



Cuba Salud

IV Convención
Internacional de Salud
17-21 de octubre, 2022

Representaciones socioculturales de la morbilidad materna extremadamente grave en mujeres sobrevivientes

Viviana de la Caridad Sáez Cantero¹

Zoe Díaz Bernal²

¹ Hospital General Docente “Enrique Cabrera”/Obstetricia, La Habana, Cuba, vamaya@infomed.sld.cu

² Escuela Nacional de Salud Pública/Doctorado, La Habana, Cuba, zoe.diaz@infomed.sld.cu

Resumen:

Introducción: en la ocurrencia de la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG), los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son factores claves que intervienen.

Objetivo: caracterizar la representación sociocultural de la morbilidad materna extremadamente grave, en mujeres sobrevivientes.

Método: estudio descriptivo con diseño cualitativo realizado en el hospital “Enrique Cabrera” en seis mujeres que sobrevivieron a una morbilidad materna extremadamente grave en el periodo 2019-2020. La muestra fue no probabilística intencional por criterios. Se aplicaron entrevistas en profundidad junto a la observación abierta. Los datos se procesaron mediante la codificación abierta, búsqueda de unidades de sentido y estructuración de categorías y subcategorías.

Resultados: Se identificaron 2 categorías principales: 1) Representaciones de la pareja y 2) Representaciones de la morbilidad materna extremadamente grave, cada una con sus correspondientes subcategorías.

Conclusiones: conocer las condiciones socioculturales y las experiencias de las mujeres que sobreviven a una morbilidad materna extremadamente grave contribuye a la identificación de los determinantes sociales relacionados, para su acción sobre ellos.

Palabras clave: morbilidad materna extremadamente grave, morbilidad materna extrema, determinantes sociales de salud.

I. INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista fisiopatológico, la muerte materna es el resultado final común de un amplio espectro de complicaciones que llevan a una disfunción multiorgánica. Empero, existe un grupo de mujeres en esta situación que sobreviven a pesar de la gravedad del cuadro e integran el grupo de la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) (1).

La MMEG fue definida por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), como “una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” (2).

Se estima que existen de 50 a 100 casos de MMEG por cada muerte materna. La elevada incidencia de estos eventos, justifica su consideración como un importante problema de salud pública (3).

La morbimortalidad materna evitable es expresión de inequidad y desigualdad y falta de empoderamiento de las mujeres. En el sector de la salud pueden accionarse medidas concretas dirigidas directamente a su disminución, pero además, hay que contemplar que los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son factores claves que intervienen (4).

Múltiples publicaciones existen sobre el tema. En América Latina, una revisión de las publicaciones sobre MMEG, encontró que la mayoría de estos no posibilitan estimar la magnitud de la asociación entre los determinantes relacionados con esta condición y predominó el abordaje desde los procedimientos clínicos, obviando los determinantes o las experiencias que las mujeres viven frente a un evento en el que está en riesgo su vida (5).

En Cuba, sólo se encontró un artículo reciente, dirigido a identificar la determinación social de la morbilidad materna en pacientes diagnosticadas en el medio hospitalario (6).

Considerando lo anterior, decidimos realizar este estudio con el objetivo de caracterizar la representación sociocultural de la morbilidad materna extremadamente grave, en mujeres sobrevivientes.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en seis mujeres que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital “Enrique Cabrera” y que sobrevivieron a un evento de MMEG, en el periodo 2019-2020. Se utilizó el diseño cualitativo sustentado en la teoría fundamentada, que utiliza el método inductivo, partiendo directamente de los datos (7). La población objeto de estudio se estructuró en dos grupos (G1: mujeres sobrevivientes y G2: familiares de las sobrevivientes, en total 14) lo cual permitió contrastar discursos, experiencias y prácticas. La muestra para cada grupo se seleccionó a partir de un muestreo no probabilístico intencional por criterios.

Se consideraron como criterios de inclusión, el diagnóstico de MMEG según los criterios de la OMS en el grupo 1 (8) y la aceptación para participar en el estudio previo consentimiento en ambos grupos.

