



EL COLEGIO DE SONORA

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

**REPRESENTACIONES SOCIALES Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN
DE MUJERES CON PREECLAMPSIA EN HERMOSILLO SONORA,
2009-2010**

Tesis presentada por

Julio Alfredo Garcia Puga

Como requisito parcial para obtener el grado de

Doctor en Ciencias Sociales

Director de tesis

Dra. Patricia Aranda Gallegos

Hermosillo Sonora

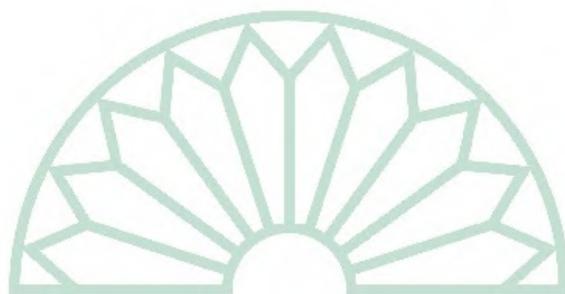
Febrero de 2014

Dedicatorias

A mi esposa Emma quien siempre me apoyó aún en los momentos más difíciles.

A mis hijos Julio y Cesar quienes son mi principal motivación para continuar, los amo.

A mis padres Alfredo y María Luisa quienes sembraron en mi lo que soy en estos momentos.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Agradecimientos

La conclusión de un proyecto de investigación no es una tarea de carácter individual, ya que son múltiples las personas que contribuyen con sus experiencias, sugerencias y apoyo para poder concluir este trabajo, por lo tanto quiero agradecer en primer lugar al Colegio de Sonora por haberme aceptado en el programa de Doctorado, así como a los docentes de El Colegio por los aportes que en su momento dieron guía y clarificaron el camino a recorrer. A mi directora de tesis Patricia Aranda por la enorme paciencia que tuvo para conmigo y sin quien hubiera podido concluir este proyecto, así mismo agradezco a mis lectoras de tesis, la doctora Monserrat Salas, que con sus atinados comentarios y su inigualable estilo ayudaron de manera decisiva a realizar este proyecto, de la misma forma a la Doctora Susana Cerón Mireles que con su experiencia en el tema amplió la visión de la problemática alrededor de la preeclampsia.

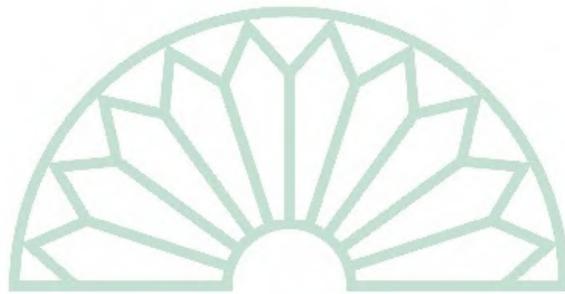
Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico brindado.

A mis compañeros de clase con quienes compartí agradables momentos y espacios de reflexión necesarios para continuar el arduo, pero satisfactorio proceso de aprendizaje, especialmente a mis compañeros maestros de línea de investigación Yolanda Viridiana, Lupita, Pedro, Carlos y Liliana.

A mis compañeros de trabajo tanto del HIES como de la Universidad de Sonora, muy especialmente a Chayito, Blanca, Karola, Katy, María Olga, Carmen y Claudia. Gracias por su apoyo.

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron para concluir esta etapa de mi vida.

Pero principalmente a todas las mujeres que desinteresadamente nos brindaron su tiempo y compartieron sus experiencias con las cuales quedo en deuda, ya que sin ellas no hubiera sido posible llegar a este punto de mi vida.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Resumen

La preeclampsia tiene una prevalencia de 4 al 12%, y es la primera causa de mortalidad materna en Latinoamérica. La investigación generada básicamente se ha enfocado a aspectos biomédicos, pero minimizando los eventos socioculturales en los cuales las mujeres viven y atienden sus padecimientos; por lo cual el objetivo de esta investigación fue describir y analizar las representaciones sociales de la preeclampsia de mujeres con diagnóstico médico de preeclampsia de la ciudad de Hermosillo Sonora en el período 2009-2010, así como sus prácticas y trayectorias de atención.

Para ello utilizamos como base conceptual la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici (en su dimensión de *contenido*); la cual enriquecemos con los aportes de antropología médica realizados por Eduardo Menéndez en relación al modelo de atención/autoatención así como el concepto de prácticas de atención, elementos esenciales para re-construir las trayectorias de atención que instrumentaron las mujeres en su proceso de salud/enfermedad/atención,

El enfoque metodológico adecuado fue cualitativo, y por ende las técnicas de recolección de la información fueron entrevista semiestructurada y observación participante en la consulta externa y de urgencias del HIMES.

Entrevistamos a 16 mujeres que padecieron preeclampsia diferenciadas en tres grupos (A, B, y C) de acuerdo a las variables nivel socioeconómico, escolaridad y número de paridad. Simultáneamente entrevistamos a personal sanitario con el propósito de comprender sus saberes respecto a la enfermedad y en el caso particular de enfermería observar la práctica de toma de presión arterial y relación enfermera paciente.

En relación a los resultados encontramos que la representación de mujeres se relaciona con la “subida de la presión”, la cual puede ser originada por causas emocionales-espirituales, de hábitos de vida y factores biomédicos como sobrepeso u obesidad. El principal síntoma expresado por las mujeres fue la “hinchazón” seguido de “zumbido de oídos”, cansancio y ver “lucecitas”.

Esta enfermedad es considerada como una experiencia *desesperante, fea*, que pone en peligro la vida del hijo y de la misma mujer. No encontramos diferencias entre la representación por grupo.

En relación a las prácticas de atención la influencia de las relaciones sociales positivas jugaron un papel importante al momento de identificación y búsqueda de atención oportuna. Por lo cual las trayectorias de atención básicamente se diferencian entre los grupos clasificatorios en base a la capacidad de acceso y movilización entre los sistemas de salud privado y público.

La mujer o su madre al momento de detectar que algo ocurre en su cuerpo, se establece una categorización inicial de la gravedad del síntoma percibido lo que inicia una serie de decisiones para resolver su problema. En caso de requerir la atención de un curador profesional las condiciones materiales de vida, de relaciones sociales y estructurales del sistema de salud se conjugan para que la mujer busque, ya sea atención médica privada o pública.

Contenido	Página
Introducción	1
Capítulo I	9
El problema de investigación	9
Pregunta de investigación	15
Preguntas específicas	15
Objetivos	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Hipótesis	17
Capítulo II	19
Marco conceptual	19
La teoría de las Representaciones Sociales	21
Prácticas	26
Trayectorias de atención	30
Redes sociales	32
Entramado teórico: Representaciones sociales y prácticas de atención	34
Estado del arte	35
Capítulo III	63
Marco metodológico	63
Carácter de la investigación	63
Técnicas de recolección de la información	64
La institución de salud	68
Universo de estudio: Mujeres y personal de salud	70
Criterios de inclusión	75
Consentimiento informado	76
Instrumentos	77
Trabajo de campo: Trayectoria metodológica	80
Proceso de análisis de la información	81
Capítulo IV	87
Contexto de atención	87
Aspectos demográficos	87
Grado de marginación de las colonias por AGEBS	90
Las colonias donde viven las mujeres	92
Panorama epidemiológico: Mortalidad	96
Sistema de salud	98
Capítulo V	109
Los actores institucionales e itinerario institucional	109
Equipo de salud	109
La relación enfermera-paciente	118
La práctica de enfermería: Valoración de la presión arterial	121
El camino que siguen las mujeres en la institución	122
Itinerario institucional	128

