 2008], disponible en: www.cun.es/aicntic/dep15.html
18. Botero, J. Jubiz, A. Henao, G. Obstetricia y Ginecología. 6ª edición. Universidad de Antioquia. 2000. p.103
19. Mallol V, Javier, Koch C, Elard, Caro V, Ninoska et al. Prevalencia de enfermedades respiratorias en el primer año de vida en hijos de madres que fumaron durante el embarazo. Rev. chil. enferm. respir. mar. 2007, vol.23, no.1 [citado 07 Abril 2008], p.23-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482007000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-7348
20. Abarzua C., Fernando, Zajer, Claudia, Donoso O, Bernardita et al. Reevaluación de la sensibilidad antimicrobiana de patógenos urinarios en el embarazo. Rev. chil. obstet. ginecol. 2002, vol.67, no.3 [acceso 07 Abril 2008], p.226-231. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000300011&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-7526.
21. Cunningham F.G., McDonald P. C., et al. Williams Obstetricia. Editorial Panamericana. 20ª edición. Buenos Aires Argentina, 1998. Pág. 222
22. Strnfeld B. B. Physical activity and pregnancy outcome. Review and recommendations. Sports Med 1997;23(1):35-54.
23. Clapp J. F., Kim H., Burciu B., Schmidt S., Petry K., López B. Continuing regular exercise during pregnancy: effect of exercise volume on fetoplacental growth. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2002 Jan; 186 (1): 142-7
24. Prada G, Gloria Esperanza y Heran F, Oscar Fernando. Calidad de la dieta en mujeres con condición de desplazamiento forzado en Colombia en el año 2004. Rev. chil. nutr. [online]. abr. 2006, vol.33, no.1 [acceso 11 Marzo 2008], p.22-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000100003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-7518.
25. OLIVARES G, Manuel y WALTER K, Tomás. Consecuencias de la deficiencia de hierro. Rev. chil. nutr. [online]. dic. 2003, vol.30, no.3 [acceso 09 Abril 2008], p.226-233. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003000300002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-7518.
26. Trueba Guadalupe. El vínculo afectivo entre la madre y el hijo. [acceso 18 de abril 2008], disponible en: <http://www.rebozoway.org/espanol/vinculo.htm>
27. Manrique, Beatriz. Estimulación prenatal y postnatal. 1993. [acceso 18 de abril 2008], disponible en: <http://www.abranpasoalbebe.com/investigacion.htm>