Se emplearon dos técnicas para recabar los datos, entrevistas en profundidad y observación abierta. Las entrevistas en profundidad, se realizaron a pacientes y familiares, durante el internamiento o en visita al hogar, posterior al egreso. Las mismas se grabaron y posteriormente se realizó la transcripción, seguido de la codificación abierta y la identificación de unidades de sentido, lo cual permitió la interpretación, reconstrucción y presentación en construcciones interpretativas de los datos obtenidos. La observación abierta se efectuó durante las entrevistas, para registrar la conducta según los propósitos de la investigación, con la presencia de la investigadora ante la población objeto.

El estudio se aprobó por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la Investigación del centro sede. Se confeccionó un modelo de consentimiento informado que se aplicó a todos los entrevistados, con garantía de confidencialidad y la posibilidad de abandonar la investigación cuando lo desearan. Las entrevistas se realizaron en privado. En los relatos se respetó el anonimato, ya que se emplearon códigos figurados por las letras P (paciente) y los familiares designados como E (esposo), M (madre) y O (otros), numerados según orden asignado de manera consecutiva a cada entrevistado.

Se identificaron dos categorías principales por el método inductivo, cada una con subcategorías que dan dimensión a la categoría central. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Codificación Abierta: Resumen de categorías

Categorías	Definición	Subcategorías identificadas
Representaciones de la pareja	Formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos informativos, cognitivos, ideológicos y normativos (9) respecto a la pareja. Abarca las creencias, valores, actitudes y símbolos integrados en el sistema de interpretaciones de los humanos con el mundo, que organiza sus conductas y la comunicación social, con relación a la pareja.	1- Características de la pareja
		2- Sexualidad consciente
		3- Cultura sobre la planificación del embarazo
Representaciones de la MMEG	Formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos informativos, cognitivos, ideológicos y normativos (9) respecto a la MMEG. Abarca las creencias, valores, actitudes y símbolos integrados en el sistema de interpretaciones de los humanos con el mundo, que organiza sus conductas y la comunicación social, con relación a la MMEG.	1- Identificación temprana
		2- Cultura médica
		3- Padecer la MMEG

III. RESULTADOS

A. Representaciones sobre la pareja

Características de la pareja

De las seis mujeres sobrevivientes, cinco tenían una pareja estable y vivían juntos cuando se diagnosticó el evento de MMEG, mientras que una de ellas era madre soltera.

En tres de las mujeres, el hombre era mayor, superándolas en edad entre 12 y 18 años, incluso, la que era madre soltera, acorde la mamá, su relación anterior también fue con un hombre maduro: “(...) *ella se empató con un señor mayor, de sesenta y pico años (...)*” (MP2). La elección de un hombre maduro para formar pareja, puede estar relacionado con la búsqueda de protección y garantía económica. Un estudio en España, halló que las mujeres generalmente prefieren parejas mayores a lo largo de su vida y fue un patrón diferencial de género estable en los años analizados (10).

Dos de las parejas tenían un maridaje consolidado de más de dos lustros, en tres, la unión era inferior a tres años y en la que era madre soltera, la relación fue fugaz.

“(...) *se pelearon a raíz de ese embarazo (...)* él no quería asumir esa responsabilidad (...)” (OP2)

“(...) *nosotros llevamos poco tiempo (...)* cumplimos 1 año ahora (...)” (P6).

Un tiempo de relación y convivencia, mayor de tres años, es necesario para el conocimiento mutuo y la conformación de la identidad en la pareja, lo cual estimula su participación proactiva en el inicio de la parentalidad (11), en tres de las parejas de este estudio, faltó este requisito .

Las alocuciones revelaron la existencia de crisis y problemas de comunicación como medio interno para afrontarlas y superarlas.

“(...) nos hemos mantenido siempre ahí a pesar de (...) los problemas que hemos tenido íntimos como familia y como matrimonio (...)” (EP3).

