



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Vivencias de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación en
Chimalhuacán, Estado de México

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ORIENTACIÓN: EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:

L.E.O LESLIE ANGELINA SOBERANES JIMÉNEZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CIUDAD DE MÉXICO

ABRIL DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. YVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **02 de febrero del 2018**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **Leslie Angelina Soberanes Jiménez** número de cuenta **410095269**, con la tesis titulada:

“VIVENCIAS DE MUJERES CON PREECLAMPSIA RESPECTO A SU ALIMENTACIÓN EN CHIMALHUACÁN, ESTADO DE MÉXICO”

bajo la dirección de la Doctora María de los Ángeles Torres Lagunas

Presidente : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
Vocal : Doctora María de los Ángeles Torres Lagunas
Secretario : Doctora Guillermina Arenas Montaño
Suplente : Doctora Gandhi Ponce Gómez
Suplente : Doctora Martha Lilia Bernal Becerril

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd, Mx. , a 06 de febrero del 2018.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme las puertas y permitirme estudiar dentro de sus instalaciones.

Al programa de Apoyos a los Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) por haber sido becaria del proyecto PAPIIT-UNAM-DGAPA No. IN308814-3 titulado “Intervenciones de Enfermería para Prevenir Factores de Riesgo Psicosociales Asociados a Preeclampsia”, del cual se derivó esta tesis.

A CONACYT por el respaldo para el desarrollo de esta investigación.

A mi directora de tesis la Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas, por su ejemplo, esfuerzo y dedicación puesto en este proyecto.

A la coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería, la Dra. Gandhi Ponce Gómez, gracias por confiar en mí, dándome la oportunidad de pertenecer a este programa, manteniendo siempre las puertas abiertas de su oficina para escucharme y aconsejarme, gracias infinitas por el apoyo brindado para hacer realidad este sueño.

Al profesorado del Programa de Maestría, por compartir su conocimiento y experiencias, todo fue de gran ayuda para conformar esta investigación.

A cada una de las mujeres que compartieron sus vivencias porque sin ustedes no hubiera sido posible realizar esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios mi creador, por prestarme esta hermosa vida y porque a través de sus hermosos ángeles y queridos arcángeles me han guiado y cuidado desde mi nacimiento. ¡Gracias infinitas padre!

A mi madre y padre QEPD, gracias por su ejemplo y la educación que me dieron, por los valores inculcados, por sus palabras de aliento y el ejemplo dado, papá mil gracias por acompañarme desde el cielo, sé que siempre has estado allí.

A mi hermano Gerardo Soberanes Jiménez, gracias por esas palabras que a pesar de la distancia siempre estuviste apoyándome y enviándome tu amor.

A la familia que se elige sin tener lazos de sangre, gracias por tus consejos y apoyo para emprender, pero sobre todo para mantenerme en este viaje. No hay palabras que reflejen esta inmensa gratitud que siento por ti.

Especialmente a mi hermosa hija Lya por tu amor y comprensión, eres mi mayor motivación y mi inspiración para seguir creciendo personal y profesionalmente. Pretendo mostrarte que con perseverancia y dedicación los sueños se alcanzan, gracias por tus horas de paciencia y por compartir el tiempo que te correspondía. Te amo mi niña.

A mis amigas, Agripina por tu apoyo además de los consejos que trascendieron el aula de clases, gracias Barbara por tus palabras de aliento.

A todos y cada uno de los seres con quienes coincidí y me ayudaron de diferentes formas para que este sueño se hiciera realidad, gracias por ser parte de esta hermosa historia.

Finalmente, a mi querido profesor José Rivas, mi entrañable maestro, la primera persona que me guió a este hermoso mundo de la investigación, a usted que me mostró que puerta tocar, ¡gracias!

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La preeclampsia es una enfermedad del embarazo que afecta principalmente a poblaciones vulnerables desfavorecidas por su condición socioeconómica y social, que presentan un alto riesgo de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Este índice agrega variables de acceso a servicios de salud, de servicios básicos en la vivienda y alimentación.

OBJETIVOS: Describir las vivencias de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación en Chimalhuacán, Estado de México.

METODOLOGÍA: Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico descriptivo. La técnica de recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada a través de una guía con eje temático. La selección de participantes fue por criterio de conveniencia y saturación teórica. La perspectiva teórica se fundamenta en las vivencias de Edmund Husserl.

RESULTADOS: Del análisis de las entrevistas emanan como subcategorías: Cuidados alimentarios desde sus saberes, Te das permiso, Des-Cuido alimentario, Cambio de hábitos alimenticios, Seguir consejos, Reconocimiento de malestares.

CONCLUSIONES/CONSIDERACIONES: El cuerpo de la gestante con preeclampsia expresa malestares y necesidades de cuidado respecto a la alimentación, sin embargo, a pesar de los malestares, las mujeres se organizan de manera interna a través de su corporalidad y subjetividad de manera interna y de manera externa mediante las instituciones y de sus redes de apoyo (social), además del tratamiento médico (medicamentos, nutrición y visitas periódicas).

Palabras claves: Preeclampsia, Acontecimientos que cambian la Vida, Conducta Alimentaria.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Preeclampsia is a disease of pregnancy that mainly affects vulnerable populations disadvantaged by their socio-economic and social condition, which presents a high risk of complications in pregnancy, childbirth and puerperium. This index adds variables of access to health services, basic services in housing and food.

OBJECTIVES: To describe the experiences of women with preeclampsia regarding their diet in Chimalhuacán, State of Mexico.

METHODOLOGY: Qualitative study with a descriptive phenomenological approach. The technique of data collection was semi-structured through a guide with thematic axis. The selection of participants was by criterion of convenience and theoretical saturation. The theoretical perspective is based on the experiences of Edmund Husserl.

RESULTS: Analysis of the interviews emanate as subcategories: Food care, Change of habits, Change of habits, Follow-up of advice, Recognition of discomforts.

CONCLUSIONS / CONSIDERATIONS: the body of the pregnant woman with preeclampsia expresses discomforts and needs of body care to food, however, despite the discomforts, women are organized internally through their corporality and subjectivity internally and external external way through the institutions and their support networks (social), in addition to medical treatment (medicines, nutrition and periodic visits).

Key words: Preeclampsia, Life changing events, Food behavior.

ÍNDICE

PÀGS

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.2 Justificación.....	8
1.3 Pregunta de investigación	10
1.4 Objetivos.....	10
1.4.1 Objetivo general	10
1.4.2 Objetivos específicos.....	11
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO.....	11
CAPÍTULO III MARCO CONCEPTUAL.....	26
3.1 Concepto de vivencia.....	27
3.2 Concepto de preeclampsia.....	28
3.3 Concepto de alimentación	29
CAPÍTULO IV MARCO REFERENCIAL/REVISIÓN DE LA LITERATURA	40

CAPÍTULO V METODOLOGÍA.....	55
5.1 Diseño del estudio.....	56
5.2 Contexto y lugar del estudio.....	58
5.3 Participantes.....	58
5.4 Técnica de recolección de datos.....	60
5.4.2 Análisis de la información.....	62
5.4.3 Temporalización.....	65
5.5 Consideraciones éticas.....	65
5.5.1 Aspectos éticos y legales.....	66
5.6 Rigor metodológico.....	66
5.6.1 Credibilidad.....	66
5.6.2 Auditabilidad.....	67
6.6.3 Transferibilidad.....	67
CAPÍTULO VI HALLAZGOS Y DISCUSIÓN.....	68
6.1 Descripción de las participantes.....	69
6.2 Tabla del perfil de las participantes.....	70
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES.....	93
CAPÍTULO VIII APORTACIONES.....	96

Aportaciones a la disciplina.....	97
Aportaciones a la práctica.....	97
Aportaciones a la investigación.....	98
Aportaciones a las políticas públicas	99
REFERENCIAS BIBLIGRAFICAS.....	100
APÉNDICES	117
APÉNDICES I.....	118
APÉNDICES II.....	120
APÉNDICES III.....	121
ANEXOS	122

CAPITULO I INTRODUCCIÓN.

CAPITULO I INTRODUCCIÓN.

La presente investigación se deriva del proyecto PAPIIT-UNAM-DGAPA IN308814-3, el cual está encaminado a demostrar como las intervenciones de Enfermería facilitan la disminución de los factores psicosociales para preeclampsia.

En este caso este estudio aporta a este macroproyecto las vivencias alimentarias de las mujeres que presentan esta enfermedad del municipio de Chimalhuacán, Estado de México. La preeclampsia y los trastornos hipertensivos se han constituido en la patología obstétrica más importante del país, pues han ocupado el primer lugar en muertes maternas de todo México. Esta enfermedad se presenta aproximadamente del 5 al 10 % de todos los embarazos. Es un síndrome multisistémico de etiología inespecífica y multifactorial que se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto y durante las primeras 6 semanas del puerperio¹. En el año 2015 representaron la primera causa de muerte materna en el Estado de México.

La investigación sobre esta problemática se realizó en el marco de la fenomenología descriptiva de Edmund Husserl y su concepto de vivencias; se elaboró una entrevista semi-estructurada con preguntas orientadas al objeto de estudio.

El propósito de la investigación es conocer la vivencia respecto a la alimentación particularmente en la mujer con preeclampsia ya que han predominado las investigaciones con paradigma cuantitativo que abordan el problema desde un enfoque biologicista, epidemiológico, que no consideran la alimentación como un

aspecto importante durante la preeclampsia además de los aspectos subjetivos y la dimensión sociocultural desde las vivencias en un contexto de vulnerabilidad como lo es Chimalhuacán, Estado de México.

En relación, a las afirmaciones anteriores, para la disciplina enfermera esta filosofía le ayuda a otorgar un sentido interpretativo a los fenómenos del mundo de la vida con el fin de determinar la importancia de los cuidados en las situaciones vida-salud, favoreciendo a través de la descripción los fenómenos un análisis crítico-reflexivo sobre nosotros mismos.

1.1 Planteamiento del problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la muerte materna como “la defunción de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o en el transcurso de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio de este, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”¹. Además de ser un indicador de desarrollo social del país, ya que simbolizan un costo económico importante para los gobiernos, las instituciones al igual que para la familia y comunidad².

La OMS reportó en el año 2015 que a nivel mundial ocurren 529,000 muertes maternas de las cuales la principal causa es la preeclampsia, en Latinoamérica y el Caribe representa el 25,7% de las muertes maternas¹, en México el 35.3% y en el Estado de México el 21%³, ocupando el primer lugar de muerte materna en esta zona. En otras palabras, mientras en países desarrollados, muere una de cada 3800 mujeres, en México es una de cada 790⁴; sin embargo, la preeclampsia, es evitable, es decir, con los recursos disponibles en la actualidad, es posible prevenir, detectar y tratar de manera oportuna a las mujeres con riesgo de presentar complicaciones⁵.

La preeclampsia es un problema de salud pública en México, ha ocupado el primer lugar en muertes maternas por más de dos décadas⁶ y se presenta del 5 al 10 % de todos los embarazos⁷. Es una enfermedad que se vincula con la cobertura y calidad de los servicios de salud y afecta principalmente a poblaciones vulnerables

desfavorecidas por su condición socioeconómica y social, que presentan un alto riesgo de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio⁸. En el Estado de México la defunción por preeclampsia es del 21%³, ocupando el primer lugar de muerte materna en esta zona. La diferencia entre el riesgo de morir en mujeres que habitan en municipios con muy alto rezago social es de cuatro veces más, este índice agrega variables de educación, de acceso a servicios de salud, calidad de vivienda, y alimentación en la misma⁹.

El Estado de México cuenta con 125 municipios, entre los que se encuentran Chimalhuacán (anexo I), en donde viven 679 911 de personas, ocupando el cuarto lugar con mayor número de mujeres el 51.6%¹⁰. El municipio se caracteriza por nivel alto de pobreza, y bajo nivel de educación, son datos que dejan claro que es un municipio donde tener un embarazo es de alto riesgo. Del 2000 al 2015 hubo un aumento significativo del 3% de la población, lo que significa que hay un gran número de mujeres en edad reproductiva por lo tanto aumenta el riesgo de desarrollar preeclampsia¹¹.

A la preeclampsia se le considera una enfermedad multifactorial, dado que su patogénesis implica la interacción de factores intrínsecos de las mujeres (genéticos o inmunológicos) sumados a otros de naturaleza extrínseca (dieta, el acceso a los servicios de salud) y a los factores culturales, económicos y geográficos y es muy posible que se sumen algunos aún todavía desconocidos¹². Por lo tanto, es un problema de impacto mundial y nacional que obliga a los profesionales del cuidado a su estudio en diversos sentidos.

Con respecto, al embarazo, como tal es un proceso fisiológico, donde ocurren una serie de cambios metabólicos, fisiológicos y morfológicos que se producen para permitir el óptimo desarrollo del feto, es un período intenso donde el cuerpo exige un aumento de nutrientes que requiere de una dieta balanceada que incluya los diferentes tipos de alimentos¹³. Por lo tanto, la alimentación toma un papel fundamental en el embarazo¹⁴ convirtiéndose en un determinante de la salud materno-fetal¹⁵. Debido a que la alimentación influye en la presencia de factores de riesgo metabólicos, constituye un primer eslabón a considerar en los niveles de salud de la población¹⁶. Una dieta pobre durante el embarazo, incluida la ingesta de micronutrientes y macronutrientes, se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia¹⁷, condiciones muy próximas al municipio de Chimalhuacán. Por consiguiente, es fundamental conocer las vivencias de las mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación para saber si los alimentos que ingieren son suficientes en cantidad y calidad, necesarios para cubrir las necesidades nutricionales que el cuerpo demanda y mantener un proceso biológico tan importante como lo es la gestación.

En relación con el cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio se puede percibir que está íntimamente ligado a sus vivencias relacionadas a las historias de experiencias vividas por la gestante. y a los diversos contextos en los que se desarrolla el proceso de la gestación: biológico, psicológico, social, educativo, cultural, espiritual, económico, político e histórico. Si bien es cierto que las preferencias alimentarias no se establecen ni se eliminan por caprichos y aficiones. Frecuentemente los ajustes se originan en cambios sociales y

económicos que se llevan a cabo en toda la comunidad o sociedad. El asunto importante no es qué tipo de alimentos se consume sino más bien, cuanto de cada alimento se come y cómo se distribuye el consumo dentro de la sociedad o de la familia.

La educación nutricional ha tenido una importante influencia en los hábitos alimentarios, pero no siempre ha sido positiva. Felizmente, ya pasó el momento en que los nutricionistas promovían costosos alimentos ricos en proteínas a personas que no los podían comprar. Desgraciadamente, la tendencia de escoger alimentos o nutrientes sea para promoverlos o para prohibirlos, no ha desaparecido, como tampoco la tendencia a tratar de enseñar mediante el temor y quitando el placer de comer. Sin embargo, el cambio siempre surge en forma lenta y los antiguos hábitos difícilmente terminan; las personas a que aprendieron estas antiguas lecciones son aún responsables de alimentarse a sí mismas y a sus familias, y pueden encontrar que es problemático cambiar de nuevo¹⁸.

Por lo anteriormente expuesto y con el fin de aportar a contar con intervenciones de Enfermería eficaces que faciliten la prevención y disminución de riesgos para preeclampsia, nace la necesidad de comprender las vivencias de mujeres residentes de Chimalhuacán, Estado de México respecto a su alimentación en el embarazo con preeclampsia, aspecto en donde la enfermería tiene un lugar de acción en su carácter de educación y promoción para la salud. Para comprender el fenómeno de estudio se utilizará el concepto de vivencia de Edmund Husserl, quien define a la vivencia como los modos de captar por la conciencia algún objeto, en ella existe una intencionalidad que es una propiedad esencial de la conciencia por

la cual ésta se tiende hacia un objeto^{19,20}, desde esta perspectiva epistemológica se explorará el fenómeno de la alimentación durante el embarazo con preeclampsia.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las vivencias de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación en Chimalhuacán, Estado de México?

1.2 Justificación.

La investigación aportará elementos conceptuales acerca de las vivencias que tienen las embarazadas con preeclampsia respecto a su alimentación en un contexto de vulnerabilidad a causa de las condiciones económicas, geográficas y sociales como lo son en Chimalhuacán, Estado de México, además de que existen escasas investigaciones que utilicen estrategias metodológicas cualitativas que consideren los aspectos subjetivos y la dimensión sociocultural desde las vivencias para estudiar la alimentación desde la preeclampsia.

La alimentación de las gestantes con preeclampsia se construye en el día a día de la vida de cada mujer, en esta construcción existen la influencia de aprendizajes, la cultura, la familia aunados a otros elementos que caracterizan el comportamiento alimentario a lo largo del embarazo. Cotidianamente confluyen estos y otros factores en la determinación del consumo de alimentos de todos los días. Lo anterior da idea de la complejidad de este tema, y hace importante su estudio, más aún porque existe una relación entre la alimentación y el desarrollo de preeclampsia además de

otros problemas de salud asociados a la mala nutrición, que actualmente constituyen uno de los principales retos de la salud pública en México.

La descripción de las vivencias alimentarias específicamente de las mujeres con preeclampsia permite explorar el cuidado desde el testimonio de la propia protagonista, lo que es de gran valor al hacer comprensible el modo en que la mujer experimenta el fenómeno desde su historia en tiempo, espacio e interacción con otros. El conocimiento de dicha situación permitirá al personal de enfermería construir modelos sensibles y específicos culturalmente para el cuidado de estas mujeres.

Efectivamente la visión de enfermería en este contexto es esencial para prevenir las muertes maternas y las complicaciones por preeclampsia, debido a que el personal de enfermería es un recurso humano fundamental que favorece desde la prevención primaria la accesibilidad a los servicios de salud, al cuidado prenatal, a la consejería e información suficiente para el cuidado e identificación de síntomas de alarma, que conduzcan a una atención oportuna con el fin de prevenir complicaciones en el embarazo y promover el propio cuidado, así como la monitorización de la salud.

1.3 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las vivencias de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación en Chimalhuacán, Estado de México?