Capítulo VI	131
Presentación y trayectorias de atención de las mujeres	131
Convergencias y divergencias de las trayectorias de atención	191
Capítulo VII	193
Representaciones sociales de la preeclampsia: Dimensión Contenido	193
La información circulante de la preeclampsia	193
Concepto de preeclampsia: “Es algo de la presión. ¿Qué no?”	199
Explicaciones causales	202
Sintomatología: Lo que siente en el cuerpo	209
Consecuencias de la enfermedad	211
Representación social de la enfermedad: Actitud	214
Capítulo VIII	219
Prácticas de atención	219
Sospecha y diagnóstico del embarazo	219
Alimentación	221
Prácticas de alimentación	230
Prácticas de higiene	234
Prácticas de actividad	236
Capítulo IX	239
Conclusiones	239
Volver a los resultados: Representaciones sociales	241
Las prácticas y trayectorias de atención	246
Alimentación	247
Actividad física	249
Limitaciones	252
Recomendaciones	253
Referencias	257
Anexos	270
Anexo 1. Clasificación socioeconómica	270
Anexo 2. Carta de consentimiento informado de las mujeres	274
Anexo 3. Guías de observación	277
Anexo 4. Guía entrevista semi-estructurada para mujeres	280
Anexo 5. Guía de entrevista personal de enfermería	282
Anexo 6. Guía de entrevista personal médico	284
Anexo 7. Técnica de toma de presión arterial	286

Lista de Tablas

Tabla 1. Causas de mortalidad materna a nivel mundial, 2007	10
Tabla 2. Sistemas de clasificación de la preeclampsia.	44
Tabla 3. Técnicas de recolección de información.	64
Tabla 4. Variables tipológicas.	72
Tabla 5. Clasificación socioeconómica.	73
Tabla 6. Grupos tipológicos.	74
Tabla 7. Dimensión del contenido de la representación social.	84
Tabla 8. Dimensiones de la práctica.	85
Tabla 9. Dimensiones del grado de marginación.	91
Tabla 10. Colonias donde viven las mujeres.	96
Tabla 11. Distribución porcentual de mujeres derechohabientes: México.	99
Tabla 12. Población derechohabiente.	100
Tabla 13. Centros de salud urbanos en la ciudad de Hermosillo.	102
Tabla 14. Tipos de itinerarios institucionales.	123
Tabla 15. Caracterización de las mujeres.	132
Tabla 16. Edad.	132
Tabla 17. Escolaridad.	133
Tabla 18. Clasificación socioeconómica.	133
Tabla 19. Pertenencia al seguro popular.	134
Tabla 20. Lugar de residencia habitual.	134
Tabla 21. Ocupación.	135
Tabla 22. Número de gestación.	135
Tabla 23. Estado civil.	136
Tabla 24. Edad por año.	137
Tabla 25. Escolaridad por año.	137
Tabla 26. Clasificación socioeconómica 2009-2010.	138
Tabla 27. Pertenencia al seguro popular 2009-2010.	138
Tabla 28. Lugar de residencia habitual 2009-2010.	139
Tabla 29. Ocupación 2009-2010.	139
Tabla 30. Número de gestación 2009-2010.	140
Tabla 31. Estado civil 2009-2010.	141
Tabla 32. Dimensión 1.	271
Tabla 33. Dimensión 2.	271
Tabla 34. Dimensión 3.	272
Tabla 35. Dimensión 4.	273
Tabla 36. Dimensión 5.	273

Lista de Imágenes

Imagen 1. Relaciones conceptuales	35
Imagen 2. Fachada del HIMES	69
Imagen 3. Grado de marginación Hermosillo Sonora.	92
Imagen 4. Colonia del norte de la ciudad.	93
Imagen 5. Colonia del sur de la ciudad.	95
Imagen 6. Estructura del sistema de salud en México.	98
Imagen 7. Consulta externa.	107
Imagen 8. Consulta de urgencias.	108
Imagen 9. Trayectoria de atención: Karla.	145
Imagen 10. Trayectoria de atención: Cecilia.	148
Imagen 11. Trayectoria de atención: Raquel.	153
Imagen 12. Trayectoria de atención: Silvia.	156
Imagen 13. Trayectoria de atención: Glenda.	158
Imagen 14. Trayectoria de atención: Susana.	161
Imagen 15. Trayectoria de atención: Rosa.	164
Imagen 16. Trayectoria de atención: Luvia.	166
Imagen 17. Trayectoria de atención: Aracely.	169
Imagen 18. Trayectoria de atención: Johana.	173
Imagen 19. Trayectoria de atención: Julia.	176
Imagen 20. Trayectoria de atención: Norma.	179
Imagen 21. Trayectoria de atención: Dyna.	182
Imagen 22. Trayectoria de atención: Génesis.	185

Introducción

El presente surge a raíz de un proceso personal de formación académica que inició con mis estudios de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, y posteriormente en la Maestría en Ciencias de Enfermería; en ambos grados se estableció un contacto estrecho con mujeres en su proceso de embarazo, lo que sembró la idea de conocer y mejorar las condiciones de atención de dichas mujeres. Estas problemáticas fueron visualizadas en al menos dos áreas: por un lado, el aspecto biomédico de las enfermedades que padecen las embarazadas; y por otro -y aún sin tener claridad conceptual ni empírica-, cuestiones de calidad de la atención que vivían las mujeres en las instituciones de salud.

Formar parte del equipo de salud del Hospital Infantil del Estado de Sonora, me facilitó el acceso al Hospital Integral de la Mujer (HIMES) y el contacto con el personal de salud, especialmente enfermería, pero a la vez se constituyó como una barrera que dificultaba visualizar algunos problemas en la propia institución, esto, producto de una orientación teórica biomédica. Sin embargo, trabajar un problema de salud pública -como la preeclamsia en algunas mujeres embarazadas- desde las ciencias sociales, en el programa de Doctorado en Ciencias Sociales de El Colegio de Sonora, me permitió ampliar mi visión para comprender la enfermedad no sólo como un proceso biológico, sino desde el punto de vista del propio actor que padece una enfermedad de difícil comprensión aun para la rama médica y de enfermería; por lo cual, las dificultades teórico metodológicas en un principio se apreciaron de grandes dimensiones, pero fueron subsanadas gracias a la guía de mi directora de tesis y el equipo de revisoras que ayudaron a constituir el presente trabajo.

Para la mayoría de las mujeres, el embarazo suele culminar sin ningún tipo de problema, sin embargo, algunas padecerán complicaciones biomédicas que afectarán de manera importante su salud o la de su hijo, tal es el caso de la enfermedad denominada preeclampsia, que puede ocurrir entre un 4 y 8 por ciento de todos los embarazos a nivel mundial, con diversas consecuencias para la salud de la madre y su hijo como prematuridad, hijos con bajo peso al nacer o muerte perinatal. En la mayoría de las ocasiones, estas complicaciones pueden ser por las condiciones biológicas de la mujer, los recursos socioculturales del grupo familiar, así como por el acceso y calidad de los servicios de salud, los cuales se constituyen como condicionantes de la salud materna (CNEGySR 2013, Mayer, Barrias y Barboza 2006, Yu Tang 2000).

La biomedicina desconoce la etiología de esta enfermedad y por el momento no se considera una enfermedad prevenible, sin embargo, existen factores de riesgo que provocan la enfermedad, pero también existen prácticas coadyuvantes para disminuir las complicaciones propias de la patología, como el acceso oportuno a servicios de salud de calidad y pruebas biomédicas predictivas de preeclampsia, como es el estudio de flujometría de la arteria uterina; no obstante, este estudio no es accesible para la mayor parte de la población de los servicios de salud pública y aún no existe información concluyente con respecto a la utilidad de dicha prueba, por lo que no determina el establecimiento de la conducta obstétrica; aun así, la preeclampsia está claramente establecida en las diferentes guías, tanto nacionales como internacionales para el manejo de la preeclampsia (Peña, Camacho y Escobedo 2008, 179; Secretaría de Salud 2007).

