



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**“SIGNIFICADO DE VIVIR UN NUEVO EMBARAZO DESPUÉS DE TENER
ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA”**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CAMPO DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS SOCIO - HUMANÍSTICAS

PRESENTA:

ALCÁNTARA GÓMEZ ELIZABETH

TUTOR:

MTRO. JUAN GABRIEL RIVAS ESPINOSA

ENTIDAD:

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad de México

agosto 2022

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juan Gabriel Rivas Espinosa', is located to the right of the tutor's name.



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.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme la dicha de vivir y por poner en mi camino personas y oportunidades que él ha escogido para que caminen a mi lado.

A mi alma mater la Universidad Nacional Autónoma de México que, a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y la Unidad de posgrado me abrieron las puertas de sus honorables instalaciones para desarrollar habilidades en una etapa importante de preparación profesional. Y un especial reconocimiento a todos y cada uno de mis docentes que me supieron brindar sus conocimientos, confianza, amistad y por ser ejemplos para seguir.

A mi tutor el Mtro. Juan Gabriel Rivas por permitir que me desarrollara de manera independiente y por brindar el apoyo y la asesoría necesaria para concluir este proyecto.

A la Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas por estar presente y pendiente de mi desarrollo profesional.

A mi familia por estar siempre a mi lado, con especial reconocimiento a mi madre que siempre está a mi lado con apoyo incondicional, por brindarme cariño y amor para seguir adelante.

A mis amigos y compañeros que me acompañaron en esta ardua travesía por su apoyo y su amistad, que en momentos difíciles me dieron ejemplo de fortaleza.

Y un agradecimiento especial a las mujeres que prestaron su testimonio para esta investigación.

RESUMEN

Introducción: La preeclampsia a nivel mundial afecta del 2 a 8% de las embarazadas. El riesgo de padecerla aumenta significativamente si se tiene antecedentes personales o familiares de esta enfermedad. El conocimiento respecto a los factores de riesgo es amplio, sin embargo, ha sido insuficiente para intervenir efectivamente en su prevención, por lo que dar énfasis en la búsqueda subjetiva de las vivencias en estas mujeres, para identificar el significado atribuido a la experiencia de vivir con preeclampsia, podría ayudar a comprender su perspectiva y su actuar frente a un nuevo embarazo.

Objetivo: Comprender el significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia.

Método: Estudio cualitativo, abordado desde la fenomenología social interpretativa. La recolección de datos se realizó por medio de entrevista semiestructurada, utilizando notas de campo y observación no participante, con un total de ocho informantes. El análisis de la información de los datos se realizó con la técnica de Souza Minayo, la cual consta de 3 fases: organización de los datos, clasificación de los datos y análisis final. Así mismo se tomaron en cuenta los criterios de rigor propuestos por Lincoln y Guba.

Hallazgos: Del análisis de los discursos obtenidos emergieron tres categorías: la primera, reconocimiento del antecedente de preeclampsia con cuatro subcategorías: enfermedad como evento temporal, preocupación por la salud del recién nacido, autocuidado como adaptación al cambio y concientizar con información como factor determinante; la segunda categoría, sobrevivir y experimentar un nuevo embarazo con tres subcategorías: reacciones emocionales frente a la enfermedad, asociación temprana del inicio de la enfermedad y redes de apoyo; la última categoría, después de la enfermedad con una subcategoría: aceptando mi nueva realidad.

Conclusiones: En este trabajo se comprendió que el significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia está determinado por

cómo las mujeres experimentaron y significaron, la primera experiencia de preeclampsia, de igual manera se reconoció que la salud del recién nacido es un factor importante en la construcción del significado de riesgo que representa vivir con preeclampsia, lo que permitió comprender que la información adquirida durante el proceso de embarazo, parto y puerperio es un factor fundamental para la significación del riesgo de padecer preeclampsia. Lo anterior demuestra la importancia que tiene abordar la construcción de los significados desde la primera experiencia por medio de información clara y oportuna.

Palabras clave: Preeclampsia, riesgo obstétrico, embarazo, significado.

INDICE

1.	PROBLEMATIZACIÓN.....	1
2.	REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE.....	7
3.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
4.	OBJETIVOS	15
4.1.	General	15
4.2.	Específicos.....	15
5.	REFERENTES TEÓRICOS	16
6.	MARCO CONCEPTUAL	24
6.1.	Preeclampsia	24
6.2.	Embarazo de alto riesgo	26
6.3.	Riesgo obstétrico	26
6.4.	Conciencia de riesgo.....	27
6.5.	Emoción/Sentimiento	30
7.	METODOLOGÍA.....	32
7.1.	Diseño	32
7.2.	Escenario de estudio.....	33
7.3.	Sujetos de estudio.....	34
7.4.	Recolección de la información	35
7.5.	Adecuación metodológica en consecuencia de pandemia COVID-19.....	36
7.6.	Análisis de la información	36
7.7.	Rigor metodológico	37
7.8.	Consideraciones éticas	38
8.	HALLAZGOS.....	39
8.1.	Perfil de las participantes	41
8.2.	Categoría 1: Reconocimiento del antecedente de preeclampsia.....	45
8.2.1.	Subcategoría 1: Enfermedad como evento temporal	50
8.2.2.	Subcategoría 2: Preocupación por la salud del recién nacido	53
8.2.3.	Subcategoría 3: Autocuidado como adaptación al cambio.....	55
8.2.4.	Subcategoría 4: Concientizar con información como factor determinante	
	57	
8.3.	Categoría 2: Sobrevivir y experimentar un nuevo embarazo	60
8.3.1.	Subcategoría 1: Reacciones emocionales frente a la enfermedad	61
8.3.2.	Subcategoría 2: Asociación temprana del inicio de la enfermedad	65
8.3.3.	Subcategoría 3: Redes de apoyo	67

8.4. Categoría 3: Después de la enfermedad	70
8.4.1. Subcategoría 1: Aceptando mi nueva realidad	71
9. CONCLUSIONES.....	73
9.1. Aportaciones a la disciplina, a la práctica, a la investigación y a las políticas públicas	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS	88

1. PROBLEMATIZACIÓN

La salud materna comprende todos los aspectos del embarazo, parto y puerperio por lo que es una prioridad sanitaria a nivel mundial. Oliveira DC ⁽¹⁾, menciona que la maternidad es a menudo una experiencia positiva, sin embargo, para muchas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte.

Los factores para presentar un embarazo de alto riesgo son clasificados según la historia clínica de la mujer lo que determina la probabilidad que tiene la gestante de sufrir daño ya sea ella o su producto durante el proceso de la reproducción. Es primordial resaltar que los principales factores de riesgo obstétrico son edades extremas, enfermedades preexistentes, número de embarazos o antecedentes obstétricos de riesgo; la importancia de identificarlos radica en que, si avanza el conocimiento respecto a estos, permitirá que se encuentren acciones preventivas eficaces para que los daños a la salud ocurran en menor número y consecuencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²⁾ define la muerte materna como el fallecimiento de una mujer mientras se encontraba embarazada o hasta 42 días después del parto, independientemente de la duración o la localización del embarazo, originada por cualquier causa relacionada o no con el agravamiento de este o su tratamiento, pero no de causas casuales o secundarias. Pisanty-Alatorre J ⁽³⁾, señala que, por cada caso de muerte materna, un mayor número de mujeres sobrevive a complicaciones graves, pudiendo presentar secuelas permanentes. La muerte materna es considerada un suceso trágico. La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitables si existe una apropiada vigilancia e intervención médica.

La mortalidad materna (MM) es un indicador de calidad de los sistemas de salud, así mismo es ampliamente estimada como uno de los principales marcadores de inequidad en el ámbito mundial, en particular, en lo que respecta al estado de salud de la población y, especialmente, de las mujeres ⁽⁴⁾. Según Hernández M ⁽⁵⁾, la morbilidad materna extrema (MME) se define como el caso de una mujer que estuvo a punto de fallecer; pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el

embarazo, el parto o los 42 días siguientes a este. La MME constituye un indicador de los cuidados obstétricos y uno de los temas que más atención ha recibido a nivel mundial por su estrecha relación con la MM. En cada muerte materna además de los factores de riesgo biológicos coincide el efecto de los determinantes sociales de la salud como la pobreza, género y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos.

De acuerdo con la OMS en 2017⁽²⁾, se estimaron unas 295 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, la mayoría de estas muertes son prevenibles o tratables, otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan, por lo general se producen en países menos adelantados. En un análisis sistemático realizado por Alkemma L, et al ⁽⁶⁾, señalan que la razón de mortalidad materna (RMM) a nivel mundial en 2017 fue de 211 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos razón por la cual reducir la MM se ha convertido en una de las principales prioridades de los programas de salud y desarrollo, estos programas de salud deben estar enfocados en la reducción de la MM. A nivel mundial existen distintos programas para reducirla, uno de estos programas está sustentado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) y son los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), dentro de estos objetivos, el tercero habla sobre reducir la RMM a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una MM que supere el doble de la media mundial.

En América Latina y el Caribe en 2015 el grupo interagencial de estimación de MM ⁽⁷⁾, estimó el número absoluto de muertes maternas en 7,300. En 13 países de esta zona la RMM es más alta que el promedio regional, es decir, entre 89 y 359 por cada 100,000 nacidos vivos, estos países tienen las tasas de fecundidad más altas, niveles elevados de pobreza, cobertura y calidad de atención deficientes.

En México el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) ⁽⁸⁾, estimo que, de las 812 muertes registradas en 2016, el Estado de México encabezó la lista con 125 decesos. Dentro de las causas de MM a nivel nacional, las enfermedades hipertensivas del embarazo ocupan el segundo lugar con el 24.4%, el Estado de

México, lugar en el que se implementó esta investigación, las enfermedades hipertensivas del embarazo ocuparon el segundo lugar con un 26.4% ⁽⁹⁾.

Nápoles D ⁽¹⁰⁾ señala que, a escala mundial cada año los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan unas 50 000 muertes maternas y 900 000 perinatales, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro, y que los hijos puedan padecer hipertensión arterial (HTA) en edades tempranas, así como síndrome metabólico. Dentro de los principales trastornos hipertensivos del embarazo, la preeclampsia es un padecimiento de alto impacto en la población de gestantes ⁽¹¹⁾, que afecta de 2 a 7% de las mujeres embarazadas nulíparas sanas y es la causa de 40 - 80% de las muertes maternas por año ^(12,13). Así mismo Nápoles D, señala que, en Latinoamérica y el Caribe la preeclampsia es la causante de 25,7 % de las muertes maternas y en EE. UU. se ha producido un aumento de su incidencia de 25 % en las últimas 2 décadas. Los estudios se han centrado en los aspectos médicos de la enfermedad, sin embargo, es necesario conocer aspectos socioculturales en la atención de las mujeres. Es importante resaltar, que por cada caso de muerte materna puede haber hasta 30 casos de morbilidad obstétrica, cuya evolución podría ser hacia la recuperación, pero también a la incapacidad temporal o permanente, razón por lo que la prevención de las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio deben ser reconocidas como prioridad en el sistema de salud.

Según la evidencia existente, la preeclampsia no es sólo un problema de salud transitorio ya que puede llevar a complicaciones a corto y largo plazo, incluso puede afectar la calidad de vida años después del parto, por lo tanto, el puerperio es el mejor momento para motivar y contribuir a la promoción para la salud los estilos de vida. Se ha demostrado que mujeres que han experimentado preeclampsia son más susceptibles para lograr un cambio en su estilo de vida si hay un programa de seguimiento regular disponible, en el cual, se aborden los factores de riesgo ⁽¹²⁾. La American Heart Association sugiere que las mujeres con una historia previa de preeclampsia deben modificar su estilo de vida para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares ⁽¹³⁾.

Hernández M señala que, como parte de la planeación mundial y nacional para reducir la MM, se define a la atención primaria de la salud como el medio más inclusivo y eficaz, además se considera piedra angular para lograr la cobertura universal de servicios de salud y lograr los puntos referentes a salud materna de los ODS. La perspectiva de los determinantes sociales ⁽¹⁴⁾, provee de un enfoque poderoso de intervención en salud, ya que permiten identificar aquellos aspectos estructurales, institucionales y de características sociodemográficas que ocasionan las desigualdades y mayores probabilidades de morir ⁽¹⁵⁾.

Las enfermeras obstétricas y enfermeras especialistas perinatales, debido a su perspectiva disciplinar y a su perfil profesional ⁽¹⁶⁾, son el personal de salud indicado para proporcionar cuidados, ya que, una de sus principales funciones es la promoción para la salud, por lo que, su rol toma un papel importante dentro de un contexto multidisciplinario, y como ya se mencionó anteriormente, el puerperio es un momento ideal para reforzar conocimientos con respecto a la salud, es de vital importancia que durante este periodo no solo se aborde la enfermedad desde el punto de vista biologicista, más bien se debe dar énfasis en iniciar la búsqueda subjetiva de la vivencia significativa de las mujeres, para que de esta manera se puedan planear intervenciones de enfermería desde un contexto sociocultural y una atención hospitalaria culturalmente apropiada que aporte durante el diagnóstico, tratamiento y recuperación de la preeclampsia ^(17 - 20). Dado que el papel de la enfermería, está orientado hacia la educación para la salud, fortalecimiento del autocuidado, así como proporcionar asistencia y evaluar los resultados, es importante mencionar que, a la hora de planificar y ejecutar los cuidados, se debe tener en cuenta el nivel de conocimiento de la mujer, las necesidades percibidas y las experiencias culturales, para que de esta manera la respuesta de los servicios de salud y cuidados de enfermería no se conciben solamente con los procesos de salud enfermedad, en este caso particular de la gestación, de modo que se incorporen visiones desde la cultura y desde la interacción de las mujeres con su entorno, que se organiza en su red, bajo mecanismos concertados para afrontar el proceso de gestación, de acuerdo con el riesgo que perciba. Por lo que, incorporar en este cuidado de enfermería el aporte de la teoría cultural, dado que establece

que los individuos viven en un mundo construido a partir de sus propios conceptos, dados a partir de la interacción social, en donde se incluye el concepto de lo que es peligroso. Según Ávila GA y Orjuela JF ⁽²¹⁾, las creencias, actitudes y valores compartidos por determinados grupos inciden en la selección de lo que se considera y no se considera como riesgo a temer, razón de vital importancia para que los cuidados de enfermería involucren no solo a la mujer y su núcleo familiar, si no a su entorno social y cultural, ya que de ellos en muchas ocasiones depende los cuidados que una mujer gestante.

Las vivencias, experiencias y percepciones de las mujeres con antecedente de preeclampsia que decide vivir nuevamente un embarazo, se debe de estudiar a profundidad para llegar a identificar los componentes de la construcción del significado de dicho evento, teniendo en cuenta que George A Kelly ⁽²²⁾ en su teoría de constructos, define el significado como un proceso de construcción a través de estas vivencias, experiencias o percepciones con las cuales se crean conductas y se modifican hábitos.

Indagar específicamente en las vivencias de las mujeres que experimentaron esta enfermedad radica en el potencial que tiene el personal de enfermería para intervenir, enfocándose en aspectos no solo biológicos, también incluir la parte social y psicológica y de esta manera abordar a las pacientes en todas sus determinantes sociales, dentro de lo cual un aspecto clave es identificar el significado de esta enfermedad desde la cosmovisión de su cultura ⁽²³⁾.

Noguera N y Muñoz L ⁽¹⁸⁾, mencionan que al lograr identificar el significado o el no significado que estas mujeres le atribuyen a la experiencia de vivir preeclampsia, podría ayudar al personal de enfermería a comprender la perspectiva de las mismas pacientes en su actuar frente a un nuevo embarazo, acompañarlas en su decisión consciente o no, y actuar en consecuencia con intervenciones acorde a su contexto. Por su parte Vega-Morales ⁽²⁴⁾ señala que, en las mujeres con preeclampsia se potencializa su vulnerabilidad y riesgo de morir, al vivir en crisis, se ve trastocada y alterada su vida cotidiana, en cuestiones físicas y emocionales. Laza y Pulido ⁽²⁵⁾ refieren que si bien, la experiencia de preeclampsia para algunas

mujeres es novedosa y para algunas ya es conocida, fue una interrupción inesperada que dejó un sinsabor por un embarazo que concluía abruptamente, y no como lo habían planificado lo que generaba sentimientos de tristeza y soledad.

Dado lo anterior es importante señalar que el significado de las vivencias en mujeres con antecedente de preeclampsia que deciden vivir nuevamente un embarazo es un tema poco abordado por la literatura mundial y que en su abordaje ha prevalecido principalmente en el enfoque biomédico, el cual explica la enfermedad en función de los síntomas físicos, dejando de lado sus dimensiones sociales, psicológicas y conductuales.

2. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

Es indispensable conocer los antecedentes de investigaciones previas y para conocer la literatura especializada en el tema se realizó una búsqueda en distintas bases de datos con la siguiente metodología.

Las búsquedas se han realizado utilizando el lenguaje controlado de los tesauros Medical Subjects Headlines (MeSH) y se identificaron Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) que se relacionaran con el tema a investigar los cuales fueron: experiencias de vida, percepción, mujer y preeclampsia. Los términos MeSH fueron: “life change events”, “perception”, “women” y “pre – eclampsia”. La estrategia de búsqueda se adaptó a cada base de datos, utilizando el lenguaje controlado combinado mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”. Una vez identificados se realizó la búsqueda en base de datos como PUBMED, CINAHL y BVS, los cuales son base de datos representativas de textos científicos internacionales de calidad. La búsqueda se acoto en un periodo máximo de 10 años, es decir de 2010 a 2020, artículos de investigación originales, de revisión, tesis, en los idiomas español, inglés y portugués.

Es importante resaltar que se encontró una gran cantidad de investigaciones desde la perspectiva biomédica, y algunas desde la visión de la mujer que vivió el evento de preeclampsia, de estas, muy pocas enfocadas a la experiencia de vivir más de un evento de preeclampsia. Finalmente, los artículos de investigación que se obtuvieron fueron analizados mediante las guías de lectura crítica del Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe).

Con los artículos obtenidos se pudo recuperar información respecto a las experiencias y percepciones de mujeres que experimentaron preeclampsia, no así los de vivencia y significado, la mayoría de estas investigaciones son a nivel internacional, Reino Unido, Nigeria, Australia, Noruega y algunos países de Latinoamérica. La evidencia a nivel nacional de esta temática en particular es escasa. El análisis de estos estudios describe las experiencias, vivencias y significados que las mujeres con preeclampsia presentaron durante su enfermedad.

La experiencia de vivir con preeclampsia genera sentimientos adversos que se superponen a la experiencia del embarazo mismo, que en su conjunto generan alteraciones en el mundo cotidiano de estas mujeres y que en ocasiones estos sentimientos condicionan conductas y decisiones futuras respecto a su deseo reproductivo, datos que se ven reflejados en el artículo realizado en Sídney, en el año 2017 por Roberts LM, et al ⁽²⁶⁾, un estudio de corte cualitativo cuyo objetivo era conocer la experiencia de las mujeres con hipertensión gestacional en el embarazo e informar sobre los factores mediadores que ayudaron a mejorar su experiencia, dentro de los resultados que encontraron fue el reaccionar al diagnóstico, en donde se menciona que las mujeres se sienten sorprendidas ante el diagnóstico de enfermedad lo cual les generó sentimientos de culpa, miedo, sorpresa y decepción por perder el control de la situación; sentimientos que también se ven reflejados en una revisión integradora realizada en Noruega por Vaerland IE, et al ⁽²⁷⁾, en 2016 cuya temática en común era la experiencia y percepción de mujeres con preeclampsia, hipertensión en el embarazo, prematuros y síndrome de HELLP; en este artículo se mencionan los sentimientos adversos que experimentaron las mujeres al recibir el diagnóstico, identificando el miedo a la muerte por su condición de salud y la de su recién nacido. Se resalta, la experiencia como un factor determinante para que algunas mujeres decidieran ya no tener más hijos. En otra búsqueda sistemática realizada por Furuta M, et al ⁽²⁸⁾, en Reino Unido en 2014, cuyo objetivo fue explorar las percepciones y experiencias de las mujeres sobre la morbilidad materna severa y su impacto potencial en sus vidas, encontraron que los sentimientos adversos ante el diagnóstico es un factor principal que distingue la respuesta inmediata al diagnóstico, lo que podría ser factor importante para la construcción de significados, es significativo resaltar que los estudios revisados por esta síntesis, solo se enfocan en mujeres de países desarrollados o en vías de desarrollo.