1.4 Objetivos

1.4.1 General

1.4.1.1 Describir las vivencias de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación en Chimalhuacán, Estado de México.

1.4.2 Específicos

1.4.2.1 Identificar las características de la alimentación en mujeres con preeclampsia en Chimalhuacán, Estado de México.

1.4.2.2 Identificar las necesidades de un grupo de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación en Chimalhuacán, Estado de México.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

EPISTEMOLÓGICO.

A continuación, se aborda la perspectiva epistemológica sobre el concepto de vivencia por Edmund Husserl.

Edmund Husserl²¹

Edmund Husserl (1859-1938) constituye una de las figuras más destacadas de la filosofía occidental del siglo XX. Fundador de la corriente filosófica conocida como fenomenología consideraba a ésta como una nueva ciencia fundamental, una ciencia de un nuevo tipo y de una extensión infinita, estricta y de carácter fundante cuya tarea es el estudio del reino de la conciencia pura y de sus fenómenos. Es decir, el hilo conductor de este estudio es la idea de que para iluminar la esencia de una cosa es necesario remontarse al origen de su significación en la conciencia y a la descripción de este origen. Con esta idea están relacionados conceptos fenomenológicos tan relevantes como “constitución”, “reflexión”, “descripción fenomenológica”, “intuición eidética”, etc.

La formación inicial de Husserl es matemática. Es su escrito de habilitación, dedicado al concepto de número, el que marca el inicio de su transición hacia la filosofía. Husserl dirige aquí su atención al análisis de uno de los conceptos básicos de la matemática, a saber, el de número. El punto de partida es la consideración de éste como una multiplicidad de unidades. No se trata de multiplicidades concretas,

sino de un tipo especial de multiplicidad en el que la naturaleza de los contenidos individuales es completamente irrelevante. La pregunta es cómo llegar, partiendo de las totalidades individuales, al concepto universal de multiplicidad, de totalidad, de número. Si estas multiplicidades meramente formales no pueden tener como base los contenidos individuales, lo que queda como base es el peculiar enlace que existe entre los contenidos individuales. Se trata de lo que Husserl denomina "enlace colectivo" (kollektive Verbindung). Es, por tanto, el acto psíquico de enlazar el que constituye el fundamento de la reflexión que posibilita el origen del concepto de número.

En otras palabras, la entrevista de un participante no es importante "contenidos individuales" pero si cuando se tienen más participantes de los cuales se pueden enlazar o lo que él llama "enlace colectivo" o también le llama "una multiplicidad de unidades". A esto se refiere también como el concepto de número.

Es en este momento donde nos encontramos ya en la fase temprana del pensamiento husserliano con la idea de que para iluminar la esencia de una cosa es necesario remontarse al origen de su significación en la conciencia y a la descripción de este origen. Poco a poco se va alumbrando en Husserl la idea de que este origen de la significación de un objeto ante la conciencia no es tarea de un estudio de la conciencia fáctica, esto es, de la peculiar constitución psicológica del ser humano, sino de una nueva disciplina, la fenomenología.

Mientras que las leyes psicológicas enuncian relaciones causales de hechos, son fruto de una generalización inductiva de datos de la experiencia y valen bajo ciertas

condiciones fácticas y no absolutamente, las leyes lógicas no enuncian relación alguna de hechos, no se obtienen por generalización inductiva a partir de afirmaciones referidas a hechos, valen en todas las condiciones fácticas, hacen referencia a las condiciones (formales) del conocimiento científico, son universales y absolutamente necesarias, tienen un carácter puramente formal y son dadas con evidencia apodíctica.

El descubrimiento del mundo de los objetos ideales, al cual pertenecen los objetos lógicos. De este modo, se establece una férrea distinción entre lo ideal y lo real en la que el tiempo constituye el criterio de esta división. Lo ideal es atemporal mientras que lo real es temporal (físico o psíquico). Cualquier intento de asimilar el ámbito de lo ideal al de lo real conduce a consecuencias desastrosas para la lógica, en particular, y para la filosofía, en general. El siguiente paso consiste, en palabras del propio Husserl, en llegar a comprender claramente qué sea lo ideal en sí y su relación con lo real; cómo lo ideal puede estar en relación con lo real; cómo puede ser inherente a éste y llegar así a ser conocido. Más en concreto, son dos las grandes preguntas que aquí surgen: a) ¿cómo se dan los objetos lógicos puros en las vivencias concretas? y b) ¿cómo son o cuál es la estructura de estas vivencias en las cuales estas leyes y los objetos ideales, en general, son captados?

A la pregunta a) Husserl responde desarrollando una compleja teoría, según la cual los objetos ideales constituyen especies cuyos individuos son los caracteres de actos que los significan. Responder a la pregunta b) supone, en última instancia, abrirse ante la problemática auténticamente fenomenológica, a saber, ante el

estudio del darse de los objetos ideales —y de los objetos, en general— a la conciencia.

El problema de cómo lo ideal se da al ser real subjetivo no es sino el problema del conocimiento, de cómo lo trascendente puede, de alguna forma, ser inmanente. En la terminología husserliana, lo inmanente es la esfera de lo dado evidentemente, de lo dado en intuición adecuada, mientras que lo trascendente es determinado negativamente como el ámbito de lo no inmanente. Husserl considera que el “problema” del conocimiento no puede ser resuelto mientras que inmanencia y trascendencia sean consideradas en la forma de una oposición, fundada ontológicamente, que sólo podría ser superada construyendo un “puente” que las conecte. En la medida en que el objetivo fundamental de una teoría fenomenológica del conocimiento es el estudio del darse de los objetos ante la conciencia.

La fenomenología satisface la exigencia de no sobrepasar este ámbito al confinarse ella misma a una consideración de los procesos. A finales de 1906 Husserl procede a designar como un dato fenomenológicamente evidente no sólo el acto, sino también el correlato intencional de este acto, esto es, el objeto intencional tal como es entendido en este acto.

De lo que se trata es de concentrarnos en aquello que se nos da en el modo en el que se nos da. Así, Husserl enuncia el célebre principio de todos los principios: toda intuición en que se da algo originariamente es un fundamento de derecho del conocimiento; todo lo que se nos brinda originariamente en la ‘intuición’, hay que

tomarlo simplemente como se da, pero también sólo dentro de los límites en que se da.

La reducción fenomenológica.

Si el objetivo último que Husserl busca es la clarificación y fundamentación de todo conocimiento y si la filosofía es concebida como una ciencia fundada absolutamente, este comienzo tiene que ser absolutamente evidente, indubitable, claro. Por tanto, es necesario un método que nos permita buscar un conocimiento o evidencia absolutos.

El primer paso para buscar este punto es la “desconexión” (Husserl habla también de “abstención de juzgar”) de la creencia en la existencia del mundo (como estando ahí delante) que constituye la tesis general de la actitud natural. A esta desconexión es a lo que Husserl denomina epoché o reducción fenomenológica. Esta se constituye en el primer y fundamental componente del método de la teoría del conocimiento, en el método para efectuar la purificación radical del campo fenomenológico de la conciencia de todas las intromisiones de las realidades objetivas.

El “modo ontológico”. El punto de partida de éste es el análisis del modo de darse de una región ontológica específica y la constatación de la principal condición de posibilidad de la aparición de esta región, a saber, la conciencia o subjetividad en cuanto dativo de esta manifestación. De esta forma, no simplemente nos fijamos en el objeto tal y como nos es dado, sino en la instancia ante la cual se da, a saber, la

conciencia. Accedemos, así, a la subjetividad como condición de posibilidad de la aparición o manifestación de las cosas.

La reducción eidética.

Husserl denomina a ésta “investigación eidética”, “ciencia de esencias”, “ciencia pura”. El objetivo de ésta es permitir que las estructuras esenciales a priori o eide de nuestra conciencia y de sus contenidos intencionales se manifiesten ellos mismos. La ciencia perseguida es, por consiguiente, una eidética de la conciencia pura. “libre variación imaginativa”. A través de la imaginación llevamos a cabo una serie de actos mentales consistentes en el intento de eliminación de determinados rasgos de un objeto no-sensible, ideal, a fin de saber cuáles de estos rasgos son “esenciales” y cuáles no. De esta forma, se pretende identificar los rasgos invariantes, de la forma general necesaria, sin la cual algo semejante a esa cosa, sería absolutamente impensable como ejemplo de su especie. Se prescinde, por tanto, de la existencia del objeto individual y de todos aquellos momentos individuales del objeto de la experiencia que no pertenecen a él “como tal”, sino sólo como este o aquel caso individual de la esencia dada. El objetivo último es el estudio de la percepción en cuanto tal, de la volición en cuanto tal, de la empatía en cuanto tal, etc. o, lo que es lo mismo, de sus eide.

La intencionalidad.

Una vez que, con la ayuda de la reducción fenomenológica y de la reducción eidética, hemos ingresado al vasto campo de la conciencia y de sus vivencias, Husserl se encuentra con que ésta, está formada por una serie de momentos denominados vivencias. Son estos momentos los que la fenomenología describe en términos de sus estructuras eidéticas. Una de las características fundamentales de estas vivencias es su dirección intencional, esto es, su referirse a “algo” diferentes de ellas mismas. La intencionalidad de la conciencia constituye, pues, uno de sus rasgos fundamentales.

Desde un punto de vista histórico, Husserl retoma críticamente la distinción realizada por su maestro Brentano entre fenómenos físicos y fenómenos psíquicos. La principal diferencia entre ambos es justamente la intencionalidad de los segundos. Toda audición es audición de algo, toda visión lo es de algo, toda volición apunta a algo querido, etc. Por su parte, Husserl insiste en que la diferencia de referencias intencionales no se funda en los diferentes tipos de objetos intencionales, sino exclusivamente en la estructura del acto intencional y en que la intencionalidad no es simplemente un rasgo de nuestra conciencia de objetos actualmente existentes.

Por su parte, Husserl sostiene que nuestras vivencias intencionales están dirigidas a sus objetos, sean reales o no, directamente, sin la mediación de representaciones mentales algunas. Como escribe el propio Husserl: Si me represento a Dios o a un ángel, a un ser inteligible, o una cosa física, o un rectángulo redondo, etc., esto aquí

nombrado y trascendente es lo mentado, o, con otras palabras, el objeto intencional; siendo indiferente que este objeto exista, o sea fingido, o absurdo. El objeto es 'meramente intencional', no significa naturalmente que existe, pero sólo en la intención y, por ende, como parte integrante real de ésta, ni que exista en ella ni una sombra de él. Significa que existe la intención, el mentar un objeto de estas cualidades; pero no el objeto. Si existe el objeto intencional, no existe meramente la intención, el mentar, sino también lo mentado.

En resumen, la intencionalidad muestra que hay vivencias que se refieren o están dirigidas a objetos trascendentes a ellas mismas sin que ello suponga que esos objetos sean realmente trascendentes. Lo importante, según Husserl, es que son mentados como trascendentes. La fenomenología tiene que ver, precisamente, en gran parte con el esclarecimiento de este como.

Noesis y noema.

El noema, es el objeto dado, lo percibido, un árbol, una casa, un lápiz, etc. Hace referencia a este cómo del darse del objeto mientras que la noesis apunta al acto mismo de la conciencia de referirse el objeto. Así el noema de un acto perceptivo y el noema de un acto de recuerdo son, según Husserl, cualitativamente diferentes. Husserl insiste en la inseparabilidad de la nóesis y del nóema y en que el análisis fenomenológico es, justamente, un análisis noético-noemático.

El concepto de constitución.

Es necesario recordar que el hilo conductor de la fenomenología husserliana no es sino la idea de que para iluminar la esencia de una cosa es necesario remontarse al origen de su significación en la conciencia y a la descripción de este origen.

El estudio de la conciencia del tiempo es realizado por Husserl en dos direcciones. La primera de ellas —la cual puede denominarse, en términos muy generales, objetiva— apunta al esclarecimiento de la captación de un objeto temporal (una duración, por ejemplo, la duración de un sonido o de un lapso temporal, por ejemplo, de una melodía, etc.). La segunda de estas direcciones —a la cual podemos llamar subjetiva— se refiere al modo en el cual la conciencia constituyente se da o se constituye a sí misma como flujo de conciencia.

De la subjetividad a la intersubjetividad.

El punto de partida de las consideraciones husserlianas al respecto es una triple constatación: en primer lugar, la constatación de que la experiencia del otro es siempre una experiencia del otro en su apariencia corpórea; en segundo lugar, el hecho de que yo experimento mis propias vivencias en un modo único, inmediato, originario y, en tercer lugar, la constatación de que yo no experimento así las vivencias de los otros.

El amor como motivo fundamental de la ética husserliana.

En este orden de ideas, Husserl intenta desarrollar un concepto fenomenológico de la esencia de la persona en el cual ésta no es simplemente un mero polo de irradiación de vivencias donde no se manifiesta nada de individualidad, sino un ente con una peculiaridad individual en la cual los actos “dejan huella”. Esta peculiaridad individual que distingue al yo se manifiesta en las actitudes de este mismo, en sus intereses, en sus motivaciones, en sus opiniones, decisiones, tomas de posición, convicciones, etc. En resumen, el yo no es una noción puramente formal, vacía de contenido más bien, está lleno de actitudes, creencias, tiene un carácter hecho de “convicciones” y “habitualidades” que han “sedimentado” en él.

Husserl es el creador de la fenomenología descriptiva, se focaliza en el regreso a la intuición reflexiva para describir la experiencia vivida tal como se constituye en la conciencia²². Es una constante búsqueda epistemológica y un compromiso con la descripción y clarificación de la estructura esencial del mundo vivido de la experiencia consciente²³.

Es un enfoque descriptivo que plantea volver a captar la esencia de la conciencia en sí misma, cuya génesis no es la teoría ni la historia, sino la descripción de la presencia del hombre en el mundo y la presencia del mundo para el hombre²²

En este sentido, el pensamiento de Husserl lleva a no pensar, en la existencia de un objeto sin un sujeto, es decir sin alguien que las conozca y el cómo se da esta relación entre el sujeto y el objeto.

Las vivencias son los actos o fenómenos que se presentan ante la conciencia, pero en ella existe una intencionalidad, que es “dirigirse a”, un estar “consciente de algo”²¹, en otras palabras, todo lo percibido es percibido de algo, todo lo juzgado es de algo ya juzgado estamos siempre asociando el presente con lo que hemos vivido en el pasado. A la fenomenología descriptiva, le interesa conocer, como se presenta el objeto ante la conciencia, es decir, la intencionalidad²⁴.

En la intencionalidad se encuentra la forma en cómo podemos llegar al origen del conocimiento, lo que Husserl llamaría regresar a la esencia de las cosas.

Llegamos a un concepto que Husserl llamó, conciencia intencional, es la referencia de mi propia conciencia con el mundo exterior, es la forma en que voy al objeto ya sea para percibirlo, para recordarlo, etc. No importa la existencia real del objeto representado por medio de la conciencia, sino el hecho mismo de la intencionalidad de la conciencia al referirse al objeto²⁴.

Para fines de esta investigación interesa conocer las vivencias de la alimentación en las mujeres con preeclampsia para saber cómo se les está presentado este fenómeno o sea la alimentación y una vez dado esto poder describirlo.

Los actos de conciencia o vivencias implican un sentido, un objeto, algo a lo que se refieren, que tienen o encierran una intención; esto es precisamente lo que se quiere decir cuando se menciona que toda conciencia es conciencia de algo²⁴. Entonces lo conocible se da por medio de las vivencias, y el centro de estas es la intencionalidad, que es quien describe cómo conocemos y cómo es aquello que conocemos.

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, las vivencias se denominarían “noesis” y la alimentación de la mujer con preeclampsia es el “noema”. La “noesis”, o lado “noético” de lo vivido por la conciencia, es la presencia activa del sujeto en la elaboración de una percepción y, por consiguiente, en la constitución de una significación³. Noesis, es lo que una vez practicada la epojé fenomenología trascendental, se refiere a la actividad de la conciencia²⁴.

El “noema” o lado “noemático” de lo vivido, es el resultado de la actividad de la noesis: el objeto o sentido constituido. Ahora bien, la clave en todo este asunto es que noesis y noema son indisociables y se compenetran, y esto es la evidencia misma y la esencia de la intencionalidad.

Dicho lo anterior, la intencionalidad ya no se entiende como algo peculiar de los “actos”, sino como el centro de la significación. De acuerdo con Husserl el conocimiento se da mediante “actos o vivencias” recordando que será la intencionalidad el punto de atención, ya que esta caracteriza esencialmente a la conciencia²⁴. Se da debido a la interacción del yo puro: la embarazada y el fenómeno de la alimentación durante la preeclampsia.

Los significados que proceden o que se dan gracias a la intencionalidad son puro presente. La intencionalidad es dada a cada sujeto que conoce, y este hecho se da desde el puro presente, es decir, que el sujeto cognoscente debe estar padeciendo la intencionalidad para poder afirmar que está conociendo²⁵. Es por esta razón que se estudiará a las mujeres que viven la alimentación desde la preeclampsia en un tiempo presente.

Que el mundo aparezca en la conciencia tal como es, es tanto definir el mundo tal y como es desde la intencionalidad. Por lo tanto, las definiciones que se obtengan por medio de la intencionalidad son la base para el conocimiento no solo particular sino también general²⁵. Es decir, los objetos no existen como resultado del pensamiento del hombre sino por la forma de dirigirse a ellos. Es así como nos acercamos a una fenomenología descriptiva.

CAPITULO III MARCO CONCEPTUAL.

CAPITULO III MARCO CONCEPTUAL.

Los conceptos centrales sobre los cuales se fundamenta la presente investigación son las vivencias descritas por Edmund Husserl, preeclampsia desde la OMS y alimentación desde la FAO.

3.1 Concepto de Vivencia.

El Descriptor de Ciencias de la Salud define a la vivencia como acontecimientos que cambian la vida siendo los eventos, incluidos los sociales, psicológicos y ambientales, que requieren un ajuste o que efectúan un cambio en el patrón de vida de un individuo²⁶.