El diagnóstico de preeclampsia, evidentemente biomédico, se refiere a un estado hipertensivo que se puede presentar en las mujeres después de la semana 20 de gestación,

se acompaña de proteinuria,¹ y en ocasiones de edema,² acufenos³ y fosfenos;⁴ se puede manifestar incluso hasta las seis semanas después del parto. Este síndrome implica la activación endotelial arterial que se caracteriza por la reducción de la perfusión sistémica y activación de los sistemas de coagulación, esto produce una serie de síntomas que pueden estar o no presentes en diferente grado de severidad (Morgan et al. 2010, 154).

La enfermedad afecta diversos ámbitos en la vida de la mujer y presupone la toma de decisiones en cuanto a las prácticas de atención durante el embarazo -parcialmente condicionadas por la representación social de la enfermedad-, donde la mujer lleva a cabo una serie de decisiones que condicionan de una u otra forma la salud de la madre y su hijo, así como la estabilidad del entorno familiar.

Por lo tanto, la presente investigación tiene por objetivo describir y analizar las representaciones sociales de la preeclampsia en mujeres que padecieron esta enfermedad entre el año 2009 y 2010, atendidas en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, en la ciudad de Hermosillo; así mismo, se reconstruyeron sus prácticas y trayectorias de atención; también se establecieron relaciones con el marco de representaciones sociales en sus experiencias de padecer y atender esta enfermedad.

Para poder responder a la pregunta de investigación y al objetivo de la misma, se optó por emplear un enfoque cualitativo, donde se utilizó una serie de entrevistas semiestructuradas como estrategia metodológica primordial, para poder acceder al pensamiento social de las mujeres y reconstruir tanto sus representaciones sociales de la

¹ Proteinuria está definida por la presencia de proteínas en la orina, en los adultos se refiere a una excreción urinaria de éstas superior a 150 mg en 24 horas, que se constituye como un indicador importante de lesión renal, (Escalante, 2006).

² Por edema se entiende como la presencia clínicamente manifiesta de líquido en el espacio intersticial, y se expresa a través de lo que comúnmente se conoce como “hinchazón”.

³ Acufenos es el fenómeno perceptivo de escuchar sonidos agudos sin que procedan de ninguna fuente externa

⁴ El término biomédico cefalea se refiere al dolor de cabeza, mientras que acufenos al fenómeno perceptivo de escuchar sonidos agudos sin que procedan de ninguna fuente externa, y fosfenos al ver manchas luminosas no producidas por un fenómeno externo.

enfermedad como las prácticas de atención instrumentadas por tales mujeres; dichas entrevistas se realizaron en sus hogares.

Al mismo tiempo, se inspeccionó el área de consulta externa y urgencias del HIMES para conocer el itinerario institucional⁵ que deben seguir las mujeres cuando se atienden en esta institución. Además, observamos la interacción del personal de enfermería con las pacientes así como las rutinas hospitalarias del personal en el módulo de enfermería. Se incluyeron entrevistas estructuradas al personal de enfermería y médico, ya que consideramos importante conocer las nociones biomédicas de dicho personal con respecto a la preeclampsia; esto como una forma de entender la influencia del discurso médico en la construcción de la representación de la enfermedad.

Los criterios de inclusión para las mujeres fueron: haber padecido la enfermedad durante el periodo 2009-2010; cumplir con las características de una tipología construida a partir del análisis de una muestra de expedientes clínicos del HIMES; y la revisión bibliográfica para conocer el nivel socioeconómico de la mujer, escolaridad, número de gestación y que su hijo no hubiese fallecido.

Para este estudio se tomó en cuenta sólo a las mujeres que utilizaron el servicio médico especializado del HIMES, ya que algunas mujeres viven en lugares remotos y no tienen acceso cercano a un hospital de este tipo, por tal motivo, no fueron incluidas en este estudio.

El enfoque central de esta investigación se basa en la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici, porque nos ofrece un marco explicativo adecuado para comprender la noción de las mujeres con relación a la preeclampsia; además, el abordaje de

⁵ El itinerario institucional lo entendemos como el camino que siguen las mujeres al interior de la institución hospitalaria para acceder a una consulta prenatal, desde que llegan a la institución hasta el momento en que se retiran.

las representaciones sociales posibilita comprender las prácticas sociales, puesto que la representación, el discurso y la práctica se generan e integran mutuamente, no obstante, las prácticas guardan su propia lógica y puede ser divergente a la representación⁶ (Araya 2002; Bourdieu 2009).

Así como existe un consenso de que las representaciones determinan las prácticas, hay autores que piensan que las prácticas son la principal fuente de transformación de las representaciones (Flament 1987, citado en Guimelli 2001, 75). Por lo tanto, es de nuestro interés aportar elementos para ampliar la comprensión donde la representación organiza las prácticas sociales o viceversa.

El desarrollo de esta investigación se organiza en nueve capítulos, también se incluyen los anexos que se utilizaron para la recolección de la información.

En el *primer capítulo* se plantea la construcción del problema de investigación, así como la pregunta general, preguntas específicas, objetivos del estudio e hipótesis de investigación. En el *segundo capítulo* se muestra el marco teórico, tiene como eje la teoría de las representaciones sociales de Moscovici y se presenta su dimensión de contenido, que a la vez se compone por la información que poseen las mujeres con respecto a su padecer y actitud generada a partir de sus experiencias. Así mismo, se muestran los conceptos de prácticas y trayectorias de atención durante el embarazo, que para esta investigación se articularon en dos ámbitos; uno concerniente al espacio de la institución de salud, y otro a nivel comunitario. Finalmente, este capítulo construye el estado del arte en relación con los estudios de representaciones sociales, estudios biomédicos de la preeclampsia, estudios socioculturales y de prácticas de atención.

⁶ Ejemplo de ello puede ubicarse en el hecho de que la mujer tenga la representación de una alimentación adecuada en el embarazo, constituida por alimentos ricos en frutas y verduras, pero decida consumir alimentos con alto contenido calórico, aun sabiendo que debe limitar su consumo.

En el *tercer capítulo* se presenta el marco metodológico, que a la vez se estructura por nueve subapartados: 1) Carácter de la investigación, 2) técnicas de recolección de la información, 3) la institución de salud, 4) universo de estudio, 5) criterios de inclusión, 6) consentimiento informado, 7) instrumentos, 8) trabajo de campo, y 9) proceso de análisis de la información.

En el *cuarto capítulo* se presenta el contexto donde se desarrolló la investigación, constituida por aspectos demográficos generales de la región y las colonias donde viven las mujeres. También presentamos aspectos generales de los centros de salud de nuestra región, la institución de salud donde las mujeres resolvieron su padecimiento de preeclampsia (HIMES), así como el panorama epidemiológico general en relación con la mortalidad en general y materna.

En el *quinto capítulo* se presentan a los actores institucionales de salud que presta sus servicios tanto en la consulta externa como de urgencias, estableciendo la relación enfermera paciente y la práctica de enfermería; así como el itinerario institucional que siguieron las mujeres, reconstruido mediante la observación que se realizó en las consultas, para finalmente presentar la práctica de enfermería en el módulo de las mismas.