Otros artículos en donde se menciona la experiencia y el significado de preeclampsia fueron realizados en América Latina, específicamente en Colombia, en el año 2014, Noguera N y Muñoz L, con el objetivo de describir los significados que un grupo de gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener

preeclampsia, realizaron una investigación cualitativa por medio de una guía de observación-participante-reflexión, propuesta por Leininger, de los hallazgos obtenidos refirieron que las gestantes se cuidan teniendo en cuenta el conocimiento que tienen sobre la preeclampsia, los efectos en ella y en sus hijos por nacer, obteniendo esta información por todos los medios a los que tenga acceso, en donde se manifiesta que a pesar de que ellas conocen y reconocen los signos y síntomas de la preeclampsia, los subvaloran y no son reconocidos al momento de presentarlos. También se mencionó que las gestantes vivencian repercusiones por la preeclampsia en donde además de los sentimientos que genera la sorpresa de presentar esta enfermedad también surgen repercusiones familiares por la separación y la añoranza, así como el deseo de estar con los hijos y su pareja, sin dejar de lado las repercusiones económicas que ocasiona una hospitalización prolongada, como sobrecarga laboral en la pareja o incluso tener que dejar el trabajo. De igual manera hace referencia a que las gestantes valoran su situación de enfermedad desde diferentes contextos, en ocasiones ellas, no aceptan la enfermedad porque se sienten bien y no perciben síntomas de alteración. Las mujeres toman nuevas decisiones en sus vidas a causa de la preeclampsia, en donde se refleja que hacen cambios en su estilo de vida, realizando actividades que no afecten su salud y también las acerca a la religiosidad. La mujer le asigna diferentes significados a la situación de enfermedad, esto si se tiene en cuenta la valoración que hace de sí misma, de la atención recibida, de la enfermedad y de la hospitalización, además identifica la no aceptación de la enfermedad secundaria a la falta de percepción de los síntomas. Las vivencias y experiencias llevaron a la mujer a darle significado a la enfermedad, describiéndola como callada, delicada, silenciosa y traicionera. En el mismo país Pérez BL ⁽²⁹⁾, en 2011, en una tesis de maestría en enfermería con énfasis en cuidado para la salud materno perinatal, se investigó el significado que las puérperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia. Se describe lo normal que parecía el embarazo a pesar de ya presentaban síntomas de preeclampsia, para las mujeres, todo parecía normal (dolor de cabeza, aumento excesivo de peso e hinchazón) en su concepción cultural de un embarazo. Así mismo se mencionan los sentimientos adversos que

experimentaron por situaciones que no podían controlar y que en su mayoría podrían perjudicar su salud al sumarle estrés a la situación, finalmente se identificó la subvaloración del riesgo por parte de las pacientes ya que a pesar de que identifican síntomas que les afectaba el actuar cotidiano, lo normalizan como parte del proceso de embarazo, auto medicándose o llevando a cabo prácticas a base de creencias y cuidados propios de su cultura; reconociendo los síntomas como verdadero riesgo únicamente cuando los síntomas se agudizaban. Lo anterior ejemplifica la importancia de conocer la enfermedad desde la perspectiva de la mujer que vive este proceso, ya que eso ayudaría a comprender su postura y de esa manera se podría intervenir en un proceso único y tan representativo en la vida de la mujer.

Respecto a forma en que la comunidad percibió la preeclampsia, teniendo en cuenta que la cultural del riesgo de enfermedad en muchas ocasiones proviene de la comunidad que rodea a las mujeres gestantes, en un estudio de corte cualitativo realizado en Nigeria por Akeju DO, et al ⁽³⁰⁾, en 2016, en comunidades “rurales” llamadas Yoruba en el Estado de Ogun, efectuada a líderes comunitarios y parteras tradicionales, encontraron como hallazgo categorías, en donde describen los términos locales que se le atribuyen a la preeclampsia y eclampsia, ya que dependiendo de la región tiene significados diferentes, en algunas comunidades se le conoce como “Sangre tormentosa”, “Enfermedad del terreno frío” y el término “gìrì âlábôyún” el cual es específico del embarazo y representa a la eclampsia, lo que permite identificar que no todas las mujeres, a pesar de experimentar la misma enfermedad, lo vivencian de la misma manera porque cada quien le atribuye un nombre y significado a la misma; también se mencionan las causas percibidas de la preeclampsia y eclampsia como una condición inducida por el estrés, mientras que la eclampsia fue percibida como un producto de exposición prolongada al frío. Se hace referencia a las estrategias que realizan para prevenir la enfermedad y estas fueron proporcionales a las percepciones de su origen por lo tanto los medicamentos locales relacionados con el calor y brebajes herbales fueron las opciones de tratamiento, así mismo el apoyo marital para evitar la depresión y el estrés, en general todos percibían la preeclampsia como grave y que podría

conducir a la muerte de la madre y los hijos por nacer. Se describen los tratamientos tradicionales que utilizaron y que estas prácticas están ancladas en valores culturales y falta de salud pública adecuada y enfocada a la conciencia, lo cual es una limitación importante para el conocimiento de la etiología y el tratamiento de las afecciones. Este estudio marca como fortaleza el hecho de incluir a la comunidad en este tipo de estudios, ya que se obtiene una rica visión de las percepciones.

En cuanto a la comprensión de los síntomas de la enfermedad y como las mujeres lo asocian a su estado de salud, You WB, et al ⁽³¹⁾, realizó un estudio cuantitativo transversal cuyo objetivo fue explorar hasta qué punto las mujeres embarazadas comprenden los síntomas y posibles complicaciones relacionadas con la preeclampsia, así mismo para determinar cuáles fueron los factores asociados con una mejor comprensión. La mejor comprensión, se relacionaban con una mayor alfabetización, multiparidad, antecedentes de preeclampsia y recibir información sobre preeclampsia por parte de un médico u otra fuente de información (por ejemplo, Internet, televisión, un libro o un amigo), también mencionaba que las pacientes embarazadas generalmente tienen una comprensión pobre de lo que es preeclampsia, aunque una mejor comprensión se asocia con haber recibido información sobre la enfermedad. Sin embargo, mencionaba que se necesitará más investigación para determinar la mejor manera de educar a las pacientes y si esta educación también puede disminuir los resultados adversos asociados con esta enfermedad.

Otro estudio en donde se demuestra el significado de la preeclampsia en la vida cotidiana realizado en México específicamente el Estado de México en 2016 elaborado por Vega-Morales EG, et al ⁽²⁴⁾, cuyo objetivo fue analizar la experiencia de vivir con preeclampsia en el contexto de la vida cotidiana, se evidencio que las mujeres con preeclampsia viven en crisis, teniendo que enfrentar una realidad llena de incertidumbre constante, de donde deriva la esencia de la expresión humana, las condiciones, los hechos reales, suposiciones, sensaciones, deseos, malestares, emociones, imprevistos, ilusiones y una serie de conocimientos que desempeñan un rol importante para generar temor como mecanismo de defensa y de

supervivencia que le permitieron responder ante situaciones adversas porque aportaron riquezas para un acercamiento hacia las determinantes de salud-enfermedad vividas; también se evidencia que la enfermedad no solo se refleja en los aspectos biológicos de las personas con malestares corporales, físicos, objetivos, visibles y notorios, sino que se manifiesta en la subjetividad a través de sus emociones, sentimientos y actitudes que les generó tener preeclampsia. Así mismo, hace referencia a cómo las mujeres entrelazaron las actividades que deben llevar a cabo por la enfermedad que ha trastocado su salud y las actividades ordinarias de su vida cotidiana, se menciona cómo las mujeres interiorizaron como algo importante el cuidado cultural, por lo tanto, los servidores de salud deberían valorarlo como un modo de vida para lograr la integralidad del cuidado de la preeclampsia; así mismo, se identificó a las redes de apoyo como de suma importancia para las mujeres embarazadas que viven la experiencia de preeclampsia. Esta investigación refiere que se requiere más investigación a través de estudios cualitativos para continuar explorando la vida cotidiana de las mujeres con preeclampsia, con la finalidad de desarrollar modelos de atención integrativos, sensibles y adaptativos a las diversas comunidades mexicanas, que ayuden tanto a la salud física como mental.

Por otro lado, en Colombia en el año 2014, Laza C, et al ⁽³¹⁾, realizó un estudio cualitativo cuyo objetivo fue describir la percepción acerca de la preeclampsia severa y su causalidad en un grupo de mujeres que vivenciaron la enfermedad. En este estudio se menciona cómo fue la percepción de la preeclampsia severa desde la mirada de quienes la enfrentaron, es decir las mujeres, en donde quienes la padecieron manifestaron conocimientos acerca de la enfermedad, pero ya sea que la hubieran padecido antes o no, cuando se presentó no comprendieron muchas cosas, también mencionan que la enfermedad se presentó de forma inesperada y que causó sorpresa, modificó su vida normal y el desarrollo de su embarazo, catalogada en algunas ocasiones como impactante, así mismo en los discursos de las pacientes lo más significativo fue que describían la enfermedad en dimensiones de peligrosidad y en la posibilidad de causar la muerte en ellas y en sus hijos, estos mismos datos, están relacionados en los hallados en los artículos de Roberts LM,

et al, en la revisión integradora de Vaerland IE, et al, y en la tesis de Pérez BL, lo cual confirma que el miedo y la reacción al diagnóstico es un hallazgo importante y común en las mujeres que han presentado preeclampsia. En este mismo estudio Laza C, refirió que la percepción que tenían las mujeres de la enfermedad va más allá de lo biológico, es decir, que no solo su sentir fue físico, que involucra aspectos como actividades cotidianas que no les permitían cuidarse de forma adecuada, dedicarse tiempo y no asistir a sus consultas prenatales; aquí se hizo una diferencia en relación a las mujeres que ya habían padecido preeclampsia, las cuales a pesar de que referían que ya habían pasado muchos años del evento anterior, procuraron dedicar tiempo a su cuidado desde un principio, es decir hubo una diferencia significativa en el autocuidado de aquellas que tenían antecedentes de preeclampsia y de las que no lo tenían. Se dejó en manifiesto que aquellas mujeres que conocían la experiencia previa de preeclampsia o el antecedente de hipertensión arterial crónica o antecedentes heredofamiliares, de alguna manera las hizo conscientes de que les podía pasar a ellas, a pesar de esto, las tomó por sorpresa la enfermedad, pero tuvieron más cuidado que aquellas que no pensaban que les podía pasar. Finalmente se dejó en manifiesto que es necesario tener en cuenta que la percepción es diferente de quienes han padecido la enfermedad, esto se relaciona con las diversas formas de definir los problemas de salud-enfermedad y de generar soluciones para ellos; así como las creencias que lo sustentan. Estos son procesos colectivos muy arraigados en torno a la construcción social y cultural del cuerpo, la salud y la enfermedad, y que se evidencian a nivel individual.

Lo anterior implica una atención y cuidado particular por parte de los profesionales de la salud, en especial de los enfermeros, que más allá de entrar en negación o a rebatir estos aspectos, apunten a la comprensión de la construcción particular que hacen los sujetos de cuidado del fenómeno que los afecta.

Para las mujeres presentar preeclampsia fue una interrupción inesperada en el día a día, lo que generó sentimientos de tristeza y soledad, lo que las llevó a experimentar aislamiento familiar, la ausencia de los hijos y momentos de estrés por la falta de privacidad, la dificultad que sentían era el aislamiento de la información

de su nuevo hijo y sentir la ausencia de su bebé ⁽²⁵⁾, la relación que las mujeres pueden tener con el personal de enfermería las orienta y apoya. La angustia, temor y preocupación por la salud de sus hijos, es lo que contribuyó al significado que le dieron a la enfermedad. Finalmente hay dos temas que son necesarios abordar desde la investigación científica: las vivencias de las mujeres en el hogar, posterior al alta y las necesidades de preparación frente a la posibilidad de la preeclampsia severa.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Ante este panorama surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cómo es el significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia?

4. OBJETIVOS

4.1. General

Comprender el significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia

4.2. Específicos

- Describir la experiencia de tener preeclampsia previa para conocer el significado que le atribuyeron a la enfermedad
- Identificar como la vivencia de preeclampsia previa contribuye a significar un nuevo embarazo
- Explicar la construcción del significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia

5. REFERENTES TEÓRICOS

Para la realización de esta investigación se consideró la propuesta del filósofo y sociólogo Alfred Schütz en su obra conocida como fenomenología social, en este sentido, su pensamiento puede ser caracterizado como un edificio teórico sustentado sobre dos columnas: una filosófica, la fenomenología husserliana, y otra sociológica, la propuesta weberiana. Dado que el objeto de estudio de este trabajo es comprender el significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia se tomó como referente teórico a Alfred Schütz para abordar las vivencias como eje fundamental para la construcción del significado y a George A Kelly con su teoría de constructos a través de sus corolarios para definir como se logra y cuáles son los elementos que intervienen en la construcción del significado.

La fenomenología es una tradición filosófica que surge en el XX a partir de Edmund Husserl, su propósito es enfocar la intuición reflexiva para describir la experiencia vivida tal como se constituye en la conciencia, es decir la experiencia subjetiva de la persona. Para Husserl todos los procesos están en el fondo de la conciencia (yo), por eso se pretende describir la experiencia para revelar la conciencia por medio de la reducción fenomenológica. En este sentido la fenomenología estudia la experiencia vital, del mundo de la vida y de la cotidianidad, esta última es la experiencia no conceptualizada, así mismo busca explicar los fenómenos dados a la conciencia, ser consciente implica una intencionalidad, y toda conciencia es conciencia de algo, también estudia las esencias, para describir las estructuras significativas internas del mundo de la vida y procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana. Es un estudio científico-humano de los fenómenos, se considera ciencia en sentido amplio, es un saber sistemático, explícito, autocritico e intersubjetivo.

Por otro lado, la teoría de la sociología que surge en el siglo XX por Max Weber, pretende comprender interpretativamente la acción social para explicarla causalmente en su desarrollo y sus efectos, es decir, se debe comprender la

motivación de las acciones individuales significativamente orientadas en los fenómenos sociales.

Alfred Schütz rescata dos cosas de la sociología comprensiva: los tipos ideales y la acción racional, los cuales son aspectos fundamentales en la fenomenología social, la cual aborda la experiencia vivida del actor social en actitud natural en el mundo cotidiano, que a su vez es un mundo social, y comparte una intersubjetividad con otros actores sociales semejantes él, por lo que se genera un “nosotros” con sentido común, el cual está determinado por las acciones y actos tanto del actor social y de los otros, a través de la reflexión de estos.

La experiencia es generada por el actor social dentro del mundo cotidiano definido por Schütz como el campo de acción social. El actor social hace una aprehensión de la realidad y comprensión de su lugar en el mundo (tiempo y espacio), determinando una visión interpretativa de las acciones propias y de los otros comprendiendo su orientación en sentido de algo (social) y formulará conciencia de vivir y compartir el mundo cotidiano a través de significaciones vivenciales (experiencia) en relación a su comportamiento con los otros.

Para hablar del mundo de significados utilizaremos la sociología fenomenológica de Alfred Schütz ⁽²³⁾, la cual surge de la problematización de aquello que los actores experimentan, por lo general, como no problemático en la vida cotidiana. La noción de mundo de la vida cotidiana tiene una importancia central en su obra, toda vez que alude a un horizonte de significados que provee el marco necesario para el fluir de la vida diaria. Esta sociología fenomenológica, tiene por objeto la comprensión de la estructura significativa del mundo de la vida cotidiana.

Schütz refiere que la comprensión es la forma particular de cómo el pensamiento del sentido común conoce al mundo social ⁽³³⁾ y cultural en donde el sujeto explica su relación con el objeto por medio de las acciones y procesos humanos, a partir de las interpretaciones que hacen los sujetos de sus propias acciones; en donde se unen el sujeto y el objeto por medio de la idea de estar en el mundo y el investigador se dirige al mundo percibido porque entiende que la percepción permite el acceso a la vivencia. El sujeto realiza acciones cargadas de significados y sentido; aunque

el actor no haya tenido intención de significar algo, su acción puede ser interpretada por el otro, de esta forma, la vida cotidiana se expresa en las relaciones de los actores sociales, en cómo estos comprenden y constituyen la realidad o espacio donde llevan a cabo actos y acciones definidas como experiencias que tienen sentido.

El sujeto está determinado por su biografía y por su experiencia inmediata. Lo primero alude a que cada sujeto se sitúa de una forma particular y específica en el mundo; su experiencia es única e irrepetible y es ahí donde el sujeto capta y aprehende la realidad y desde ese lugar se significa así mismo, sus actos y acciones sociales conllevan a una comunicación concreta con otros como producto de sus retenciones y recuerdos anteriores, pero que incluye pretensiones a futuro de sucesos relacionados con la experiencia presente. Según Leal R ⁽³⁴⁾, para Schütz solo una parte del conocimiento se origina dentro de la experiencia personal, pues en su mayor parte es de origen social, ha sido transmitida por otros sujetos, que enseñan a sus semejantes a significar el entorno.

Schütz menciona que las personas tienen un repositorio de conocimiento disponible o almacenamiento pasivo de experiencias, que pueden ser recuperadas en el aquí y el ahora para constituir una nueva experiencia, y comprender nuevos fenómenos sin necesidad de experimentarlos o de iniciar un proceso reflexivo para ordenar cada una de las vivencias que transcurren.

Esta perspectiva fenomenológica abre caminos para la comprensión y análisis del conocimiento del mundo que tienen los sujetos. Es una perspectiva fundamentada en la vivencia y la intuición, más que en el análisis y la explicación. También, basada en la comprensión del sentido de las acciones y en la identificación de las motivaciones, para llegar a las dimensiones explicativas que nos permitan entender el sentido de la acción cuando se tiene una inaccesibilidad de la conciencia del otro.

El estudio de la vida cotidiana nos permite entonces acceder a la realidad de las acciones sociales que se establecen en el mundo cotidiano, para comprender y develar la vivencia de experiencias desde el contexto en el que se presentan, por lo tanto, se facilita con ello la investigación de comportamientos tanto individuales

como de grupos sociales que viven en una situación típica en el mundo cotidiano, como es el caso de las mujeres que viven un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia.

Las vivencias son interpretadas subjetivamente, pues el sujeto recurre a su repositorio de conocimiento disponible, para asociar aquello que se conoce a lo que se desconoce. El mundo del sentido común se encuentra tipificado en categorías de significado que permiten reconocer los nuevos fenómenos e incorporarlos a la conciencia del sujeto; una experiencia reconocida como novedosa es aquella para la que no se tienen tipificaciones de significado o son erróneas, lo que implica reorganizar estas tipificaciones. De todas maneras, no existe una única interpretación de las vivencias, sino que varían según la perspectiva desde la que sean interpretadas, esto es, según el aquí y ahora que experimenta el sujeto.

Dado lo anterior Schütz refiere que el significado no reside en la vivencia. Antes bien, son significativas las vivencias que se captan reflexivamente. Hay muchas vivencias sobre las cuales nunca se reflexiona, sin embargo, son esencialmente reales, entonces es incorrecto decir que todas las vivencias son significativas en virtud de que son vivenciadas o de que se las vive. Por lo que el sujeto debe hacer una mirada reflexiva aislando la vivencia transcurrida para de esta manera constituir la como significativa. Es decir que al dirigir la atención a la conducta y a la acción esa vivencia general se vuelve con ello significativa. Entendiendo entonces como acto de atención la acción que expone a la mirada intencional las vivencias que de otro modo serían simplemente vivenciadas. Este Acto de atención admite a su vez varias modificaciones que son difíciles de separar y distinguir una de otra. Estas constituyen los diferentes modos de atención y, por lo tanto, el significado específico de las vivencias ⁽³⁵⁾.

Ahora bien, según el constructivismo la realidad no puede ser vista directamente, sino que se descubre por medio de la experiencia que el sujeto tiene en ella y le da sentido por medio de la construcción que hace de estos eventos, de esta manera, no reacciona directamente a la realidad sino a la construcción que tiene de esta realidad. Con base a esta idea se postula que no existe una sola y única realidad,

sino que cada persona organiza el significado de sus propias experiencias para darles un sentido y poder actuar con base a estas construcciones. Dentro de esta epistemología constructivista se encuentra la psicología de los constructos personales concebida por George Kelly la cual toma la postura filosófica del alternativismo constructivo que se refiere a que un mismo evento puede ser interpretado de infinitas maneras ya que cada sujeto tiene su propia construcción y perspectiva ⁽³⁶⁾. Esto le da al mismo sujeto diversas perspectivas para aproximarse a la realidad y también posibilidad de cambiar las concepciones que tiene de esta. Para poder reconocer como se construye el significado tomaremos como referente a George A Kelly el cual creo un postulado que llamo teoría de constructos de la cual se derivan once corolarios, que resultan muy útiles para comprender cómo funcionan los constructos personales. Antes de describir dichos corolarios es importante mencionar que Kelly plantea el significado como un constructo personal en donde afirma que las personas construyen los hechos al predecirlos sobre la base de la experiencia y el aprendizaje. Por construir George A Kelly entiende la introducción a la interpretación, por lo que las condiciones objetivas del mundo importan menos, que la forma en que las personas la interpretan. Por lo tanto, entendiendo por significado lo que Kelly denomina constructos, podemos decir que son formas de construir el mundo y permiten establecer una línea de conducta, estas líneas de conducta pueden expresarse verbalmente, ser conscientes o inconscientes con otras formas de comportamiento, y ser razonadas intelectualmente o no, entonces los constructos sirven para explicar y entender situaciones que ya han sucedido.

Por lo anterior mencionado es indispensable conocer cómo se desarrolla un constructo personal según la teoría de Kelly, en la cual menciona once corolarios y que su aparición o no, dependerá de la biografía y el contexto en que se desenvuelvan las personas. Los corolarios se desarrollan a continuación:

- ✓ Construcción: En este proceso los seres humanos utilizamos el pensamiento abstracto para construir modelos mentales de la realidad y con ellos predecir

acontecimientos, para de esta forma por medio de los eventos del pasado anticipamos los del futuro.