La vivencia desde la perspectiva de Edmund Husserl, son los modos de captar por la conciencia algún objeto, en ella existe una intencionalidad que es una propiedad esencial de la conciencia por la cual ésta se tiende hacia un objeto. La conciencia no debe entenderse entonces como una sustancia sino como una actividad, como un estar lanzado hacia la conciencia, es siempre conciencia de, y cada tipo de objeto tiene siempre un tipo de intencionalidad^{27,28}. Los actos son acontecimientos de conciencia que tienen el carácter de la intencionalidad.

Para Husserl, la fenomenología es necesariamente un método que utiliza la reflexión, pues su interés central no está en los objetos directos de la vida diaria, sino que, en todo caso, tratará de remontarse, desde esos objetos directos hasta los modos de conciencia que han posibilitado esa captación directa²⁹.

En tal sentido, la estructura del comportamiento consiste en una intencionalidad, o sea, una acción, un dirigirse a, tomada por la conciencia.

3.2 Concepto de Preeclampsia.

El concepto de preeclampsia a partir del Desc, se define como la complicación del embarazo caracterizada por un complejo de síntomas que incluyen hipertensión materna y proteinuria, con o sin edema patológico. los síntomas pueden ir de más benigno a grave. La preeclampsia generalmente se produce después de la semana 20 del embarazo, pero puede desarrollarse antes, en presencia de enfermedad trombotológica³⁰.

Según la literatura la preeclampsia es un síndrome único en seres humanos, puede presentar manifestaciones en todos los aparatos y sistemas del binomio feto-materno³¹. La PE se conoce desde hace más de 2000 años; la identificaron los egipcios y los chinos³² (2). El nombre de esta enfermedad proviene del griego “relámpago” o “brotar violentamente”. Hibbard fue quien detalló los principios para el manejo de la preeclampsia, entre ellos, el uso de una habitación tranquila con

mínimos estímulos para la paciente y la reducción de la sensibilidad sensorial mediante la administración de un sedante, hipnótico y fármacos anticonvulsivantes, tales como el sulfato de magnesio, que deprimen el sistema nervioso central e inhiben la transmisión neuromuscular, que han sido ampliamente utilizadas, especialmente en los Estados Unidos³³. La preeclampsia actualmente sigue siendo uno de los enigmas en la medicina moderna. Es probablemente una de las enfermedades más complejas en el ser humano³⁴. La mortalidad asociada a preeclampsia es de cinco a nueve veces más en los países en vías de desarrollo³⁵.

La preeclampsia es uno de los eventos obstétricos de más impacto en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal¹⁰. También llamada toxemia del embarazo es un padecimiento único en el ser humano; el inicio de esta patología suele ser insidioso y acompañarse de síntomas como son: cefaleas intensas y persistentes, alteraciones en la visión, acufenos y alteraciones en exámenes de laboratorio. Consiste en un aumento en la tensión arterial, manejando cifras arriba de 140/90mmHg sobre la tensión normal de la paciente, en dos tomas con una diferencia de 4 a 6 horas, o el aumento de la Presión Arterial Media (PAM) a más de 106 mm/Hg a partir de la semana 20 de gestación³².

3. 3 Concepto de Alimentación.

El Desc, define a la alimentación como las respuestas comportamentales o rutinas asociadas al acto de alimentarse, modos de alimentarse, padrón rítmico de la alimentación (intervalos de tiempo-horarios y duración de la alimentación)³⁶.

Contextualizando la alimentación de las mujeres de acuerdo, a los Objetivos del Desarrollo del Milenio y Sociales, toma una connotación mayor porque el factor de alimentación está asociado directamente con el estado de salud o la ausencia de esta durante el embarazo, en este caso las mujeres que presentan preeclampsia si se alimentan bien o no de acuerdo con sus vivencias, sociales, culturales, etnográfica va a repercutir en su salud.

Este concepto principal de alimentación en el embarazo está asociado a factores económicos, políticos, sociales y culturales, y tiene que ver con los planes de acción mundial como es el caso de las políticas para erradicar la malnutrición que abarcan a las enfermedades no transmisibles (ENT) particularmente la hipertensión arterial.

Políticas relacionadas a la alimentación.

Es importante mencionar que en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se encuentran los Objetivos de Desarrollo Social (ODS), los cuales implican cambios en la agenda mundial del desarrollo. En la nueva Agenda 2039 para el Desarrollo Sostenible adoptada por la Asamblea General de la ONU en septiembre del 2015, y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), plantea nuevos desafíos para los países de América Latina y el Caribe entre los cuales esta contar con sistemas alimentarios que sustenten la alimentación saludable, será clave para cumplir con el objetivo 2 de la ODS, en el que se propone la erradicación absoluta del hambre y la malnutrición³⁷. el cual es relevante para esta investigación ya que reflejo de los cambios sociales y económicos vividos en el mundo en los últimos años.

Uno de los Objetivos de Desarrollo Social es el ODS 2, el cual, señala ser innovador frente a la meta 1.C de los ODM, ya que busca enfrentar todas las formas de malnutrición, ya sea, por exceso o por déficit y orienta a las acciones sobre las poblaciones más vulnerables como las mujeres en edad fértil. En el caso de este estudio es importante considerar las vivencias en relación con el embarazo para responder a una necesidad a través de intervenciones de enfermería especializadas que orienten hacia la prevención de las diferentes formas de malnutrición en este tipo de mujeres ya sea por exceso o por déficit.

Los ODS, además de dar continuidad a los ODM, implican cambios en la forma en que los países los abordarán. Proponen marcos amplios de implementación y seguimiento, lo que en la práctica implicará establecimiento de mejores mecanismos en los países para coordinar su cumplimiento, bajo un enfoque integrado y multisectorial, que permitan responder de forma adecuada al compromiso alcanzado por los países^{38, 39}.

Finalmente, la meta 3.4 propone reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT) mediante su prevención y su tratamiento³⁹. Si bien todos los factores de riesgo tienen un rol que jugar en la causalidad de las ENT, las características del patrón alimentario como el bajo consumo de frutas, verduras, leguminosas, y el mayor consumo de productos procesados y ultra procesados con alto contenido de azúcar, grasas y sal están fuertemente asociados con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

Es importante retomar el ODS 2 para identificar acciones para vigilar el cumplimiento del objetivo del milenio, pero en este caso a través de mujeres con preeclampsia que entran en estos grupos vulnerables y son mujeres en las cuales se pueden implementar acciones específicas para mejorar su estado de salud durante el embarazo o disminuir los riesgos colaterales.

Existen mandatos globales que permiten guiar las acciones públicas para el logro de los objetivos. Entre los más relevantes para el cumplimiento del ODS 2 se encuentran: a) el Marco de Acción de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2) 2025; b) el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna del Lactante y del Niño pequeño; y c) el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles.

Acciones a nivel mundial

Es importante identificar acciones que vigilen el cumplimiento de este objetivo del milenio como es el caso del Plan de Acción Mundial para la prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles⁴⁰. En 2013 los países del mundo se comprometieron con este plan 9 metas voluntarias, entre las cuales, están reducir en 30% la ingesta diaria de promedio sal/ sodio de la población, reducir el 25% de la prevalencia de hipertensión, o limitación de la prevalencia de hipertensión en función de las circunstancias del país. El cumplimiento de estas metas, a su vez, está enmarcado en la propuesta de los seis objetivos de política que son parte del plan: a) aumentar la prioridad concedida a la prevención y el control de

enfermedades no transmisibles en los programas mundiales y los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, a través del fortalecimiento de la cooperación y la promoción internacional; b) reducir los factores de riesgo modificables para las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales subyacentes, a través de la creación de entornos promotores de la salud.

Por otro lado, también existen acuerdos y herramientas regionales que pueden contribuir al logro del ODS 2. Entre las que destacan:

- a) Plan para la Seguridad Alimentaria, la Nutrición y la Erradicación del Hambre de la CELAC 2025. Para lograr este objetivo, el Plan se estructura en cuatro pilares que cuentan con recomendaciones de políticas públicas a nivel nacional y regional⁴¹. Como el bienestar nutricional y aseguramiento de nutrientes, respetando la diversidad de hábitos alimentarios, para todos los grupos en situación de vulnerabilidad.

En este contexto una buena alimentación en el embarazo es la base para el desarrollo físico, cognitivo y el bienestar, no solo eso: la buena nutrición materna permite el nacimiento de niñas y niños más saludables, que crecen como adultos más sanos y menos proclives a enfermedades que puedan afectar su estado de salud futuro.

Existe una estrecha relación entre los sistemas alimentarios y la nutrición y, en particular, la importancia que tienen los patrones alimentarios para continuar lo avances en la erradicación del hambre y la desnutrición, y al mismo tiempo para revertir la tendencia creciente en la prevención de enfermedades no transmisibles

específicamente la hipertensión arterial presente en América Latina y el Caribe. Por ello resultara fundamental instalar en la agenda de desarrollo la necesidad de contar con dietas alimentarias saludables, que permitan enfrentar todas las complejidades que significa la erradicación del hambre y la malnutrición de manera conjunta.

Aunado a los anterior, la elaboración de una definición precisa de una dieta saludable dependerá de las características sociales y culturales de cada comunidad, existe el consenso que debe de contener una combinación balanceada de macronutrientes como carbohidratos, proteínas y grasas; y micronutrientes esenciales, como vitaminas y minerales⁴². Ello se ha reflejado, por ejemplo, en la conformación de guías alimentarias basadas en alimentos (GABAs) en la gran mayoría de los países del mundo, las que contienen variedad de cereales, legumbres, frutas y vegetales, así como alimentos de origen animal como la ase de una adecuada alimentación para la población⁴³. Se considera que la diversidad en la alimentación es clave para el mantenimiento de dietas saludables, que tienen efectos positivos en el estado nutricional de la población.

La contribución de los sistemas alimentarios en la nutrición y en particular en el establecimiento de dietas saludables es muy importante. Sin la existencia de una oferta variada y accesible de alimentos de distinta especie, será imposible para los países la promoción de cambios en los patrones de consumo que permitan el establecimiento de dietas saludables; y sin estos cambios, la presencia de malnutrición en todas sus formas seguirá siendo una realidad difícil de superar. La situación de América Latina y el Caribe muestra cómo al estar de los aumentos en la calidad y la diversidad de las exportaciones agropecuarias, el abastecimiento

doméstico aun presenta una diversidad y una calidad limitada, especialmente en lo referente a las dietas de los sectores más vulnerables⁴⁴ lo que tiene efectos negativos en los patrones de consumo de la población.

Como ya se indicó, los cambios demográficos y económicos han implicado transformaciones en los patrones de consumo en los países del mundo. Esto se puede caracterizar a grandes rasgos como el paso de una alimentación basada en comidas y platos preparados sin alimentos sin procesar o mínimamente procesados, a una basada de forma creciente en productos ultra procesados, ricos en azúcares libres, grasas no saludables y sal, lo que los convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad y trastornos de salud vinculados a la alimentación⁴⁵.

Según la OPS⁴⁶ el hecho de que el actual patrón alimentario cuente con una gran proporción de productos ultra procesados conlleva varios problemas para la salud humana, así como importantes riesgos sociales y ambientales: tienen un alto contenido calórico y un bajo contenido nutricional; están hechos para ser sabrosos, generadores de hábito y casi adictivos, por lo que interfieren en la capacidad de controlar la ingesta alimentaria; comúnmente son producidos a bajo costo gracias a las economías de escala, amplios canales de distribución y a la publicidad; y suelen desplazar a las dietas tradicionales, y erosionando con ello el tejido social y cultural de los países.

Uno de los resultados más evidentes de la preeminencia de productos ultra procesados en los actuales patrones de consumo es el aumento en la prevalencia de sobrepeso, obesidad y ENT^{47, 48}. Se reconoce que una alimentación saludable

contribuye a reducir la incidencia de enfermedades no transmisibles y promueve la buena salud y el bienestar lo que la convierte en una de las claves para reducir la malnutrición⁴⁹.

Disponibilidad de alimentos.

En América latina y el Caribe disponen de la cantidad de alimentos suficientes para alimentar a toda su población. Sin embargo, esta situación no garantiza que todas las personas consuman la cantidad adecuada y mantengan una dieta variada y nutritiva⁵⁰. Tanto la distribución del ingreso como la pobreza son variables importantes para el análisis de la dimensión de acceso a los alimentos. Una menor capacidad adquisitiva puede repercutir negativamente en el patrón alimentario de la población más vulnerable, y generar presión para que disminuya la variedad de alimentos consumidos; el precio es un determinante fundamental para el consumo.

Las carnes magras, pescados, vegetales y frutas, que son alimentos nutricionalmente muy adecuados tienden generalmente a tener mayor costo. Al contrario, las dietas con mayor concentración de calorías están asociadas con bajos costos y suelen ser adoptadas por la población más vulnerable como una buena forma de ahorrar dinero⁵¹. Se debe tener en cuenta que una buena alimentación rica en frutas y verduras significa, por un lado, una baja ingesta energética total, y por otra una mayor ingesta de macronutrientes⁵². Si bien las verduras tienen un costo calórico alto, esto se debe a que se necesita gran cantidad de ellas para completar 100 calorías, pues su aporte energético por cada 100 gramos es muy

bajo. Sin embargo, no se necesitan grandes cantidades de verduras para obtener valores significativos de micronutrientes.

Por otra parte, no solo son importantes la cantidad y el origen de los alimentos, si no también lo que estos significan en términos de macronutrientes. Para abordar los problemas de malnutrición todos los sectores que participan en los sistemas alimentarios deben estar a la altura de los desafíos que imponen mejorar la dieta y proveer de alimentos suficientes, nutritivos, saludables y accesibles a toda la población.

La malnutrición es contraria al derecho humano a la alimentación adecuada y la salud, y a su vez significa un alto costo para el individuo, la familia, los sistemas de salud y la sociedad en general⁵⁴. Entre sus causas directas está el consumo inadecuado de alimentos en la cantidad y con la calidad necesaria para satisfacer las necesidades básicas del organismo, incluyendo el crecimiento, el desarrollo cognitivo, la actividad física, el embarazo, la lactancia y las demandas que surgen de frecuentes episodios de enfermedades infecciosas durante los primeros 2⁵². La utilización biológica está relacionada con la ingesta y transformación de los alimentos y la absorción e incorporación de los nutrientes en los procesos metabólicos que permiten llevar una vida sana y activa o que, por el contrario, resultan en distintas formas de malnutrición, en alteraciones del crecimiento, del desarrollo cognitivo, del sistema inmunológico y en un mayor número de sufrir enfermedades transmisibles en etapas tempranas de la vida. Así, las diversas formas de malnutrición implican un deterioro en el desarrollo individual, mermando

sus posibilidades futuras, y una fuerte carga en los sistemas de salud, que trae aparejada una serie de consecuencias económicas y sociales.

Algunas manifestaciones de la malnutrición no solo ocurren por falta de alimentos, sino que también dependen de un conjunto de variables que se relacionan entre sí. La pobreza, la desigualdad social y cultural, la falta de educación e información son parte de los determinantes estructurales de la malnutrición. A ellos se suman los determinantes subyacentes como la falta de cuidados de la madre y el niño y la falta de acceso a servicios básicos de salud. Es por ello por lo que, se requiere un enfoque multisectorial que incluya políticas de desarrollo social y económico, de reducción de la pobreza, de producción y diversificación de alimentos, de educación, salud, agua y saneamiento y empleo.

Dado que el estado nutricional afecta distintas fases del desarrollo a lo largo del ciclo de la vida, las deficiencias nutricionales tienen diferentes impactos dependiendo de la etapa en que se presente. De ello que se preste especial atención al estado nutricional de la madre, el lactante y los niños, pues en ellos las consecuencias de la malnutrición tendrán un mayor impacto a lo largo del ciclo de la vida (desde la edad temprana hasta la adultez) y afectará las posibilidades de desarrollo futuro tanto físicas como mentales.

Frente a este panorama, el sistema alimentario debe orientarse a garantizar tanto la disponibilidad de alimentos como su calidad y variedad, así como propiciar el consumo de las cantidades adecuadas de alimentos nutritivos e inoocuos que permitan llevar una dieta saludable y activa.

En conclusión, una alimentación equilibrada proporciona los nutrientes adecuados para favorecer el crecimiento y desarrollo del bebé, así como la calidad de la placenta, para mantener el nivel de energía a lo largo del embarazo, parto y postparto y evitar futuras complicaciones en el binomio materno-fetal⁵⁰. El estado nutricional de la mujer antes y durante el embarazo es uno de los determinantes del crecimiento y desarrollo fetal y del resultado del embarazo.

CAPITULO IV MARCO REFERENCIAL/ REVISIÓN DE LA LITERATURA.

CAPITULO IV MARCO REFERENCIAL/ REVISIÓN DE LA LITERATURA.

La búsqueda estuvo enfocada a encontrar la relación que existe entre la preeclampsia, la alimentación y vivencias, se realizó con las siguientes palabras clave: preeclampsia, acontecimientos que cambian la vida y conducta alimentaria según el Descriptor en Ciencias de la Salud. A partir de la revisión de la literatura sobre vivencias respecto a la alimentación en mujeres con preeclampsia existe escasa información específica, sin embargo, hay diversos autores que abordan la vivencia como lo son los siguientes:

Freyermuth Graciela⁵³, realizó un estudio que se centró en identificar, desde la perspectiva de los determinantes sociales como repercuten directamente en la sobrevivencia de las mujeres, para la visibilización y actuación sobre la población vulnerable, encontrando que poblaciones vulnerables son visibilizadas por los promedios nacionales: en los municipios con mayor analfabetismo y mayor grado de rezago social ocurren el mayor número de nacimientos y de mortalidad materna, el riesgo de morir de las mujeres que viven en estas situaciones es de cuatro hasta siete veces más que sus pares nacionales. La sobrevivencia de las mujeres y su vulnerabilidad frente a una urgencia médica durante la maternidad dependerá de si habitan en una localidad alejada, en una ciudad, si tienen acceso a la escolarización y a servicios de salud, de calidad y competentes culturalmente.