En el *sexto capítulo* se presentan a las mujeres y sus trayectorias de atención, así como sus convergencias y divergencias según al grupo de pertenencia

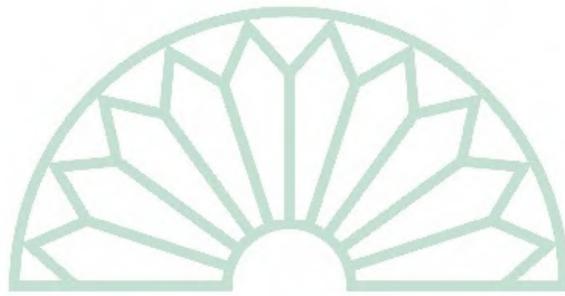
El *séptimo capítulo* mostramos algunos aspectos de la información que circula entre los legos y sirven de insumo para la construcción de la representación social de la enfermedad, para posteriormente presentar nuestros resultados respecto a la representación social de la preeclampsia, tanto en la dimensión de contenido como de actitud; representaciones que están mediadas por la influencia del discurso médico y articuladas con la noción social de hipertensión arterial, ya que mediáticamente se ha enfatizado en los

distintos medios la relevancia del problema de hipertensión en la comunidad, aspectos retomados por las mujeres en la construcción de la representación social de preeclampsia.

Las prácticas de atención son discutidas en el *octavo capítulo*, mientras que en el *noveno capítulo* se muestran las conclusiones, limitaciones y recomendaciones a las cuales llegamos después de analizar la información obtenida en el proceso de la investigación.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Capítulo I

El problema de investigación

El embarazo, como evento biológico y social, suele estar rodeado de múltiples significados, anhelos y esperanzas para la mujer, su pareja y familia, de tal forma que el grupo familiar espera que éste transcurra sin problemas, y nazca un hijo en perfecto estado de salud⁷; sin embargo, en algunas situaciones las mujeres presentarán problemas de salud, los cuales pueden ir desde una molestia leve hasta condiciones que ponen en peligro su vida o la de su hijo.

En relación con las consecuencias derivadas por complicaciones maternas, la muerte materna se constituye como una de las principales metas por abatir. La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica como principales causas de mortalidad materna⁸ a nivel mundial, las siguientes: hemorragias (25 por ciento), causas indirectas (20 por ciento), infecciones (15 por ciento), aborto en condiciones inseguras (13 por ciento), preeclampsia y eclampsia (12 por ciento), parto obstruido (8 por ciento), y otras causas directas (8 por ciento) [Tabla 1]. De acuerdo a esto, en 2002 se reportaron aproximadamente 63 mil muertes en todo el mundo derivados de 4 152 000 casos de preeclampsia y eclampsia (EngenderHealth 2007, 4, 6).

⁷ Con esta aseveración no negamos que existen situaciones específicas en la vida de algunas mujeres que divergen con la situación expuesta.

⁸ Se define muerte materna al fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes al finalizar el embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial, 2005).

Tabla 1. Causas de mortalidad materna a nivel mundial, 2007.

Causas	%
1. Hemorragias	25
2. Causas indirectas	20
3. Infecciones	15
4. Aborto	13
5. Preeclampsia y eclampsia	12
6. Parto obstruido	8
7. Otras causas indirectas	8

Fuente: EngenderHealth, 2007. <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/engenderhealth-eclampsia-report.pdf>

A nivel mundial, existe el compromiso para abatir la muerte materna debido al impacto en la vida de las personas y familias; estas muertes son un reflejo de las condiciones de inequidad y desigualdad en los países.

Puesto que la mayor parte de las complicaciones que conducen a la muerte materna se pueden resolver, en el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM),⁹ se conmina a los países a reducirla en tres cuartas partes para el año 2015 del nivel observado en el año 2000. Según los datos actuales, son pocos los países en desarrollo que se encuentran en camino de lograr el ODM 5.¹⁰ En 56 de 68 países participantes en este compromiso, se registra el 98 por ciento de las muertes maternas, donde la Razón de Muertes Maternas (RMM) es aún elevada en más de 300 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos vivos, en comparación con las 430 observados en 1990; sin embargo, hay datos positivos de tendencias decreciente sobre mortalidad y morbilidad materna que sugieren el avance de

⁹El objetivo más importante para reducir los Riesgos del Embarazo está plasmado en el ODM5, cuya meta consiste en reducir la razón de la mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015 (OMS, 2011).

¹⁰ El quinto objetivo del desarrollo del milenio es mejorar la salud materna, que en la meta 5 A se pretende reducir la tasa de mortalidad materna en un 75 por ciento entre 1990 y 2015.

logros en todo el mundo del quinto ODM; pero aún no han sido suficiente para reducir las condiciones de inequidad social y salud que conducen a tales muertes (ONU 2010).

En este sentido, la disminución de la tasa media anual de menos del 1 por ciento es muy inferior a la reducción del 5.5 por ciento anual necesaria para alcanza el ODM5, ninguna de las regiones mundiales ha alcanzado ese 5.5 por ciento, aunque en Asia Oriental la reducción anual fue del 4.2 por ciento, mientras que en África subsahariana se registra la mayor mortalidad materna, donde la reducción anual ha sido de aproximadamente un 0.1 por ciento. Aunque el gran margen de incertidumbre¹¹ de la RMM hace que no se pueda afirmar si en realidad se ha producido alguna reducción significativa (OMS 2011).

Las causas de muerte materna varían de manera importante entre los países. En el caso de Latinoamérica y México, la *preeclampsia-eclampsia* se constituye como la primera causa, aspecto contrastante con países desarrollados donde el origen principal de decesos se atribuyen a causas indirectas, es decir, relacionadas con una patología previamente instalada, como son las enfermedades crónicas (OMS 2013).

Por lo tanto, en México la preeclampsia representa un problema de salud pública. No obstante en las últimas décadas ha disminuido la mortalidad materna por esta enfermedad. El nivel actual de muertes es inaceptablemente alto dado el nivel de desarrollo socioeconómico de nuestro país;¹² así, entre 1955 y 2006 se registró una reducción en la razón de mortalidad materna de 70.6 por ciento, al pasar de 204.4 por ciento a 60.0 por ciento defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos (IMSS 2011, 12; Secretaría de Salud: Programa de Acción Arranque parejo en la Vida 2007-2012 2008).

¹¹ El margen de incertidumbre indica que, si bien se da una estimación puntual, la verdadera RMM podría estar situada entre los límites superior e inferior de incertidumbre de las estimaciones estadísticas.

¹² De acuerdo a la UNDP (2011), México se encuentra en el lugar 57 de 187 países de los que se disponen datos comparables.

México, como partícipe de los compromisos de los ODM, incluyó la meta de reducir la mortalidad materna en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, esto significa que todas las instituciones de salud están comprometidas para su reducción, especialmente en la población con mayor riesgo; es decir, la población más pobre del país que vive en los municipios con menor índice de desarrollo humano.

La preeclampsia es un síndrome multisistémico¹³ caracterizada por el incremento de la presión arterial y proteinuria, se presenta a partir de la semana 20 de gestación y puede o no estar acompañada de edema, cefalea, acúfenos, fosfenos, dolor abdominal y alteraciones de los estudios de laboratorio, tales como alteraciones del funcionamiento hepático o de coagulación (Morgan-Ortiz et al. 2010, 154).

También provoca daño en el endotelio de las paredes arteriales, lo que ocasiona aumento en la resistencia vascular, esto da lugar a la sintomatología observada que se puede manifestar como daño cerebral, hepático, renal y edema pulmonar en la mujer embarazada; este aumento en la resistencia vascular ocasiona reducción del flujo sanguíneo hacia el feto, lo que puede producir complicaciones fetales como bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y muerte fetal (NHLBI 2012).