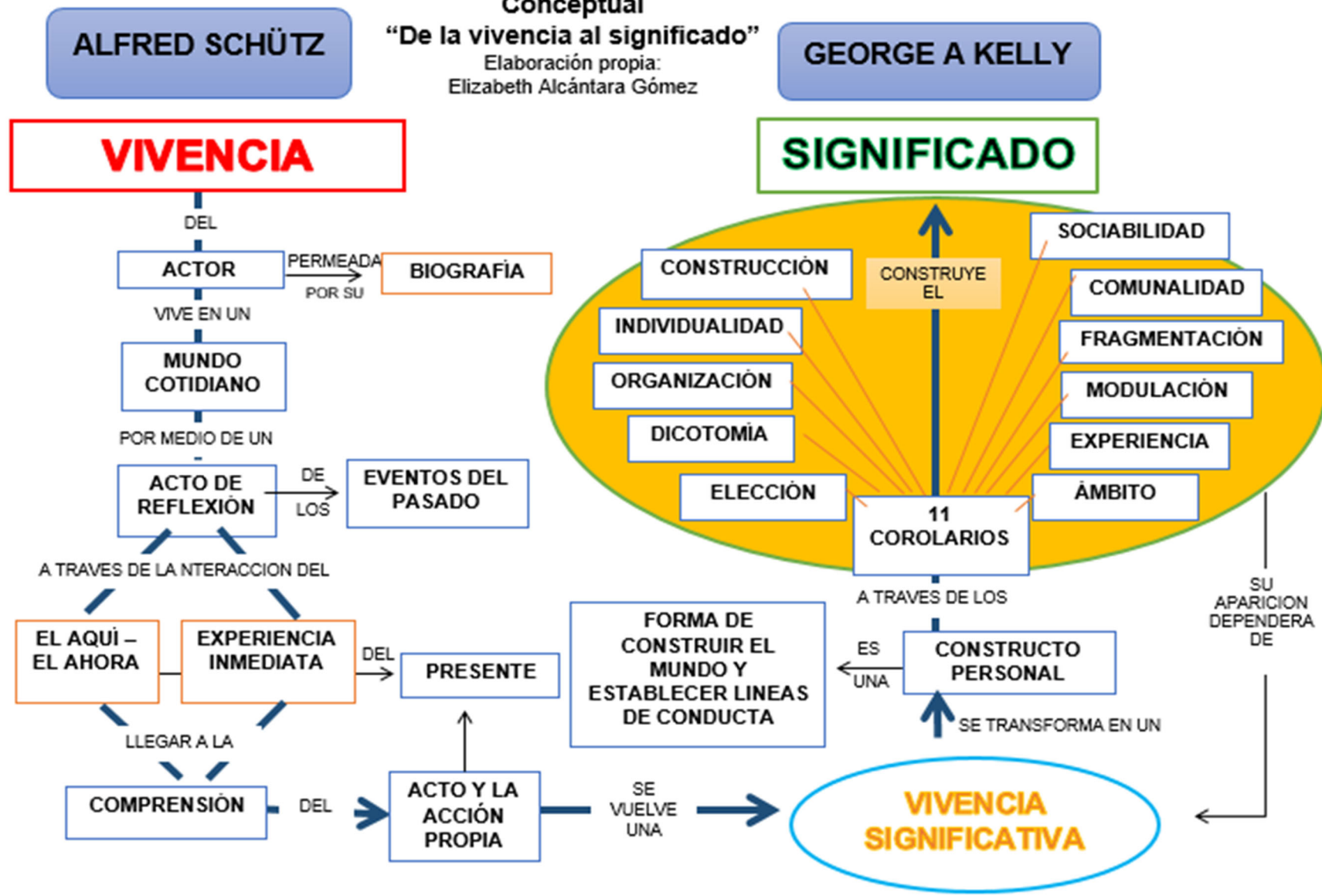
- ✓ Individualidad: Las diferencias psicológicas entre las personas dependen del grado de similitud entre sus sistemas de constructos, es decir, entre sus respectivos modos de construir la realidad mentalmente, puesto que son estos los que determinan el comportamiento y los contenidos mentales.
- ✓ Organización: Los sistemas de constructos personales están organizados de forma jerárquica en función de su ámbito de aplicación, esto permite evitar contradicciones al predecir a través de distintos constructos, dado que siempre habrá uno que tenga un peso mayor.
- ✓ Dicotomía: Las personas conceptualizan la realidad a partir de pares opuestos de términos, como “frío-calor” o “nervioso-tranquilo”. Cuando sólo se conoce uno de los polos se considera un constructo sumergido.
- ✓ Elección: Los sistemas de constructos extensos permiten predecir muchos acontecimientos, pero el riesgo de error es elevado; por contra, los que son más restrictivos minimizan la probabilidad de fallos, pero anticipan un menor número sucesos.
- ✓ Ámbito: Esto hace referencia a que cada constructo es eficaz para predecir un determinado rango de fenómenos. El concepto “centro de conveniencia” se utiliza para hablar de los aspectos para los que el constructo resulta particularmente útil.
- ✓ Experiencia: Aunque la experiencia vital puede modificar el sistema de constructos de una persona, esto no sucede de forma espontánea, sino que tiene lugar a través de la construcción psicológica que hacemos de los eventos en cuestión.
- ✓ Modulación: Este postulado habla de la permeabilidad, es decir, de la capacidad de un constructo para introducir elementos nuevos en su ámbito de aplicación y de la posibilidad de modificación de los constructos jerárquicamente superiores a éste.
- ✓ Fragmentación: Es la capacidad de un sistema de constructos de incluir subsistemas de los cuales se extraen predicciones contradictorias sin que

ello conlleve una desorganización del conjunto. Este corolario se relaciona estrechamente con el de organización, puesto que la fragmentación depende de la jerarquización de los constructos.

- ✓ Comunalidad: El énfasis en que los sistemas de constructos de dos personas comparten la misma cultura tendrán una mayor probabilidad de parecerse que si no es así. Por tanto, lo mismo sucederá con el comportamiento, los valores y otros procesos psicológicos y contenidos mentales.
- ✓ Sociabilidad: El onceavo y último corolario de la teoría de los constructos personales afirma que es más probable que entendamos a un individuo y que éste nos caiga bien si somos capaces de reproducir su sistema de constructos. Este postulado puede relacionarse de forma clara con el concepto de empatía, y se ve influido por el corolario de comunalidad.

Schütz A ⁽³⁵⁾ menciona, que al comprender como el sujeto configura y les da significado a sus acciones se pueden distinguir dos tipos de motivos. Los motivos “para” que se desarrollan en la conciencia del sujeto y son atribuidos a fines deseados y a objetivos propuestos; son subjetivos y se refieren al futuro; y los motivos “porque” que se refieren al contexto de la acción o a una predisposición psíquica del sujeto, son objetivaciones de aspectos que rodean la acción; por su carácter causal tienen una referencia al pasado, objetivos explícitos de esta investigación. (Ver fig. No. 1)

Figura No. 1 Modelo Conceptual
"De la vivencia al significado"
 Elaboración propia:
 Elizabeth Alcántara Gómez



6. MARCO CONCEPTUAL

Dado que el propósito central de esta investigación es comprender como las mujeres significan un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia, es importante presentar conceptos clave para aspectos clínicos relevantes de la enfermedad con el fin de demostrar su complejidad en cuanto a diagnóstico, tratamiento y prevención de complicaciones a largo plazo en su vida cotidiana o por el resto de su vida reproductiva.

6.1. Preeclampsia

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ⁽³⁷⁾, define actualmente la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Se presenta generalmente después de las 20 semanas de gestación, más cerca del término, y se puede superponer a otro trastorno hipertensivo. Pero algunas mujeres presentan hipertensión y signos multisistémicos que generalmente señalan la severidad de la enfermedad en ausencia de la proteinuria, y las últimas guías para la hipertensión en el embarazo de ACOG establecen que el comité de trabajo ha eliminado la dependencia del diagnóstico de preeclampsia en la proteinuria. En ausencia de proteinuria, la preeclampsia se diagnostica como hipertensión asociada a trombocitopenia (cuenta de plaquetas menor de 100 000/ μ L), disfunción hepática (niveles elevados dos veces la concentración normal de las transaminasas hepáticas en sangre), aparición de insuficiencia renal (creatinina elevada en sangre mayor de 1,1 mg/dL o el doble de creatinina sanguínea en ausencia de otra enfermedad renal), edema pulmonar o trastornos cerebrales o visuales de novo. Esto significa que la preeclampsia se puede asociar -sin proteinuria- con sintomatología como trastornos visuales, cefalea, dolor epigástrico, y el desarrollo rápido e inesperado de la enfermedad. Sin embargo, muchas mujeres no presentan hipertensión definida como presión arterial > 140/90 mmHg, pero que pueden tener solo aumentos leves de la presión arterial base a 120-130/85 mmHg y desarrollan repentinamente eclampsia o síndrome HELLP (síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia).

Ávila GA y Orjuela JF, mencionan que, siendo la preeclampsia una de las patologías con mayor morbimortalidad materna y perinatal es importante mantener dentro de los controles prenatales un adecuado seguimiento para documentar la presencia de factores de riesgo y signos y síntomas que conlleve a un posible diagnóstico además de criterios de severidad para llegar a fases tan críticas como lo son el síndrome de HELLP o la eclampsia entre otros. Al ser una enfermedad de origen multifactorial que puede estar asociada a agentes de origen biológico, hereditario, psicológico, así como a la situación económica y cultural, el control prenatal representa una oportunidad para identificar e intervenir todas las características que pueden influir negativamente en el curso de la gestación y generar desenlaces fatales.

A pesar de múltiples investigaciones en torno a la preeclampsia, esta continua sin tener relaciones causales claras, se han identificado diversos factores de riesgo, así como condiciones fisiopatológicas y clínicas predictoras de la enfermedad, sin embargo, el mayor enfoque sigue siendo unicausal y biológico, sin considerar las exigencias adaptativas de carácter psicosocial que surgen durante la gestación ⁽³⁸⁾.

Las investigaciones en torno a la enfermedad con enfoque biológico y las pocas con enfoque social coinciden en que, para dilucidar la etiología de la preeclampsia, el diagnóstico precoz de los factores de riesgo ayuda a minimizar las complicaciones maternas y perinatales.

El antecedente de preeclampsia o hipertensión en embarazos anteriores se convierte en un elemento importante en la historia obstétrica de las pacientes. El haber tenido un trastorno hipertensivo en un embarazo predispone a padecer otro trastorno hipertensivo en un siguiente embarazo, trátase este de una preeclampsia o no ⁽³⁹⁾. El inicio temprano de atención prenatal y la búsqueda oportuna de factores de riesgo biológicos y sociales ⁽⁴⁰⁾, constituye la prioridad número uno, mientras más temprano se comienza el seguimiento de una embarazada, más factible resulta poder actuar sobre los factores de riesgo que se presenten y sean modificables los estilos de vida, por lo tanto, se disminuirá el riesgo final de complicaciones severas ⁽⁴¹⁾.

6.2. Embarazo de alto riesgo

El embarazo es un proceso natural del organismo femenino que implica alteraciones fisiológicas, sociales y emocionales coincidentes con cada etapa, siendo considerado saludable cuando su evolución no implica desfavorablemente a la mujer y al feto/recién nacido. No obstante, cuando ocurre lo contrario, conceptualmente tenemos instalado un embarazo de alto riesgo ⁽⁴²⁾.

Se define como el embarazo de alto riesgo aquel en el que la madre y/o el feto tienen un riesgo de morbilidad o mortalidad superior al normal. Las causas incluyen inadecuada atención perinatal, historia obstétrica de riesgo previa, enfermedad materna preexistente o inducida por el embarazo (hipertensión gestacional) y embarazo múltiple, así como avanzada edad materna, por encima de los 35. Para el caso de la población de mujeres en edad reproductiva, su perfil epidemiológico se caracteriza por presentar enfermedades y muertes ligadas especialmente a eventos obstétricos. Entre las medidas preventivas para el embarazo de alto riesgo se encuentran: la prevención primaria, que engloba promoción y protección a la salud; prevención secundaria, que consiste en el diagnóstico y tratamiento precoz para limitar el daño; la prevención terciaria, representada por rehabilitación y el desarrollo del mecanismo social que inserte a todas las embarazadas de alto riesgo a un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud ⁽⁴³⁾. Donoso B y Oyarzún E ⁽⁴⁴⁾, estiman que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos.

6.3. Riesgo obstétrico

Según Echemendía B ⁽⁴⁵⁾, la palabra riesgo es tan antigua como la propia existencia humana. Podemos decir que con ella se describe, desde el sentido común, la posibilidad de perder algo (o alguien) o de tener un resultado no deseado, negativo o peligroso ⁽⁴⁵⁾.

Para Feinholz D y Ávila H ⁽⁴⁶⁾, en ciencias de la salud el riesgo es entendido como la probabilidad de sufrir una determinada enfermedad o padecimiento que incide directamente en la disminución de la calidad de vida de las personas.

En perinatología o medicina materno-fetal, el riesgo es evaluado con relación a daños específicos para la madre o el hijo. Para Donoso B ⁽⁴⁴⁾, se denomina factor de riesgo a aquella característica o atributo biológico, social o ambiental, que cuando está presente en un individuo se asocia con un aumento de la probabilidad de experimentar un daño.

Como sucede con todos los fenómenos que involucran a personas y sus valoraciones, en las definiciones de riesgo es importante destacar su dimensión subjetiva. Es necesario comprender que, más allá de los métodos empleados, al estudiar el riesgo hay que tomar en cuenta la manera en que las personas lo conciben, valoran, entienden y sienten.

La trascendencia del cálculo del riesgo y su utilización en la prevención de enfermedades y complicaciones para la salud no es una preocupación reciente de médicos y otros profesionales de la salud pública. El grupo de trabajo de la OMS sobre concepto de riesgo, desarrolló este término en la atención sanitaria donde destacó que la medición del riesgo da una indicación de la necesidad de asistencia preventiva y de promoción de salud. En ese sentido subrayan que el concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud. Así mismo Echemendía B, plantea que mientras más precisas sean las mediciones del riesgo, con mayor claridad se apreciará la necesidad de ayuda, y mucho más eficaz será la respuesta. Aunque reconocen que el concepto de riesgo aplicado al individuo no es nuevo, sí consideraron más novedoso, en aquel momento, su empleo como política e instrumento de gestión, y admiten su precisión como instrumento al mejorar los métodos de medición del riesgo y la información disponible.

6.4. Conciencia de riesgo

Sánchez F ⁽⁴⁷⁾, explica que la consciencia emerge evolutivamente como el estado final del proceso de unificación del sistema nervioso central y distingue tres estados de unificación: los estados de unificación sensitiva anteriores a la aparición de la consciencia, pero que la van construyendo poco a poco, son lo que llama la protoconsciencia, después aparece la consciencia central que produce la

consciencia del ser central y por último aparece la consciencia ampliada que produce el ser autobiográfico.

Cada vez que se toma una decisión y se valora la relación costos-beneficios, se están evaluando los riesgos que se corren al tomar esta decisión y las ventajas o desventajas que esta puede tener. Es decir, cotidianamente la noción de riesgos esta presente, aunque no se esté consciente de ello en todo momento. Por lo tanto, ni la palabra riesgo ni el fenómeno que se describe con ella son nuevos para el entendimiento, al contrario, el ser humano desde sus inicios como especie convivía naturalmente con los riesgos y reaccionaba intuitivamente ante ellos.

Solo a partir de determinado momento en el desarrollo de las sociedades humanas el riesgo se convirtió en una preocupación consciente de las personas. Mucho después, con el desarrollo tecnológico y científico, esta definición fue introduciéndose en el terreno de la ciencia y se convirtió actualmente en un concepto dinámico y multifacético con ramificaciones científicas, económicas, sociales y políticas.

El riesgo a enfermar aparece entonces como otra de las grandes preocupaciones en la sociedad actual, aunque las estrategias de enfrentamiento al mismo varían de acuerdo con el contexto socioeconómico y político, las condiciones de vida y el cuadro epidemiológico que caracterice a cada zona o región.

Se debe tomar en cuenta cuando se investiga sobre el riesgo la manera diferenciada en que este término puede ser entendido por las personas investigadas. En diversas investigaciones como la de Feinholz D y Ávila H se ha encontrado que quienes entendían el riesgo en relacionado con, o como sinónimo de la probabilidad de ocurrencia de un evento, mostraban una tendencia evidente a ponderar los riesgos como menores, en comparación con aquellas personas que definían el riesgo en términos de las consecuencias de un evento. Entre ambos valores se encontró la media de la ponderación que realizaron las personas que hicieron algún tipo de combinación entre probabilidad y consecuencias en su definición de riesgo. Estos resultados nos indican cómo la valoración de los riesgos está determinada por los conocimientos, los valores y el significado que estos tengan para cada quien.

La conducta de protección ante enfermedades o acontecimientos que ponen en peligro la integridad física o psicológica del individuo apunta que uno de los factores que disminuyen la motivación para realizar conductas preventivas es la ausencia de riesgo que caracteriza la percepción que los individuos tienen de su entorno ⁽⁴⁸⁾.

Martínez J ⁽⁴⁹⁾, afirma que las personas definen y perciben a los riesgos de forma diferente en distintos contextos culturales. Por ello, en sociedades modernas tan complejas como las occidentales se espera que haya considerables desacuerdos entre los distintos grupos humanos, de acuerdo con la perspectiva cultural, las creencias culturales y la visión del mundo, determinan cómo experimentan e interpretan los riesgos las personas. Las respuestas al riesgo son una función de los sistemas culturales de creencias.

La percepción de riesgo de morbilidad durante la gestación ha sido identificada como un factor crítico de la búsqueda o no de atención prenatal, sin embargo desde el análisis del evento con una mirada desde las ciencias de la complejidad, se logra la visión cercana de la realidad de estas mujeres, para las cuales la percepción del riesgo depende del contexto y la información que circula por sus redes, alejada del ideal estático e idealizado con el que explica a menudo la forma de pensar y actuar de las mujeres. Por lo que, el riesgo es construido a partir de la identidad cultural y de la construcción cultural de futuro, básicamente se trata de construcciones sociales. De esta forma la percepción del peligro y la elección de las mujeres frente a los riesgos en la gestación se hacen bajo una estimación muy aproximada a los riesgos reales en donde se tiende a ser optimista acerca de los resultados y en escenarios cercanos o familiares se minimizar la probabilidad de malos resultados.

Al mismo tiempo la percepción del riesgo se da a través de mecanismos de selección o filtro inconsciente de la información de los estímulos o sensaciones de las mujeres. Ellas seleccionan y procesan aquella información que es relevante o útil de acuerdo a pautas culturalmente aprendidas.

Las mujeres y en general las comunidades piensan y actúan entorno a lo que les genera bienestar y seguridad, ante la ausencia de daño o probabilidad de daño no se percibe un riesgo. Las mujeres tienen la capacidad de aprender a partir de la

experiencia y sus comportamientos se van modificando en función de los resultados obtenidos por sus interacciones con el entorno, bien sea resultados positivos o negativos. En consecuencia, Ávila GA y Orjuela JF mencionan que se puede ver como los comportamientos que han dado lugar a resultados benéficos o exitosos para la mujer en embarazos anteriores tienen la mayor probabilidad de repetirse en el futuro. Ante la presencia de un riesgo se genera una situación de incertidumbre, se cuenta con información incompleta y se elige según la asignación de reglas y resultados previos, en conclusión, las mujeres construyen los riesgos potenciales basadas en las experiencias previas. Ante el acumulo de aciertos se cree que no hay riesgo.

6.5. Emoción/Sentimiento

Martínez M y Vasco CE ⁽⁵⁰⁾, mencionan que en el lenguaje común emoción y sentimiento tienden a intercambiarse y expresar lo mismo, sin embargo, son dos procesos diferentes, es decir, las emociones preceden a los sentimientos.

La emoción es la respuesta del organismo ante un estímulo emocionalmente competente. Un estímulo emocionalmente competente es un objeto o suceso con importancia biológica, es decir que el organismo para preservar la vida deberá evitarlo.

Los sentimientos son la experiencia subjetiva de la emoción, estable y más o menos duradera, carente de síntomas somáticos emocionales. Es decir, que cuando los resultados de las emociones se cartografían en el cerebro, tienen lugar los sentimientos, que son las imágenes o representaciones de las emociones y de sus resultados en el organismo.

El sentimiento es la “idea” de que el cuerpo se encuentra de una determinada manera, resulta de la construcción de meta representaciones de nuestro propio proceso mental.

Todos los sentimientos contienen algún aspecto de dolor o placer. Sentir dolor o placer consiste en poseer procesos biológicos en los que nuestra imagen del cuerpo, representada en los mapas corporales, está conformada en función de un

determinado patrón. De esta manera, por ejemplo, la alegría y la tristeza son ideas del cuerpo en el proceso de supervivencia óptima.