Muzi et al⁵⁴, evaluó la dirección y la fuerza de la asociación entre la ingesta de la dieta materna durante el embarazo y el puerperio temprano. Las mujeres de hogares de clase baja fueron notablemente menos educadas que las mujeres que viven en hogares clasificados como de seguridad alimentaria. Mostraron que las frecuencias medianas de ingesta para la mayoría de los grupos de alimentos fueron 1 vez por semana y frecuencia cero en las mujeres de hogares con inseguridad alimentaria, lo cual fue observado más consistentemente con respecto a los alimentos de origen animal.

Guzmán et al⁵⁵, realizó un estudio cualitativo en el 2015 con el objetivo de identificar el autocuidado que realizan las mujeres embarazadas en la comunidad de San Bartolo Oxtotitlán, municipio de Jiquipilco. Tras la revisión de los resultados en cuanto a la alimentación mencionan que la calidad y no la cantidad de los alimentos traen beneficios para su salud, además de ser modificada ligeramente en función de algunas recomendaciones, la provisión de cuidado en la higiene personal varía según su decisión. Las mujeres embarazadas tienen interés de llevar un adecuado control prenatal. Al acudir mes a mes para prevenir cualquier amenaza a su salud. No debe olvidarse que existen factores de riesgo en la etapa del embarazo, relacionados con los hábitos nutricionales, factores ambientales, omisión de consulta prenatal y sobre todo la falta de información acerca de su cuidado.

Owens et al⁵⁶, realizó un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo de múltiples micronutrientes periconcepcionales en las mujeres rurales demostró que la incidencia de preeclampsia fue particularmente baja (1-2%), con las recomendaciones dietéticas de 15 micronutrientes. Las dietas de baja calidad,

particularmente para las mujeres que viven en la pobreza son bajas en los alimentos de origen animal, y pueden dar lugar a deficiencias de micronutrientes compuestos y los resultados adversos del embarazo.

Alviz D⁵⁷, busco determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable en mujeres embarazadas de 17 a 19 años a través de una encuesta aplicada a 135 mujeres, encontró que más de la mitad de las mujeres gestantes tienen conocimientos sobre su alimentación saludable; hay una tendencia de actitud favorables sobre su alimentación y un alto índice de prácticas sobre los consumos de alimentos de origen animal y vegetales, refieren tener conocimiento sobre los alimentos que contienen calcio, ácido fólico y proteínas las frutas y verduras proporcionan vitaminas, se evidencia un alto consumo de alimentos que contienen carbohidratos y en cuanto al tipo de consistencia de las preparaciones más consumida, es sólida. El autor menciona que los resultados de esta investigación servirán para promover una alimentación sana y prevenir enfermedades durante el desarrollo gestacional.

Couceiro ME⁵⁸, Estudio en el 2014 seleccionaron una muestra de 164 gestantes menores de edad, mediante un estudio transversal, cuantitativo y descriptivo, obteniéndose como hallazgos que 9 de cada diez adolescentes en estado de gravidez tienen instrucción primaria y secundaria no terminada, con dos terceras partes de madres solteras que atraviesan su primer embarazo y un 26% de embarazadas con antecedentes familiares, quienes tienen mayor riesgo de preeclampsia – eclampsia, debido a los factores de raza, edad, primera gestación, bajos niveles de instrucción, antecedentes familiares y por ser madres solteras no

tienen el apoyo del padre de su hijo/a, agudizándose el problema por la actitud de indiferencia al autocuidado durante su embarazo, debido a que 7 de cada 10 adolescentes debe ser motivada por otros para que asistan a las consultas prenatales, se guían por creencias y mitos, realizando prácticas inadecuadas como es el caso de consumir comidas chatarras y bebidas gaseosas, llevando una vida sedentaria, además se automedica ante un síntoma de inestabilidad en su salud durante la gestación, en conclusión, el bajo nivel de conocimientos, las actitudes de indiferencia y las prácticas inadecuadas, expone a las gestantes adolescentes a un alto riesgo de contraer el síndrome preeclampsia-eclampsia, en especial a las primigestas.

De Regil et al⁵⁹, encontró que los suplementos orales de vitamina D sola o en combinación con el calcio o de otras vitaminas y minerales administrados a las mujeres durante el embarazo puede mejorar de forma segura los resultados maternos y neonatales. Se incluyeron 15 ensayos, los cuales sugieren que las mujeres que recibieron suplementos de vitamina D pueden tener un menor riesgo de preeclampsia que las que recibieron ninguna intervención o placebo. Lo anterior, fundamenta la importancia de la vitamina D en la alimentación que debe de llevar la mujer embarazada para evitar posibles riesgos y procurar la resolución del embarazo.

Sánchez B et al⁶⁰. Un estudio transversal descriptivo realizado en Instituto Nacional de Perinatología durante el 2010. Se invitó a embarazadas asistentes a control prenatal y se dividieron en dos grupos: gestantes con peso normal y con sobrepeso

u obesidad. A todas se aplicó una encuesta para identificar autopercepción del peso y alimentación, preferencias de alimentos, creencias y fuentes de información. La finalidad fue explorar que factores afectan las prácticas alimentarias de un grupo de gestantes. La mayoría de las gestantes (95-97%) consideraron el sobrepeso u obesidad como factor de riesgo para presentar alguna co-morbilidad. La información sobre dietas y alimentación en todas las participantes se obtuvo principalmente de la familia (14% $p=0.022$). El 88% de las gestantes reportaron una influencia positiva de su pareja y/o madre.

López LA et al⁶¹, en Colombia realizaron un estudio cualitativo a adolescentes embarazadas, las gestantes reconocieron los alimentos que deben consumir de acuerdo, a su periodo fisiológico, sus creencias y preferencias, la difícil situación económica, limita el acceso a los alimentos, lo que hace que los alimentos más valorados, sean los menos consumidos. La experiencia de pobreza en el hogar genera en las futuras madres preocupación y sentimientos de intenso dolor, impotencia y desesperanza frente al futuro por la nutrición del hijo por nacer,

Sámano et al⁶², describió el contexto particular de un grupo de mujeres con embarazos considerados de alto riesgo y su alimentación en el ámbito doméstico. A través de entrevistas en profundidad a 6 mujeres, encontró que la familia permea en gran medida el consumo del alimento. Respecto a la percepción de las mujeres al hecho de comer sanamente o no, está relacionado con los tipos de alimentos que consumen y no tanto por la cantidad de estos. A pesar de que contaban con la información relativa al peligro de los alimentos, no se dejaron de consumir del todo (pan, golosinas y refrescos) por ser parte de sus alimentos cotidianos, el entorno es

determinante para lograr o no el cese en su consumo. Los alimentos identificados como benéficos fueron las verduras, el pescado y las frutas en mayor frecuencia, no obstante, no fueron consumidos del todo por las participantes por el hecho de que no formaban parte de su dieta habitual o por economía. Dado que las participantes determinaron autopercepciones heterogéneas de su alimentación y con ello la pauta de mejorarla porque ya cuentan con un autodiagnóstico, es decir una puerta parcialmente abierta en la que, si oportunamente se interviene desde el punto de vista alimentario, se podrían prevenir nacimientos prematuros, pérdidas gestacionales, el desarrollo de diabetes gestacional y la retención de peso posparto, entre otras alteraciones.

Hernández VM et al⁶³, exploró aspectos culturales que pueden limitar la adopción de una dieta adecuada. El rol dominante del esposo y de algunas abuelas, fueron en ocasiones elementos negativos, decisivos y frecuentes al sugerir patrones alimentarios diferentes a lo tradicional y en cantidades excesivas. Se denotó falta de negociación intercultural o una negociación intercultural poco exitosa. Entre los factores que afectan la selección y el consumo de alimentos fueron la economía, la cultura, accesibilidad y disponibilidad de alimento, el medio ambiente, así como componentes biológicos y genéticos que forjan las pautas alimentarias y que inciden la determinación de la conducta alimentaria. Otra categoría que resalta es que algunas recomendaciones dietéticas dadas por el equipo de salud no fueron adoptadas por las madres debido a que no correspondían con sus normas culturales.

López et al⁶⁴, en Colombia realizaron un estudio cualitativo a adolescentes embarazadas, las gestantes reconocieron los alimentos que deben consumir de acuerdo con su periodo fisiológico, sus creencias y preferencias, la difícil situación económica, limita el acceso a los alimentos, lo que hace que los alimentos más valorados, sean los menos consumidos. La pobreza propaga en el hogar la experiencia de hambre y genera en las futuras madres preocupación por la nutrición del hijo por nacer, sentimientos de intenso dolor, impotencia y desesperanza frente al futuro.

Torres MA et al⁶⁵, analizó la cotidianidad de las mujeres que presentan preeclampsia encontrando que la presencia de la enfermedad durante el embarazo limita las funciones vitales, trastoca la vida, el vivir y la corporalidad subjetiva y objetiva de la mujer embarazada haciéndola coexistir con situaciones de crisis que se manifiestan a través de sentimientos y emociones tales como: angustia, abandono, aislamiento, temor, entre otras más. Tienen mecanismos recursivos que le permiten auto-eco-socioorganizarse para lograr mantener un equilibrio, a pesar del devenir de cambios inesperados, en su dinámica. En su contexto interno a través del cuidado de su corporalidad-subjetividad, evitan comer ciertos alimentos, siguiendo las recomendaciones del personal de salud, creando espacios de descanso, sueño y relajación a través de masajes que les dan sus hijos, se auto-miden la presión arterial, realizan actividades recreativas, y más.

Vega EG et al⁶⁶, con la finalidad de analizar la experiencia de vivir con preeclampsia en el contexto de la vida cotidiana, observó la capacidad de auto-eco-socio-

organización para equilibrar su entorno y vida cotidiana. Se sugieren 5 categorías: 1) significado de la preeclampsia en la vida cotidiana; a) experiencia de la dimensión física y emocional de vivir con preeclampsia; b) interpretación del autocuidado en la vida cotidiana de la mujer con preeclampsia; c) redes de apoyo que ayudan a sobrevivir la experiencia de tener preeclampsia; y d) significado de los servicios de salud. Evidencia que en las mujeres con preeclampsia se potencializa su vulnerabilidad y riesgo de morir, al vivir en crisis, pues se ve trastocada y alterada su vida cotidiana, no solo en los aspectos biológicos al sentir malestares físicos y corporales, sino también en la parte emocional.

García JA et al⁶⁷, en su estudio cualitativo realizado en Sonora del año 2016, se entrevistaron a 16 mujeres con la finalidad de conocer las trayectorias de atención que siguieron al padecer preeclampsia. Por medio de una entrevista semiestructurada, cuyo eje fue identificar las alteraciones corporales y los caminos que siguieron para resolver sus situaciones. Las trayectorias se organizaron en base a su evolución cronológica desde el momento de presunción del embarazo hasta el punto donde se estableció el diagnóstico biomédico y resolución de la enfermedad en el área institucional, esto mediado por instituciones y redes sociales, por lo cual se establecieron dos escenarios: comunitario e institución de salud. Destacando que es en los hogares donde las mujeres suelen identificar alteraciones corporales que no fueron interpretados por los médicos de la consulta prenatal en los centros de salud como indicativos de la enfermedad y por tanto no se iniciaron medidas de control específicas a la misma.

Noguera et al⁶⁸, describió los significados que un grupo de gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. Se hicieron entrevistas a profundidad a ocho gestantes con patología de preeclampsia, entre la semana 29 y la 34, con un tiempo de hospitalización de dos a ocho semanas, la edad fue entre 21 y 33 años. Surgen cuatro temas centrales con sus respectivos patrones recurrentes: tema a) El cuidado de las gestantes teniendo en cuenta sus conocimientos, Tema b) Las gestantes vivencian repercusiones por la preeclampsia, tema c) Las gestantes valoran su situación de enfermedad desde diferentes contextos, se identifica que antes de realizarles el diagnóstico de preeclampsia y después de realizado, ellas no aceptan la enfermedad, porque se sienten bien y no perciben síntomas de alteración. Lo anterior llama la atención, dado que las gestantes, al no sentirse enfermas, no consultan oportunamente y cuando lo hacen, ya pueden existir alteraciones en la salud del binomio madre-hijo; adicionalmente, dicha percepción puede causar no adherencia en la hospitalización y manejo, ya que no ven la necesidad de ser controladas y tratadas: “pues yo aparentemente me siento bien, entonces por qué no me puedo ir si yo me siento ya mejor” y Tema c) Las gestantes toman nuevas decisiones en sus vidas va causa de la preeclampsia. Destacando que no es la misma alimentación que se consume en el hospital y la que se consume en la casa: “la alimentación no es lo mismo que tú comes acá a lo que comes en la casa y eso ayuda al bebé y a mí”. De aquí surge la importancia de abordar el hogar donde viven su cotidianidad las mujeres embarazadas con preeclampsia.

Laza C et al⁶⁹, describió las experiencias vividas por las mujeres con una gestación por preeclampsia severa, participaron diez mujeres, las cuales expresaron la vivencia de la enfermedad que dio cuenta de tres grandes categorías. Dos de ellas, la vivencia de la mujer, y con su hijo prematuro, emergieron como travesías que narraron el duro camino recorrido por el binomio madre-hijo desde su hospitalización hasta la recuperación de los dos en el hogar y los diferentes soportes con los que contó. Estas trayectorias estuvieron marcadas por sentimientos de miedo, angustia, incertidumbre; el sufrimiento por los síntomas físicos y el sometimiento a dolorosos procedimientos médicos. La tercera categoría dio cuenta de la falta de preparación de las participantes para enfrentarse a la enfermedad y todo lo que conllevaba.

Giraldo-Gartner et al⁷⁰, en el 2013 realizó un estudio cualitativo que aborda la salud materna desde el enfoque del proceso de cuidado a fin de entender cómo los determinantes de la salud se expresan en la experiencia cotidiana de las mujeres con el objetivo de describir y analizar la interacción entre el cuidado doméstico y el cuidado hospitalario durante la gestación y el puerperio en mujeres gestantes que viven en condiciones socioeconómicas adversas. Se elaboraron entrevistas, observación participante y análisis de fuentes secundarias. Participaron 20 mujeres que asistieron a una clínica de maternidad en la ciudad de Cartagena, adicionalmente se entrevistaron 6 profesionales de salud de la clínica. Las participantes tenían una edad media de 25 años, contaban con uno o más de los siguientes riesgos obstétricos: amenaza de parto prematuro, antecedentes de

aborto y preeclampsia leve. Referente a la alimentación, las maternas escasamente cambian su dieta para incluir recomendaciones como las frutas y verduras, no porque desconozcan sus propiedades, sino porque no son alimentos usuales en sus hogares y, debido a la falta de recursos, es difícil que estos se reorganicen en función de los requisitos nutricionales de un solo miembro de la familia.

Azevedo D. et al⁷¹, en el 2009 en Brasil realizaron un estudio con el objetivo de comprender cómo gestantes y puérperas con preeclampsia, percibían y vivían la preeclampsia. Se entrevistaron a 20 mujeres que presentaron preeclampsia. Las mujeres percibían la gravedad y algunos riesgos a los que estaban expuestas, pero conocían poco acerca de la preeclampsia y sus consecuencias y la poca información fue repasada por los profesionales de salud que las acompañaban. El sentimiento más presente entre ellas fue el miedo a morir, de perder al bebé y el miedo por no conocer la enfermedad. La percepción de la gravedad de esta enfermedad sumada a la poca información recibida durante el tratamiento intensificó el miedo de estas mujeres. Dentro de la categoría temática Experiencia de la enfermedad, se identificaron como: signos / síntomas y percepciones de riesgo. En relación, a los signos / síntomas, las gestantes y puérperas identificaron lo que se sentía o percibía como: presión alta, "hinchazón" dolor de cabeza, mareo, vómitos, falta de aire, visión "de estrellitas" (referencia a los escotomas), dolor en el pecho y desmayos. También fue posible percibir gestantes que no sabían lo que significaba la enfermedad por la que estaban pasando.

Marculino et al 2012⁷², en Brasil El objetivo con este estudio fue conocer las concepciones de gestantes y enfermeros sobre el cuidado prenatal en la atención básica de salud. Se trata de una investigación exploratoria y descriptiva, realizada con 11 enfermeros insertados en la Secretaría Ejecutiva Regional IV de Fortaleza-CE y con 18 gestantes atendidas en esos servicios. Los enfermeros consideran un prenatal de calidad con acogida, educación en salud, atención integral a la mujer gestante, número mínimo de seis consultas, referencia y contrarreferencia, además de trabajo en equipo. En la concepción de las gestantes, un prenatal de calidad se caracteriza por recursos tecnológicos, cuidado integral, acogida y asiduidad del enfermero. En cuanto a la satisfacción de las mujeres con el cuidado de enfermería en la consulta prenatal, existe insatisfacción con la ausencia de referencia y contrarreferencia y carencia de información. Marculino, menciona que la utilización de la escucha es un excelente recurso para saber cuáles son las necesidades de esas mujeres y, de esta forma, ofrecerles información y cuidados pertinentes. Las pacientes muestran insatisfacción en el cuidado otorgado por parte de enfermería, así como carencia de información en la consulta prenatal, y en relación, a la educación en salud.

Moreira M, et al⁷³. En Ecuador realizo un estudio para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes embarazadas que son atendidas en la consulta externa del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Prócel” sobre el síndrome preeclampsia-eclampsia. De corte cuantitativa, transversal con relación a la importancia de incluir en la alimentación frutas, verduras y vegetales, el 48% lo

considera poco importante, el 35% nada importante y el 17% muy importante. De acuerdo, a los resultados se puede conocer que la mayoría de embarazadas consideran que el consumir frutas, legumbres y vegetales es poco importante debido a su inmadurez, ya que son jóvenes y a veces se dejan llevar por el aspecto que por lo nutritivo del alimento que ingieren.