A pesar de la amplia investigación biomédica realizada para comprender la etiología de la enfermedad, aún no se disponen de datos concluyentes y, por ende, no existe una prueba específica para predecir su aparición, por lo tanto, tampoco su prevención. Por ello, el diagnóstico de preeclampsia se basa primordialmente en la detección de hipertensión arterial y proteinuria (en ocasiones en las últimas etapas del embarazo) mediante la monitorización de la presión arterial y mediciones de proteínas en orina.

¹³ Un síndrome es un conjunto de signos que caracterizan a una enfermedad, el cual afecta a uno o a más órganos; en el caso de la preeclampsia puede afectar a nivel vascular, renal, hepático o cerebral.

Estudios realizados como el de Cnossen et al. (2008), muestran la efectividad del análisis Doppler de la arteria uterina como un predictor de preeclampsia en el primer y segundo trimestres de embarazo, y concluyeron que la detección de ondas anormales en la arteria uterina mediante ultrasonografía Doppler son un buen predictor de preeclampsia. No obstante, la disponibilidad de este estudio aún es poco accesible en el primer nivel de atención, particularmente en países con características socioeconómicas similares al nuestro.¹⁴

Un aspecto relevante en las mujeres que desarrollan preeclampsia, es que pueden transitar desde un estado leve a uno severo en forma abrupta, pero se desconocen las causas que provocan esta situación (CNEGYSR 2013); la evolución fisiopatológica es indiscutiblemente determinante. Aunque no es posible prevenir la enfermedad, existen factores que pueden identificarse para atender en forma oportuna a la mujer y ser la diferencia entre la vida o muerte de ella o su hijo.

La identificación temprana de los signos de alarma es un elemento esencial en el resultado y pronóstico a la salud *materna-fetal*, es decir, que la embarazada o la familia sean capaces de reconocer que *algo no está bien con el embarazo*; aquí intervienen aspectos culturales y sociales que en ocasiones ayudan o dificultan la atención oportuna, o en su caso, operan para que la mujer realice prácticas que bajo la visión del modelo biomédico, no son positivas para su salud o la de su hijo con posibles resultados de dimensiones trágicas (OMS 2010).

¹⁴ En la Secretaría de Salud, el estudio Doppler de la arteria uterina no se encuentra dentro del catálogo de pruebas diagnósticas, por lo cual, las pacientes requieren pagarlo con sus propios recursos económicos. El estudio tienen un costo aproximado de 800 pesos mexicanos.

Otro factor es el acceso a hospitales resolutivos de la emergencia obstétrica, con personal capacitado las 24 horas, los 365 días del año, donde la atención médica proporcionada sea adecuada.

Por lo tanto, esta investigación busca comprender cómo se integran y estructuran las nociones biomédicas con las del sentido común (a través de las representaciones sociales y prácticas de atención), que se generan cuando una mujer padece preeclampsia, lo que Menéndez considera como el proceso/salud/atención, el cual es estructural a todas las sociedades quienes generan representaciones y prácticas ante determinadas enfermedades; por lo tanto, los conjuntos sociales construyen significados y mecanismos sociales para hacer frente a un padecimiento (Menéndez 1994).

En este proceso, el discurso médico se presenta como hegemónico sobre el lego,¹⁵ por ello, se encuentran relaciones de poder que tienden a medicalizar tanto las representaciones como las prácticas de atención de las mujeres, negando o al menos restringiendo los saberes legos de la enfermedad. El interés en el estudio de las representaciones sociales de la enfermedad y las prácticas de atención es porque proporcionan elementos complementarios con la visión biomédica de la enfermedad, para comprender en forma amplia el evento de padecer preeclampsia desde diferentes ámbitos/visiones. Con estos elementos se podrían proponer futuras estrategias institucionales y de educación que conlleven a brindar una atención de mayor calidad al poder incidir en aspectos educativos y de atención, regularmente poco considerados al interior de las disciplinas médicas y de enfermería.

¹⁵ El saber lego es aquél que poseen las personas respecto a la preeclampsia, sin que éstas tengan preparación académica médica o paramédica.

Pregunta de investigación

- ¿Cuáles son las representaciones sociales de la preeclampsia y prácticas de atención de las mujeres con diagnóstico de preeclampsia y que fueron atendidas en el HIMES de Hermosillo, Sonora, durante el período 2009-2010?

Preguntas específicas

- ¿Cuál es el contexto sociodemográfico donde las mujeres viven y atienden sus padecimientos?
- ¿Cuáles son las explicaciones que tienen estas mujeres con respecto a las causas, síntomas, riesgos y tratamientos de la preeclampsia?
- ¿Cuáles son las prácticas de atención durante el embarazo, parto y/o puerperio de las mujeres que fueron diagnosticadas con preeclampsia?
 - ¿Cuáles son los motivos de las prácticas de las mujeres?
- ¿Cuáles son las trayectorias de atención desarrolladas por las mujeres diagnosticadas con preeclampsia?
- ¿Cuáles son las diferencias en las representaciones y prácticas de acuerdo al nivel socioeconómico, escolaridad y número de partos?
- ¿Cómo influyen las nociones biomédicas y de los medios de comunicación en la representación social de las mujeres con respecto a la preeclampsia?

Objetivos

Objetivo general

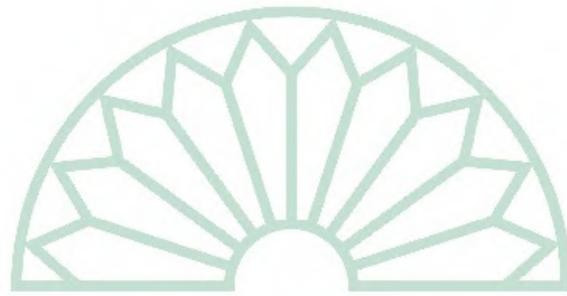
- Describir y analizar las representaciones sociales de la preeclampsia de mujeres con diagnóstico médico de preeclampsia de la ciudad de Hermosillo, Sonora, en el periodo 2009-2010, así como sus prácticas de atención.

Objetivos específicos

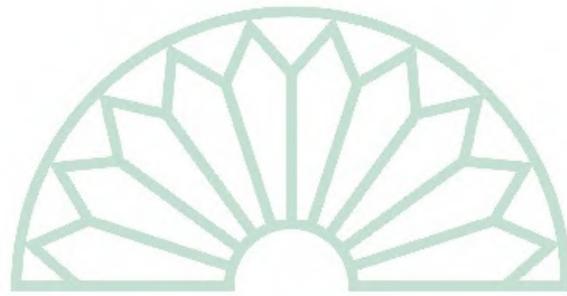
- Conocer el contexto sociodemográfico donde las mujeres viven y atienden sus padecimientos
- Comprender cómo las mujeres integran la información proveniente de los saberes médicos y legos en la construcción de las representaciones sociales de la preeclampsia.
- Describir y comprender las prácticas de atención instrumentadas por las mujeres.
- Describir y analizar las trayectorias de atención construidas por mujeres diagnosticadas con preeclampsia.
- Comprender las convergencias y divergencias de la representación social de la preeclampsia y prácticas de atención de acuerdo a una tipología determinada.
- Conocer las nociones biomédicas y de los medios de comunicación que sirven de insumo en la construcción de la representación social de las mujeres con respecto a la preeclampsia.

Hipótesis

1. Las representaciones sociales de la preeclampsia y sus prácticas de atención de las mujeres que se atendieron en el HIMES, se diferencian por la clasificación tipológica de las mujeres (nivel socioeconómico, escolaridad y número de embarazos).