Las emociones se representan en el teatro del cuerpo y los sentimientos en el teatro de la mente. De esta manera, las emociones son públicas, pues pueden verse directamente (como cuando se mira una expresión facial) o a través de exámenes (como cuando se miden los niveles hormonales o las respuestas galvánicas de la piel). Los sentimientos en cambio siempre están escondidos, pues como son imágenes mentales y son privados al organismo en cuyo cerebro tienen lugar.

Las áreas de sensación del cerebro constituyen de esta manera una especie de teatro, las cuales, en todo momento reciben señales con las que construyen mapas del estado corporal actual. Estos mapas son un conjunto de correspondencias procedentes de todas y cada una de las partes del cuerpo que informan lo que está sucediendo. Sin embargo, otras regiones cerebrales pueden interferir directamente las señales enviadas o actuar sobre las mismas regiones de sensación corporal. Es posible entonces, que cualquier interferencia con ese mecanismo puede crear un mapa "falso", de lo que está sucediendo al cuerpo, como en caso de la analgesia natural con los opiáceos endógenos, la empatía cuando se siente lo que otros sienten gracias a las neuronas en espejo o como cuando el organismo está bajo los efectos de las drogas psicoactivas o de determinadas formas de meditación. Por lo tanto, los sentimientos no surgen necesariamente de los estados corporales reales, aunque pueden hacerlo, sino también de los mapas reales construidos en las regiones de sensación del cuerpo.

Evolutivamente hablando, aunque las emociones ya permiten responder de forma efectiva, los sentimientos introdujeron una alerta mental para las circunstancias buenas o malas y prolongaron el impacto de las emociones al afectar de manera permanente la atención y la memoria.

7. METODOLOGÍA

7.1. Diseño

La presente investigación cualitativa se abordó desde el contexto de la fenomenología interpretativa ⁽⁵¹⁾, el diseño fenomenológico en ciencias de la salud se ha producido a partir de la necesidad de conocer la experiencia vivida, en particular el proceso de salud enfermedad de la población. El enfoque cualitativo tiene como principal característica el interés por captar la realidad social a través de los ojos de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto ⁽⁵²⁾, lo que ayuda a comprender cómo es la construcción del significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia a través de entrevistas, análisis de testimonios para la creación de categorías y subcategorías y finalmente el desarrollo de proposiciones.

Esta investigación responde a cuestiones como significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores, actitudes, acciones y relaciones humanas, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables ya que captan un lado no perceptible y no captable en ecuaciones, medias y estadísticas ⁽⁵³⁾. Motivo por el cual la investigación cualitativa da la pauta para comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales dado que trabajan con la vivencia, con la experiencia y también con la comprensión de las estructuras e instituciones como resultados de la acción humana objetivada. O sea, desde este punto de vista, el lenguaje, las prácticas y las cosas son inseparables, de ahí la importancia de elegir este tipo de investigación para este proyecto.

Los estudios abordados desde la fenomenología interpretativa son interesantes ya que responde a cómo las personas dan sentido a su experiencia vivida en un contexto o frente a un fenómeno en particular, su finalidad es describir el significado de esa experiencia vivida frente a los fenómenos de interés, hacer visibles los rasgos de esa experiencia, se interesa en las características comunes de la

experiencia vivida a partir de la comprensión y cómo el significado es creado a través de contenidos de percepción, es decir, una comprensión profunda de las experiencias vividas, suposiciones acerca de estas formas de conocimiento, cómo las experiencias individuales captan el sentido global y común, o esencias de una experiencia o evento ⁽⁵⁴⁾.

En este sentido el abordaje cualitativo de diseño fenomenológico interpretativo permite adentrarse en la experiencia de la mujer que vivió un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia para poder comprender cómo construye el significado de dicho evento.

7.2. Escenario de estudio

La presente investigación se realizó a mujeres que estuvieron hospitalizadas en los servicios de tococirugía, hospitalización y terapia intensiva adultos de un hospital de tercer nivel de atención en una comunidad semiurbana que se encuentra en el municipio de Ixtapaluca, Estado de México. Las mujeres que decidieron participar en la investigación otorgaron su consentimiento informado por escrito en el cual se especificó que se realizaría una entrevista la cual fue audio grabada, se les explicaron los objetivos de la investigación, así como el impacto social que esta investigación tendría, de igual manera se les comentó que la información obtenida por medio de sus testimonios será publicada, manteniendo su identidad anónima utilizando seudónimos. El número de participantes se definió utilizando el criterio de saturación teórica ⁽⁵⁵⁾. Las entrevistas se concertaron previamente con las participantes en el hospital antes de ser dadas de alta y ellas decidieron si se realizaba la entrevista en sus domicilios o dentro del hospital antes de ser dadas de alta. En lo relativo al lugar y hora en que se realizaron las entrevistas se buscó un espacio adecuado para favorecer la confidencialidad y privacidad.

El hospital en el que fueron captadas se encuentra localizado en el municipio de Ixtapaluca, en cual pertenece a la Secretaría de Salud Federal, pertenece a un proyecto innovador diferente a los esquemas tradicionales de servicios de salud, que fortalece al Plan Nacional de Salud y al Plan Maestro de Infraestructura en

Salud, brindando una atención médica universal con prioridad a grupos vulnerables ofreciendo un conjunto de especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas, dirigidas a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstica-terapéutica ⁽⁵⁶⁾.

La unidad hospitalaria se eligió por qué brinda servicios de salud reproductiva a mujeres que cursan con estados hipertensivos durante el embarazo como lo es la preeclampsia y porque se encuentra ubicado en el Estado de México, lugar que ha encabezado la lista de estados con mayor número de muertes maternas, cabe señalar que en 2016 se cuantificaron 812 muertes maternas de las cuales 125 estuvieron ubicadas en el Estado de México según el OMM en su Numeralia 2016.

El Municipio de Ixtapaluca se encuentra en el Estado de México. El nombre propio original es Iztapayucan, el cual proviene del idioma náhuatl: de *iztatl*, "sal"; *pallotl* o *payutl*, "mojadura", y *can*, "lugar", lo que se traduce como "Lugar donde se moja la sal". Ixtapaluca es uno de los 125 municipios del Estado de México, ubicado en la parte centro-sur de la cuenca de México. Se ubica a 7.5 kilómetros de la Ciudad de México y a 110 kilómetros de Toluca de Lerdo, cuenta con una extensión de 318.27 kilómetros cuadrados, que representa 1.46 por ciento del territorio estatal. En este municipio están situadas las carreteras nacionales de México-Puebla y México-Cuautla que se bifurcan precisamente dentro de su territorio. Sus límites territoriales con otros municipios y estados son: al norte, con los municipios de Texcoco y Chicoloapan; al noroeste, con La Paz; al este, con Valle de Chalco Solidaridad; al sur, con Chalco; al sureste, con el municipio de Tlalmanalco, y al este, con el estado de Puebla. Cuenta con una población de 495 mil 563 habitantes, según los datos de la encuesta intercensal del INEGI del 2015.

7.3. Sujetos de estudio

Los sujetos que participaron en esta investigación fueron 8 mujeres en puerperio mediano y tardío que vivieron un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia, las cuales recibieron atención médica en el hospital de tercer nivel de atención, algunas llegaron referidas durante el embarazo o durante el puerperio

o bien, llegaron de primera instancia para atención en este hospital. Las mujeres provenían de distintas colonias del municipio y también de municipios aledaños a Ixtapaluca, sus edades oscilaban entre los 24 y 36 años y su escolaridad varía desde estudios de primaria trunca hasta licenciatura trunca (Ver cuadro No. 1).

7.4. Recolección de la información

La recolección de datos de la información se realizó de septiembre 2020 a enero 2021 utilizando la técnica de entrevista semiestructurada⁽⁵⁵⁾, esta fue integrada por antecedentes sociodemográficos y preguntas abiertas, en la cual la informante es invitada a hablar libremente acerca de un tema específico y responder a formulaciones o intervenciones hechas por el entrevistador con el fin de abrir el campo de explicación de la entrevistada para profundizar el nivel de información. Previo a realizar la entrevista se obtuvo el consentimiento informado, la autorización de las entrevistadas (Anexo 1) y en todo momento se buscó establecer una relación de respeto y empatía que permitió obtener información fidedigna de las entrevistadas.

Las entrevistas fueron audio grabadas, lo que permitió apreciar fehacientemente los testimonios de las mujeres. La entrevista se apoyó por una guía temática (Anexo 2) con preguntas abiertas sobre los aspectos generales en torno a la experiencia de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia, para de esta manera, llegar a comprender como se construye el significado de riesgo de la enfermedad. La finalidad de la entrevista semiestructurada es conocer la experiencia vivida en sentido fenomenológico, las dimensiones de la vida personal, para detectar experiencias significativas, así como su relación con las experiencias en torno al tema de interés y de este modo poder buscar relaciones entre persona como globalidad y cada experiencia en su particularidad. La entrevista se dividió en dos partes: en la primera se obtuvieron los datos para caracterizar a las participantes del estudio y en la segunda parte se formularon las preguntas abiertas, también se utilizaron notas de campo (Anexo 3) que sirvieron para registrar los discursos y el lenguaje no verbal como: expresiones faciales, silencios, llantos, todo

evidenciado en el momento de la entrevista o inmediatamente posterior a la misma. Las entrevistas duraron un promedio de 15 minutos a 35 minutos, siendo resguardada en todo momento la identidad de las mujeres, a través de la codificación de las participantes con nombres seudónimos (Ver cuadro No. 1).

7.5. Adecuación metodológica en consecuencia de pandemia COVID-19

Dada la situación actual de pandemia y aislamiento social, la recolección de la información se realizó por diferentes medios: presencial y digital. En total 5 de las entrevistas se realizaron de forma directa en su domicilio o dentro de un lugar aislado, seguro y cómodo dentro de la institución y 3 por medio de video llamada, en todos los casos se buscó que el lugar, la hora y el momento en el que se realizara la entrevista permitiera privacidad y confidencialidad, así mismo en todo momento se buscó empatía y que la mujer participante se sintiera cómoda y en confianza.

7.6. Análisis de la información

El análisis de los datos se realizó con la técnica de Souza Minayo ⁽⁵⁵⁾. La cual consta de 3 fases:

1. Organización de los datos

Durante esta fase se realizó el mapeo de todos los datos obtenidos en el trabajo de campo. Aquí están involucrados, por ejemplo: la transcripción de grabaciones, relectura del material, organización de los relatos y, los datos de la observación participante vertida en las notas de campo, buscando señalar las expresiones realizadas por las participantes, eliminando muletillas que complicaran la comprensión manteniendo en todo momento el sentido de las expresiones de las participantes. Cabe señalar que el procesamiento de datos se realizó de forma casi inmediata después de cada entrevista para no perder la esencia del mensaje.

2. Clasificación de los datos

En esta fase es importante tener en mente que el dato no existe por sí solo, es construido a partir de un cuestionamiento que se hace sobre él, en base a una fundamentación teórica. A través de una lectura exhaustiva y repetida de los textos, se identificaron datos relevantes y representativos, considerando dar respuesta a los objetivos. Con base en lo que es relevante de los textos, se elaboraron las categorías específicas. En este sentido, se determinó el conjunto o los conjuntos de las informaciones presentes en la comunicación, se trabajó en ellas para agrupar elementos, ideas o expresiones en torno a un concepto capaz de abarcar todo eso. Este proceso se inició una vez que se tuvieron todas las entrevistas transcritas textualmente.

3. Análisis final

En este momento, se buscó establecer articulaciones entre los datos y los referentes teóricos de la investigación, respondiendo a las cuestiones de la investigación en base a sus objetivos.

7.7. Rigor metodológico

Para el rigor metodológico de la información se considerarán los siguientes criterios de evaluación de la calidad en metodología cualitativa propuestos por Castillo y Vázquez ⁽⁵³⁾: credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad.

La credibilidad está dada cuando los hallazgos del estudio sean reconocidos como reales o verdaderos por las personas que participan en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. Este criterio se alcanzó porque la investigadora tuvo contacto posterior al análisis de la información con las mujeres participantes para confirmar los hallazgos, leyendo y discutiendo las transcripciones de sus entrevistas con ellas y revisando algunos datos particulares, en donde las mujeres aceptaron como real lo discutido, complementado con información.

La confirmabilidad se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando el investigador verifique si se ha mantenido la distinción suficiente entre sus propias ideas y las de las participantes. Este criterio se alcanzó mencionando las características de los informantes, la guía de entrevistas y la etapa de análisis, con el fin de permitir que otros investigadores puedan examinar los datos y llegar a conclusiones similares.

La transferibilidad es la posibilidad de transferir los resultados del estudio a otros contextos o grupos, se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados en otro entorno. En este trabajo se describe con amplitud el ambiente del estudio y las características de las mujeres participantes con la finalidad de que esta investigación pudiera aplicarse por otros investigadores en contextos similares.

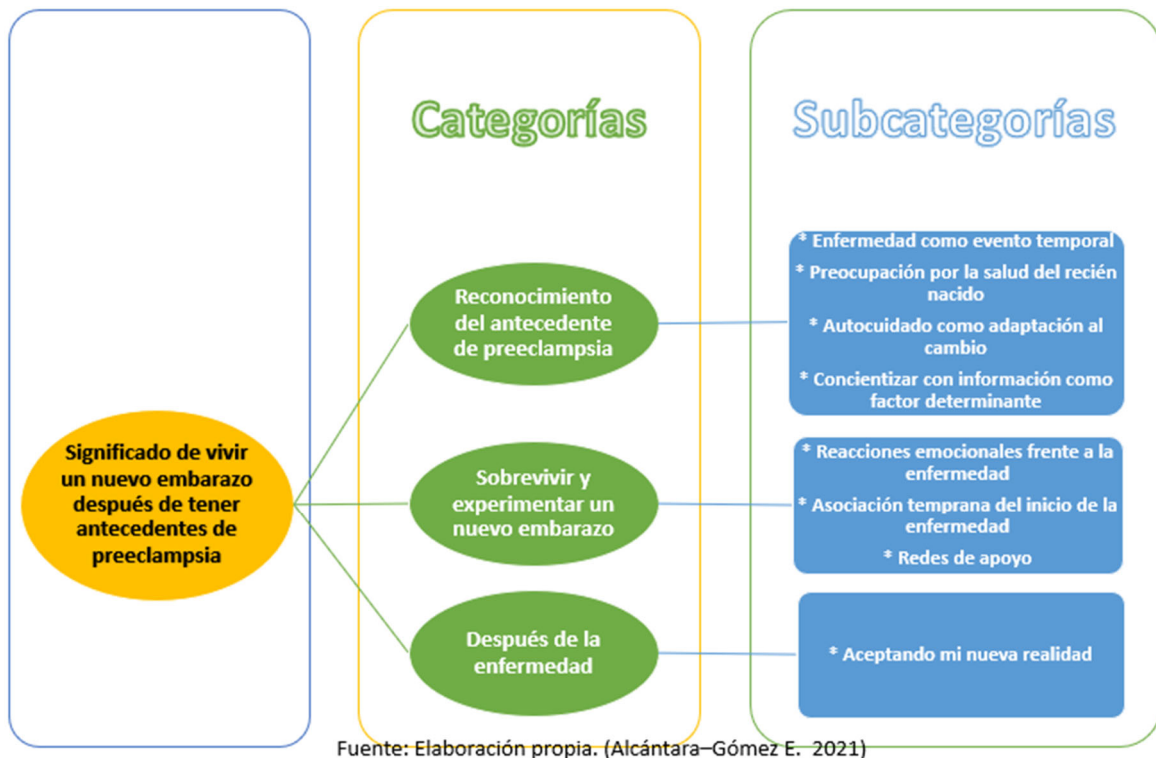
7.8. Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolló con apego a los aspectos mencionados en la Ley General de Salud ⁽⁵⁷⁾ en los artículos 34, 36, 38 y 39 correspondientes al reporte de riesgo mínimo para los sujetos de estudio, la no aplicación de intervención a los participantes, el anonimato y la libertad de retirarse en cualquier momento del estudio. Así mismo se sometió a evaluación del Comité de Ética e Investigación del hospital en donde se presentó el protocolo de esta investigación en una sesión ordinaria y finalmente se obtuvo la aprobación de éste con número de registro NR-29-2020. También se recopiló el consentimiento informado de las participantes para la transcripción, análisis y publicación de los discursos. Así mismo se aseguró la confidencialidad manteniendo el anonimato y privacidad a través de la utilización de pseudónimos.

8. HALLAZGOS

Como resultado de los discursos obtenidos de las entrevistas realizadas a las mujeres que cursaron preeclampsia en su último embarazo y que tienen antecedentes de la misma enfermedad en embarazos anteriores, emergieron tres categorías: la primera, reconocimiento del antecedente de preeclampsia con cuatro subcategorías: enfermedad como evento temporal, preocupación por la salud del recién nacido, autocuidado como adaptación al cambio y concientizar con información como factor determinante; la segunda categoría, sobrevivir y experimentar un nuevo embarazo con tres subcategorías: reacciones emocionales frente a la enfermedad, asociación temprana del inicio de la enfermedad y redes de apoyo; la última categoría, después de la enfermedad con una subcategoría: aceptando mi nueva realidad. (Ver fig. No. 2)

Figura No. 2 Categorías empíricas que emergieron del objeto de estudio significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia.



El significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia da evidencia de la forma en que como las mujeres viven, experimentan y perciben un evento que por segunda, tercera o cuarta ocasión interrumpe un proceso de su vida que es único e irreplicable y que en la mayoría de las mujeres se presenta como un evento lleno de emociones felices, sin embargo estas mujeres experimentaron vulnerabilidad ante los embates de la enfermedad y su incapacidad de poderla frenar, a pesar de haber realizado acciones preventivas por medio de la identificación oportuna de signos y síntomas o de cambios de hábitos realizados después del primer evento de preeclampsia.

Antes de iniciar la descripción de las categorías y subcategorías, se presenta el perfil de las participantes del estudio. En donde se identifican datos como: edad, nivel socioeconómico (referido por las participantes), estado civil, nivel de estudios, número de embarazos, número de hijos vivos, número de embarazo en que se presentó preeclampsia y lugar de atención de sus embarazos con preeclampsia (Ver Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1 Perfil general de mujeres entrevistadas

Pseudónimo	Edad	Nivel socioeconómico	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	No. Embarazo	Hijos vivos	Antecedente de preeclampsia # Embarazo	Lugar de atención de sus ADP
Juno	36	Medio	Casada	Hogar	Secundaria completa	4	3	1 y 4	(1) Clínica Particular y (4) Hospital de tercer nivel de atención de la Cd. de México.
Hera	24	Bajo	Unión libre	Hogar	Secundaria completa	2	2	1 y 2	(1 y 2) Hospital de segundo nivel de atención
Rea	34	Medio	Unión libre	Hogar	Preparatoria	2 (Primero gemelar)	2	1 y 2	(1 y 2) Hospital de tercer nivel de atención
Gea	30	Bajo	Soltera	Hogar	Primaria trunca	2	2	1 y 2	(1) Hospital de segundo nivel (2) Hospital de tercer nivel
Artemisa	31	Medio	Unión libre	Hogar	Preparatoria	2	2	1 y 2	(1) Hospital de segundo nivel (2) Hospital de tercer nivel
Aura	26	Medio	Casada	Hogar	Licenciatura trunca	2	1	1 y 2	(1 y 2) Hospital de tercer nivel de atención

Atenea	29	Medio - bajo	Casada	Hogar	Preparatoria trunca	4	4	Los 4	(1, 2 y 3) Hospital de segundo nivel de atención (3) Hospital de tercer nivel de atención
Hestia	27	Bajo	Unión libre	Hogar	Secundaria trunca	3	3	2 y 3	(2) Hospital de segundo nivel (3) Hospital de tercer nivel
Fuente: Directa de los testimonios de mujeres entrevistadas para la investigación significado de vivir un embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia 2020 - 2021 México, Estado de México. (Alcántara-Gómez E. 2021)									

8.1. Perfil de las participantes

En la investigación participaron 8 mujeres que presentaron preeclampsia o algún trastorno hipertensivo en el último embarazo y que tuvieron preeclampsia en embarazos anteriores, sus edades fluctuaban entre los 24 y 36 años, la escolaridad va desde primaria trunca a licenciatura trunca, todas se dedicaban al hogar, el estado civil fue diverso entre solteras, unión libre y casadas. En cuanto al número de embarazo variaba entre 2 a 4 y en cuanto a la presencia de preeclampsia, algunas la habían presentado en ambos embarazos, en los últimos dos, en el primero y el último o en algunos casos en todos los embarazos.