Oviedo⁷⁴. Realizó un estudio con el objetivo de describir las prácticas durante el proceso de gestación en las comunidades Embera y Wounaan del departamento de Chocó, un estudio cualitativo de tipo exploratorio, por medio de entrevistas en profundidad a mujeres indígenas gestantes, mujeres indígenas líderes en salud y hombres líderes y promotores de los pueblos Embera y Wounaan del departamento de Chocó, para un total de 19 entrevistas. Encontrando que en las comunidades realizan prácticas durante la gestación enfocadas básicamente en los cuidados buscados por la pareja para la gestante, cuidados ofrecidos por la familia a la gestante, las comunidades realizan diversas prácticas de cuidado alrededor de la gestación que propenden por la protección de la vida de la gestante y del bebé, es así como la pareja, la familia y la comunidad en algunos momentos acompañan a la mujer.

Oliveira D⁷⁵, en el 2015 realizó un estudio con el objetivo fue comprender las vivencias y percepciones de mujeres con gestación de mayor riesgo, relativas a los problemas / necesidades de salud y prácticas de cuidado. Métodos: Estudio descriptivo-cualitativo, realizado en Cuiabá, Mato Grosso, con 12 mujeres en seguimiento prenatal en un servicio público especializado, por medio de entrevista

semiestructurada y análisis de contenido temático. Las participantes expresan la vivencia de importantes eventos no médicos, que influyen en su salud, como desinformación, miedos, preocupaciones, desorganización de la vida cotidiana y familiar, carencias financieras, y otras. Sin embargo, para el prenatal, avalan cuidados orientados por la perspectiva de riesgo, de control de los problemas médicos. Se refieren a la necesidad de cuidados amplios, pero, para ello, buscan apoyo en la familia y red social comunitaria de apoyo.

CAPITULO V METODOLOGÍA.

CAPITULO V METODOLOGÍA.

5.1 Diseño de estudio.

La presente investigación es cualitativa de tipo fenomenológico y descriptivo. Es cualitativo porque, la frase “metodología cualitativa”, se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras habladas o escritas, y la conducta observable⁷⁶. El objetivo es realizar un acercamiento exploratorio para recoger desde la propia voz de la mujer la vivencia que tiene acerca de la Alimentación a partir de vivir su embarazo con preeclampsia.

El enfoque fenomenológico⁷⁴, que significa “mostrarse a sí mismo” o manifestar algo que puede hacerse visible así mismo. De conformidad con la actitud del filósofo Husserl, la fenomenología tiene que ver con la pregunta: ¿cómo conocemos?, se trata de una búsqueda epistemológica y un compromiso con la descripción y clarificación de la estructura esencial del mundo vivido de la experiencia consciente (el contenido experiencial de la experiencia “originaria”). El propósito de Husserl era evitar todos los comienzos conceptualmente ligados y teóricamente contruidos, y planteaba el enfoque filosófico descriptivo de volver a captar la esencia de la conciencia en sí misma”.

En este sentido el lenguaje fenomenológico es descriptivo y su propósito es hacer que la experiencia original le sea evidente por medio del reflejo de la intuición clara. La percepción directa, o intuición clara, es la vía hacia la constitución de los fenómenos “como se supusieron”, o “viéndose” su significado en la conciencia⁸⁰.

Husserl asevero que usando el método de poner entre paréntesis o retener provisionalmente las presuposiciones propias o las teorías, con la reflexión profunda se podían buscar las raíces o comienzos del conocimiento en los procesos subjetivos, “en las cosas en sí mismas”, Según él, los procesos yacen en el fondo de la conciencia del sujeto conocedor, a quien estos fenómenos se le aparecen. A esta actividad filosófica la llamo “la subjetividad trascendental”, donde trascendental puede entenderse como que confiere significado por medio del ego conocedor, o el yo, en el que hay un reflejo sobre sí mismo⁸⁰.

Se pretende conocer la subjetividad de cada una de las mujeres que viven su embarazo con preeclampsia respecto a la alimentación a través de una entrevista. Debido a que las preguntas cualitativas buscan comprender un área de la que se sabe poco o lo que se sabe no convence, cuando se trate de comprender situaciones complejas en las que hay datos multiculturales, o cuando se desee conocer cómo un grupo de personas experimentan un proceso, y lo que se busque sea comprender un fenómeno de manera profunda⁸¹.

Cabe señalar, que según Taylor y Bogdan, la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante⁸⁰. En este sentido, lo que interesa saber es cómo perciben la alimentación desde su embarazo con preeclampsia. Asimismo, debe tenerse presente que las vivencias intencionales se estructuran en partes y aspectos, de tal modo que la tarea fenomenológica consiste en sacar a luz esas partes, y en describirlas; en descomponer estos objetos de la percepción interna para así poder describirlos adecuadamente.

Una de las premisas que maneja la fenomenología es que la existencia humana es significativa e interesante, en el sentido de que siempre estamos conscientes de algo, por lo que la existencia implica que las personas están en su mundo y sólo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos. De esta forma, los comportamientos humanos se contextualizan por las relaciones con los objetos, con las personas, con los sucesos y con las situaciones⁸¹.

Por tal razón, es necesario acudir al escenario donde se presenta el fenómeno, en este caso es el hogar, donde la mujer que vive su embarazo con preeclampsia para así poder comprender su contexto y la situación en la que se encuentra.

5.2 Contexto y lugar del estudio.

Las mujeres gestantes eran residentes del Estado de México. El escenario del estudio para realizar la entrevista fue en el hospital.

5.3 Participantes.

La selección de participantes se realizó por criterio de conveniencia donde el muestreo tiene su origen en consideraciones de tipo práctico en las cuales se busca obtener la mejor información, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos o investigados⁸⁰, es el caso de las mujeres con preeclampsia con edad entre 20 y 40 años que han formado sus

vivencias a partir de la semana 20 de gestación. Las cuales aceptaron ser entrevistadas y audio grabadas.

A continuación de describen las participantes:

Orquídea, primigesta con 32 años, vive en unión libre con su pareja, estudió para auxiliar contable hasta la media superior. Actualmente trabaja desempeñando su profesión. Le diagnosticaron preeclampsia en la semana 29 de gestación.

Margarita, primigesta con 31 años, casada por la iglesia, ella estudio la licenciatura en ingeniera biomédica. Le diagnosticaron preeclampsia en la semana 27 de gestación.

Rosa con 25 años de religión católica, segunda gesta, mamá soltera, le diagnosticaron preeclampsia en la semana 22 de gestación. Estudio hasta la media superior, actualmente trabaja como encargada de una cafetería.

Tulipán con 41 años practica la religión católica, únicamente estudio hasta 6 de primaria es ama de casa vive en unión libre, experimenta su tercera gesta y se le diagnostico preeclampsia en la semana 24. En su segunda gesta presento síndrome de Hellp.

Camelia 32 años, practica la religión católica estudio la licenciatura en administración, casada, primigesta, le diagnosticaron preeclampsia en la semana 20 de gestación.

Iris con 32 años, su último grado de estudios es la preparatoria, casada de religión católica, segunda gesta y diagnosticada con preeclampsia en la semana 33 de gestación.

Dalia 20 años estudio hasta la preparatoria, trabaja como cajera de supermercado es divorciada cuenta con tres embarazos, se le diagnosticó preeclampsia en la semana 36 de gestación.

5.4 Técnica de recolección de datos.

La técnica seleccionada para obtener la información fue la entrevista semiestructurada, ya que brinda la oportunidad de comprender los discursos de las participantes acerca de un fenómeno al ser descritos en sus propias palabras además presenta un grado mayor de flexibilidad y parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados⁸⁰.

El inicio de las entrevistas se realizó en febrero del año 2017. La organización del diseño de las preguntas estuvo dirigida a abordar el fenómeno de estudio, la pregunta inicial fue la orientadora, posteriormente continuaron las preguntas generadoras de diálogo, las cuales, se basaron en los tópicos a explorar la vivencia respecto a la alimentación y por último la pregunta de cierre teniendo un total de 7 preguntas. Sin olvidar que se dejó un espacio para para obtener las características generales de identificación de la participante (Apéndice I).

Se localizaron a las participantes en el hospital, se abordaron a las participantes en el servicio de hospitalización que cumplían con el requisito de acuerdo con el criterio de conveniencia. Cuando se identificó a la informante clave se procedió a la explicación en lo que consistía el estudio, una vez aceptada su participación en el estudio se le otorgo el consentimiento informado (Apéndice II) para realizar la entrevista.

Al inicio de la entrevista se le permitió establecer dudas e inquietudes respecto a su diagnóstico de preeclampsia. Se le solicitó autorización para grabar su discurso y se le pidió su número telefónico y la dirección de su domicilio, pidiendo autorización para visitarla en su hogar, el cual sirvió para constatar la información otorgada. El tiempo utilizado para dar por concluida la entrevista fue de acuerdo con el deseo de cada participante.

La recolección de datos se dio por concluida hasta llegar a la saturación teórica del fenómeno.

Se utilizó un diario de campo (Apéndice III), el cual es una herramienta de gran ayuda para el análisis de la información. En el diario de campo durante el proceso de las entrevistas se escribieron las impresiones de lo vivido y observado como fueron sus emociones, gestos y expresiones.

5.4.2 Análisis de la información.

El análisis de información se realizó según el análisis de contenido en la modalidad de análisis temático desde la perspectiva de Souza Minayo⁸². El cual tiene tres finalidades: establecer una comprensión de los datos, confirmar o no a los presupuestos de la investigación y responder a las cuestiones formuladas, y ampliar el conocimiento sobre el asunto investigado, articulando al contexto cultural del cual forma parte.

Para el análisis de contenido se eligió unidad de registro el tema por ser la alimentación una unidad mayor en la cual intervienen una serie de factores psicosociales y de la cual se saca una conclusión.

Cronológicamente el análisis de contenido abarco las siguientes fases: pre -análisis, exploración del material, tratamiento de los datos obtenidos e interpretación.

Primera fase: se organizó el material a hacer analizado de acuerdo con el tema y objetivo del estudio también se definió el tema como unidad de registro. Las entrevistas se transcribieron textualmente; se elaboraron dos columnas con el texto Emic y el texto Etic respectivamente para una revisión textual de los datos transcritos de cada participante. Las entrevistas fueron codificadas asignando el nombre de flores, el cual, sirvió de seudónimo con objeto de respetar el anonimato y privacidad de las mujeres participantes, seguido del número del renglón donde se localiza el testimonio dentro de la entrevista transcrita. De forma simultánea a la

lectura, se realizaron notas al margen que sirvieron para formular los planteamientos iniciales.

Se utilizó la reducción de datos para evitar la repetición de estos identificando los temas principales y frecuentes asignando códigos iniciales a los conceptos que permitieron la definición de categorías.

Segunda fase: Una vez impresas las narraciones fueron leídas varias veces, señalando textos significativos relacionados al tema como unidad de registro que describían la vivencia de la mujer con preeclampsia respecto al fenómeno de estudio que es la alimentación.

Tercera fase: Las categorías se conformaron a partir de la identificación de temas explícitos en el texto de las entrevistas o implícitos en las cualidades de la información. La categorización de datos produce un marco para organizar y describir lo que se recolectó durante el trabajo de campo. Esta fase descriptiva del análisis sienta las bases para la fase interpretativa en la cual se extraen los significados a partir de los datos, se hacen comparaciones, se construyen marcos creativos para la interpretación, se determina la importancia relativa y se sacan conclusiones⁸¹.

Para el procedimiento de categorización se realizaron los siguientes pasos:

- a) Transcripción detallada de los contenidos de información, enumerando las páginas y líneas para facilitar después las referencias.

- b) División de los contenidos en porciones o unidades temáticas

- c) Categorización con un término o expresión que sea claro e inequívoco para el contenido de cada unidad temática.
- d) Asignación de subcategorías o propiedades descriptivas. Las categorías que tiene el mismo nombre, pero con propiedades o atributos diferentes.
- e) Integración o asociación en categorías más amplias en aquellas categorías que así lo permitieron.
- f) Agrupación de contenido.

La técnica de análisis temático permitió describir el fenómeno de la vivencia en mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación, basándose en la lectura como instrumento de recolección de información. Para el análisis se seleccionaron las palabras, frases, párrafos, textos completos eliminando los que no correspondían al objeto de estudio. Se hizo una inferencia, para captar el significado manifiesto y latente, efectuando las inferencias del texto a sus contextos.

5.4.3 Temporalización.

El estudio se inició en el mes de febrero del año 2016 con la búsqueda de antecedentes, que contribuyeron al planteamiento del problema y marco conceptual.

En los meses de septiembre a noviembre del mismo año se reconstruyó el planteamiento del problema y se identificó a las posibles informantes que se derivaron del proyecto PAPIIT IN308814-3 con duración de 3 años del 2014 al 2017 Folio: No.81 por la ENEO-UNAM.

5.5 Consideraciones éticas.

Se contemplaron aspectos que garantizaran el cumplimiento de principios éticos y legales para cada una de las participantes al brindar información precisa, clara y oportuna sobre el objetivo de la investigación. A través de un consentimiento informado, en el cual se describen los objetivos y la explicación del estudio, y en que consiste su participación, así como su autorización de grabar sus comentarios para posteriormente hacer un análisis de ellos. Haciendo hincapié en la posibilidad de detener la entrevista en el momento deseado por ellas, o incluso la negatividad a no responder alguna de las preguntas. Para la protección de los datos y de la intimidad de las participantes se les asignaron pseudónimos de flores.

5.5.1 Aspectos éticos y legales.

La investigación atenderá al Código Ético de Enfermería⁸³. Por otro lado, se realiza conforme a la Ley General de salud en Materia de Investigación para la Salud en los artículos 34, 36, 38 y 39 que se refieren a: reportar el riesgo mínimo para los sujetos de estudio, en esta investigación no implico ninguna intervención para las participantes, el anonimato y a la libertad de retirarse en cualquier momento del estudio⁸⁴⁻⁸⁵.

5.6 Rigor metodológico.

5.6.1 Credibilidad.

Se alcanza cuando los investigadores confirman los hallazgos y revisan datos particulares, es decir, vuelven a los informantes durante la recolección de la información. En este sentido, los informantes son capaces de corregir los errores de interpretación de los hechos y para ello se ocupan de dar más ejemplos que ayudan a clarificar las interpretaciones del investigador⁸⁶.

En esta investigación se regresó a las participantes para que ellas confirmaran si corresponde lo que se escribió a lo que ellas dijeron en la entrevista realizada.

5.6.2 Auditabilidad.

Se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. En otras palabras, permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares⁸⁶. Este proyecto de investigación cuenta con un análisis detallado de su realización, lo que permite que este criterio sea validado dentro de la rigurosidad.

5.6.3 Transferibilidad.

Se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos^{87, 88}. Se pretende que los hallazgos resultantes de este estudio puedan ser transferidos a otras investigaciones similares.

CAPÍTULO VI. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN.

CAPÍTULO VI. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN.

6.1 Descripción de las participantes.

Las mujeres participantes oscilaban en una edad entre los 20 y 41 años con escolaridad media superior y superior, solo una de ellas tenía como último grado de estudios la primaria (Tulipán), quien se encontraba viviendo al momento de la entrevista su tercer embarazo, destacando que en su segunda gesta presentó Síndrome de Hellp, vivía en unión libre con su pareja. Tres mujeres participantes del estudio tenían el estado civil de casadas, dos en unión libre, una gestante era divorciada y una, madre soltera.

Todas las mujeres son residentes del Estado de México, pertenecientes a la clase media y dos a la clase baja. Todas las mujeres son de religión católica no practicante. En general, las participantes coinciden en haber sido diagnosticadas con preeclampsia a partir del segundo y tercer trimestre de gestación.

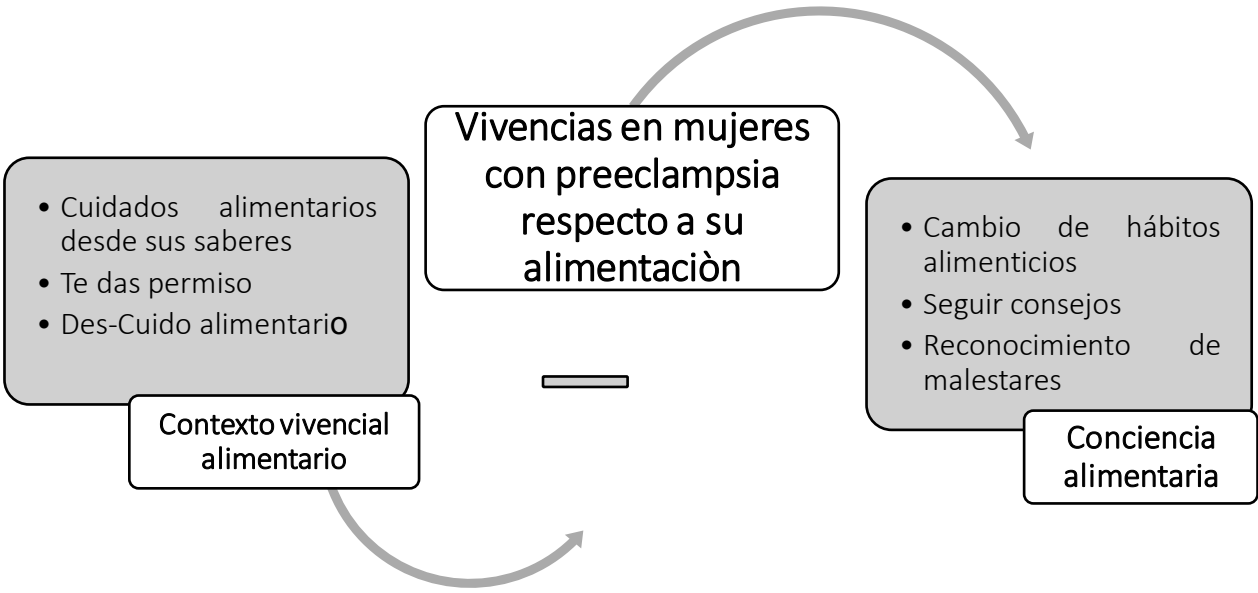
En el momento que se les abordó para la realización de la entrevista se encontraban en el tercer trimestre de embarazo. Camelia y Orquídea tenían un peso de 114 y 102 kg respectivamente, las demás participantes se encontraban en los parámetros normales de Índice de Masa Corporal

6.2 Tabla del perfil de las participantes.

<i>Participante</i>	<i>Edad</i>	<i>Estudios</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Gesta</i>	<i>Lugar de residencia</i>	<i>Semana de diagnóstico</i>
Orquídea	32	Media superior	Aux contable	Unión libre	1	Edo de México	29
Margarita	31	Licenciatura	Ingeniera biomédica	Casada	1	Edo de México	27
Rosa	25	Media superior	Encargada de una cafetería	Mamá soltera	2	Edo de México	22
Tulipán	41	Primaria	Ama de casa	Unión libre	3	Edo de México	24
Camelia	32	Licenciatura	Administradora	Casada	1	Edo de México	20
Iris	32	Preparatoria	Capturista	Casada	2	Edo de México	33
Dalia	20	Preparatoria	Cajera de supermercado	Divorciada	3	Edo de México	36

Los análisis de los discursos de las mujeres entrevistadas para el estudio permitieron describir las vivencias de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación. A continuación, se presentan las categorías y subcategorías que emergen de los discursos.