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Capítulo II

Marco conceptual

En este capítulo presentamos los principales conceptos que sustentan la investigación, y en concordancia con la pregunta y objetivo general de la misma, abordamos la teoría de representaciones sociales de Moscovici, de la cual nos acotamos en conocer y comprender su dimensión de *contenido*, puesto que nuestra intención no es analizar el proceso de construcción de la representación social. El contenido se estructura en tres componentes: *actitud, información y el campo de la representación*.

Aunado a la perspectiva teórica que guía este trabajo, presentamos el concepto de prácticas de atención, ya que buscamos conocer las actividades realizadas de las mujeres durante el cuidado de su embarazo. Estos elementos son esenciales para reconstruir las trayectorias de atención que llevaron a cabo las mujeres en su proceso de salud/enfermedad/atención. Dichos conceptos nos proporcionan el lente teórico-conceptual necesario para comprender las decisiones que instrumentaron las mujeres en su proceso de atención.

Con base a lo anterior, en primer lugar presentamos una descripción general de la teoría de las representaciones sociales bajo el enfoque procesual, la cual privilegia el uso de la entrevista, cuyo planteamiento general concibe que las representaciones sociales se conforman a partir de dos procesos: cognitivo, y social (Palacios 2009, 92). En su componente cognitivo supone un sujeto activo, y desde este punto de vista posee una textura psicológica sometida a reglas que rigen los procesos cognitivos; por otro lado, las

condiciones sociales determinan la puesta en práctica de los componentes cognitivos (Abric 2001, 13).

Utilizar este enfoque de la teoría nos permite acceder al pensamiento social, es decir, aquellos conocimientos, creencias y opiniones que emergen de la interacción grupal acerca de objetos socialmente significativos, como es el caso de la preeclampsia para nuestro universo de estudio; por lo tanto, en concordancia con Jodelet (1986), tiene en cuenta el conocimiento espontáneo, ingenuo, el saber del sentido común. Dicho conocimiento se forma a partir de las experiencias propias de los sujetos, de las informaciones y de los esquemas de pensamientos que poseen las mujeres, que son recibidas a través de la cultura, la comunicación y la educación (Álvarez 2004, 152).

La teoría de las representaciones sociales tiene sus antecedentes en las ciencias sociales, cuando Durkheim, en 1898, construye el concepto de representaciones colectivas, las cuales se imponen a las personas con una fuerza constrictiva y con la misma objetividad que las cosas naturales, porque lo colectivo no puede ser reducido a lo individual, ya que son producidas en la interacción grupal y forman el bagaje cultural de una sociedad, mientras que las representaciones individuales son una expresión individual de las colectivas. Por lo tanto, Durkheim privilegia la estructura como determinante sobre los agentes sociales (Araya 2002, 21; Mora 2002).

En aras de ubicar al individuo, no como un elemento periférico, Moscovici retoma el concepto de representaciones colectivas para darle un giro y crear las representaciones sociales, el cual, debido a su marco constructivista -al contrario de Durkheim-, reconoce al sujeto y grupo como agentes constructores de sentidos que negocian en el contexto sociocultural (Parales-Quenza 2007, 354,355). A la vez, la teoría tiene repercusiones importantes que ponen en evidencia la articulación entre lo individual y lo colectivo;

asimismo, se ha demostrado la existencia de una organización estructurada del pensamiento social; y por último, gran plasticidad desde el punto de vista metodológico, lo que permite utilizar diferentes enfoques metodológicos (Rouquette, Michel-Luis 2010, 136-7).

La teoría de las Representaciones Sociales

Antes de abordar el contenido de la teoría de representaciones sociales es necesario conocer cómo ha sido construido el concepto por diversos investigadores como Serge Moscovici, Denisse Jodelet, Robert Farr y María Branchs; para posteriormente dar a conocer la dimensión del contenido de la representación social.

Concepto

La teoría de representaciones sociales, debido a su alcance conceptual, es utilizada en diversas disciplinas, como medicina, enfermería, sociología, psicología, antropología y educación. También ofrece un marco explicativo importante para conocer y comprender el pensamiento social, así como la dinámica de las prácticas sociales condicionadas por la visión del mundo de los sujetos (Abric 1994, citado en Araya 2002). Sin embargo, este concepto, desde su aparición en la obra de Moscovici en 1961 (*El Psicoanálisis, su imagen y su público*), es objeto de algunas adecuaciones con el fin de utilizarlo en los diferentes campos disciplinares específicos para explicar los fenómenos que son de la competencia de cada área; por ello, se pueden encontrar diversas definiciones que lo convierten en un concepto complejo y polifacético. Entre los más importantes exponentes de la teoría de las representaciones sociales, que han realizado aportes tanto al concepto como la teoría en

general, se encuentran los autores: Denisse Jodelet, Robert Farr y María Auxiliadora Branchs, entre otros (Knapp 2003, 154).

Moscovici, define las representaciones sociales como una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos

[...] la representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici 1979, citado en Araya 2002, 27).

En este concepto, Moscovici muestra la intersección entre las dimensiones sociales e individuales, ya que las representaciones son construidas en el intercambio social y, a la vez, la representación cambia la realidad social de los individuos.

Por su parte, Jodelet define a las representaciones sociales como una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados, en sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presenta características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica (Jodelet 1986, 474).

Por su parte, Farr nos dice que las representaciones sociales son sistemas cognitivos que poseen una lógica y un lenguaje particular, pero siempre orientadas a organizar el mundo social.

[...] de teorías de ciencias sui generis, destinadas a descubrir la realidad y ordenarla [...] tiene una doble función: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible, perceptible. (Farr 1986, 496, 503).

María Auxiliadora Branchs, define las representaciones sociales como la forma de conocimiento del sentido común propio de las sociedades modernas bombardeadas constantemente de información a través de los medios de comunicación. En este concepto, Branchs realza la importancia de la comunicación como un requisito necesario para que se produzca la representación, ya que sin un medio de difusión no es posible la construcción social de las diferentes nociones.

[...] en sus contenidos encontramos sin dificultad la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones, cuya sustancia es regulada por las normas sociales de cada colectividad (Citado en Araya 2002, 28).

En los conceptos anteriores yace el supuesto de que no existe una realidad objetiva a priori, toda realidad es representada, apropiada por el grupo, reconstruida en un sistema cognitivo, integrada en su sistema de valores, dependiendo de su historia y del contexto ideológico que lo envuelve (Giménez 2007, 46).

Dimensiones

Las representaciones sociales, de acuerdo a Moscovici, tienen tanto un contenido *como un proceso*. Como *contenido* se refiere a un conocimiento particular, del cual se pueden distinguir tres dimensiones: *información, actitud* y el *campo de la representación*¹⁶.

La *actitud*, en este sentido, se refiere a la postura que toman las personas al confrontarse con los problemas mundanos; esto orienta la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular la acción. Al igual que en diversas enfermedades, los síntomas son diferencialmente percibidos, lo que lleva a reacciones variadas entre las mujeres (Bronfman y Castro 1997); o de acuerdo a Niven (2009), la actitud es el mecanismo psicológico que determina la tendencia del individuo a reaccionar, positiva o negativamente, delante de un determinado estímulo.

Por lo tanto, en este estudio consideramos la actitud como la reacción emocional ante la enfermedad, lo cual genera en las mujeres sentimientos positivos o negativos, favorables o desfavorables durante la atención de su padecimiento, basadas en experiencias previas, y ante la enfermedad funciona de insumo para la toma de posición, además ayudará en la orientación conductual ante futuros problemas que enfrentarán las mujeres en eventos posteriores.

La *información* es un elemento proveniente del exterior, ya sea por los medios de comunicación, por la divulgación científica, escolar, etcétera; concierne a los conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un objeto o situación social determinada, y varía tanto en la cantidad de información como la calidad de la misma.