Participante No. 1 Juno tiene 36 años tiene estudios de secundaria completa, se dedica al hogar, es católica, vive con su esposo y sus 2 hijos en casa propia. No sabe si hay antecedentes de preeclampsia en su familia. En su primer embarazo llevo control prenatal en 6 ocasiones en un hospital particular, se le diagnóstico preeclampsia al final del embarazo, no llevo seguimiento durante el puerperio. Su segundo embarazo no fue planeado tuvo amenaza de parto pretérmino desde la semana 32 de gestación, finalmente termino en parto pretérmino a las 34 semanas de gestación (SDG) no desencadeno preeclampsia. Su tercer embarazo no fue planeado tuvo un aborto espontaneo a las 8 SDG. Previo a su cuarto embarazo presento una embolia y había sido diagnosticada hipertensa crónica. Su cuarto embarazo no fue planeado, ya estaba en consultas para realizar oclusión tubárica bilateral, tuvo 3 consultas prenatales, se le diagnostico preeclampsia al final del embarazo en un hospital de tercer nivel de atención. Método de planificación familiar

definitivo. Su esposo actualmente es empleado en una empresa de transporte y tiene 42 años.

Participante No. 2 Hera tiene 24 años tiene estudios de secundaria completa, se dedica al hogar, es católica, vive con su esposo y su hijo en casa de su madre. No sabe si hay antecedentes de preeclampsia en su familia. En su primer embarazo llevo control prenatal en 8 ocasiones en un centro de salud, se le diagnóstico preeclampsia al final del embarazo en un hospital de segundo nivel de atención, solo llevo seguimiento durante el puerperio para planificación familiar. Su segundo embarazo no fue planeado llevo control prenatal en 3 ocasiones en centro de salud y finalizo su embarazo en un hospital de segundo nivel de atención en donde se le diagnóstico preeclampsia a las 38 SDG, durante el puerperio fue trasladada a un hospital de tercer nivel de atención para estabilización. Método de planificación familiar definitivo. Su esposo actualmente es comerciante tiene 28 años.

Participante No. 3 Rea tiene 34 años tiene estudios de preparatoria, se dedica al hogar, es católica, vive con su esposo e hijo en casa prestada. No sabe si hay antecedentes de preeclampsia en su familia. Su primer embarazo fue gemelar llevo control prenatal en 6 ocasiones en un hospital de tercer nivel de atención, se le diagnóstico preeclampsia a las 30 SDG, tuvo parto prematuro, uno de sus gemelos falleció y el otro estuvo 1 semana en unidad de cuidados intensivos neonatales, 3 días en cuidados intermedios y 30 días en crecimiento y desarrollo, fue dada de alta y llevo seguimiento durante el puerperio por 1 mes con tratamiento farmacológico y a los 2 meses la dieron de alta de la consulta. Su segundo embarazo fue planeado llevo 7 consultas prenatales en centro de salud, hospital de segundo nivel y su embarazo se resolvió en hospital de tercer nivel de atención, a las 22 SDG inicio con alteraciones en la presión arterial controladas con medicamento, se resolvió su embarazo a las 36.6 SDG diagnosticada con preeclampsia sin criterios de severidad. Método de planificación familiar definitivo. Su esposo actualmente es dueño de negocio propio tiene 40 años.

Participante No. 4 Gea tiene 30 años tiene estudios de primaria trunca, se dedica al hogar, es católica, vive con su mamá y sus 2 hijos en casa de su madre.

No sabe si hay antecedentes de preeclampsia en su familia. En su primer embarazo llevo control prenatal en 4 ocasiones en un hospital de segundo nivel de atención, se le diagnóstico preeclampsia al final del embarazo, no llevo seguimiento durante el puerperio. Su segundo embarazo no fue planeado tuvo alteración de la presión arterial a las 24 SDG controlado con medicamento finalmente termino en cesárea a las 38 SDG, no desencadeno preeclampsia, pero fue diagnosticada con hipertensión gestacional. Durante su seguimiento en puerperio fue diagnosticada con hipertensión crónica. Método de planificación familiar implante subdérmico.

Participante No. 5 Artemisa tiene 31 años tiene estudios de preparatoria completa, se dedica al hogar, es católica, vive con su esposo y su hijo en casa rentada. No sabe si hay antecedentes de preeclampsia en su familia. En su primer embarazo llevo control prenatal en 3 ocasiones en centro de salud, se le diagnóstico preeclampsia al final del embarazo (cabe mencionar que no supo del diagnóstico de preeclampsia hasta 3 meses después del parto), no llevo seguimiento durante en el puerperio. Su segundo embarazo fue planeado tuvo 7 consultas de control prenatal en hospital de segundo nivel de atención, referida al hospital de tercer nivel de atención para resolución de este, diagnosticada con hipertensión gestacional a las 38.3 SDG, el diagnóstico de preeclampsia sin criterios de severidad fue durante el puerperio. Método de planificación familiar definitivo. Su esposo actualmente es empleado chofer de aplicación tiene 34 años.

Participante No. 6 Aura tiene 26 años tiene estudios de licenciatura trunca, se dedica al hogar, es católica, vive con su esposo en casa propia. Refiere antecedentes de preeclampsia en abuela y madre. Su primer embarazo fue planeado por medio de reproducción asistida llevo control prenatal en 8 ocasiones en centro de salud y referida a hospital de tercer nivel de atención por diagnóstico de hipertensión gestacional, se le diagnóstico preeclampsia con criterios de severidad al final del embarazo, no llevo seguimiento durante el puerperio, se enfocó en la salud de su hijo el cual presento muerte perinatal a los 25 días de nacido, desconoce causa probablemente muerte de cuna. Su segundo embarazo fue planeado, llevo 10 consultas de control prenatal, fue diagnosticada con diabetes

gestacional a las 26 SDG, tuvo alteración de la presión arterial durante el trabajo de parto, finalmente tuvo cesárea y diagnosticada con preeclampsia sin criterios de severidad. No ocupa por el momento método de planificación familiar. Su esposo actualmente es dueño de negocio propio tiene 30 años.

Participante No. 7 Atenea tiene 29 años tiene estudios de preparatoria trunca, se dedica al hogar, es católica, vive con su esposo, su hijo y sus padres en casa de sus padres. Refiere tener antecedentes de preeclampsia con una tía materna. En su primer embarazo llevo control prenatal en 3 ocasiones en un hospital de segundo nivel de atención, se le diagnóstico preeclampsia al final del embarazo, su recién nacido fue prematuro, no recuerda las SDG, pero estuvo en unidad de cuidados intensivos durante 1 semana, no llevo seguimiento durante el puerperio. Su segundo embarazo llevo control prenatal en 6 ocasiones en un hospital de segundo nivel de atención, se le diagnóstico preeclampsia al final del embarazo, no llevo seguimiento durante el puerperio. Su tercer embarazo llevo control prenatal 9 ocasiones en hospital de segundo nivel, referida a hospital de tercer nivel de atención donde llevo 2 consultas más, se le diagnóstico preeclampsia al final del embarazo, no llevo seguimiento durante el puerperio. Cabe mencionar que el 2018 fue diagnosticada con hipertensión crónica. Su cuarto embarazo no fue planeado ya que se embarazo con dispositivo llevo control prenatal 6 consultas en centro de salud referida a hospital de tercer nivel de atención en donde llevo 6 consultas, diagnosticada con preeclampsia agregada al final del embarazo. Método de planificación familiar definitivo. Su esposo actualmente es empleado de comercio tiene 40 años.

Participante No. 8 Hestia tiene 27 años tiene estudios de secundaria trunca, se dedica al hogar, es católica, vive con su esposo y sus 2 hijos en una casa prestada. No recuerda tener antecedentes familiares de preeclampsia. En su primer embarazo llevo control prenatal en 3 ocasiones en un hospital de segundo nivel de atención, sin complicaciones, no llevo seguimiento durante el puerperio. En su segundo embarazo llevo control prenatal 4 en centro de salud y 2 en hospital de segundo nivel, le diagnosticaron preeclampsia sin criterios de severidad a las 36 SDG llevo tratamiento y control llevo a terminó (40 SDG) sin mayores

complicaciones, no llevo control durante el puerperio. Su tercer embarazo no fue planeado, ya que utilizaba dispositivo, llevo control prenatal en 4 ocasiones en centro de salud y una en hospital de segundo nivel de atención, llevo control y seguimiento en consultas de urgencias, concluyo su embarazo a las 41 SDG, fue referida durante el puerperio inmediato a un hospital de tercer nivel de atención por presentar preeclampsia con criterios de severidad y Síndrome de Hellp. Método de planificación familiar definitivo. Su esposo actualmente es taxista tiene 30 años.

A continuación, se presentan las tres categorías principales que emergieron de esta investigación que fueron “Reconocimiento del antecedente de preeclampsia”, “Sobrevivir y experimentar un nuevo embarazo” y “Después de la enfermedad”, las cuales permitieron conocer la forma en que las mujeres experimentaron un primer embarazo con preeclampsia y cuáles fueron los cambios que género este evento en su vida, así mismo se ejemplifica la forma en como experimentan un nuevo embarazo en el que de nuevo surge esta enfermedad que perturba su esperanza de un embarazo saludable y normal, en cambio se encontraron con situaciones que vulneraron su salud física y su estado emocional; todo esto permitió comprender la forma en que las mujeres significan un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia.

8.2. Categoría 1: Reconocimiento del antecedente de preeclampsia

La primera categoría que emergió del análisis de los discursos de las mujeres fue “Reconocimiento del antecedente de preeclampsia”, la cual hace referencia a que todas las mujeres a pesar de que la experiencia previa de preeclampsia no fue su prioridad, si la reconocen como un antecedente importante de mencionar al recibir atención en sus embarazos anteriores.

Las personas o en este caso las mujeres embarazadas, por lo regular ante una enfermedad o alteración en su bienestar físico generan respuestas a sus signos corporales y a las condiciones bajo las cuales percibe esos signos como anormales. En el caso de esta investigación, las mujeres recordaban los signos y síntomas que

presentaron en la experiencia previa de preeclampsia y los asociaban a este nuevo evento, de ahí la importancia de reconocer el antecedente de la enfermedad.

A lo anterior Mechanic y Volkar ⁽⁵⁸⁾, lo conceptualizaron como “Conducta de enfermedad”, para dar claridad al concepto planteo que puede ser conceptualizada de cuatro maneras:

- Como una disposición estable de las personas a responder de una forma determinada ante la enfermedad,
- Como el resultado de la interacción entre variables personales y sociales en el ámbito del enfermar, que van a determinar el significado proporcionado a éste (es decir, a la enfermedad),
- Como una consecuencia de la organización y estructura del sistema sanitario en cuanto a determinantes de la respuesta del enfermo y,
- Como el resultado de un proceso de atribución en torno a la salud-enfermedad.

Es decir, que las personas reconocen modificaciones corporales y con base en eso, comprenden que “algo” ya no es normal, según su percepción individual de normalidad.

Al formular este concepto de conducta de enfermedad Mechanic trató de explicar la amplia variabilidad existente en la respuesta a la enfermedad, atribuyéndola a razones como las experiencias previas con la enfermedad, el entrenamiento diferencial respecto a los síntomas o a las consecuencias posibles; estableciendo una idea crucial para la conceptualización de la enfermedad, viéndola como una experiencia moldeada por múltiples factores psicológicos, sociales y culturales, además de sus bases biológicas.

Se puede entender entonces, que la conducta de enfermedad tiene lugar antes de que se haya producido un diagnóstico y está dirigida a determinar el estado de salud en presencia de síntomas que pueden indicar el padecimiento de un trastorno. En este caso algunas mujeres por la asociación a reconocer el antecedente de la enfermedad es que acudieron a atención médica, en algunos otros casos esta fue

la razón para no acudir, ya que en ambos casos sabían cuáles podrían ser los resultados y las ocasiones el temor a lo recordado las limitó en su actuar.

Al respecto se señalan cuatro variables que pueden afectar la respuesta a los síntomas, que incluyen factores demográficos y sociales, las características de los síntomas, la renuencia personal a buscar ayuda y la visión personal de la enfermedad.

- En un primer lugar, plantean que la conducta de enfermedad está sujeta a diferencias a través de las culturas, de la historia personal de enfermedad y de las variables situacionales, dejando entre ver que los comportamientos en la enfermedad están sujetos al modelamiento y reforzamiento.
- La segunda, hace referencia a los síntomas. Como ya se señaló, Mechanic informaba que los síntomas por sí solos no conducen a que la gente busque ayuda por su salud, habiendo cuatro características de los síntomas que determinan la respuesta a su ocurrencia:
 - La visibilidad del síntoma, su notoriedad o evidencia real para la persona y para los demás.
 - La severidad percibida del síntoma, que permita la acción de aquellos percibidos como leves o menos severos.
 - La interferencia con la vida de la persona que lo sufre, en cuanto a grado de incapacidad que provocan.
 - La frecuencia y la persistencia del síntoma, si tienden a ser síntomas severos, continuos o intermitentes, características que impulsan o no la búsqueda de ayuda.
- La tercera, hace referencia al hecho de la discrepancia entre lo que se recomienda a los demás y lo que las personas harían en el mismo caso. Es normal que la mayoría de gente recomiende a otros acudir al médico a consecuencia de algún síntoma que, si lo padeciera ellos mismos, probablemente no acudirían al médico.
- Por último, la cuarta variable denominada visión personal de la enfermedad, se señala que la gente construye y organiza sus ideas acerca de la

enfermedad de acuerdo a factores personales relevantes tomados del entorno cultural y de la experiencia personal, de manera que el comportamiento se ve influido por dichas creencias, con frecuencia sólidamente confirmadas. Es así como dichas creencias van a interferir en el establecimiento de la cronicidad del cuadro y en el logro de un cuidado apropiado, con la cooperación o resistencia al tratamiento.

En este sentido, la experiencia de la enfermedad y los factores que intervienen en este proceso dan como resultado que los síntomas sean percibidos y evaluados de manera diferente, esto se debe a que se crean ideas o conceptos completamente diferentes que son los que, en última instancia, condicionan la conducta de enfermedad.

Conocer cuáles son los procesos cognitivos que se producen en las personas expuestas a situaciones similares a responder de manera diferente, no sólo a nivel físico sino también psicológico y social, lleva a que el paciente vaya dejando de ser considerado un sujeto pasivo ante su enfermedad, para ser un ser activo que tiene la capacidad de ir seleccionando la información que recibe y elaborar significados personales en virtud de su sistema de creencias, escala de valores, actitudes; todo con lo que va a construir su experiencia subjetiva de estar enfermo.

Por otra parte, el modelo de autorregulación de Leventhal ⁽⁵⁹⁾, se centra en las representaciones cognitivas de la enfermedad que elabora cada persona; en ellas quedan recogidos los factores que el enfermo juzga importantes, como la causa de la enfermedad, su evolución y duración previstas, los rasgos definitorios en función de su experiencia con ella.

Este modelo consta de tres fases:

1. La primera fase, los individuos procesan información, ya sea externa, por ejemplo, el diagnóstico de un médico; o la interna, por ejemplo, la detección de un síntoma por sí mismo. Inmediatamente, este sujeto elabora una representación cognitiva del problema, así como también de las emociones que le acompañan a esta representación cognitiva.

2. En una segunda fase, se desarrollan planes de acción o procedimientos de afrontamiento, entre los que está la búsqueda de ayuda médica.
3. Por último, la tercera fase presume la valoración de las consecuencias, paso que puede afectar a las etapas previas y modificar, por tanto, los sucesivos episodios ante futuras amenazas de salud; y que permite ver al modelo como un proceso.

Por tanto, se concluye que la conducta de enfermedad no sólo es el resultado de la preocupación de estar enfermo, sino que, para que la enfermedad logre expresarse es necesario de un filtro selectivo que configura la comprensión de la situación y determina el repertorio de conductas de afrontamiento ante la enfermedad.

Se puede considerar entonces, que las mujeres que se embarazan de nuevo después de tener antecedentes de preeclampsia, al tener la experiencia previa de la enfermedad actúan en consecuencia según sus conocimientos o sus creencias respecto a porque se presentó de nuevo la enfermedad y esta actuación depende del nivel de importancia que le otorguen a la primera experiencia de preeclampsia. A continuación, se presentan las subcategorías que emergieron de la categoría reconocimiento del antecedente de preeclampsia (Ver figura No. 3)

Figura No. 3 Subcategorías empíricas que emergieron de la categoría reconocimiento antecedente de preeclampsia



Fuente: Elaboración propia. Alcántara-Gómez, E. 2021

8.2.1. Subcategoría 1: Enfermedad como evento temporal

De acuerdo con Arango D ⁽⁶⁰⁾, los seres humanos miden el tiempo a través de mecanismos que nos permiten contabilizar las horas que han pasado, los momentos que se han ido, y en algunas ocasiones, estas percepciones del pasado nos permiten hacernos una idea del futuro, pero no podemos imaginar una vida en la que pasado y futuro no tengan ninguna distinción, pues hemos diseñado un mundo que se acomoda perfectamente a esta diferenciación.

El cerebro transforma los cuantos, de información en memoria remota y reciente, en un presente y una anticipación del futuro. El símil utilizado por varios autores es la capacidad de escuchar una melodía, y no notas separadas en una pieza de música. La plasticidad neuronal permite recordar los eventos registrados milisegundos atrás y anticipar los eventos que vendrán enseguida; así integra y distorsiona un presente y crea un sentido subjetivo de flujo de tiempo conveniente, pero ilusorio.

De este modo, entre más rico y complejo es el presente en información, en señales, la percepción subjetiva del tiempo es más corta, el tiempo “vuela”, y entre menos información se tenga, los segundos se hacen interminables. Sin embargo, a largo plazo, esos presentes más ricos y complejos persisten en la memoria con muchos detalles, en cambio, los otros se olvidan ⁽⁶⁰⁾.

La subcategoría empírica “evento temporal” hace referencia a que algunas mujeres vivencian el embarazo previo como un evento más en su vida cotidiana en el cual no se logró la formación de un constructo personal, es decir, no generó cambio de hábitos o cambios de conducta. A continuación, se citan los siguientes testimonios que dan sustento a lo mencionado anteriormente:

[...] “nunca me sentí mal, ni al principio ni al final, todo en tiempo me sentía bien, cuando me fui no me dijeron nada y no tome ningún medicamento. Yo dije o pensé que no me paso porque nunca lo sentí, nunca me sentí mal, todo el tiempo que estuve embarazada llevé mi control y nunca estuve mal” [...] (Artemisa).

[...] “cuando me hospitalizaron porque iba a nacer mi bebé, me dijeron que tenía la presión alta, pero nunca me dijeron o no recuerdo que eso fuera malo, pase un tiempo hospitalizada y ya que nació mi bebé, no me volvieron a mencionar nada y me fui a casa con mi bebé; o sea siempre supe que había tenido presión alta en el embarazo, pero no sabía lo que eso significaba, así que no le di mayor importancia” [...] (Juno).

[...] “recuerdo que me comentaron que esto de la preeclampsia solo daba durante el embarazo, y cuando salí del hospital ya no me sentía mal, y tampoco lleve tratamiento después, así que cuando volví a estar embarazada lo mencione en mi control prenatal porque recordé que daba en el embarazo, pero en todo momento me sentí bien” [...] (Hera).

Las participantes Artemisa, Juno y Hera expresan que para ellas tener preeclampsia fue una percepción pasajera, solo se sintieron así al momento de estar hospitalizadas o en el momento que les mencionaron que estaban enfermas, después del nacimiento de su hijo y su posterior egreso del hospital, su vida volvió a la normalidad y se olvidaron que tuvieron la enfermedad porque no trajo a sus vidas mayores consecuencias a futuro.

Es importante resaltar que Schütz menciona que para que se genere una vivencia significativa es necesario que el actor social, en este caso la mujer que experimento preeclampsia, realice un acto de reflexión de su experiencia inmediata, algo que por los discursos obtenidos no lograron, ya sea porque no tenían una experiencia previa o porque no tuvieron la información suficiente para generar la comprensión del acto, es decir, no tuvieron los suficientes elementos para lograr significar esa experiencia como importante.

A continuación, se citan los siguientes testimonios que dan sustento a lo mencionado anteriormente:

[...] “me preocupe por lo que decían que era muy grave, pero después de la cirugía todo ya fue mejor. Solo estuve unos días en el hospital, cuando salí, ya me fui con mi bebé y todo estuvo bien” [...] (Hera).

[...] “me tuvieron mucho tiempo checándome hasta que me dijeron que mi presión ya era normal y que ya me podía ir, y me fui a mi casa. Yo pensé que ya me había curado o algo así, no creí que me pudiera volver a dar lo de la presión” [...] (Juno).

[...] “me decían que tenía preeclampsia siempre al final de mis embarazos, o sea, durante todo el tiempo del embarazo estaba bien, no me sentía mal y cuando me operaban ya todo pasaba, o sea para mí no fue realmente importante, porque fue muy rápido que se resolvió” [...] (Atenea).

Para Hera, Juno y Atenea tener antecedente de preeclampsia también fue una experiencia pasajera, un evento que no generó cambio en su vida, porque fue un evento que se presentó en un corto tiempo y que para ellas fue más significativo el embarazo porque duró más tiempo que la enfermedad (preeclampsia) ya que está se presentó de forma abrupta y de esa misma manera se fue.

Los sujetos están determinados por su biografía y por su experiencia inmediata, lo que hace que el sujeto se sitúe en una forma particular y específica en el mundo, estas experiencias son únicas e irrepetibles y es de ahí donde el sujeto capta y aprehende de la realidad y desde ese lugar se significa así mismo, sus actos y acciones sociales. Al relacionarlo con los testimonios de las participantes en su primer embarazo con preeclampsia, ellas no tienen experiencia de lo que significaba la enfermedad y su experiencia inmediata no les generó algún sentimiento de peligro por lo que el significado que le dieron a la experiencia fue solo de un evento temporal que no tuvo mayores consecuencias.