FIGURA 1: Esquema conceptual de las vivencias de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación.



Fuente: Elaborado por Leslie Angelina Soberanes Jiménez.

Categoría: *Contexto vivencial alimentario*

Partiendo de los discursos analizados nace la existencia de un entorno en donde se desarrolla la alimentación en la mujer con preeclampsia, en este contexto se encuentra la influencia cultural para la elección de alimentos, así como para su preparación. En un momento tan delicado en el que se encuentra, el estado de salud de las gestantes, ellas siguen recomendaciones en la preparación de la comida por parte de su familia, principalmente de la madre, esposo y amigos. En algunos casos el esposo y madre fueron los encargados de la preparación de los alimentos.

Las mujeres al vivir su embarazo con preeclampsia llevan a cabo cuidados en su alimentación, los cuales, fueron implementados desde sus saberes. Es importante señalar que la alimentación es considerada como una actividad no sólo biológica, y nutricional sino como un fenómeno social, psicológico, económico, simbólico, religioso y cultural⁸¹. Se destaca la existencia de un vínculo entre lo que la mujer con preeclampsia come y con su historia, la cual tiene profundas raíces en género, raza e incluso con su identidad nacional, la cual define la forma de alimentarse de cada una de las gestantes con preeclampsia.

Por otra parte, como se puede ver en la subcategoría “Te das permiso” el embarazo es un momento permisible para la satisfacción de antojos, los cuales en cantidades excesivas pueden llegar a repercutir negativamente en su estado de salud afectando la resolución del embarazo. Dentro de este contexto en la subcategoría Des-Cuido alimentario, las mujeres con preeclampsia expresaron haber recibido poca e inclusive nula orientación alimentaria respecto a la preeclampsia, por parte

del personal médico y de enfermería, resaltando que solamente recibieron orientación alimentaria aquellas mujeres que tenían el peso en niveles excesivos, lo que se convierte en un factor de riesgo para futuras complicaciones, sin embargo, no recibieron ninguna orientación alimentaria por el hecho tener preeclampsia.

Subcategoría: Cuidados alimentarios desde sus saberes

Las mujeres expresaron seguir cuidados en el hogar respecto a su alimentación según la perspectiva y el conocimiento que tienen sobre lo que debe de contener la alimentación, la cual está ligada a su cultura. Reconocen la importancia de una buena alimentación para estar saludable además de expresar que se deben de evitar los carbohidratos ya que se asocia a un aumento de peso el cual puede llegar hacer perjudicial en su estado de salud durante su embarazo y desencadenar la preeclampsia. Así mismo, adicionan verduras en su comida debido a que las encuentran benéficas por el aporte de hierro que contienen. Por otro lado, exteriorizan que el consumo de proteínas y micronutrientes como son el ácido fólico, las vitaminas y el sulfato ferroso son fundamentales durante los primeros meses del embarazo. Como lo muestran los siguientes discursos:

[...] “Durante el embarazo comía las cosas más verdes, las nutriólogas me dijeron en las pláticas que son las que tienen más vitaminas.” [...] (Tulipán L21-23)

[...] “En casa tomaba, mis vitaminas, ácido fólico, sulfato ferroso, por lo que creo que en ese aspecto no descuide nada” [...] (Iris L55-57)

[...] “La dieta debe incluir proteínas, se deben de evitar carbohidratos para no subir tanto de peso, por ejemplo, comer verduras verdes, porque contienen hierro. [...]” (Margarita L26-28)

Se coincide con los hallazgos de García 2016⁶⁷, quien muestra en su estudio que la población ha interiorizado los discursos institucionales que relacionan la alimentación con la salud y responsabilizan a la persona de su propio cuidado. Es así, como las mujeres, al saberse embarazadas, introducen prácticas de autocontrol y cuidado en diferentes aspectos de la vida cotidiana, entre ellos la alimentación. Uno de los momentos decisivos para que ocurran estos cuidados es concientizarse de que el feto se está formando, por lo que necesita de los mejores nutrientes para su óptimo desarrollo, y por otro, el miedo al descontrol del cuerpo. Ambos aparecen interrelacionados en sus discursos y les conceden valores diferentes según sus ideas personales.

En contraste con los resultados obtenidos por Moreira 2014⁷³, en su estudio de corte cuantitativo, con relación a la importancia de incluir en la alimentación frutas, verduras y vegetales, el 48% lo considera poco importante, el 35% nada importante y el 17% muy importante. De acuerdo, a los resultados se puede conocer que la mayoría de embarazadas consideran que el consumir frutas, legumbres y vegetales

es poco importante debido a su inmadurez, ya que son jóvenes y a veces se dejan llevar por el aspecto que por lo nutritivo del alimento que ingieren.

Por otra parte, las mujeres expresaron asociar la preeclampsia con el cuidado otorgado por ellas mismas en su vida cotidiana acarreando un sentido de responsabilidad. Encontrando que existe una relación de la gestante con la comida, la cual está íntimamente engranada con factores psicológicos, es decir, que afectan al plano de lo mental y también de lo emocional. Lo que acarrea sentimientos de culpa o un cargo de conciencia, hecho que irremediablemente afecta emocionalmente. Lo anterior lo confirman los siguientes discursos

[...] “Siento que me dio preeclampsia por no haberme cuidado los primeros meses de mi embarazo, porque no me alimente bien, ni tome vitaminas, y esos meses son los fundamentales para que nazca bien el bebé” [...] (Tulipán L 32-34)

Asimismo, manifestaron relacionar la concepción de una buena alimentación con el aumento de peso y la preeclampsia.

[...] “Considero que me alimentaba bien porque nunca tuve problemas de peso” [...] (Dalia L24-27).

[...]” Siento que me dio preeclampsia por el sobrepeso, sí, porque mis presiones siempre habían sido normales, yo digo que la alimentación si influye para que me haya dado preeclampsia, entre mejor nutrido estés es mejor; siempre hay que comer sano” [...].

(Camelia L50-54).

Los hallazgos coinciden con un estudio cuantitativo por Sánchez B⁶⁰ donde los datos muestran que la mayoría de las gestantes (95-97%) consideraron el sobrepeso u obesidad como factor de riesgo para presentar hipertensión arterial. Además, se halló que el 98% de las participantes consideraba que las frutas y verduras se deben comer diariamente y, no obstante, sólo el 75% dijo consumirlas con esa periodicidad.

A través de los discursos se consiguió caracterizar la dieta de las mujeres con preeclampsia en donde dejan ver su concepción por dieta normal desde una perspectiva ya sea en cantidad o calidad, y la cual, tiene una influencia por la nacionalidad de las gestantes. Al mismo tiempo de incluir aspectos sociales y estilos de vida que van más allá de la mera descripción de la ingestión de micro y macro nutrientes. El consumo de alimentos y productos que incluyen los platillos, así como sus preparaciones, sumados a los hábitos de alimentación, los tiempos y lugares de comida e incluso la nacionalidad y en ocasiones la compañía, y las diversas formas de llevar a cabo la alimentación diaria para sumar a la conformación de los estilos

de vida, permite representar a un patrón alimentario, como se puede apreciar en los siguientes discursos:

[...] “Una comida normal, ahora sí que viene siendo verdura, carne, cereal, un guisado, no exactamente ensaladita con queso panela o ensaladita con queso cherry, pues no, porque no está al alcance, pero tiene que incluir los tres tiempos e ir variando al otro día.” [...]
(Iris L60-64)

[...] “Yo llevaba una dieta normal como los mexicanos, sopa, arroz y guisado, un par de tortillas y agua” [...] (Orquídea:144-148)

[...] “En mi embarazo, incluí una comida normal, mi mamá cocinaba sopa, arroz y un guisado, solo le pedía a ella que no fuera pollo porque no me gusta, pero no comía empanizados, ni nada de eso por la grasa ¡la comida normal ¡” [...] (Rosa L33-36)

Al analizar la necesidad de alimentación y cómo la cubren, se puede concluir que su satisfacción depende de las redes de apoyo con las que cuenta. Su alimentación es modificada ligeramente en este periodo basado en algunas recomendaciones e

incluso en ellas crece el interés de saber qué deben comer durante su embarazo, pero no preguntan la proporción de calorías que deben consumir durante el día.

A pesar de que las gestantes llevan a cabo sus propios cuidados para evitar enfermar al mismo tiempo de honrar su propia vida y la de su bebé, es la existencia de una previa orientación sobre este.

Subcategoría: Te das permiso

Se identificó que las mujeres embarazadas con preeclampsia adicionan alimentos que comúnmente o al menos antes de su embarazo no ingerían, así como preferir aquellos como las frutas, el chocolate, las gomitas de dulce y el refresco caracterizado por un alto contenido en glucosa además de las frituras altas en carbohidratos y algunos otros como el picante, el cual destaca en la comida mexicana. La característica principal de la dieta mexicana es el picante, el chile, que se consume fresco, tostado o preparado con las comidas, es de suma importancia cultural, culinaria y nutricional. El chile también puede considerarse el gran ecualizador de la dieta mexicana, al establecer un puente entre la humilde tortilla con chile y sal hasta las más elaboradas carnes y ensaladas preparadas con salsa picante⁸⁴. En el mismo orden de ideas, a pesar de percibir algunos alimentos como no benéficos para su salud éstos fueron consumidos para satisfacer el antojo. Las mujeres expresaron percibir una comida normal cuando responde a una estructura ternaria, es decir, está compuesta por una sopa como plato inicial, el guisado como platillo fuerte en segundo tiempo, y finalmente un postre sin que puedan faltar las

tortillas y el agua o incluso el refresco. Siendo el embarazo un momento permisible para la satisfacción de los antojos, como lo muestran los siguientes discursos:

[...] “Te das permiso de los antojos, crepas, el chocolate, pizza, tacos, cosas que yo ni de vista las agarraba” [...] (Orquídea: L8 p1)

[...] “En el embarazo elegía mis alimentos por lo que se me antojaba como el jugo de piña, llegué a tomar un litro diario, comía mucha fruta con miel y granola.” [...] (Rosa L56-6)

[...] “Antes de estar embarazada jamás comía picante.” En el embarazo se me antojaban mucho las gomitas de azúcar, me encantaba el chile, entonces, comía las papas que venden en la calle con mucho chile. [...] (Camelia L39-42)

En relación, a los discursos anteriores se coincide con Guzmán⁵⁵ en su estudio realizado en el 2014, quien halló que el aporte de hidratos de carbono distingue a la comida mexicana, además de permitir valorar el alimento, como un elemento que representa valores, costumbres, tradiciones de un grupo o comunidad que son parte representativa de una sociedad.

Se difiere de Oviedo M 2014⁷⁴ quien identificó que la satisfacción y preparación de los antojos durante el embarazo, se comparte con la comunidad y de esta manera se le asigna al bebé características sociales, sin embargo, debido a que la adquisición de alimentos no depende de las mujeres, en ocasiones los antojos no son satisfechos ya sea por falta de dinero, por no tener disponibilidad de los mismos en la zona o porque el hombre no los compra.

Subcategoría: Des-Cuido alimentario

En voz de las participantes se identifica que el personal de salud brinda poca o nula información acerca de la alimentación que deben de llevar las mujeres con preeclampsia; se muestra que existe una deficiente relación con los profesionales de la salud. En los discursos se observa que el personal Enfermería descuida el cuidado a través de la ausencia de orientación alimentaria, sin embargo, las mujeres buscan informarse por sus propios medios para eliminar dudas existentes.

Lo anteriormente expuesto se evidencia en los siguientes discursos:

[...] “No recibí información por parte de los médicos ni de enfermeras yo solita más o menos me informé lo que debía de comer por estar embarazada, pero relacionado a la preeclampsia nunca me dijeron nada”. [...] (Tulipán L60-65)

[...] “Para la preeclampsia solo me dieron medicamento, me dijeron que tenían que interrumpirme el embarazo y que mi bebé sería prematuro. “[...] (Margarita L73)

Los discursos corresponden a los hallazgos de Marculino 2012⁷² quien muestra insatisfacción por parte de las mujeres gestantes en sus experiencias referente al cuidado otorgado por parte de enfermería, así como carencia de información en la consulta prenatal, y en relación, a la educación en salud.

Al respecto conviene decir que, únicamente se les orienta a aquellas gestantes que tienen problemas de sobre peso para que acudan con personal de salud especializado con respecto al tema de nutrición.

[...] “En la semana 20 pesaba 114 kg así que me mandaron con endocrinología, porque tengo problemas de hipertiroidismo, me mandó a nutrición para que me controlaran el peso. Me dieron una dieta de 1500 calorías porque clasifique como diabetes gestacional, pero referente a la preeclampsia no, fue por la obesidad” [...]
(Camelia L18-23)

[...] “El nutriólogo me habló sobre la alimentación en el embarazo, nada más me lo manejaron para no subir más de peso, pero no relacionado a la preeclampsia” [...] (Iris L 27-28)

[...] “En mi control prenatal jamás me dijeron que debía de comer, o un plan de alimentación, jamás me tocaron el tema de la preeclampsia solo hasta que empecé a presentar signos de alarma.”

[...] (Rosa L70-71)

Contrario a lo hallado por Giraldo⁷⁰ donde las mujeres manifestaron mayor adherencia a las recomendaciones alimentarias de los profesionales de salud que entendían y respetaban sus hábitos, conocimientos y posibilidades alimenticias.

Los discursos difieren del estudio realizado por Laza 2014⁶⁹ en el que las participantes refirieron apoyo por parte del personal médico y de enfermería, para las informantes de este estudio significó una relación de confianza. Esta se estableció como una relación de respeto, honestidad y calidad en la atención y cuidado brindado. Lo anterior permitió tomar decisiones basadas en un conocimiento claro de su situación.

Categoría: *Conciencia alimentaria*

En general las mujeres expresaron que, al experimentar la preeclampsia durante el embarazo, ponen mayor atención en los alimentos que consumían reduciendo o eliminando aquellos que consideraban negativos; de esta manera las preferencias alimentarias cambiaron cuando hubo razones que fundamentaron este cambio.

De igual manera, la preeclampsia implicó un cambio en el comportamiento alimentario de las mujeres que va más allá de los que comúnmente se considerarían hábitos alimentarios saludables, como se puede ver en la subcategoría: cambio de hábitos alimenticios, las gestantes saben que deben cuidar su cuerpo más que otros por lo que la preeclampsia representó una motivación importante en la toma de decisiones del consumo alimentario debido a que la salud del binomio materno fetal se encuentra comprometida, convirtiéndose la salud en la principal preocupación, ésta simbolizó una oportunidad para mejorar los hábitos alimentarios que llevaban cada una de las mujeres en su vida diaria.

En la modificación de los hábitos alimentarios sobre sale el apoyo de familiares, principalmente la figura de la madre y el esposo, sin embargo, expresaron que el cumplimiento de una dieta es difícil de poner en práctica según las circunstancias personales de cada mujer, de las que se requiere un esfuerzo valioso para llevar a cabo. El reconocimiento de la enfermedad implicó modificaciones y adaptaciones que emanan de padecer preeclampsia, las cuales, involucraron un esfuerzo importante, derivado de las limitaciones que la patología impone y que suponen un

verdadero cambio de vida para muchas de ellas; todo lo anterior se reflejo en una conciencia sobre su propio cuidado en la alimentación.

Los discursos dejan ver que la mujer se responsabiliza de su cuidado, el cual, está íntimamente ligado a la preocupación por la salud de su bebé y de su rol como madre.

Subcategoría: Cambio de hábitos alimenticios

El vivir el embarazo con preeclampsia permite que exista un cambio de percepción por la practicas alimentarias ya que la preeclampsia incluye diferentes representaciones con gran contenido simbólico. Las mujeres expresaron evitar ciertos alimentos ya que reconocen que les perjudicaba en su estado de salud, tal es el caso de la sal, principal nutriente valorado para eliminar de la dieta durante en el embarazo al igual que el refresco. Señalan que contemplan las porciones de comida, los refrescos, el consumo de harinas, asimismo identifican aspectos a modificar en su alimentación, ejemplo de ellos son las verduras como alimentos para aumentar en cantidad. Se reconoce que existe una intención por mejorar la alimentación que hasta el momento se practicaba.

Lo anterior lo confirman los siguientes discursos:

[...] “En el embarazo modifique mi alimentación, limite la cantidad de comida porque antes de estar embarazada repetía

el guisado y me tomaba un refresquito, ahora ya no hago eso.”

[...] (Iris L41-44)

[...] “Yo trataba siempre de evitar la sal, porque empecé a hincharme” [...] (Margarita L16-17)

[...] “Antes de mi embarazo comía casi lo mismo, sólo agregue más verdura y les baje a las harinas, y cuando me quedaba con hambre comía verdura para satisfacer y complementar mi alimentación” [...] (Camelia L37-38).