¹⁶ Aclaramos que en este trabajo no es nuestra intención analizar la estructura del discurso de las mujeres, por ello, no analizamos el campo de la representación. Sin embargo, consideramos pertinente presentar los elementos conceptuales de esta dimensión.

En el caso de la preeclampsia, por ser una entidad de carácter eminentemente biomédica, es el sector sanitario con mayor cantidad de información difundida entre la población y es transmitida por diversos medios hacia las mujeres y/o sus familiares.

Una vez establecido el diagnóstico clínico de preeclampsia, debe ser informado por el médico tratante o en turno¹⁷ a la mujer o sus familiares, ya que de acuerdo a las normas institucionales es responsabilidad de ellos, y no de otros integrantes del sistema de salud, informar a los pacientes respecto a la enfermedad, tratamiento y evolución.

En la relación médico-paciente el discurso médico usualmente está plagado de jerga disciplinar que puede hacer incomprensible la información brindada para los pacientes, lo que conduce a que la información incorporada por las mujeres no siempre sea decodificada, comprendida o recordada adecuadamente en los términos que fue transmitida (Almarales 2003; González y Rodríguez 2010, 26); esto se debe a que la profesión médica, al igual que en otras, al contar con un lenguaje propio excluye a los legos, al proveer información limitada y no fluye igual para cada paciente (Castro 2008, 327).

Por lo tanto, las mujeres construyen la representación del diagnóstico clínico en términos comprensibles para ellas, que servirán de guía para realizar sus prácticas de atención. Sin embargo, para poder generar una representación social son necesarias al menos dos condiciones: a) que el tema sea objeto de discusión entre la población y b) que exista en los medios de comunicación. En el caso de la preeclampsia como objeto de discusión, se limita prácticamente entre la población que ha padecido la enfermedad o, en su caso, alguna persona cercana al grupo familiar. Por otro lado, es poca la información en los medios de comunicación, por ello, la representación de la preeclampsia se orienta hacia

¹⁷ En las instituciones públicas debido a sus condiciones laborales institucionales, el médico que usualmente brinda el control prenatal no necesariamente atiende a las pacientes fuera de su horario de trabajo, por ello, la atención es dada por el médico de guardia cuando la mujer solicita los servicios de urgencias.

otra entidad biomédica (hipertensión), al menos en nuestro caso, entre la población (Guerrero 2000, 194).

Finalmente, el *campo de la representación* está mediado por elementos diferentes que entran en las imágenes que utiliza a la gente para expresar su relación con el entorno social, material así como metáforas y valores que vienen a sostener el punto de vista de las personas, lo que constituye el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social; con lo cual se organiza el contenido de la representación, el cual puede o no estar presente en el discurso que expresan las mujeres, ya que la información que poseen puede reflejar ideas lejanas al concepto biomédico de la preeclampsia (Araya 2003, 40,41; Esparza 2003, 122).

Por lo tanto, para esta investigación, la representación social de la preeclampsia la conceptualizamos como una forma de conocimiento socialmente elaborado, un sistema de ideas, imágenes, creencias y opiniones, que se construyen en relación con el diagnóstico clínico de la preeclampsia; cuya función es la de comprender, organizar e integrar la información al respecto de la enfermedad proveniente desde diversos ámbitos, así como la de orientar -mas no determinar- las prácticas de auto atención en el proceso salud/enfermedad/atención.

Prácticas

En el campo de estudio de las representaciones sociales, las prácticas han sido subestudiadas, ya que comúnmente se asocia a comportamientos atomizados, con escasa consideración del hecho de que las prácticas son sistemas de acción socialmente estructurados e instituidos en relación con un pasado colectivo, donde las prácticas antiguas

tienen su lugar y juegan un papel esencial en la experiencia colectiva o individual de las relaciones sociales, es decir, la experiencia comunitaria ante diversos padecimientos -como el caso de la preeclampsia- funge como insumo en la toma de decisiones para atender a las mujeres (Abrić 2001, 207).

Las prácticas sociales se reproducen en los contextos caracterizados por un estilo de vida diferencial a través de la práctica social y el saber popular, lo que sugiere influencias y transacciones, los cuales son expresiones individuales de patrones sociales (Flores 2003, 37), o como lo refiere Aranda: “Las prácticas son productos sociales que se reproducen y transforman por los actores sociales, pero dentro de contextos estructurales e históricos que delimitan el margen de su acción” (2005, 31).

De acuerdo a Osorio (2001), son entendidas como una representación de lo que las mujeres informan que hacen. Estas prácticas se encuentran implícitas en la trayectoria de atención de cada mujer, ya que en ellas hay una secuencia de decisiones y estrategias instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer.

En esta investigación coincidimos con Denman, quien conceptualiza a las prácticas como acciones relatadas por las mujeres en un grupo colectivo, por lo que las consideramos más allá de la expresión individual para situarlas como acciones socialmente elaboradas que comparten el grupo de mujeres entrevistadas, por tanto, estas prácticas son representaciones de lo que ellas dicen que hacen (Denman 2001, 80).

En la investigación consideramos las prácticas como las acciones que realizan las mujeres en la atención de su embarazo; estas prácticas, en concordancia con Menéndez (1983), las dividimos para su estudio en prácticas de atención donde está implicado algún integrante del sistema de salud y, por ende, algún curador profesional, ya sea éste médico o

enfermera; mientras que las prácticas de autoatención incluyen aspectos de alimentación, actividad, higiene y cuidados derivados de las redes sociales, su hogar o comunidad, pero sin la intervención del curador profesional.

En el estudio de las prácticas más que reducirnos sólo a conocerlas y describirlas, nos interesa entenderlas en aras de comprender las decisiones que eligieron e instrumentaron las mujeres en su trayectoria de atención insertadas en su contexto social, ya que las prácticas individuales las situamos como una expresión de las prácticas colectivas, en las cuales se inscriben la atención/autoatención en el embarazo (Aranda, 2005).

En el cuidado de la mujer embarazada se instrumentan diversas prácticas sociales, como la alimentación, actividad, *sueño-descanso* e higiene. Las prácticas de alimentación se refieren sobre todo a hábitos alimenticios básicos, así como la importancia de comer alimentos que se consideran adecuados durante el embarazo y limitar aquéllos potencialmente perjudiciales (Ceballos 2010, 32); mientras que las prácticas de actividad se enfocan a aquéllas que preparan el cuerpo de la mujer para llevar un embarazo y trabajo de parto en condiciones adecuadas; o bien, evitar esfuerzos físicos que pongan en riesgo la integridad de la salud del hijo.

Las prácticas parten de consejos que se centran en el tipo, duración e intensidad de la actividad física que se lleva a cabo durante la gestación, recomendaciones transmitidas por diferentes actores sociales implicados en la atención de la mujer como son la madre de la mujer, hermanas, suegras, o amistades cercanas a ellas, además del personal de salud (Barakat 2007, 65).

También, las prácticas operan en diferentes niveles que, de acuerdo a Menéndez (1983), se articulan en alguno de los tres modelos básicos sanitarios: a) modelo médico hegemónico, b) modelo alternativo subordinado, y c) modelo médico basado en la

autoatención; éste último considerado como el primer nivel real de atención, ya que las decisiones que son instrumentadas dependen de la valoración inicial que se hace al interior de la familia o grupo comunal; generalmente, son las mujeres de las familias quienes realizan un diagnóstico preliminar de su situación de salud/enfermedad, a través del cual determinan la gravedad de la misma y deciden instrumentar o no diversas prácticas de atención o autoatención orientadas a resolver el problema de salud identificado y determinadas por las opciones que están al alcance de la mujer (Bronfman y Castro, 1997).