Haciendo referencia a Kelly ⁽²²⁾ menciona en su corolario de Individualidad que las personas difieren entre sí, en su interpretación de los acontecimientos. Dos

individuos no interpretan los eventos de la misma forma. Cada uno experimenta un acontecimiento desde su propio punto de vista subjetivo. Es decir, aun cuando todas estas mujeres presentaron preeclampsia, cada una de ellas lo vivencio y significo de maneras diferentes, lo que tuvieron en común fue que la enfermedad fue pasajera, no permanente y por lo tanto no represento un riesgo para su vida cotidiana.

8.2.2. Subcategoría 2: Preocupación por la salud del recién nacido

De forma cultural a la mujer se le ha atribuido física y culturalmente el papel de protectora y dadora de vida. Por lo que sus acciones están cargadas de instinto protector materno y las decisiones que toman son por emociones de acuerdo a su mundo cotidiano y los actores sociales que la rodean.

Avila G ⁽²¹⁾, menciona que uno de los primeros pensamientos de la mujer en el momento agudo de la enfermedad está relacionado con la vida de su hijo. Se manifiesta su responsabilidad frente a la protección de su bebé y se asume que su seguridad y bienestar dependen directamente de ella.

La subcategoría “Preocupación por la salud del recién nacido” alude al hecho de que las mujeres anteponen la salud de sus hijos dejando de lado su salud y su cuidado.

En este sentido a continuación se presentan testimonios que dan sustento a esto:

[...] “a lo mejor a mí no me toco que le tocara a él el daño (señala a su bebe) que si le hubiera tocado quien sabe cómo estaría yo” [...] (Artemisa).

[...] “todo salió bien, mi bebé nació sano y ya después de eso no se me subió la presión y entonces me dejaron ir a mi casa, porque mi hijo ya lo habían dejado ir desde unos días antes, entonces yo ya estaba desesperada por irme y estar con él” [...] (Juno).

En estos testimonios Artemisa y Juno reflejan que para ellas el hecho de que su hijo estuviera sano y no tuviera complicaciones relacionadas con

la preeclampsia fue más importante, les interesaba más continuar su vida en atención a la relación con su recién nacido que preocuparse por su propia salud.

Kelly ⁽²²⁾ menciona en su corolario de organización que las experiencias están organizadas de forma jerárquica en función de su ámbito de aplicación, en estos casos era más importante la salud de su hijo, por lo que esta experiencia tomo más importancia que su propio estado físico. El siguiente testimonio dan ejemplo de esto:

[...] “en este embarazo, aunque presente preeclampsia fue totalmente diferente porque estoy tranquila, tengo a mi bebé conmigo, está sano, en el primer embarazo mi hijo no estaba bien, me decían que en cualquier momento podía morir, entonces el impacto fue muy muy grande” [...] (Rea).

En estos testimonios se refleja lo mencionado en el corolario de comunalidad en donde hace énfasis en que los sistemas de constructos de dos personas que comparten la misma cultura tendrán una mayor probabilidad de parecerse, que si no es así. Es decir, el personal de salud no tiene la misma construcción de importancia en cuanto a salud de la madre y el recién nacido. El personal de salud desintegra al ser humano de acuerdo con sus sistemas y órganos, en este caso solo ven en la mujer su función biológica y solo se ve a la mujer en su rol de reproducción dejando de lado su estructura emocional y social, todas los cuidados y atenciones que se les realiza va enfocado en salvaguardar la salud de la madre, en cambio, para las mujeres es más importante la salud de su hijo y sus pensamientos y acciones van encaminadas a que su hijo tenga vida y salud.

El siguiente testimonio dan ejemplo de esto:

[...] “yo estaba muy triste, desesperada por saber cómo estaba mi bebé, cada que me iban a checar preguntaba por ella, les pedía que

me dijeran como estaba y no me decían nada, realmente creo que no entendían que en ese momento lo que más me importaba era saber cómo estaba mi niña, yo no la conocía, porque en cuanto nació se la llevaron a otro lugar y me dejaron sola, necesitaba saber que estaba bien para empezar a preocuparme por mi” [...] (Hestia).

A este respecto Laza C, et al ⁽³²⁾, en su estudio sobre la vivencia de la pre-eclampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada, también hace mención en la importancia que tiene la salud del recién nacido para la mujer, en la cual antepone el cuidado y preocupación por la salud del recién nacido, a su propio cuidado y salud. Marcando de esta manera su vivencia de un embarazo con preeclampsia, en donde el significado atribuido a la experiencia varía dependiendo la evolución de su hijo.

8.2.3. Subcategoría 3: Autocuidado como adaptación al cambio

La promoción de la salud consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, el individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y adaptarse al medio ambiente, por lo que, la promoción para la salud, es un componente fundamental en el desarrollo de habilidades para cuidar la vida y la salud de las personas ⁽⁶¹⁾.

El autocuidado de la salud comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona con el propósito de prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad. Incluye todas las actividades individuales orientadas a mantener y mejorar la salud, entre ellas realizar actividad física, abandonar hábitos, llevar una alimentación sana, vigilar la presión arterial, el peso corporal y la glucemia, realizar exámenes de detección oportuna como la autoexploración mamaria y, en caso de padecer enfermedades crónico-degenerativas, acudir al médico para el control de las mismas.

La experiencia de padecer preeclampsia por primera vez para algunas mujeres significó un cambio en su mundo cotidiano, y esto va relacionado con la subcategoría anterior “Preocupación por la salud del recién nacido” ya que, quienes experimentaron mayor carga emocional por la salud de su hijo, tenía otro concepto de la preeclampsia, en comparación con aquellas a quienes su recién nacido no tuvo repercusiones por la enfermedad. Para ellas, padecer preeclampsia, supuso un cambio en su estilo de vida y sus hábitos cotidianos, para lo cual, tuvieron que adaptarse a la nueva realidad y el futuro de sus próximos embarazos. En el siguiente testimonio se refleja esta subcategoría:

[...] “me di cuenta que haber padecido la preeclampsia ya era una condicionante muy grande y alta para volver a padecerla nuevamente, tuve que hacer muchos cambios, además tenía que pensar en cómo estaba mi bebé y en cómo cuidarlo, sin dejar de lado mis otras cosas de la casa, fue difícil adaptarme y en muchas ocasiones lo olvidaba, pero siempre lo tenía presente” [...] (Gea).

En este testimonio se ve reflejado que la enfermedad sí logró la formación de un constructo personal, es decir produjo cambios en su estilo de vida y cambió su forma de vivir.

Kelly concibe al ser humano como un científico que construye y modifica, con la experiencia, su conjunto de conocimientos e hipótesis, por tal motivo es capaz de anticipar los resultados de su conducta y otros eventos. En su postulado fundamental afirma que todos los procesos psicológicos de un individuo dependen de la forma en que anticipa los eventos. Los siguientes testimonios reflejan este supuesto:

[...] “pues yo me cuidaba mucho, me alimentaba bien, cuidaba mi peso, iba a consultas seguido, porque yo buscaba otro bebé y quería estar sana para cuando llegara” [...] (Aura).

[...] “siempre tuve presente esta enfermedad, precisamente no quería que me pasara lo mismo y sufrir por lo mismo del primer

embarazo... me dijeron que, por no tomar agua, por excederme en sal y no tener una dieta muy balanceada fue por lo que se me disparo la preeclampsia. Sé que eso (la preeclampsia) te da solo cuando te embarazas, pero, aun así, yo ya lo cuidé siempre porque tenía miedo de que también siguiera con la presión alta" [...] (Rea).

Para Gea, Aura y Rea padecer preeclampsia genero una vivencia significativa y formo un constructo personal, por lo que fueron capaces de modificar su conducta y hábitos cotidianos para anticipar efectos futuros de esa experiencia.

Una persona puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propia agencia de autocuidado y los integrantes del equipo de salud, en razón de su preparación, deben actuar como facilitadores de dicho proceso.

8.2.4. Subcategoría 4: Concientizar con información como factor determinante

Para Freire ⁽⁶²⁾, alfabetizar es concientizar, aprender a reflexionar, que las personas sean capaces de alcanzar un estado de conocimiento pleno sobre lo que les está pasando. Esta educación se fundamenta en la toma de conciencia de su verdadera condición personal y social. Solo así podrá ser capaz de ser dueño de su destino y de dar solución a sus problemas. En la concientización no se trata de proporcionar una determinada cantidad de conocimientos a la persona como si fuera un bote donde meterlos, sino hacerle ver que solo mediante el análisis e interpretación de los conocimientos será capaz de ser crítico con su problemática y afrontarla exitosamente.

Alfabetizar en salud es mostrar a los pacientes su vivencia problemática, conseguir inculcar una conciencia crítica para hacerle capaz de percibir lo malo y, de descubrir los medios para emplear en su mejora.

Es importante destacar que tener más información respecto a la enfermedad es rápido es el reconocimiento por parte de las mujeres sobre los síntomas de la enfermedad. Esto es un factor importante de protección para los futuros embarazos de las mujeres y así mismo para que la construcción del significado de la enfermedad este cargada de conocimientos no solo personales sino científicos,

brindados en muchas ocasiones, por el personal de salud. A continuación, se muestran los testimonios de las mujeres que hacen referencia a la información obtenida de la enfermedad:

[...] “mi médico, cuando tenía dudas, yo le preguntaba y ya me las respondía, ... él me fortaleció en todas las dudas y errores que tenía” [...] (Rea)

[...] “la información que tenía era mía, porque a mí no me explicaron nada, la busque por el teléfono, por el internet” [...] (Artemisa)

En estos testimonios Rea y Artemisa, tenían información relacionada con la enfermedad, aunque la obtuvieron de distintas fuentes.

A este respecto Schütz refiere que solo una parte del conocimiento se origina dentro de la experiencia personal, pues en su mayor parte es de origen social y es transmitida por otros sujetos, que enseñan a sus semejantes a significar el entorno.

[...] “yo luego le comentaba al doctor, oiga que cree, yo veo que para mí no es normal esto o aquello y él me decía: yo no le puedo resolver todas esas cosas, yo estoy para asesorarla en la consulta, pero si le duele algo vaya a urgencias, y ahí le aclaran todo; o sea yo preguntaba porque no sabía o tenía dudas, no por molestar. Entonces cuando platicaba con mi esposo o mi familia me decían que eso no parecía normal y que buscara otras opiniones, creo que perdí mucho tiempo esperando información que nunca me dieron y eso pudo cambiar la forma en que terminé mi embarazo” [...] (Atenea)

[...] Cuando iba a consulta me confundían porque un día me decían que todo estaba bien que no exagerara y al otro día me mandaba a hacer estudios por lo del antecedente de mi mamá (antecedentes de preeclampsia en dos embarazos e hipertensa crónica desde los 40 años) y los síntomas que tenía, al final me decían que me fuera a mi casa que, porque en ese momento estaba todo bien, que

*regresara cuando me sintiera mal, - o sea yo iba porque me sentía mal- y me seguían diciendo que no tenía nada, así con que confianza iba a consulta si de todas maneras me iban a regresar”
[...] (Aura)*

Noguera N y Muñoz L ⁽¹⁸⁾, en su investigación hacen referencia a que las mujeres requieren que el equipo de salud que las atiende les informe de manera clara y completa sobre su situación de salud, la de su hijo por nacer y los cuidados que necesita.

[...] “deberían de ser más claros cuando te dicen que estas mal o que algo te puede pasar cuando la presión y los datos de alarma aparecen porque, por ejemplo, yo les decía ¿y qué pasa si tengo esto o aquello? ... y pues ya me dijeron, que mi corazón trabaja más de lo que debería de trabajar entonces yo dije ¡ah! (expresión de claridad) entonces después de que te lo explican tu entiendes y dices ¡ah! entonces si hay algo, pero solo cuando te lo explican lo entiendes, pero cuando no lo explican pues no sabes, que puede ser tan malo” [...] (Artemisa)

En este caso Atenea, Aura y Artemisa expresaban que al solicitar información en ocasiones fue negada o que no se las daban de forma concreta, a pesar de que ellas buscaban información siempre tuvieron ese vacío que a su parecer pudo modificar su estado de salud.

Es un hecho que la mayoría de las mujeres de esta investigación saben que tener preeclampsia se relaciona con tener alterada la presión y enumeran fácilmente los signos y síntomas de alarma que pueden presentar, sin embargo, la información que tienen está plagada de tecnicismos, lo que no ayuda a que ellas reflexionen y comprendan sobre la experiencia de vivir con preeclampsia.

8.3. Categoría 2: Sobrevivir y experimentar un nuevo embarazo

De acuerdo con Oxford Advanced Learner's Dictionary ⁽⁶³⁾, un sobreviviente es una persona que continúa viviendo, especialmente a pesar de estar a punto de morir o experimentar un gran peligro o dificultad.

Un suceso que altera el orden regular de las cosas es una catástrofe, en este caso el proceso de la preeclampsia desde que acontece el diagnóstico y se continua con los tratamientos puede ser considerado como una gran alteración en la cotidianidad de la vida.

La experiencia de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia varía en función de la construcción de la experiencia previa, es decir, si la vivencia previa fue significativa y generó cambios en su estilo de vida y hábitos cotidianos, percibirá este nuevo embarazo con conocimientos que le permitirán comportarse de cierta manera frente al nuevo evento obstétrico, sin embargo, si la experiencia previa no fue significativa y pasó desapercibida en la vida cotidiana de la mujer, desencadena una nueva síntesis de conocimientos en función de la gravedad de su enfermedad actual que le permite acceder al reservorio de conocimientos adquiridos de los cuales no era consciente que los tenía y los cuales relaciona con la trayectoria de la nueva enfermedad, lo que le permite realizar un acto de reflexión de su experiencia previa y el aquí y ahora, para de esa forma llegar a la comprensión de los eventos actuales y generar de esa manera una vivencia significativa.

En cualquiera de los casos, si significo o no su enfermedad, una persona enfrentada a la pérdida de la salud siente amenazada su vida y le confronta con una experiencia de radical desamparo. La sorpresa y el impacto que acompañan a la experiencia de la enfermedad, donde el temor al diagnóstico, la trayectoria de posible sufrimiento y el dolor de la enfermedad, se significan desde la incertidumbre de lo incomprensible, abriendo una fisura de interrogantes, que se colapsan en la experiencia presente, cuestionándose sobre la previsión preocupante del futuro y poniéndose en contacto con predicciones acerca del pasado ⁽⁶⁴⁾.

A continuación, se presentan las subcategorías que emergieron de la categoría Sobrevivir y experimentar un nuevo embarazo (Ver figura No. 4)

Figura No. 4 Subcategorías empíricas que emergieron de la categoría sobrevivir y experimentar un nuevo embarazo



Fuente: Elaboración propia. Alcántara-Gómez, E. 2021

8.3.1. Subcategoría 1: Reacciones emocionales frente a la enfermedad

La enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, es un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, es un proceso social porque supone una invalidez.

Toda enfermedad y el mismo hecho de enfermar tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico, por lo que es muy importante tratar de establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de causa-efecto. Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad. Existen muchos factores que

intervienen en esas reacciones entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

Cada individuo reacciona de manera diferente tras ser ingresado en un hospital, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de su personalidad, y de su situación vital ⁽⁶⁵⁾. Algunos lo interpretan como un lugar seguro del que van a obtener cuidado y alivio en sus síntomas, mientras que otras personas lo ven como un lugar que aumenta su ansiedad. En comparación con su hogar, un hospital es un ambiente impersonal, en el normalmente, los despojan de sus ropas, por lo regular hay que compartir habitación con otros y tienen que adaptarse a una nueva rutina, a horarios de comidas, sueño y visitas.

Las personas experimentan un número importante de reacciones emocionales antes y después de procedimientos médicos, que pueden ser de ansiedad (producida por un miedo al dolor o incertidumbre ante el futuro), o de depresión o problemas de adaptación (según las expectativas que tuviera cada individuo) o de rebeldía (frente a un destino no deseado). Lo más común es que se tenga miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad incurable, a la destrucción del cuerpo o a la pérdida de autonomía o miedo a la muerte.

En mujeres embarazadas con enfermedades crónicas previas, el malestar se caracteriza por sentir miedo por su salud, ambivalencia entre la alegría y el temor, así como, por la angustia y preocupación de volver a tener complicaciones y perder la gesta actual, ya que las malas experiencias de los embarazos previos les dejaron sensaciones de vacío y dolor ⁽²⁰⁾. Si bien Schütz menciona que las experiencias son únicas e irrepetibles, en este caso el hecho de vivir dos o más embarazos con diagnóstico de preeclampsia genera en la mujer ciertos sentimientos que en muchos casos definen su actuar. Los siguientes testimonios reflejan lo anterior:

[...] “me sentí muy mal, tenía mucho miedo, estaba inconsolable, porque otra vez volvía a sentirme enferma, con dolor en todo el cuerpo, otra vez hinchada por todos lados... tenía mucho miedo, no podía creer que otra vez me estuviera pasando, sobre todo porque yo sentía que no me decían nada, o sea no entendía porque me volvía a pasar, lo único que quería es

que terminara y regresar de nuevo a casa con mi familia y mis hijos” [...] (Hera)

[...] “me frustraba mucho saber que otra vez tenía preeclampsia, sobre todo, porque durante el embarazo estaba bien, no sabía porque, nada más llegar al parto la presión se disparaba, era como que mi cuerpo decía ya estamos aquí... a lo que venimos, era realmente muy frustrante, perder el control de mi cuerpo y mi vida de esa manera, sin embargo en ese momento me di cuenta que ya no podía hacer nada más que dejarme llevar y esperar que todo terminara bien” [...] (Atenea)

En los testimonios de Hera y Atenea se refleja el miedo y la desesperación de volver a perder el control de su cuerpo y de su vida, volver a estar al cuidado de otras personas, por algo relacionado con su salud. Ellas evocaban recuerdos de su experiencia anterior con preeclampsia y se sentían frustradas de volver a lo mismo y no entendían porque volvía a pasar, sus pensamientos recaían en que esta experiencia terminara pronto y que ellas y sus hijos estuvieran a salvo.

Aquí se hace la diferencia entre emociones y sentimientos, dado que en la primera experiencia de preeclampsia tuvieron emociones que generaron respuestas involuntarias, inconscientes y en muchos casos instintivas, en cambio al experimentar la preeclampsia por segunda o tercera ocasión genero sentimientos cargados de mapas mentales que se formaron con relación a las experiencias previas que le permitieron actual de forma racional y anticipada a los eventos esperados.

[...] “estuve internada una semana y honestamente creo que fue la semana más difícil de toda mi vida, porque yo tenía muchísimo miedo de que le pasara algo a mi hija, de que me pasara algo a mí y más sabiendo que mi hijo estaba fuera (Su primer hijo producto de un embarazo con preeclampsia). Cuando es a lo mejor tu primer embarazo cómo que no eres tan aprensiva ni vas con tanto temor porque pues tu bebé está contigo, pero en esta ocasión, la mitad de mi corazón estaba afuera del hospital y la otra mitad (refiriéndose a su recién nacido) estaba conmigo en ese momento” [...] (Gea)

Los sentimientos que en mayor frecuencia presentan es el miedo, que por el hecho de tener una experiencia previa cambia de miedo a lo desconocido a miedo a lo ya conocido. Así mismo presentan frustración por volver a pasar por lo mismo pese a sus cuidados; en otros casos presentan resignación por no poder detener lo inevitable, otro sentimiento que surge en esta investigación es la preocupación a los resultados del embarazo y a la salud del recién nacido. Y finalmente surge la impotencia de no poder hacer nada para controlar su situación

[...] “es muy feo vivir con ese miedo de que ya te tienes que cuidar, por si te vuelves a embarazar, para que no te vuelva a dar” [...] (Rea)

[...] “me sentía totalmente impotente (señala con llanto) yo no me sentía mal, me dolía en el alma no poder estar con mi familia, no sabía porque me decían que estaba tan mal y lo peor es que no puedo hacer nada, más que esperar que todo mejore y que yo y mi bebé estuviéramos bien” [...] (Hestia)

En estos últimos testimonios se refleja que los sentimientos adversos y la pérdida de control eran una constante, así como una fuente de frustración por no poder controlar su salud y su vida.

George Kelly en su corolario de dicotomía refiere que algunas personas conceptualizan la realidad a partir de pares opuestos, en este caso las mujeres relacionan la preeclampsia con algo malo y de esa manera vuelven significativa la experiencia y por ende forman constructos personales alrededor de la misma.

El miedo es uno de los sentimientos que prevalece en las mujeres que presentaron preeclampsia en uno o más embarazos, sin embargo, a diferencia de la investigación de Roberts LM, et al. y Vaerland IE, et al. el miedo que presentan es a lo desconocido y, en esta investigación tiene miedo porque ya saben que es lo que puede pasar, así mismo, hay otros sentimientos que se relacionan con la experiencia de vivir otro embarazo con preeclampsia y es que su salud y la de su recién nacido a pesar de todo este bien.