“(...) muchas veces se equivoca por su juventud, entonces te dice ya (...) escucha pero así todo ella termina haciendo lo que quiere (...)” (EP4).

“(...) ella es muy dominante, muy, muy dominante, ahí se acabó el amor hace mucho tiempo yo creo que nunca hubo (...)” (OP6).

Cuatro de los hombres, tenían nivel escolar medio superior y uno nivel primario. Todos era cuentapropistas, dedicados a la venta de alimentos o productos varios y de ellos dependían los ingresos económicos del hogar. Uno no trabajaba, según relató un familiar: *“(...) trabajaba (...) lo dejó, ahora no tiene trabajo (...) él depende de la abuela (...)” (OP6).*

En los discursos de algunos varones, se denota una actitud o manera de pensar de superioridad sobre la mujer, como expresión de machismo, patrón de conducta enraizado y difícil de modificar en determinadas familias y contextos donde se trasmite de generación a generación y que según comprobó Fomental y col., en su investigación, son diferentes patrones tradicionales de masculinidad hegemónica que aún perviven (12).

“(...) no yo no, no hace falta que trabaje (...) ella con los muchachos y yo con los problemas de la casa (...)” (EP5).

Respecto a la mujer, la mayoría se encontraba en la cuarta década de la vida, con edades entre los 27 y 39 años. Dos eran universitarias y cuatro tenían nivel escolar medio, sin embargo, ninguna tenía vínculo laboral, tres citaron estar al cuidado de los hijos, las demás esbozaron otras razones.

“(...) dejé de trabajar tiempo antes (...) situaciones con el trabajo de desorganización (...)” (P4).

“(...) vine para acá para la Habana a trabajar en educación, pero tenía que tener cambio de dirección (...)” (P6).

En Cuba, una de cada dos mujeres en edad laboral no se encuentra formalmente empleada, y entre las posibles causas para explicar tal situación, están la dedicación a las labores domésticas y/o de cuidados, por no contar con los apoyos institucionales necesarios (14), que fue el argumento de tres de las mujeres de este estudio. El vivir de la manutención del esposo, o familiares, contribuye a reforzar la situación de dependencia económica de las mujeres, y restringir el pleno goce de sus derechos y libertades (13)

Es de señalar, la calificación del carácter en algunas mujeres, realizado por ellas mismas o sus familiares.

“(...) es un poco incómoda, de carácter diferente, y de trato (...)” (OP2).

“(...) tengo carácter (...) un poco fuerte (...) y soy peleona (...)” (P3).

“(...) tiene un carácter introvertido (...) muy voluntariosa (...)” (EP4)

“(...) muy dura, muy dura, ella se manda (...) y no anda mirando nada (...)” (OP6)

Las tareas en el hogar por lo general no eran compartidas y recaían sobre la fémina.

“(...) lavar, cocinar, limpiar, las cosas básicas las hace ella (...) en ese tiempo yo trabajo (...) (EP4).

Algunas parejas expresaron tener actividades de entretenimientos en común, aunque se limitaban a visitas a las familias, o con los (as) hijos (as). En este sentido, resaltan dos parejas: *“(...) mi esposo no le gusta salir, nosotros nunca salimos (...)” (P3)* y la otra por problemas económicos, acorde a lo explicado por un familiar: *“(...) a el quien lo está manteniendo son sus tíos y su abuela (...)” (OP6).*

La valoración de algunos sobre la economía del hogar, fue escéptica.

“(...) no me basta económicamente porque yo lo que gano son 218 pesos (...)” (P2).

“(...) se puede decir que eh, se puede eh (...) bandearnos (...)” (P3).

“(...) él es un muchacho que no tiene perspectiva (...) él depende de su abuela (...)” (OP6).

Sexualidad consciente

La mayoría de las sobrevivientes entrevistadas comenzaron su vida sexual activa en la adolescencia, lo que llevó a consecuencias, como embarazos no deseados, abortos e incluso infecciones de transmisión sexual. Esta actitud ante la sexualidad la han mantenido en la vida adulta, pues comprobamos que en la mayoría de las parejas el embarazo no fue planificado, lo que indica un sexo desprotegido.