Se coincide con Sámano⁶² quien resalta que el período del embarazo para algunas de ellas fue una oportunidad para modificar la alimentación ya sea para mejorarla o para quedarse con hábitos alimentarios inadecuados. Se observó que la percepción de una buena alimentación está dada por el tipo de alimentos, aunque el consumo de ellos (tipo y cantidad) es determinante en la práctica para un comer bien o no. Se observó que 4 de 6 mujeres reportaron algún tipo de cambio en su alimentación, sobre todo disminuyendo azúcares y/o lípidos.

La alimentación se caracterizó, de forma general, por una mayor tranquilidad gracias a la confianza que habían adquirido a través de la experiencia, como es el caso de mujeres que nuevamente se repetía el diagnóstico de preeclampsia en su embarazo. Existieron vivencias positivas frente a la enfermedad, estas aparecieron

cuando hubo una adaptación o resolución frente a la enfermedad en donde la mujer manifiesta una autopercepción por practicar una buena alimentación, ya que la perciben que comer mejor ayuda en la salud de su bebé, como se puede ver los siguientes discursos:

[...] “En el embarazo empecé a cambiar, tenía hambre y comía en ese momento ya no ignoraba mi hambre, comía mejor por mi bebé como gelatina o yogurt. Ahora pienso que la comida es muy diferente, las porciones deben de ser las adecuadas” [...]
(Rosa L66-68)

[...] “Cuando me dijeron que tenía preeclampsia modifique mis horarios de comida para que estuviera bien mi bebé y no me pasara lo mismo que el embarazo anterior que tuve síndrome de Hellp [...] (Tulipán L31-34)

Los discursos anteriores se fundamentan con Oliveira⁷⁵ quien destaca en sus hallazgos que el último trimestre de embarazo tiene como característica un periodo de ansiedad a causa de la preparación del nacimiento del bebé. La ansiedad traza sentimientos de miedo por una posible ruptura de miedo en las fantasías del vínculo madre e hijo y la resolución del embarazo. En un embarazo con preeclampsia se presentan sentimientos ambivalentes íntimamente relacionados a las historias de experiencias vividas para la gestante

De igual forma Torres MA⁶⁵ señala en su estudio que el cuerpo de una mujer embarazada que presenta preeclampsia tiene mecanismos recursivos que le permiten auto-eco-socioorganizarse para lograr mantener el equilibrio, la organización, la adaptación y la lucha diaria por la vida, a pesar del devenir de cambios inesperados, en su dinámica. Se auto-socioorganizan en su contexto interno a través del cuidado de su corporalidad- subjetividad, evitando comer ciertos alimentos.

Al contrario de los hallazgos de Giraldo en el 2016⁷⁰, menciona que las mujeres maternas escasamente cambian su dieta para incluir recomendaciones como las frutas y verduras, no porque desconozcan sus propiedades, sino porque no son alimentos usuales en sus hogares y, debido a la falta de recursos, es difícil que estos se reorganicen en función de los requisitos nutricionales de un solo miembro de la familia.

Subcategoría: Seguir consejos

Las mujeres manifiestan seguir consejos por parte de la familia, compañeros de trabajo, así como por parte del personal de salud, sin embargo, la figura que predomina es la de mamá de quien siguen sus recomendaciones, en las cuales encuentran efectividad, además se tiene la tendencia a aceptar la comida que las madres preparan, convirtiéndose en su principal red de apoyo. Es así como la alimentación no cumple únicamente la función biológica sino también con una función social y psicológica. El embarazo fue considerado como una etapa de

vulnerabilidad, en donde las madres son las encargadas de aconsejar a la mujer durante esta etapa, sin embargo, otros familiares como el esposo también se encargaron del cuidado alimentario de la mujer embarazada con preeclampsia.

[...] “Mi mamá me dijo, en este embarazo ¡vas a reducir la sal y las porciones! además, por los antecedentes de presión alta de la familia y porque en tu primer embarazo te dio preeclampsia, te tienes que cuidar. Y sus consejos de mi mamá me sirvieron” [...] (Dalia L24-27).

[...]” Mi esposo preparaba la comida, más o menos lo que se me antojara, porque no me dieron ninguna dieta los médicos.” [...] (Tulipán L21-23)

Los discursos anteriores no concuerdan con lo reportado por Vega EG et al,⁶⁶ quien exploró aspectos culturales que pueden limitar la adopción de una dieta adecuada en mujeres gestantes, donde el rol dominante del esposo y de algunas abuelas, fueron en ocasiones elementos negativos, decisivos y frecuentes al sugerir patrones alimentarios diferentes a lo tradicional y en cantidades excesivas. Se denotó falta de negociación intercultural o una negociación intercultural poco exitosa. Entre los factores que afectan la selección y el consumo de alimentos fueron la economía, la cultura, accesibilidad y disponibilidad de alimento, el medio ambiente que inciden la determinación de la conducta alimentaria.

La alimentación que consumen durante el embarazo especialmente por tener preeclampsia se modifica ligeramente en función de algunas recomendaciones, como lo dejan ver los siguientes discursos:

[...]” Las recomendaciones que seguí me las dieron en mi trabajo compañeros médicos, porque cuando acudí a un médico especialista me dijo que estaba bien, que era lo normal que mis pies se hincharan en el embarazo” [...] (Margarita L59-62)

De acuerdo, a los discursos obtenidos en la entrevista, se observa que los hallazgos de Giraldo 2016⁷⁰ son similares con los presentados en esta investigación; a través del análisis de las experiencias de las mujeres, muestra que se puede integrar las dimensiones económicas, sociales y culturales que determinan la salud materna, así como el rol de los diferentes agentes encargados de cuidado.

Subcategoría: Reconocimiento de malestares

A través de los discursos se observa que las mujeres que vivencian su embarazo con preeclampsia reconocen malestares propios de la enfermedad, como son el dolor de cabeza, pies hinchados y cara, por los cuales acuden al médico, sin embargo, al no acompañarse por algún otro signo de alarma las envían de regreso a su casa.

Señalando que es precisamente la casa, el lugar en donde reconocen toda esta serie de malestares. Por consiguiente, se puede interpretar que las mujeres de alguna forma previenen peligros para la vida, funcionamiento y bienestar al acudir por una consulta médica.

Lo anterior lo confirman los siguientes discursos

[...] “Se me empezaron a hinchar mucho los pies, fui al médico, pero como no presentaba algún otro síntoma, entonces, me dijeron que era normal.” [...] (Margarita L52-54)

[...] “En casa detecte sólo el dolor de cabeza porque de ahí en fuera ningún otro signo de alarma.” [...] (Rosa L34)

[...] “Se me hinchaba la cara, las piernas; me sentía como un globo a punto de reventar” [...] (Margarita L73)

Sobre las bases de los discursos expuestos se difiere de los hallazgos de Noguera 2016⁶⁸ quien reporta que las gestantes valoran su situación de enfermedad desde diferentes contextos, se identifica que antes de realizarles el diagnóstico de preeclampsia y después de realizado, ellas no aceptan la enfermedad, porque se sienten bien y no perciben síntomas de alteración. Lo anterior llama la atención,

dado que las gestantes, al no sentirse enfermas, no consultan oportunamente y cuando lo hacen, ya pueden existir alteraciones en la salud del binomio madre-hijo; adicionalmente, dicha percepción puede causar no adherencia en la hospitalización y manejo, ya que no ven la necesidad de ser controladas y tratadas.

Con respecto a los discursos descritos anteriormente, se relacionan con los hallazgos del estudio realizado por García et al 2016⁶⁷ en el cual, se identifica en las mujeres, tener trayectorias de atención que siguieron al padecer preeclampsia, las trayectorias se organizaron en base a su evolución cronológica desde el momento de presunción del embarazo hasta el punto donde se estableció el diagnóstico biomédico y resolución de la enfermedad. Destacando que son los hogares el lugar, en donde las mujeres suelen identificar alteraciones corporales que no fueron interpretados por los médicos de la consulta prenatal en los centros de salud como indicativos de la enfermedad y por tanto no se iniciaron medidas de control específicas a la misma.

Finalmente, las categorías y subcategorías expuestas precedentemente corresponden con lo planteado por Husserl donde se puede apreciar que las vivencias que se refieren o están dirigidas a objetos trascendentes, en este caso la vivencia de tener preeclampsia está dirigida a llevar a cabo una mejor alimentación.

La preeclampsia es el noema, mientras que la noesis apunta al acto mismo de referirse al objeto o sea hacia la alimentación. En razón, de Husserl son

inseparables la nóesis y el noéma, es decir, el objeto del sujeto, por lo cual, el análisis de las vivencias es justamente un análisis noético-noemético.

Esto pone de manifiesto, que no sólo pensamos sobre las cosas que nos son dadas en la experiencia, sino también en nosotros mismos como pensándolas. Vistas, así las cosas, en el momento que la mujer con preeclampsia recuerda su vivencia de la alimentación en relación, con su enfermedad y, analiza cómo se presenta el objeto ante la conciencia, esto sucede de forma descriptiva. Dentro de este marco la experiencia es vivida en la apariencia corpórea de manera original y única, por lo tanto, cada una de las informantes experimenta sus vivencias de manera individual donde la alimentación deja huella. En este sentido, la alimentación que lleva a cabo la mujer con preeclampsia está llena de actitudes, creencias, y tiene un carácter hecho de convicciones y habitualidades que han sedimentado en ella.

En las categorías descritas se muestra cómo se presenta la alimentación ante la conciencia de la mujer con preeclampsia, se puede observar cómo se refiere la mujer con preeclampsia hacia su alimentación y con el mundo exterior ya sea para percibirlo o para recordarlo, es decir, la intencionalidad. En pocas palabras todas las vivencias encierran una intención.

Dentro de este marco han de considerarse las ideas de Husserl quien plantea que lo conocible se da por medio de las vivencias en las que su centro es la intencionalidad, siendo el centro de la significación. Llegando a este punto fue posible describir como conocen la alimentación la mujer con preeclampsia y como es aquello que conocen.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES

Finalmente, se puede decir que conocer las vivencias respecto a la alimentación en mujeres que presentan preeclampsia desde la subjetividad de estas mujeres, permite aproximarse al cuidado alimenticio desde su contexto. El cuerpo de la gestante con preeclampsia expresa malestares y necesidades de cuidado respecto a la alimentación, sin embargo, a pesar de los malestares, las mujeres se organizan de manera interna a través de su corporalidad y subjetividad de manera interna y de manera externa mediante las instituciones y de sus redes de apoyo (social), además del tratamiento médico (medicamentos, nutrición y visitas periódicas).

Se logro caracterizar la alimentación desde el propio cuidado de las gestantes con preeclampsia, abonando al conocimiento y a la comprensión de una actividad tan compleja como lo es la alimentación humana, sin embargo, es necesario considerar a la cultura propia de cada nacionalidad en la orientación alimentaria para la mujer con preeclampsia ya que se hace presente en todo momento condicionando los patrones y preferencias del consumo de alimentos.

Alrededor de lo anterior, es necesario considerar a los familiares e incluso extraños, quienes ofrecen consejos de lo que deben o no deben hacer y a las personas con las que interrelaciona la mujer gestante, pues influyen en la elección del consumo de sus alimentos y en su condición de preeclampsia. No obstante, es importante tener presente que la mujer con preeclampsia es quien decide la forma de cómo llevar sus cuidados alimenticios, ya que en ellos se encuentran implícitas las

experiencias vividas por cada mujer, lo que hace que cada uno de los cuidados implementados se conviertan en únicos.

Aunado a lo anterior, la preeclampsia representa una oportunidad para mejorar, reforzar e incluso eliminar dificultades en los hábitos alimenticios, sin embargo, se debe de acentuar en promover cambios adecuados y si es posible interrumpir aquellos que representan un daño para la salud del binomio materno-fetal, afectando al mismo tiempo la calidad de vida de ambos.

Es importante señalar que la escucha activa y la observación cuidadosa de estas vivencias permite reconocer que un enfoque de cuidado en la alimentación se puede centrar desde los saberes que tienen las mujeres que experimentan su embarazo con preeclampsia reconociendo su rol como guadoras del cuidado. Es recomendable y necesario crear equipos multidisciplinarios (nutriólogo, enfermera, médico, psicólogo, entre otros profesionales de la salud) que se encarguen de diseñar y evaluar programas educativos con estrategias específicas que tomen en cuenta las necesidades de las mujeres en materia de salud, alimentación y estilo de vida, antes, durante y después del embarazo⁶⁵.

Se concluye que la mujer que vive su embarazo con preeclampsia exige de un cuidado alimenticio que como se ha venido mencionando existen diversos elementos que conforman su alimentación que van desde lo social, lo cultural y bilógico sin olvidar lo emocional. La enfermera, requiere conocer los antecedentes y acciones culturales de la gestante ya que ayudará a desarrollar planes de atención integrales e individualizados tomando en cuenta a la persona en su totalidad.

CAPÍTULO VIII

APORTACIONES

CAPÍTULO VIII APORTACIONES

Aportaciones a la disciplina.

Los hallazgos presentados en esta investigación contribuyen a la construcción del cuerpo disciplinar de Enfermería. Se sugiere incorporar en los planes y programas de estudio de enfermería los aspectos del cuidado respecto a la alimentación durante la preeclampsia para abordar el cuidado desde la complejidad y los aspectos socioculturales. Recordando que la disciplina de Enfermería es un escenario que opera en el contexto de la vida y el cuidado de la salud materna.

El personal de enfermería como parte de los trabajadores de salud puede proteger, apoyar y ayudar a conservar los numerosos y excelentes hábitos alimentarios que existen y son nutricionalmente valiosos.

Aportaciones a la práctica.

Se propone que los profesionales trabajen en los aspectos humanísticos mediante atención integral a la mujer gestante que vive la experiencia de tener preeclampsia considerando su alimentación. La utilización de la escucha es un excelente recurso para saber cuáles son las necesidades de esas mujeres y, de esta forma, ofrecerles

información y cuidados pertinentes a la mujer que responda a las necesidades reales.

El conocimiento de las vivencias respecto a la alimentación que lleva a cabo la mujer embarazada con preeclampsia permite al personal de enfermería construir modelos sensibles y específicos culturalmente para el cuidado de estas mujeres. La visión de enfermería en este contexto es esencial para prevenir las muertes maternas y las complicaciones por preeclampsia, debido a que el personal de enfermería es un recurso humano fundamental que favorece desde la prevención primaria la accesibilidad a los servicios de salud, al cuidado prenatal, a la consejería e información suficiente para el cuidado e identificación de síntomas de alarma, que conduzcan a una atención oportuna con el fin de prevenir complicaciones en el embarazo y promover el propio cuidado, así como la monitorización de la salud.

Aportaciones a la investigación.

El aporte a la investigación es reforzar la línea de investigación de la preeclampsia considerando el cuidado en la alimentación, dado que este estudio reveló hallazgos que son importantes para mejorar la calidad de vida y bienestar de las mujeres que viven esta enfermedad.

Desde el punto de vista metodológico, explorar esta temática en otros contextos y desde otros abordajes cualitativos.

Por otra parte, la utilización del método cualitativo fue el idóneo para describir las vivencias respecto a la alimentación por parte de mujeres que viven la preeclampsia, sin embargo, al término del estudio es importante ampliar el número de participantes que expresen y compartan sus vivencias con la finalidad de fortalecer los hallazgos.

Aportaciones a las políticas públicas.

Se sugiere a través de los hallazgos presentados con información sobre las vivencias en mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación, a partir de una metodología cualitativa es un primer insumo para el diseño de políticas públicas dirigidas a mejorar la alimentación de las mujeres con preeclampsia que radican en lugares aledaños a la ciudad como es el caso del Estado de México. Al mismo tiempo los diferentes tiempos de comida, el lugar y el contexto en que se realiza la alimentación representa información que es de utilidad para el diseño de políticas de promoción de una alimentación saludable en el embarazo con preeclampsia.

Proponer políticas públicas que consideren la prevención de las muertes maternas, donde se considere el cuidado en la alimentación, los aspectos socioculturales y subjetivos durante el embarazo. Las aportaciones a la política son dirigidas a las instituciones nacionales e internacionales, públicas y privadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización mundial de la Salud. Mayo 2016: Un estudio destaca la creciente amenaza de las enfermedades no transmisibles para la supervivencia de las mujeres al embarazo y al parto. OMS Fecha de consulta 10 enero 2017. Disponible en: goo.gl/igSg5D
2. Organización Mundial de la Salud. Observatorio de Mortalidad Materna en México, Definiciones. OMS Fecha de consulta 25 julio 2016. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/>
3. Rouvier M, González MA, Becerril V, et al. Mapeo de problemas para la atención a la salud. Biotecnia [Internet]. 2016; 17(3): 22-31
4. Dirección general de epidemiología. Información Relevante Muertes Materna. Secretaria de Salud. 2016. Fecha de consulta: 28 marzo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gn7QUc>
5. Garibaldi J, Than MT, Guerrero S. Morbimortalidad materna en una unidad de tercer nivel sin servicio de obstetricia. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. [Internet]. 2016; 54(2):196-202. Fecha de consulta: 9 julio 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2g9kfYZ>
6. Freyermuth MG, Contreras ML. Muerte materna y muertes evitables en

exceso: propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud [Internet]. 2014; 5 (3): 44-61 Fecha de consulta 26 Noviembre 2016.