8.3.2. Subcategoría 2: Asociación temprana del inicio de la enfermedad

Uno de los determinantes más importantes de cómo las personas afrontan sus problemas de salud es la percepción que tengan de su enfermedad. Leventhal define como esquemas cognitivos, a las estructuras de conocimiento que tiene la persona de sí misma, que usa para organizar la información que recibe concerniente a la enfermedad. Estos esquemas pueden ser rígidos e hipervalentes cuando estos se activan intervienen en la evaluación de una situación; incluso participan en la secuencia que va desde la percepción de una situación hasta la respuesta o comportamiento que la persona tiene ⁽⁶⁶⁾, es así, como los esquemas de enfermedad propios del individuo pueden adquirir, mantener o exacerbar una conducta de enfermedad, ya sea por ejemplo de afrontamiento activo o no; y por otro lado, explican gran parte de las conductas de demora y falta de adherencia a los tratamientos.

Esta subcategoría tiene que ver con la asociación temprana que realizan las mujeres con experiencia previa de preeclampsia en relación con los síntomas que presenta, es decir, ellas ya saben que dolor de cabeza, hinchazón, zumbido de oídos y otros síntomas característicos, es que algo que está mal con su presión y esto lo reconocen mucho antes que las diagnostique con algún trastorno hipertensivo.

[...] “En la semana 20 más o menos, yo recuerdo que ya empezaba con dolor de cabeza y ya empezaba a inflamarme mucho de mis pies y de mis manos, o sea desde ahí ya estaba la señal de que ya estaba la hipertensión gestacional” [...] (Gea)

[...] “el dolor de cabeza era constante, yo si me sentía mal, después de las 5 de la tarde yo me empezaba a sentir mal y me dolía la cabeza y no sé, me mareaba, o sea yo me sentía mal, sentía cosas que no te pasan y de repente te pasan; en esos momentos ya sabía que algo estaba mal, que otra vez era la presión” [...] (Artemisa)

En estos testimonios se refleja como Gea y Artemisa utilizan su reservorio de conocimientos respecto a los síntomas de la preeclampsia previa para actuar en consecuencia en este nuevo embarazo. A continuación, se detallan testimonios:

[...] “la hipertensión gestacional es una enfermedad bien difícil, de mucho cuidado; es una condición en la cual de verdad te digo pareciera que no pasa nada, pareciera que uno no siente nada, pero en realidad hay muchas señales que nos da el cuerpo y a las cuales debemos estar como muy alertas, por ejemplo, a mí jamás me zumbaron los oídos solo cuando las veces que me desmaye, pero yo escuchaba siempre como un airecito, no era zumbido. Me sentía muy somnolienta, a veces muy cansada como muy pesada, este tipo de cosas que a veces uno pasa por alto que cree que son normales dentro del embarazo y en realidad no lo son. Esas cosas ya me habían pasado en el embarazo anterior y cuando lo recordaba en esos momentos, entonces sabía que algo estaba mal.” [...] (Gea)

[...] “lo que pasa es que, ya era como mucho mi dolor para moverme, me sentía rara... creo que sí, como que ya sentía que algo estaba mal... como que ya no era normal (se queda pensativa) no sé, no era algo que me había pasado con mi primer bebé, o sea con el también subí de peso, pero no era igual, o sea aquí me sentía diferente, era... no sé cómo que a lo mejor sí, ya sentía que algo estaba mal [...] (Juno)

En este caso Gea, Juno y Artemisa recurrieron al repositorio de conocimientos que tenían de la experiencia previa de preeclampsia y fue revelador identificar que, fuera o no significativo este evento anterior, dejó huella en la memoria de las mujeres respecto a lo normal y no normal en el embarazo. En este caso, las mujeres utilizan el corolario de modulación el cual habla de la permeabilidad, es decir, de la capacidad de un constructo para introducir elementos nuevos en su ámbito de

aplicación y de la posibilidad de modificación de los constructos jerárquicamente superiores a éste. Es decir, quizá en una primera experiencia la preeclampsia no tuvo mayor relevancia, pero al realizar un acto de reflexión con el aquí y el ahora cambio su perspectiva de riesgo respecto a la enfermedad lo que permitió una identificación y asociación temprana de los síntomas de alarma.

8.3.3. Subcategoría 3: Redes de apoyo

Las redes de apoyo constituyen la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren. El concepto de apoyo tiene dos componentes: el social (estructural) y el de apoyo (el proceso) planteándose diversas medidas de asistencia, aunque algunas de ellas tienen poca relación entre sí. En el primer componente se incluyen las relaciones sociales, las cuales identifican como posibles recursos, las relaciones con la comunidad, las relaciones con la red social y las relaciones más cercanas; como la familia. En el segundo se distinguen dos tipos de procesos: el apoyo recibido frente al apoyo percibido y el habitual frente al de crisis. Esta separación nos permite identificar a la red social como una dimensión estructural o institucional vinculada al individuo, y al apoyo social como una dimensión personal. El control prenatal es de suma importancia ya que mediante acciones sistemáticas periódicas se puede detectar factores que puedan condicionar morbilidad o mortalidad materna o perinatal. La atención de una embarazada denominada de alto riesgo no debe ser solo de la parte médica sino multidisciplinaria, es decir, de parte de familiares, amigos y profesionales sanitarios ⁽⁶⁷⁾.

Las redes de apoyo contribuyen al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. Son clasificadas en formales (para denominar aquellas institucionalizadas y reconocidas de forma oficial) y las informales (para denominar a los vínculos que realiza el individuo a partir de sus relaciones interpersonales y familiares). La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante

las funciones que genera la vida cotidiana. Es para el individuo fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también puede representar insatisfacción, malestar y estrés ⁽⁶⁸⁾. Todo proceso de embarazo y sobre todo en embarazos de alto riesgo es indispensable contar con redes de apoyo que permitan que el actor social se desenvuelva en un mundo cotidiano cargado de conocimientos significativos que lo ayuden a transitar por la nueva experiencia de mejor manera. En este sentido la familia y el personal de salud tiene un papel fundamental en el apoyo de la formación de constructos personales.

A continuación, los siguientes testimonios:

[...] “mi mamá era la que me apoyaba y me acompañaba a mis consultas, también me ayudaba en la casa y eso me quitaba peso de encima... siempre estaba atenta a que no tuviera algo raro o me sintiera mal” [...] (Hera)

[...] “Mi esposo y toda mi familia siempre estuvo muy al pendiente de mí, mis papás no me presionaban para que me volviera a embarazar porque sabían que me podía volver a dar preeclampsia... ya cuando estaba embarazada en mis consultas los doctores siempre me recalcan los datos de alarma y que tenía cita abierta a urgencias en cualquier momento que me sintiera mal” [...] (Rea)

[...] “mi mamá y mi esposo siempre me apoyaron mucho, me decían que me cuidara y me ayudaban en la comida y que no me enojara tanto, mis hijos también... en la consulta me daban los datos de alarma y siento que sí, todo lo que me explicaban lo entendía y seguía las indicaciones” [...] (Hestia)

En esta subcategoría las mujeres reflejan el sentirse acompañadas por su familia y por el personal de salud, eso les ayudo a generar cambios en su vida cotidiana.

[...] “la enfermera fue la primera en decirme que tener antecedentes de preeclampsia me condicionaba a volver a presentarla, nunca nadie se había dignado a mencionarme eso y ya es mi cuarto embarazo” [...] (Juno)

[...] “el doctor fue muy humano y me explico que si no nacía mi bebe me podía poner grave, me explico todo y eso me tranquilizo, le agradezco la forma en que se portó, porque no muchos tienen la amabilidad de hablar así contigo, más cuando estas sensible por la situación” [...] (Gea)

Sin embargo, en los testimonios también se encontraron experiencias en donde tanto su familia como el personal de salud, se volvieron una obstáculo para recibir atención oportuna y crear constructos personales. A continuación, se mencionan dichos testimonios:

[...] “mi esposo me decía que siempre me quejaba mucho, que porque otras embarazadas si podían hacer sus cosas y yo no podía” [...] (Juno)

[...] “en las consultas siempre era un médico diferente y cada consulta tenía que volver a explicar lo de la consulta pasada, incluso en cada consulta me cambiaban de medicamento, no sentí que me ayudaran mucho a entender por lo que estaba pasando” [...] (Aura)

[...] “unos doctores me decían una cosa y otros me decían otra, no eran claros con las indicaciones, por ejemplo, cuando iba a urgencias por algo que me decían que estaba mal, cuando me atendían, me decían que eso no era urgencia y entonces, cuando no iba y en las consultas checaban mis bitácoras de presión me regañaban por no ir a urgencias cuando había algunas elevadas, entonces quien les entiende (menciona con voz exasperada)” [...] (Artemisa)

En estos testimonios se refleja la falta de empatía tanto de la familia como del personal de salud, que dejan a la mujer a su suerte sin apoyo e información correcta para afrontar la enfermedad y en muchos casos la vivencia significativa se genera de los malos tratos por parte del personal de salud y de su familia y deja en un orden jerárquico menor la experiencia de la preeclampsia. Lo que podría ser una impedimento para la búsqueda oportuna de la atención y desencadenar un factor de riesgo social e institucional para la atención de las mujeres con preeclampsia.

8.4. Categoría 3: Después de la enfermedad

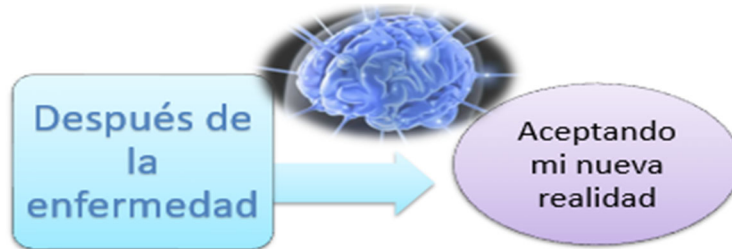
Es importante resaltar que la preeclampsia no es una enfermedad temporal, si bien solo se presenta durante el embarazo, las complicaciones a corto o largo plazo están documentados como relevantes, es decir, de cada mujer que muere por complicaciones de preeclampsia, hay 30 mujeres que viven con una morbilidad obstétrica que puede llegar desde la discapacidad temporal hasta la permanente. Leitón-Espinoza Z ⁽⁶⁹⁾, en su estudio sobre Impacto emocional en la forma de aprender a vivir con la enfermedad “diabetes”, menciona que el impacto al asumir el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la diabetes provoca innumerables y complejas respuestas psicológicas y emocionales en el paciente, como ansiedad, depresión, soledad, baja autoestima, desesperanza y minusvalía, siendo estas devastadoras y traumáticas por la pérdida de la salud, la gran responsabilidad de los cuidados y desafíos para vivir, y por ser difícil adaptarse y aprender a vivir con su enfermedad.

Las personas con una enfermedad crónica viven un proceso de duelo, respondiendo con sentimiento de pérdida. La negación para aceptar el diagnóstico es parte de este proceso. La ira surge como defensa porque se sienten amenazados y la vida les parece llena de peligros. Así mismo, tienen mayor riesgo de depresión, llegando hasta la aceptación o resignación, enfrentando un sentido general de infelicidad.

El final del proceso del duelo conlleva a la aceptación de la pérdida, es como si el dolor o el sufrimiento hubiera desaparecido. Sin embargo, también se produce la resignación, que indican el fin de la lucha, el ya no poder hacer nada y que solo les queda acostumbrarse a la enfermedad porque es parte de su vida.

A continuación, se presenta la subcategoría que emergió de la categoría después de la enfermedad (Ver figura No. 5)

Figura No. 5 Subcategoría empírica que emergió de la categoría después de la enfermedad



Fuente: Elaboración propia. Alcántara-Gómez, E. 2021

8.4.1. Subcategoría 1: Aceptando mi nueva realidad

Vivir con una enfermedad crónica enfrenta al paciente al proceso de adaptación y cambio de rol, trae consigo cambios físicos manifestados a través de síntomas, afectando los ámbitos de la vida: físico, emocional, familiar, social y económico replanteando la percepción respecto a si mismo.

La mayoría de las mujeres que presentan preeclampsia en más de una ocasión tiene complicaciones posteriores al parto que requieren cuidados específicos y tratamientos médicos que deben adaptar a su vida cotidiana posterior al embarazo.

A continuación, se presentan los siguientes testimonios:

*[...] “ahorita me sigue pegando, porque todavía tengo la presión mal. Además, no estoy muy vieja... o sea cuantos años tengo y voy a tener que vivir así, lo que implica que tengo que cambiar mi vida”
[...]* (Artemisa)

El hecho de tener un segundo episodio de preeclampsia ocasiona un cambio de importancia de dicha experiencia y genera un cambio de conducta que el primer episodio no logro.

*[...] “yo debo de tener más cuidados que un mortal respecto a mi salud y ahorita de hecho estoy en proceso de poder perder peso”
[...] (Gea)*

*[...] “yo hubiera deseado tener más hijos, creo que aun soy muy joven y esto vino a truncar mis deseos de ser madre, pero también comprendo que es por mi salud y por no dejar solos a mis niños”
[...] (Hera)*

Kelly considera la realidad como algo que no se manifiesta directamente, sino a través de los constructos personales, lo cual prevé el hecho de que una misma situación pueda ser vivida de formas distintas, idiosincráticas, por diferentes personas. Implica también, y esto tiene importantes repercusiones terapéuticas, que una persona no es una víctima de la realidad, sino de la construcción de esa realidad.

9. CONCLUSIONES

En este trabajo se concluyó que el significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia, representa una pérdida total de control en la vida de la mujer, porque genera frustración a los acontecimientos que se presentan, ya que a pesar de cuidarse e identificar la enfermedad, no fue suficiente y aun así volvió a interrumpir en su vida causando caos y descontrol. Es una serie de vivencias, percepciones y experiencias que forman nuevas maneras de concebir, la enfermedad y el embarazo, período que está cargado de sentimientos en su mayoría negativos por ejemplo enojo, miedo, ira y sobre todo vulnerabilidad. Lo más importante de conocer el significado que le atribuyen a esta experiencia es que se logró obtener datos relevantes que ayuden a optimizar la atención de pacientes con preeclampsia, porque se identificaron elementos relevantes que podrían modificarse o adaptarse entorno al cuidado y a la prevención de riesgos. Lo que más ayudo a comprender el significado de un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia es que a través de la apertura de las mujeres a expresar sus experiencias, sentimientos y emociones alrededor de estos eventos, se tuvo acercamiento al contexto y espacio donde se pudo vislumbrar los elementos que contribuyeron a la formación de ideas y conceptos que dieron pie a la formación de significado de la enfermedad atribuida por las mujeres que lo padecieron. Lo más difícil fue comprender que a pesar de que la preeclampsia es única, cada mujer lo experimenta de forma diferente y que dentro de esa diversidad de sensaciones estaba arraigado un único objetivo, el cual es, que su vida y su salud así como la de su recién nacido lleguen a buen término y en las mejores condiciones de salud.

A continuación, se presentan las ideas centrales de los resultados obtenidos a manera de conclusión:

- La experiencia de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia está determinado por la forma en cómo se experimentó y en cómo se significó o no, la primera experiencia de preeclampsia, es decir, si las mujeres en su primer embarazo con preeclampsia lograron la

construcción de constructos personales en favor de reconocer el riesgo que implica vivir con preeclampsia, la experiencia de un nuevo embarazo está cargada de significados negativos hacia la enfermedad y al mismo proceso de embarazo; tanto así, que algunas mujeres deciden posponer por periodos largos de tiempo sus próximos embarazos. En cambio, las mujeres que por una u otra razón no lograron la construcción de significados de la primera experiencia de preeclampsia se encuentran en un nuevo embarazo con experiencias que reconocen, pero que no necesariamente fueron importantes para generar un cambio en su estilo de vida.

- La salud del recién nacido es un factor importante en la construcción del riesgo que representa vivir con preeclampsia. Si la salud del recién nacido se vio afectada, la dinámica personal de la mujer se vuelca a cubrir las necesidades de atención y de cuidado hacia el recién nacido, dejando de lado los cuidados personales por la preeclampsia, sin embargo, se genera la construcción de una vivencia significativa, ya que genero cambios en el estilo de vida y hábitos personales, familiares y sociales.
- Después de padecer preeclampsia, siempre y cuando se lograra la construcción de un constructo personal, son muchos los cambios a los que las mujeres se tiene que adaptar en su mundo cotidiano, los principales cambios que reconocen las mujeres en beneficio de su salud y reducir el riesgo de preeclampsia o alteración en su presión arterial es la alimentación, realizar actividad física y disminuir las actividades generadoras de estrés.
- Los discursos permitieron identificar que la información que se obtiene por el personal de salud y la que se obtiene por otros medios (principalmente electrónicos) es pieza fundamental para la construcción de significado de riesgo de preeclampsia para futuros embarazos.

Todo esto nos refleja que, si bien todas las informantes tienen algo en común que es padecer preeclampsia en un embarazo, no todas lo vivencian de la misma manera, hay muchos factores que influyen en la construcción del significado de la enfermedad.

- Las mujeres que viven un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia y que formaron un constructo personal de la experiencia, inician el embarazo con sentimientos negativos (miedo, frustración, ira) exacerbados a las posibles complicaciones ya conocidas, se sienten frustradas por volver a tener la enfermedad a pesar de sus cuidados y presentar de nuevo esta enfermedad les genera impotencia por no ser capaces de evitarla, por sentirse inútiles ante los tratamientos médicos. En cambio, las mujeres que no generaron un constructo personal con un orden jerárquico importante también sienten miedo y preocupación a lo desconocido y a lo que pueda generarles de daño la enfermedad a ellas o a su recién nacido, así mismo sienten impotencia por no haber sabido del riesgo que corrieron en su embarazo anterior con preeclampsia.
- Las mujeres que reconocen como grave el antecedente de preeclampsia y aquellas que no generaron una vivencia significativa por diversos factores, tienen algo en común y es que reconocen los síntomas de preeclampsia o alteración de la presión de forma temprana, es decir ya no consideran esos síntomas como normales del embarazo, porque ya tienen un parámetro de referencia al cual recurrir para realizar actos de reflexión de experiencias pasadas del aquí y ahora.
- Para muchas mujeres estar acompañadas durante este proceso es muy importante ya que en ocasiones dependen de su círculo social cercano para bajar la carga de estrés y tener un apoyo emocional en el cual refugiarse en momentos de estrés o temor. Así mismo, contar con personal de salud que las orienta y explique de forma clara y precisa todos los cuidados que necesita y las recomendaciones indicadas, reduce el temor y la angustia. Sin embargo, hay mujeres que no cuentan con el apoyo familiar o de personal de salud para sobre llevar el proceso de un nuevo embarazo con preeclampsia y eso lejos de ayudar modifica la construcción de significados, superponiendo la mala experiencia con el apoyo familiar o del personal de salud a la experiencia de su embarazo con preeclampsia.

- Finalmente, las mujeres expresan como esta enfermedad cambio su vida en función del deseo de tener más hijos, de llevar una vida “normal” es decir, su vida antes de la preeclampsia, y como esta enfermedad genero cambios importantes en su estilo de vida que están en función de evitar complicaciones a corto o largo plazo o en el resto de su vida reproductiva.

9.1. Aportaciones a la disciplina, a la práctica, a la investigación y a las políticas públicas

Las proposiciones resultantes de los hallazgos de esta investigación “Significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia”, son las siguientes:

- I. Las mujeres que cursan con preeclampsia durante el embarazo reconocen la enfermedad solo si se presenta algún cambio en su cotidianidad, o si presentan problemas graves que modifiquen su entorno social. Por lo que se sugiere implementar intervenciones enfocadas a identificar los factores de riesgo sociales ⁽⁷⁰⁾, para la prevención de preeclampsia, así mismo, es recomendable no minimizar la enfermedad, aunque esta se presente de primera estancia en un embarazo, es decir, aún cuando sea una primera experiencia con preeclampsia, se debe abordar a la mujer para brindar orientación oportuna y no esperar a que se vuelva a presentar en otro embarazo para intervenir con acciones más enfocadas a limitación de daño.
- II. Es de vital importancia tener en cuenta que todo proceso vivencial es único e irrepetible, que a pesar de que son mujeres que experimentan una misma enfermedad, no se puede estandarizar el cuidado brindado a cada una de ellas. Como ya se mencionó, la preeclampsia al ser una enfermedad multifactorial, se debe individualizar la atención y por ende el cuidado que se les proporciona.
- III. Se debe dar énfasis en hacer partícipe a la mujer y a su familia en el cuidado a su salud y también en la toma de decisiones debidamente informada, ya que, por lo regular es invisibilizada cuando atender una patología de esta

magnitud se trata, es importante implementar acciones que ayuden a las mujeres a ser visibles y participes en su cuidado, darles voz y voto en las acciones que se implementen en su persona, para de esta manera identificar y reducir riesgos obstétricos. De esta manera lograr empoderarlas con conocimiento en su cuidado.