“(...) tuve dos parejas sexuales antes de mi esposo (...) con la última pareja el condón se rompió y yo me infecté (...) tenía condilomas (...)” (P1).

“(...) yo estuve con un muchacho, me enamoré, no me importó el VIH (...)” (P2).

“(...) pensamos que como el primero demoró 8 años, (...) el tercero podía demorar (...)” (EP3).

La sexualidad forma parte de los tabúes sociales y la familia cubana no escapa a estos. El conocimiento sobre sexo seguro y sexualidad responsable se adquiere en la adolescencia, cuando la comunicación con los padres es vital (14). Las mujeres de este estudio, demostraron la ausencia de una cultura sexual, pero también la falta de responsabilidad con ellas mismas, la pareja y la familia, que acarreó como consecuencia embarazos no planificados y en una un embarazo en condición de serodiscordante que implicó seguimiento multidisciplinario.

Cultura sobre la planificación del embarazo

El embarazo fue una sorpresa en cinco mujeres, aunque una vez confirmada la gravidez, todas decidieron continuarla. La tenencia de relaciones sexuales sin uso de anticoncepción, fue una práctica habitual independientemente del nivel de instrucción.

“(...) no estaba planificado (...) él no quería (...) le dije aquí quién decide soy yo (...) como madre al fin yo sí me voy a quedar con mi bebé (...)” (P2).

“(...) cuando lo descubrimos (...) decidimos tenerlo, a pesar de no tener las condiciones (...) decidí tenerlo, porque como decimos nosotros las mujeres, los hijos son de uno (...)” (P6).

Una de las mujeres alegó problemas de fertilidad en su pareja: *“(...) no, no me protegí, mi esposo decía que él no, que él no hacía muchachos (...)” (P6).*

Otra pareja, aplazó la decisión de tener hijos durante años por otras prioridades: *“(...) teníamos un cuartito chiquito (...) se murió mi papá, mi mamá a la vez, mi abuelo, todos juntos allí (...) y ella es la que daba las carreras conmigo (...)” (EPI).*

En otra de las entrevistadas, la llegada del embarazo se tomó como una providencia de Dios: *“(...) y entonces ya, ya, llegó, llegó, Dios quiso que fuera así, palante (...)” (P3).*

B. Representaciones de la MMEG

Identificación temprana

Hubo subestimación de los síntomas iniciales de la complicación en tres de las mujeres, las cuales atribuyeron las manifestaciones a otras causas banales, como un catarro común o una ingesta.

“(...) empezó como un ahogo, una fatiga (...) me estaba dando ya mareos pero como yo tenía catarro (...)” (P1).

“(...) me empezó a dar dolor en la boca del estómago, yo dije nada es un aire, normal (...)” (P3).

“(...) el sábado, comienzan unos pequeños dolores aquí en el abdomen, pensamos que eran unos cólicos (...) mi esposo me prepara un cocimiento de anís estrellado (...)” (P4).

La familia a su vez, no jugó un papel decisivo en la interpretación adecuada de estas señales que anunciaban una desviación de la normalidad y precisaban de la búsqueda de ayuda calificada.

“(...) tenía la herida abierta con la secreción (...) le faltaba el aire en el pecho (...) le dimos una pastilla que yo la traje (...)” (EP1).

“(...) le dio un dolor fuerte en la boca del estómago, muy fuerte, después del almuerzo (...) se tiró en la cama (...) pesando que a lo mejor eran gases (...)” (EP3).

“(...) ella me dice que cuando ella se baña con agua bien caliente se le alivia un poco el dolor (...) yo le pongo una colcha y le paso un poquito la plancha (...)” (EP4).

El conocimiento de los síntomas ante los cuales solicitar ayuda y el apoyo de la familia es decisivo, pero fundamentalmente, la mujer debe tener información y aquí interviene la acción del equipo de salud en la promoción y educación tomando en consideración el contexto socio-ambiental de las gestantes. Se ha comprobado que a mayor nivel de conocimiento, la actitud es más favorable en este aspecto (14, 15).