Disponible en: <http://bit.ly/2fNCpP5>

7. Organización de las Naciones Unidad para la Alimentación y la Agricultura. El estado de la inseguridad. FAO. 2015 Disponible en: <http://www.fao.org/hunger/es/>.
8. Morales M, Medina S, Chacón M, Espinosa L. Enfoque integral de la importancia de la dieta en las condiciones actuales de la salud de la población mexicana. Biotecnia [Internet]. 2016; 18(1): 22-31
9. Nápoles D. Actualización sobre las bases fisiopatológicas de la preeclampsia. MEDISAN [Internet]. 2015; 19(8):1020-42. Fecha de consulta: 01 septiembre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gN7un0>
10. Freyermuth MG. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. CONAMED [Internet]. 2016; 21(1): 25-32. Fecha de consulta: 14 mayo 2016 Disponible en: <http://bit.ly/2gna2Lh>
11. INEGI [Internet]. Encuestas Intercensales; 2015 [3 marzo 2017]. Disponible en: goo.gl/VLWtPy

12. INEGI [Internet]. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido; 2015 [3 marzo 2017]. Disponible en: goo.gl/tLB6Hocontent_copyCopy short URL
13. Díaz L, Serrano N. Oportunidades de investigación en preclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria. Un artículo de reflexión. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2008;59(206-215).
14. Laraia BA, Siega AM, Gundersen C. Household food insecurity is associated with self-reported pregravid weight status, gestational weight gain and pregnancy complications. Journal of the American Dietetic Association. [Internet]. 2010; 11(5): 692–701. Fecha de consulta: 20 Noviembre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fGPi26>
15. Sheryl L, Rifas S, Rich J, et al. Dietary Quality during Pregnancy Varies by Maternal Characteristics in Project Viva: A US Cohort. Journal of the American Dietetic Association. [Internet]. 2009; 109 (6): 1004-11. Fecha de consulta 20 Noviembre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fNCpP5>
16. Freyermuth MG, Contreras ML. Muerte materna y muertes evitables en exceso: propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud [Internet]. 2014; 5 (3): 44-61 Fecha de consulta 26 Noviembre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fNCpP5>

17. Freyermuth MG. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. CONAMED [Internet]. 2016; 21 (1): 25-32. Fecha de consulta: 19 de febrero de 2016 Disponible <http://bit.ly/2fGUtiJ>
18. Morales M, Medina S, Chacón M, Espinosa L. Enfoque integral de la importancia de la dieta en las condiciones actuales de la salud de la población mexicana. Biotecnia [Internet]. 2016; 18(1): 22-31. Fecha de consulta: 16 junio 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1NaVCDi>
19. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [Internet]. Francia: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. [citado 6 enero 2017]. Disponible en: goo.gl/qV7GCm
20. Javier San Martín, La fenomenología de Husserl como utopía de la razón, Anthropos, Barcelona, 1987, pp. 45-81.
21. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo De Cultura Económica, 1962.
22. Crespo Sesmero. Edmund Husserl, en Fernández Labastida, Francisco – Mercado, Juan Andrés (editores), Philosophica: Enciclopedia filosófica on line. (DOI): 10.17421/2035_8326_2011_MCS_1-1 Fecha de consulta: 23

de marzo de 2016

23. Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. Multiciencias [Internet]. 2012; Vol. 12 (2): 199 – 205 Fecha de consulta: 29 de marzo de 2016 Disponible: goo.gl/R92m8Dcontent_copyCopy short URL
24. Husserl Edmund. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Cuarta reimpression. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 1997
25. Husserl Edmund. La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental. Barcelona: Editorial crítica; 1991
26. Descriptores en Ciencias de la Salud. Acontecimientos que cambian la vida. Fecha de consulta: 7 febrero 2018. Url: goo.gl/owSJicontent
27. Husserl Edmund. Las conferencias de Paris, introducción a la fenomenología trascendental. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1988
28. Husserl Edmund. La idea de la fenomenología: cinco lecciones. México: Fondo de Cultura Económica; 1982.

29. San Martín Javier, La fenomenología de Husserl como utopía de la razón, Anthropos, Barcelona, 1987; pp. 45-81.
30. Descriptor en Ciencias de la Salud. Preeclampsia. Fecha de consulta:7 febrero 2018 Url: goo.gl/h1xQGC
31. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo De Cultura Económica, 1962.
32. Secretaria de salud pública. (monografía en internet) SSP 2011. Guía De Práctica Clínica Intervenciones De Enfermería en el Paciente Con Preeclampsia/ Eclampsia. Consultado:10 octubre 2016. Disponible: goo.gl/mkK7Pfcontent_copyCopy short URL
33. Tovar VJ, Gándara FC, Bojórquez CI, et al Memorias de la 18a Reunión de Investigación en Salud Publica, 1ra Edición. 2011 consultado: 6/06/14. Disponible en: goo.gl/6gwTQgcontent_copyCopy short URL
34. Finlay CJ, Eficacia clínica del sulfato de magnesio en el tratamiento de la preeclampsia. Instituto superior de ciencias médicas. Camaguey, cuba,

2008. Consultado. 10/04/14. Disponible en:
goo.gl/zGJzdfcontent_copyCopy short URL

35. Sánchez-Rodríguez EN, Nava-Salazar S, Morán C, et al. Estado actual de la preeclampsia en México: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares. 2009. Consultado: 6/06/14, disponible en: goo.gl/4EUafy

36. Descriptor en Ciencias de la Salud. Alimentación. Fecha de consulta: 7 febrero 2018 Url: goo.gl/dDNth5content

37. Barrera A, Mancilla M, Román S, et al. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc Vol.21 No.2 .2013. pg. 91-104 Consultado: 10/04/14 Disponible en: goo.gl/4g73SUcontent_copyCopy short URL

38. Organización de las Naciones Unidad para la Alimentación y la Agricultura. Retos y perspectivas para la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe: de los Objetivos de Desarrollo. FAO Fecha de consulta 25 enero 2017. Disponible en: goo.gl/vREgZx

39. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Fomento de circuitos cortos como alternativa para la promoción de la agricultura

familiar. CEPAL. Fecha de consulta 25 enero 2017. Disponible en:
goo.gl/e2xN2B

40. Alvis N, Valenzuela M. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. En Revista médica de Chile. 2010; 138 (2), 83-87.
41. Banco Mundial. En línea. Indicadores del desarrollo mundial. Fecha de consulta: 14 marzo 2016 Disponible en: goo.gl/VVyaCH
42. Llibre-Rodríguez IZ, Sosa JJ, Teruel AL, et al. The prevalence, correlates and impact of anemia among older people in Cuba, Dominican Republic, Mexico, Puerto Rico and Venezuela. En British Journal of Haematology. 2012; 160(3), 387-98.
43. Cecchini M, Sassi F, Lauer J, et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. En The Lancet. 2010; 37 (6), 1775-84.
44. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación. FAO, Roma. FAO

45. Arias D, Coello B. Opportunities for Latin America and the Caribbean to mainstreaming nutrition into agriculture. FAO y OMS, Roma. 2013
46. Organización Panamericana de la Salud. Alimentos y bebidas ultra procesados en ALC: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. OPS. Fecha de consulta: 16 enero 2017 disponible en: goo.gl/QCemdf
47. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2015, Santiago de Chile. CEPAL Fecha de consulta: 2 febrero 2017 Disponible en: goo.gl/uJwkrq
48. Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas (Serie de Informes Técnicos - 916) Ginebra. OMS Fecha de consulta: 2 febrero 2017 Disponible en: goo.gl/w78AaA
49. Organización Panamericana de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en ALC: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas 2015. OPS. Fecha de consulta: 10 febrero 2017 Disponible en: goo.gl/C8NpZN
50. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Panorama de la Inseguridad Alimentaria en América Latina y

el Caribe 2015. FAO. Fecha de consulta: 10 febrero 2017 Disponible en:
goo.gl/kk8VhA

51. Dinsa, GD, Gor Y, Fumagalli E. et al. Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review. *Obesity Reviews*. 2012;13(11): 1067-79.

52. Ambert C. Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. *Teol. vida* [internet]. 2006; 47(4): 517-529. Fecha de consulta: 21 noviembre 2016. Disponible en: goo.gl/NkX3e

53. Freyermuth MG. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. *CONAMED* [Internet]. 2016; 21 (1): 25-32. Fecha de consulta: 19 de febrero de 2016 Disponible <http://bit.ly/2fGUtiJ>

54. Muzi N, Sucheta M, Parul C, et al. Maternal Dietary Diversity Decreases with Household Food Insecurity in Rural Bangladesh: A Longitudinal Analysis. *J. Nutr.* [internet]. 2016; 146 (10) Fecha de consulta: 10 noviembre 2016. DOI: 10.3945/jn.116.234229

55. Guzmán M, Sánchez B, Orozco M. Autocuidado en mujeres embarazadas en una comunidad del Estado de México. *Artículo original*; 2015; 61-72.

Fecha de consulta 10 Noviembre 2016. DOI:
goo.gl/5SdkwHcontent_copyCopy short URL

56. Owens S, Gulati R, Fulford A, et al. Periconceptional multiple-micronutrient supplementation and placental function in rural Gambian women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*. [internet]. 2015; 102(6): 1450–1459. Fecha de consulta: 13 noviembre 2016 DOI: 10.3945/ajcn.113.072413
57. Alviz Ferreyra Dalma Nerea. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable en gestantes de 17 a 19 años que acuden al hospital nacional Sergio Enrique Bernales [tesis]. Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2015. 103 p.
58. Couceiro ME, Singh V, Valdiviezo MS, et al. Inseguridad alimentaria familiar percibida por mujeres embarazadas, atendidas en el primer nivel de atención de la ciudad de Salta, Argentina. *Antropo* [internet]. 2015; 16 (1): 76-87 Fecha de consulta: 10 noviembre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2g9l83P>
59. De-Regil LM, Palacios C, Lombardo LK, et al. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(1):CD008873.

60. Sánchez B, Sámano R, Pinzón I, et al. Factores socioculturales y del entorno que influyen en las prácticas alimentarias de gestantes con y sin obesidad Rev Salud Publica Nutr [internet]. 2010; 11 (2) Fecha de consulta: 10 Noviembre 2016. Disponible en: goo.gl/Lkj6ENcontent_copyCopy short URL
61. López LA, Restrepo LS. La gestación en medio de la inseguridad alimentaria: Percepciones de un grupo de adolescentes embarazadas. Rev. salud pública. [internet].2013; 16 (1): 76 87. Fecha de consulta: 14 noviembre 2016. Disponible en: goo.gl/QW4IYz.
62. Sámano R, Godinez E, Romero I, et al. Contexto sociocultural y alimentario de mujeres con embarazos de riesgo. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2014; 19(5): 419-28 fecha de consulta 18 mayo 2015. DOI: 10.1590/141
63. Hernández VM, López M, Cabrera Z. Interculturalidad y barreras socioculturales para una dieta adecuada en hogares de Yucatán. Ciencia y Humanismo en la Salud [internet]. 2015; 2 (2): 64-75. Fecha de consulta 9 marzo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2g9kwer>
64. López LA, Restrepo LS. La gestación en medio de la inseguridad

alimentaria: Percepciones de un grupo de adolescentes embarazadas. Rev. salud pública. [internet]. 2013; 16 (1): 76-87. Fecha de consulta: 12 Noviembre 2016. Disponible en: goo.gl/QW4IYz.

65. Torres MA, Luna FM, García MA. Trastocamiento de la salud en la cotidianidad. Enferm. Univ.[internet]. 2012; (9)4: 35-44. Fecha de consulta 12 Marco 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2g9shkp>

66. Vega EG, Torres MA, Patiño V, et al. Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. Enferm Uni [internet]. 2016; 13(1): 12-24. Fecha de consulta: 25 de Marzo de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gltnHm>

67. García JA, Figueroa C, Quintana MO, et al. Trayectorias de atención de mujeres con preeclampsia en Hermosillo Sonora. Biotécnica [internet]. 2016; 18 (2): 39-43. Fecha de consulta: 6 junio 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fH0KL1>

68. Noguera N, Muñoz L. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. Investig. Enferm. Imagen Desarro. [internet]. 2014; 16(1): 27-48. Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gNiqVs>

69. Laza C, Pulido GP. La vivencia de la preeclampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [internet]. 2014; 46 (2): 159-68. Fecha de Consulta: 6 Junio 2016. Disponible: <http://bit.ly/2fH3I7G>
70. Giraldo-Gartner V, Muñoz-Rondón C, Buitrago-Echverri MT, et al. Interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el puerperio entre mujeres que viven en condiciones socioeconómicas adversas que asisten a una clínica de maternidad en Cartagena, Colombia. ELSEVIER [Internet]. 2016;44(3):224–29 Fecha de consulta: 19 de febrero de 2016 Disponible: goo.gl/BsvWLP
71. Azevedo D, Pinheiro AC, Clara I, et al. Percepções e Sentimentos de Gestantes e Puérperas sobre a Pré-Eclâmpsia. Rev. salud pública [Internet]. 2009; 11 (3): 347-58 Fecha de consulta: 26 octubre 2017 Disponible: goo.gl/Fosj2W
72. Marculino E, Rodrigues D, Moura da Silveira MA, et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. reme– Rev. Min. Enferm [Internet]. 2012;16(3): 315-23 Fecha de consulta: 19 de febrero de 2016 Disponible: goo.gl/Zmue41content_copyCopy short URL

73. Moreira M, Morocho MA. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las adolescentes embarazadas que son atendidas en la consulta externa del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Prócel” sobre el Síndrome Preeclampsia-eclampsia [Tesis]. Ecuador: Universidad De Guayaquil Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Enfermería; 2014. 136 p.
74. Oviedo C, Hernández A, Mantilla U, et al. Comunidades Embera y Wounaan del departamento de Chocó: prácticas de cuidado durante el proceso de gestación. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2014; 32 (2): 17-25. Fecha de consulta: 19 de febrero de 2016 Disponible en: goo.gl/TBcwv
75. Oliveira DC, Mandú EN. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. Esc Anna Nery [Internet]. 2015;19(1):93-101. Fecha de consulta: 24 de junio 2017 Disponible en: goo.gl/kFCz33content_copy Copy short URL
76. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los Métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de los significados. España: Paidós. 1987.
77. Rodríguez G, Gil j, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Granada: Aljibe.1999.

78. Souza-Minayo MC. Investigación Social: Teoría, método y creatividad. Buenos Aires; 2007
79. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad: 2001.
80. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, (7-02-1884).
81. Ley general de salud título II. Fecha de consulta: 23 noviembre 2016.
Disponible en: <http://bit.ly/2gnulbE>
82. Alvarez-Gayou JL. Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y Metodología. 2da ed. México: Paidós; 2006.
83. Díaz L, Torruco U, Martínez M, et al. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en educación Médica [internet]. 2016; 5(20):162-167 Disponible en: <http://bit.ly/2gltral>
84. Castillo E, Vázquez ML. El rigor metodológico de la investigación cualitativa. Colombia Med [internet]. 2003; 31(3): 164-7.

85. Contreras J. Necesidades, Gustos y Costumbres. Alfaomega. España: 2002.
86. Calsada L, Santone P. Perinatal health caress issues of mexican women. In: Transcultural aspects of perinatal health care. United States of America: National Perinatal Association. 2004: 227-228. Fecha de consulta: 17 julio 2017
87. Oliveira D, Mandú E. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. EEAN [internet]. 2015;19(1):93-101. Fecha de consulta: 17 julio 2017 DOI: 10.5935/1414-8145.20150013
88. Martínez O, Polo E, Shamah T. Qué Y cómo comemos los mexicanos: Consumo de alimentos en la población urbana. México Fundación Mexicana para la Salud/Fondo Nestlé para la Nutrición; 2015.

APÉNDICES.

APÉNDICE I



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIDAD DE POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Estudio vivencias de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación en Chimalhuacán Estado de México

DATOS GENERALES

Edad: _____ Escolaridad: _____ Estado civil _____ Ocupación:

Religión: _____ Número de embarazos: ____SDG:
____Antecedentes de preeclampsia en embarazos previos: _____ Participante No.
____ Hora de inicio: _____

Hora de termino: _____ Seudónimo _____

I. PREGUNTAS GENERADORAS DE DIÁLOGO

Bueno días Sra. _____ soy Leslie Angelina Soberanes Jiménez (en este momento se indica el objetivo de la entrevista y se le otorga el consentimiento informado, además de un pseudónimo de su agrado para proteger la identidad)

Pregunta orientadora

1.- Por favor, descríbame ¿Qué come en un día común desde que se levanta hasta que se duerme?

Cambios

2.- ¿Qué significado para usted que le dijeran que tenía preeclampsia?

3.- ¿A partir de que le dijeron que tenía preeclampsia ¿modificó su alimentación?

Cierre

5.- ¿Cómo se siente usted al reflexionar sobre su vivencia?

6.- ¿Qué piensa usted acerca de lo que hemos estado hablando?

II. PARA CONCLUIR

7.- ¿Hay algo importante de su embarazo, o alguna duda ó situación que usted me quiera decir y yo no le haya preguntado?

APÉNDICE II

CÈDULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Estudio sobre vivencias de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación en Chimalhuacán Estado de México.

Entiendo que se me realizará un cuestionario y una entrevista audiograbada, en mi casa, en un horario que a mí me sea el más conveniente, estoy consciente que fui elegida para participar en esta investigación y que los resultados que se obtengan de la misma tendrán un beneficio social e institucional. También se me ha explicado que puedo negarme a responder alguna pregunta o a suspender la entrevista en el momento que yo quiera, si así lo deseo, por lo tanto, acepto la realización de la entrevista semiestructurada y autorizo la grabación de la información que proporcione sobre mi vivencia de mi embarazo con preeclampsia respecto a mi alimentación, consciente de que dicho procedimiento no implica ningún riesgo para mi persona y mi familia y que se me ha informado que los testimonios que exprese de mi experiencia serán confidenciales utilizados única y exclusivamente para fines de la investigación: “vivencias de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación en Chimalhuacán Estado de México”, cuyos beneficios permitirán identificar otras dimensiones de mejora para brindar cuidado más integral y humanos a las mujeres mexicanas que presentan preeclampsia durante el embarazo.

Firma de aceptación de la entrevista: _____

Fecha y firma de quien realiza la entrevista: _____



INVESTIGACIÓN: Vivencias de mujeres con preeclampsia respecto a su alimentación en Chimalhuacán, Estado de México

Nota de campo No. _____

Participante No. ____

Seudónimo: _____

Fecha de entrevista: __/__/__

Hora de inicio: _____

Hora de termino: _____

Tiempo de duración: _____

Observaciones:

ANEXOS.