- IV. La atención de enfermería a estas mujeres debe ser diferente, también en el personal de salud se debe hacer consciencia de la actuación frente al cuidado de las mujeres, como ya se mencionó, no se puede estandarizar el cuidado.
- V. Se deben implementar programas de cuidado integral a las mujeres que implique acompañarla con respeto y orientación a la decisión de su cuidado, así mismo, se debe incluir el cuidado de la familia y la sociedad ya que son parte fundamental de la toma de decisiones de la mujer. Estas acciones podrían contribuir para llevar a cabo actividades encaminadas que aporten en la práctica avanzada de enfermería a través de la consultoría en enfermería privada y en instituciones de segundo o tercer nivel de atención, liderar al equipo multidisciplinario con respecto al cuidado de las mujeres con riesgos en el embarazo.
- VI. Es importante tomar como referencia que según esta investigación las mujeres solo significan un evento si este impacta de manera negativa su vida cotidiana, por lo que los actos de reflexión que el personal de salud realice con las mujeres para lograr la comprensión de los actos, sean enfocados en la construcción de las experiencias y utilizar el corolario de dicotomía que es un enfoque que ayuda a diferenciar lo bueno de lo malo, es decir que de esta manera se puede explicar de forma clara los riesgos que presento en el embarazo y los que podría presentar en un futuro embarazo, lo que ayudaría a que la mujer sea consciente del riesgo de la enfermedad.
- VII. El cuidado que brinde enfermería ⁽⁷⁰⁾, debe convertirse en un espacio de reflexión, humanización y acercamiento a la persona que requiere atención para proteger, mejorar y preservar su salud. Se debe ayudar a la persona a identificar el significado a la enfermedad por medio de información clara,

oportuna y dentro de su contexto, lo que ayudara al autoconocimiento y autocuidado factores preventivos.

- VIII. Queda claro que las concepciones y percepciones ⁽⁷¹⁾, que giran en torno al embarazo, parto y puerperio, son patrones culturalmente establecidos en las comunidades y son los que norman las conductas y comportamientos de las personas y que éstas repercuten de manera significativa en su salud; por ello es importante comprender la cultura y la medicina tradicional desde los significados que les son atribuidos a la gestación y a sus cuidados para proponer modelos de salud más cercanos a la realidad cultural que permitan brindar una mejor atención a la población.
- IX. Las actitudes y las prácticas de los cuidados son lo único que distingue la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas. Por lo que es nuestro deber ser, brindar cuidados especializados basado en investigaciones científicas y sociales que permitan conocer la realidad y en la que se desenvuelven las personas sujetas de cuidado. En este sentido, con las mujeres que tienen antecedentes de preeclampsia y que tiene mayor riesgo de presentar complicaciones en su vida cotidiana o en futuros embarazos se podría implementar un check list de factores biológicos, sociales y personales que se encontraron en esta investigación con relación a la vivencia y significados de la enfermedad para de esta manera brindar cuidados anticipando complicaciones que pongan en riesgo la salud materna y perinatal y de esta manera el actuar del personal de enfermería frente al cuidado sea un factor que ayude a la disminución de la MM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira DC, Mandú ENT. Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. Esc Anna Nery [Internet] 2015 [Consulta 10 de enero 2020]; 19 (1): 93 – 101. Disponible en: <https://bit.ly/2OCCQmJ>
2. Organización Mundial de la Salud. Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017 [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. [Consulta 13 de noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/38LGKua>
3. Pisanty-Alatorre J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. Salud Pública de México [Internet] 2017 [Consulta 30 de julio 2019]; 59 (6): 639 – 49. Disponible en: <https://bit.ly/3fcahHK>
4. Freyermuth-Enciso G. Mortalidad materna en México: inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. En: Sánchez-Bringas A, coord. Desigualdades en la procreación: trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México. México, D.F: UAM/Itaca, 2014: 21 – 70.
5. Hernández M, Padrón M, Díaz J. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad materna en una unidad de cuidados intensivos. REVMIE [Internet] 2017 [Consulta 15 junio 2020]; 16 (3): 91 – 102. Disponible en: <https://bit.ly/38OGtwH>
6. Alkemma L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, et al. Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agencia Group. Lancet [Internet] 2016 [Consulta 14 de enero 2019]; 387 (10017): 462-74. Disponible en: DOI: [10.1016 / S0140-6736 \(15\) 00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)
7. Grupo de trabajo regional para la reducción de mortalidad materna. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. GTR [Internet] 2017 [Consulta 24 de enero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/2OLM7oc>

8. Observatorio de mortalidad materna. Numeralia 2016 [Internet]. México: OMM, 2018 [Consulta 24 de abril 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2SBrtZf>
9. Organización Mundial de la Salud. Seguimiento de los servicios de urgencias [Internet]. Ginebra: OMS, 2011 [Consulta 24 de enero 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2YRv3AT>
10. Nápoles D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDSAN [Internet] 2016 [Consulta 18 de julio 2019]; 20 (4): 517 – 31. Disponible en: <https://bit.ly/3cqQfre>
11. García-Puga JA, Figueroa-Ibarra C, Quintana-Zavala MO, Padilla-Langure M, Salazar-Ruibal RE, Tinajero-González RM. Trayectorias de atención de mujeres con preeclampsia. Biotecnia [Internet] 2016 [Consulta 13 septiembre 2020]; XVIII (E2): 39 – 43. Disponible en: <https://bit.ly/39u1c9F>
12. Organización mundial de la salud. Mortalidad materna [Internet]. Ginebra: OMS, 2018 [Consulta 14 de marzo 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2COFsUL>
13. Tinoco EN, Vivas AF, Miñan JT, Esteves SS, Wasbrum W. Es De Interés En El Estudio De La Preeclampsia. International Journal of Health Sciences [Internet] 2018 [Consulta 20 de enero 2019]; 6(4): 1-6. Disponible en: <https://bit.ly/2Um2z0u>
14. Freyermuth G. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. Revista CONAMED [Internet] 2016 [Consulta 26 octubre 2019]; 21 (1): 25 – 32. Disponible en: <https://bit.ly/3d8laGB>
15. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública [Internet] 2013 [Consulta 6 julio 2019]; 31(suppl. 1): S13 – 17. Disponible en: <https://bit.ly/3sucEcB>
16. ENEO. Especializaciones [Internet]. Especializaciones en enfermería ENEO UNAM. 2019 [Consulta 25 enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3ruzY8K>

17. Romero-Gutiérrez G, Hernández BO. Persistencia de hipertensión en mujeres con preeclampsia. Ginecol Obstet Mex [Internet] 2011 [Consulta 15 de febrero 2019]; 79(10): 601 – 6. Disponible en: <https://bit.ly/2uhJhxy>
18. Noguera N, Muñoz L. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. Investig Enferm Imagen Desarr [Internet] 2014[Consulta 16 marzo 2019]; 16(1): 27 – 48. Disponible en: <https://bit.ly/2udsbB5>
19. Kamravamanesh M, Kohan S, Rezavand N, Farajzadegan Z. A comprehensive postpartum follow-up health care program for women with history of preeclampsia: protocol for a mixed methods research. Reproductive Health [Internet] 2018 [Consulta 29 de mayo 2019]; 15(81): 1 – 8. Disponible en: <https://bit.ly/2J8nstT>
20. Gómez ME, Berenson S, Lara MA, Ito ME. Malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo. Summa Psicológica UST [Internet] 2016 [Consulta 3 de marzo 2019]; 13(1): 89-100. Disponible en: <https://bit.ly/2TxJRWn>
21. Ávila GA, Orjuela JF. Percepción del riesgo en mujeres con preeclampsia severa y baja adherencia a control prenatal. Cuba Salud 2018 [Internet] 2018 [Consulta 4 junio 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/3lX07fu>
22. Puhakka K. La teoría de los constructos personales de George Kelly y la psicología cognoscitiva. En: Cloninger SC, editor. Teorías de la personalidad. [Internet] México: Pearson Educación; 2003. p. 379 – 407. Disponible en: <https://bit.ly/2KB6ioZ>
23. Schütz A, Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2001.
24. Vega-Morales EG, Torres-Lagunas MA, Patiño-Vera V, Ventura-Ramos C, Vinalay-Carrillo I. Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. Enferm. univ. [Internet] 2016 [Consultado 20 junio 2019]; 13(1): 12 – 24. Disponible en: <https://bit.ly/2oTbg7C>
25. 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

- [Consulta 26 septiembre 2019]; 46(2): 159-168. Disponible en: <https://bit.ly/39bczDd>
26. Roberts LM, Davis GK, Homer CSE. Pregnancy with gestational hypertension or preeclampsia: A qualitative exploration of women's experiences. *Midwifery* [Internet] 2017 [Consultado 22 de julio 2019]; 46(2017): 17 – 23. Disponible en: <https://bit.ly/2IWpLGd>
 27. Vaerland IE, Vevatne K, Brinchmann BS. An integrative review of mothers' experiences of preeclampsia. *JOGNN* [Internet] 2016 [consultado 17 de julio de 2019]; 45 (3): 300 – 7. Disponible en: <https://bit.ly/2krFFYL>
 28. Furuta M, Sandall J, Bick D. Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity. A synthesis of qualitative Studies using a meta-ethnographic approach. *Midwifery* [Internet] 2014 [Consulta 28 de agosto de 2019]; 30(2014) 158 – 69. Disponible en: <https://bit.ly/2mLMVQ2>
 29. Pérez BL. Significado que las puérperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia [Tesis de maestría]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 2011.
 30. Akeju DO, Vidler M, Oladapo OT, Sawchuck D, Qureshi R, Von Dadelszen P, et. al. Community perceptions of pre-eclampsia and eclampsia in Ogun State, Nigeria: a qualitative study. *Reprod Health* [Internet] 2016 [Consulta 20 de julio 2019]; 13 (1): 17-26. Disponible en: DOI: 10.1186/s12978-016-0134-z
 31. You WB, Wolf M, Bailey SC, Pandit AU, Waite KR, Sobel RM, et. al. Factors associated with patient understanding of preeclampsia. *Hypertens Pregnancy* [Internet] 2012 [Consulta 20 julio 2019]; 31 (3): 341-9. Disponible en: DOI: 10.3109/10641955.2010.507851
 32. Laza C, Pulido GP, Castiblanco RA. Peligro, muerte y secuelas: percepción de la preeclampsia severa por quienes la han vivido. *Enferm. glob.* [Internet] 2014 [Consulta 2 octubre 2019]; 13 (34): 481 – 92. Disponible en: <https://bit.ly/3w5zdqo>
 33. Schütz A. El problema de la realidad social. 3.a ed. Buenos Aires: Amorrortu; 1995.

34. Leal R. La sociología interpretativa de Alfred Schütz. Reflexiones en torno a un planteamiento epistemológico cualitativo. Alpha. 2006: 201-13.
35. Schütz A, Melich J-C. La construcción significativa del mundo social: introducción a la sociología comprensiva. Barcelona: Paidós; 1993.
36. Raskin JD. Constructivism in Psychology: Personal Construct Psychology, Radical Constructivism, and Social Constructionism. American Communication Journal [Internet] 2002 [Consulta 20 octubre 2019]; 5 (3): 1 – 28. Disponible en: <https://bit.ly/3ddihFF>
37. Nápoles D. Actualización sobre las bases fisiopatológicas de la preeclampsia. MEDISAN [Internet] 2015 [Consulta 29 marzo 2019]; 19 (8): 1020 – 42. Disponible en: <https://bit.ly/2HJyAfp>
38. Ku E. Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. Revista Peruana de Epidemiología [Internet] 2014 [Consulta 7 julio 2019]; 18 (1): 1 – 7. Disponible en: <https://bit.ly/2Pvk1ll>
39. Suárez JA, Gutiérrez M, Cairo V, Marín Y, Rodríguez L, Veitía M. Preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet] 2014 [Consulta 22 julio 2020]; 40 (4): 368 – 77. Disponible en: <https://bit.ly/3fel2ZU>
40. Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México: Secretaria de Salud; 2009. Disponible en: <https://bit.ly/1hqBLRL>
41. Suárez JA, Cabrera MR, Gutiérrez M, Corrales A, Cairo V, Rodríguez L. Resultados de la atención a pacientes con riesgo de preeclampsia-eclampsia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet] 2012 [Consulta 20 julio 2020] ; 38(3): 305 – 12. Disponible en: <https://bit.ly/3clfPxx>
42. Vasconcelos A, De Oliveira M, Vasconcelos M, Azevedo A, Oliveira B. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. Enferm. glob. [Internet] 2017 [Consulta 13 abril 2019]; 1 (2): 500 – 14. Disponible en: <https://bit.ly/31r33Hv>

43. Martínez J, Pereira M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico en el departamento de Sucre. Salud Uninorte [Internet] 2016; 32 (3): 452-60. Disponible en: <https://bit.ly/2VXIAPZ>
44. Donoso B, Oyarzún E. Embarazo de alto riesgo. Medwave [Internet] 2012 [Consulta 28 abril 2019]; 12(5). Disponible en: <https://bit.ly/2OzZO9y>
45. Echemendía B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol. [Internet] 2011 [Consulta 30 mayo 2019]; 49 (3): 470 – 81. Disponible en: <https://bit.ly/3cjNYOo>
46. Feinholz D, Ávila H. Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud. El Cotidiano [Internet] 2001 [Consultado 27 mayo 2019]; 17 (107): 13 - 20. Disponible en: <https://bit.ly/3rmfv5W>
47. Martínez M, Vasco CE. Sentimientos: encuentro entre la neurobiología y la ética según Antonio Damasio. Revista Colombiana de Bioética [Internet] 2011 [Consultado 23 julio 2019]; 6 (2): 181 – 94. Disponible en: <https://bit.ly/3tUSd8X>
48. Sánchez F, Rubio J, Páez D, Blanco A. Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. Boletín De Psicología [Internet] 1998 [Consulta 7 de marzo 2020]; 58: 7 – 17. Disponible en: <https://bit.ly/3ciXBNI>
49. Martínez J, La Rocca G. La teoría cultural del riesgo. En: Martínez J, La Rocca G, coordinadores. En torno al riesgo. Tenerife: Pasos; 2018. p. 97 – 116.
50. Tirapu-Ustárrroz J, Goñi-Sáez F. El problema cerebro-mente (II): sobre la conciencia. Rev Neurol [Internet] 2016[Consulta 24 febrero 2019]; 63 (4): 176-185. Disponible en: <https://bit.ly/2GYDKEB>
51. Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Invest. Educ. Enferm [Internet] 2000 [Consulta 18 septiembre 2019]; 18(1): 27 – 35. Disponible en: <https://bit.ly/3dc86B8>
52. Laza C, Pulido GP, Castiblanco RA. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. Enferm. glob. [Internet] 2012

- [Consultado 14 de abril de 2020]; 11 (28): 295 – 305. Disponible en: <https://bit.ly/3tQRTZ4>
53. Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología [Internet]. México: Paidós; 2003. [Consultado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2gAWXOV>
 54. Mendieta-Izquierdo G, Ramírez-Rodríguez JC, Fuerte JA. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet] 2015; 33(3): 435-443. Disponible en: <https://bit.ly/2Sx7kTw>
 55. Minayo MCS, Ferreira S, Cruz O, Gomes R. Investigación Social Teoría, método y creatividad [Internet]. Buenos Aires: Colección Salud Colectiva; 2007. [Consultado el 10 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2dqUhDp>
 56. Secretaria de Salud. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. 2017 [Sitio de internet]. [Consultado 10 de diciembre 2020]. Disponible en: <http://hraei.net/historia.html>
 57. Ley General de Salud título II [Consulta 15 marzo 2020]
 58. Mechanic D. The concept of illness behavior. Journal of chronic diseases. 1962; 15: 189-194.
 59. González M. Modelo de representación de la enfermedad y salud ¿Se aplicaría a las enfermedades crónicas de las vías digestivas? Gen [Internet] 2017 [Citado 20/11/2021]; 71 (4): 137 – 42. Disponible en: <https://bit.ly/3oLus2g>
 60. Arango D, Aristizábal C, Cárdenas H, Sandoval J, Eduardo C, et al. Investigaciones en complejidad y salud [Internet]. Bogotá (Colombia): Universidad El Bosque; 2020 [Citado 27/11/2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3FNtCZC>
 61. Bustamante LE, Sánchez C, Dubón MC. El autocuidado en el diagnóstico oportuno de enfermedades. Gaceta Mexicana de Oncología [Internet]

- 2015 [Citado 27/11/2021]; 14 (2): 117 – 24. Disponible en: <https://bit.ly/3p9UOLF>
62. Fernández J, Casado I. Concientización facilitadora: alternativa al concepto tradicional de la motivación en el campo de la salud. Index Enferm [Internet] 2020 [Citado 27/11/2021]; 29 (3): 132 – 36. Disponible en: <https://bit.ly/3leDMe7>
63. Oxford Advanced Learner's Dictionary, Sobreviviente. Disponible en: <https://bit.ly/3rU0Wch>
64. Solana A. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Oncología [Internet] 2005 [Citado 24/052020]; 28 (3): 157 – 63. Disponible en: <https://bit.ly/3o4ijps>
65. López I. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. An. Med. Interna [Internet] 2007 [Citado 27/07/2020]; 24 (5): 209 – 11. Disponible en: <https://bit.ly/3g8z6TW>
66. Pino-Ramírez G, Solis-Añez E. Percepción de enfermedad en personas con trastornos hereditarios del tejido conectivo. Revista Orbis [Internet] 2018 [Citado 16 octubre 2020]; 39 (13): 44 – 61. Disponible en: <https://bit.ly/3HkHZpq>
67. Sanchez E. Factores para un embarazo de riesgo. Rev.méd. sinerg [Internet] 2019 [Citado 27 de septiembre de 2020]; 4 (9): e319. Disponible en: <https://bit.ly/3rR9jFs>
68. Fusté M, Pérez M, Paz LE. Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. NOV POBLACIÓN [Internet] 2018 [Citado 20 octubre 2020]; 27: 1 – 9. Disponible en: <https://bit.ly/3o7qzVM>
69. Leitón-Espinoza ZE, Cienfuegos-Pastor MR, Deza-Espino MC, Fajardo-Ramos E, Villanueva-Benites ME, López-González A. Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con "la diabetes ". Revista Salud Uninorte [Internet] 2018 [Citado el 2 de marzo de 2021]; 34(3): 696 – 704. Disponible en: <https://bit.ly/3HcgJd0>

70. Vélez C, Vanegas J. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. Rev. Hacia la promoción de la salud [Internet] 2011[Consulta 22 de septiembre 2020]; 16 (2): 175 – 89. Disponible en: <https://bit.ly/3cnWAU6>
71. Romero I, Sanchez G, Romero E, Chávez M. Muerte materna: Una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. Perinatol Reprod Hum [Internet] 2010 [Consulta 13 diciembre 2019]; 24 (1): 42 – 50. Disponible en: <https://bit.ly/2PxxIQS>

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente acepto recibir información para participar en esta investigación, que se realizara sin fines de lucro para obtener información, la cual se utilizara para la realización de la tesis titulada “Significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia”, cuyo objetivo de este estudio es comprender como es el significado de vivir un nuevo embarazo después de tener antecedentes de preeclampsia.

Entiendo que se me realizara un cuestionario y una entrevista audio grabada, en mi casa o en algún lugar donde yo desee y me sienta cómoda, en un horario que a mí me sea más conveniente. Me han informado que la información recabada solo será utilizada para fines de investigación y se mantendrá la confidencialidad como participante. En caso de que esta investigación sea publicada, la identidad se manejara con pseudónimos. La investigación carece de riesgo alguno y con la presente investigación se pretende contribuir a la disciplina de enfermería.

El investigador principal y actualmente alumna de la Maestría de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, Alcántara Gómez Elizabeth se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda referente a la investigación. He leído y me han brindado la información sobre la presente investigación y otorgo mi consentimiento de manera libre y voluntaria para participar en el estudio. También se me ha explicado que puedo negarme a responder alguna pregunta o a suspender la entrevista en el momento que yo quiera, y que no tendré repercusión alguna por hacerlo.

Nombre y firma de consentimiento del participante:

Fecha:

Para dudas y aclaraciones puede contactar a investigador principal:

Alcántara Gómez Elizabeth, **Celular:** 5521979716, **E-mail:** alcantaragomez13@gmail.com

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

GUIA DE ENTREVISTA

INVESTIGACIÓN: SIGNIFICADO DE VIVIR UN NUEVO EMBARAZO DESPUÉS DE TENER ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA

Datos sociodemográficos:

1. ¿Cuál es su edad, ocupación, estado civil y escolaridad?
2. ¿Cuántos embarazos ha tenido y sus antecedentes perinatales?

Preguntas detonadoras

APERTURA

1. ¿Podrías describirme el recuerdo más importante que tienes de tu primer embarazo cuando te diagnosticaron preeclampsia?
2. ¿Consideras que esta experiencia, provoco cambios en tu estilo de vida, en tus hábitos diarios o de cuidado?
3. ¿Cuál fue tu reacción al saberte embarazada nuevamente?
4. ¿Cómo viviste este segundo embarazo?
5. ¿Qué cuidados tuvo durante este embarazo?
6. ¿Te volverías a embarazar? ¿Por qué?

CIERRE

7. ¿Hay algo importante, duda o situación que me quiera decir respecto a su estado actual que yo no le haya preguntado?