Cultura médica

La MMEG fue percibida por las mujeres dolientes, como un evento inesperado que las afectó en diferentes sentidos. Nunca pensaron en una complicación que las colocara en situación de “casi morir”.

“(...) llegué con una infección en el cuello útero (...) y me afectó las vías respiratorias (...)” (P1).

Una de las mujeres complicada con hemorragia, consideró natural lo que acontecía, basado en una experiencia previa: *“(...) el médico le dice, está sangrando, pero bueno como yo sé que uno sangra y con el mayor mío yo sangré (...)” (P6).*

Otra, muestra dudas ante lo ocurrido y cuestiona por qué no se previó la complicación: *“(...) yo no sé cómo en el ultrasonido no se pudo ver esa placenta que estaba pegada al cuello del útero (...)” (P2).*

Algunas vincularon la gravedad con un periodo de interrupción: *“(...) me acuerdo cuando llegué en la ambulancia, no me acuerdo de más nada (...) ya hasta que después empecé a recuperarme (...)” (P4).*

En los familiares, los conocimientos respecto a la salud y la enfermedad, muchas veces estaban supeditados al criterio médico: *“(...) como médicos, ellos eran los que decidían y yo estuve de acuerdo con eso porque era un bien para mi hija (...)” (MPI).*

La percepción de riesgo por un miembro de la familia, es fundamental para alertar al equipo médico.

“(...) hasta que empezó taquicárdica (...) una taquicardia y respiración que estaba muy alterada (...) y llamamos a los médicos (...)” (EP5).

Padecer la MMEG

Cada mujer vive de forma diferente la experiencia de la MMEG, en dependencia de la complicación que la llevó a ese estado, la estadía en la UCI, el estado del neonato y otros factores, llanto, tristeza, soledad, sensación de abandono, son algunas de las emociones referidas.

“(...) yo allí sí lloré, (...) me puse triste (...)” (P1); “(...) eso como que me ha impactado (...)” (P2).

“(...) adolorida (...) no me podía mover para ningún lado (...)” (P3); “(...) no supe que me estaban operando, yo no supe nada (...)” (P6).

En la familia, primaron la ansiedad de la espera, de no tener detalles, el miedo a que ocurriera lo peor.

“(...) los nervios, la espera (...) noté los médicos entraban y salían, entraban con los aparatos, volvían a salir, yo parada ahí esperando (...) yo sola allá afuera (...) (OP2).

“(...) imagínate yo con mi mamá allí solo, si yo rompo a llorar mi mamá va más atrás (...) (EP4).

La movilización de la red de apoyo, que brinda esperanzas y fortalece durante la espera.

“(...) nosotros como cristianos al fin, nos pusimos a orar y orar y el resto de las iglesias evangélicas aquí en Cuba, se pusieron también a orar pidiendo fuertemente (...)” (EP3).

Rangel Flores y col., en su investigación, concluyen que las emociones que se despliegan en las mujeres a partir de la experiencia de MMEG son variadas y van desde el miedo, hasta la aceptación e incredulidad (17). Por otro lado, los significados dados a la vivencia de una MMEG son muy importantes para la posterior percepción de la calidad de vida, el apoyo familiar y de la pareja y la sobrevivencia del hijo (a), serán factores que permitirán afrontar la situación, facilitaran la reconstrucción de la cotidianidad y disminuirán la fisura entre la calidad de vida percibida y la deseada (17).

IV. CONCLUSIONES

Desde el punto de vista sociocultural, la MMEG se presentó en mujeres en la cuarta década de la vida, sin vínculo laboral, en su mayoría en unión con hombres mayores.

Predominaron los embarazos no planificados producto de sexo desprotegido.

Hubo identificación tardía de síntomas de alarma y las mujeres mostraron variadas respuesta ante la experiencia de la extrema gravedad.

REFERENCIAS

1. OPS/OMS. Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2021 [citado 29 Abr 2022]. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275323915>.
2. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Morbilidad Materna Extrema. versión 4. [Internet]. 2022 [citado 13 Abr 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/infoeventos.46>
3. Moreno Santillán AA, Briones Vega CG, Díaz de León-Ponce MA, Gómez Bravo-Topete E, Martínez Adame LM, Rodríguez Roldán M. Morbilidad extrema (near-miss) en obstetricia. Revisión de la literatura. Rev Mex Anestesiología [Internet]. 2020 [citado 01 Mar 2022]; 43 (1): 53-56.
4. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. Montevideo: CLAP/SMR [Internet]. 2012 [citado 03 Mar 2022].
5. Rangel-Flores Y, Martínez-Ledezma A. La investigación en morbilidad materna extrema “near miss” en América Latina. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 23 Feb 2022]; 34(3):505-11. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2792>.

6. Guerra del Valle D, Álvarez Tosté M, Olivares Giraudy Y, López Rodríguez I, Brito Álvarez G, Jiménez Chiquet A. Determinación social de la morbilidad materna en pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria, 2015-2020. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* [Internet]. 2021 [citado 24 Feb 2022]; 58:e1095. Disponible en: <http://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/1095>.
7. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. Sep-Oct 2002; 76: 423-436.
8. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva. World Health Organization [Internet]. 2011 [citado 25 Jul 2021]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44692>.
9. Díaz Bernal Z. Representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención en los servicios de salud. [Tesis en opción del grado científico de Dr. en Ciencias de la Salud]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.
10. Gámez Jacinto L, Hombrados Mendieta MI. Análisis evolutivo de la diferencia de edad en la elección de pareja de los matrimonios celebrados en España durante el periodo 1976-2006. *Revista de Psicología Social* [Internet]. 2011 [citado 22 May 2022]; 26(1): 73-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1174/021347411794078390>
11. Hernández Cedeño E, Chirino Rodríguez AR, Cuní Caballero OM. Caracterización de la comunicación de un grupo de parejas que inician la parentalidad. *Alternativas cubanas en Psicología*. Mayo 2021; 9 (26): 118-128.
12. Fomental, S.S., Hernández, I. y Fernández, T. Contra la ignorancia: estudio de casos sobre diferentes formas de “ser hombre” en Cuba. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [Internet]. 2015 [citado 22 May 2022]; 20(2): 151-164. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29242799005>
13. Odriozola Guitart S, Imbert Mayola JC. Trabajo, género y cuidado: una visión desde la realidad contemporánea de Cuba. *Economía y Desarrollo* [Internet]. 2020 [citado 22 May 2022]; 163 (1): e10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0252-8584202000010&Ing=es&ting=es.
14. Sulca Diaz RO, Peñafiel Palomino RP, De la Rosa Ventura JA. Conocimiento Y actitudes de las gestantes sobre los principales signos y síntomas de alarma en el embarazo, Hospital Regional De Ica. Enero 2017. *Rev méd panacea*. 2017; 6(1): 23-27.
15. Conza Sarango BR, Mejia Marin KB, Aguilar Ramírez MP. Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en gestantes atendidas en un Hospital Público de El Oro. Pol. Con [Internet]. Julio 2021 [citado 22 May 2022]; 6 (7): 895-913. Disponible en: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
16. Rangel Flores YY, Rincón Zúñiga DT, Martínez Ledezma AG, Pérez Rodríguez MC, Cruz Ortiz M, González Acevedo CE. Narrativas sobre morbilidad materna extrema en sobrevivientes a esta experiencia en México. *Index Enferm Internet* [Internet]. 2019 Jun [citado 12 May 2022]; 28 (1-2): 37-41. Disponible en: http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100008&Ing=es.
17. Chávez Narváez N, Acosta-Ramírez N. Percepción de calidad de vida en sobrevivientes a morbilidad materna extrema en una ciudad colombiana. *Investigación Cualitativa en Salud: Avances y Desafíos* [Internet]. 2021 [citado 13 Abr 2022]; 8: 61-69. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.61-69>.