La atención de la mujer supone un complejo entramado de prácticas donde las mujeres hacen uso de algún sistema de atención, o bien, utilizan más de uno de acuerdo a los recursos socioculturales que poseen (Menéndez, 1984).

Si bien todas las mujeres que entrevistamos utilizaron los recursos del sistema público que provee la Secretaría de Salud, principalmente por sus condiciones económicas o de sus familias, en algún momento algunas de ellas utilizaron el sistema privado al contar con redes sociales que les facilitaron el acceso a este tipo de atención, ya sea al inicio o al final del embarazo, esto como una estrategia para atender el embarazo en las mejores condiciones posibles.

No obstante, los esfuerzos del sistema de salud para mejorar la calidad de atención no son suficientes, pues algunas mujeres percibieron barreras para acceder al servicio médico público, como el tiempo de espera excesivo que requieren para acceder a la consulta; otro factor es la pertenencia a una institución o programa de seguridad social, ya que al no ser derechohabiente de alguna de ellas, o no estar inscrita en programas de seguridad social en salud, existen algunos procedimientos burocráticos que limitan la atención, como es el hecho que para recibir consulta en el HIMES, primero deben ser referidas desde un centro de salud, institución donde las mujeres llevaron su control

prenatal; sin embargo, en situaciones de urgencia obstétrica no importa si la mujer es o no referida del centro de salud, ya que es atendida sin interesar esta condición.

Trayectorias de atención

El término trayectorias de atención tiene su referente en el trabajo: “La carrera moral del paciente mental” de Goffman (1988), se refiere a cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida; noción que el autor utiliza para referirse a la secuencia regular de cambios que la carrera introduce en el *yo* de una persona y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí misma y a los demás (Goffman 1988, 133); este concepto es retomado, entre otros, por Osorio (2001), quien lo articula con el modelo de la antropología médica, al considerar la trayectoria de atención como la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer; sin embargo, este concepto no considera las condiciones de vida previas/estructurales en este episodio, o en términos de Bourdieu (1997) quien presenta la noción de trayectoria como:

Serie de posiciones ocupadas por un mismo agente en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones [...] donde los acontecimientos biográficos se definen diferentes estados sucesivos de la estructura de la distribución de las diferentes especies de capital que están en juego en el campo seleccionado”; aspectos necesarios para conocer no solo cuales son tales estrategias o trayectorias de atención, sino además comprender el porqué de sus decisiones.

En este trabajo retomamos el concepto de Osorio para conocer las prácticas de atención que llevaron a cabo las mujeres durante la enfermedad, pero también se pretende

explorar las condiciones circundantes al evento de padecer para construir una visión más amplia de la trayectoria de atención. Por lo tanto, nos interesa reconstruir cuál fue la trayectoria de las prácticas de atención que siguieron las mujeres que fueron diagnosticadas con preeclampsia, tanto al interior de la institución como afuera de la misma, pero partiendo en el momento de percepción del embarazo.

De acuerdo a Flores y Rodríguez (2010), las trayectorias de atención se expresan en el ejercicio de todas las prácticas que realiza la mujer o su grupo de acuerdo a los saberes propios con el propósito de autoatención; así, la identificación inicial de algún problema de salud puede estar mediado por el reconocimiento de algún malestar durante el embarazo, como puede ser el *hinchamiento*, conocimiento que es integrado por una serie de experiencias personales y transmitidas generacionalmente en las familias, a partir de ellas se desencadena una serie de estrategias para buscar una solución o, al menos, una explicación sobre la condición de salud de la mujer.

En el caso de las expresiones corporales de la enfermedad, algunos síntomas como la hinchazón puede expresarse como algo *normal*, lo que puede limitar la búsqueda de atención biomédica, mediado por el discurso médico que no puntualiza la importancia de ciertos síntomas o, al menos, los muestra como normales al momento de transmitir información a la mujer.

Por lo tanto, la trayectoria de atención, vista de una perspectiva lineal de las mujeres que padecen preeclampsia, puede iniciar con la percepción de cambios corporales, la interpretación y creencias respecto a los síntomas -como es el caso del edema que padecen algunas mujeres-, la búsqueda de ayuda, y concluyen con la obtención del diagnóstico y una prescripción terapéutica (Lavielle et al. 2007, 148).

Respecto a la forma en que las mujeres responden ante los síntomas percibidos, pueden decidir contactar al médico dependiendo de la valoración inicial que llevaron a cabo, o por integrantes del núcleo familiar respecto a la gravedad o normalidad de los síntomas percibidos, lo que las conduce a rechazar o aceptar el tratamiento médico y, en su caso, permanecer bajo la supervisión médica; estas respuestas se derivan de lo que Mechanic (1996) considera como *conducta del enfermo*, la cual es la manera en que la gente percibe, evalúa y responde a los síntomas, condicionado por tres situaciones: a) como producto de su condición sociocultural, b) como el repertorio de afrontamiento, y c) en términos de su utilidad.

Por lo tanto, las trayectorias de atención representa el ejercicio de las prácticas de atención de acuerdo a los saberes de las mujeres, de su grupo comunitario o del personal de salud en el cuidado de su embarazo con el propósito de autoatención, autoayuda o autocuidado (Flores 2011).

Redes sociales

Un aspecto importante para los sujetos sociales, y especialmente en el proceso de salud/enfermedad/atención, se encuentra en las redes sociales donde viven las mujeres (Menéndez 2009).

De acuerdo a Lazares (1996), las redes sociales se conceptualizan como un conjunto bien delimitado de actores sociales –individuos, empresas, unidades colectivas sociales, estados, etcétera- vinculados unos a otros a través de una relación o conjunto de relaciones sociales –personales, asociaciones, movilidad geográfica o social, conexión física, etcétera-, por lo cual las enfermedades no se presentan en forma aislada, sino en relaciones sociales.

Si bien la enfermedad eminentemente posee un carácter biomédico, la atención a la misma se da en relaciones sociales, relaciones que juegan un papel decisivo en el proceso social de búsqueda de atención, el cumplimiento de actividades y la obtención de recursos. Estas relaciones sociales se diferencian entre los grupos por sus características socioculturales, reconstruyendo nuevos procesos enmarcados por las condiciones de vida de los sujetos sociales.

En el caso de la identificación de signos es complejo establecer la normalidad o anormalidad en el embarazo, sin embargo, la memoria cultural suele brindarles elementos básicos a las mujeres para identificar matices en cada embarazo y establecer, a partir de ello, estrategias de atención, ya sea en el seno familiar o comunitario. Por lo tanto, la oportunidad en la identificación de síntomas de enfermedad –especialmente en procesos lentos o crónicos- y, posteriormente, la búsqueda de esa atención es mediada dentro de la estructura social comunitaria, pero muy especialmente en el seno de la familia, así, si el sujeto vive dentro de una red social positiva, el grupo comunitario por la cercanía con el sujeto expresará sus opiniones y participará activamente en el cuidado de la mujer. Esto es especialmente importante en el proceso del embarazo, ya que su cuidado depende de diferentes aspectos, como son alimentación o identificación de cambios anormales del embarazo; una vez identificada cierta anormalidad se establecerá un diagnóstico preliminar en el seno familiar y, dependiendo de la severidad percibida de los mismos, se buscarán los medios necesarios para hacer frente al proceso de enfermedad, creando, incluso, mecanismos de prevención que puede estar o no fundamentada en la biomedicina; no obstante, en el caso de redes sociales primarias débiles, los miembros de la comunidad evitarán o, al menos, restarán importancia al cuidado de la mujer, por lo tanto, no se activan los medios de búsqueda de atención necesarios.

Entramado teórico: Representaciones sociales y prácticas de atención

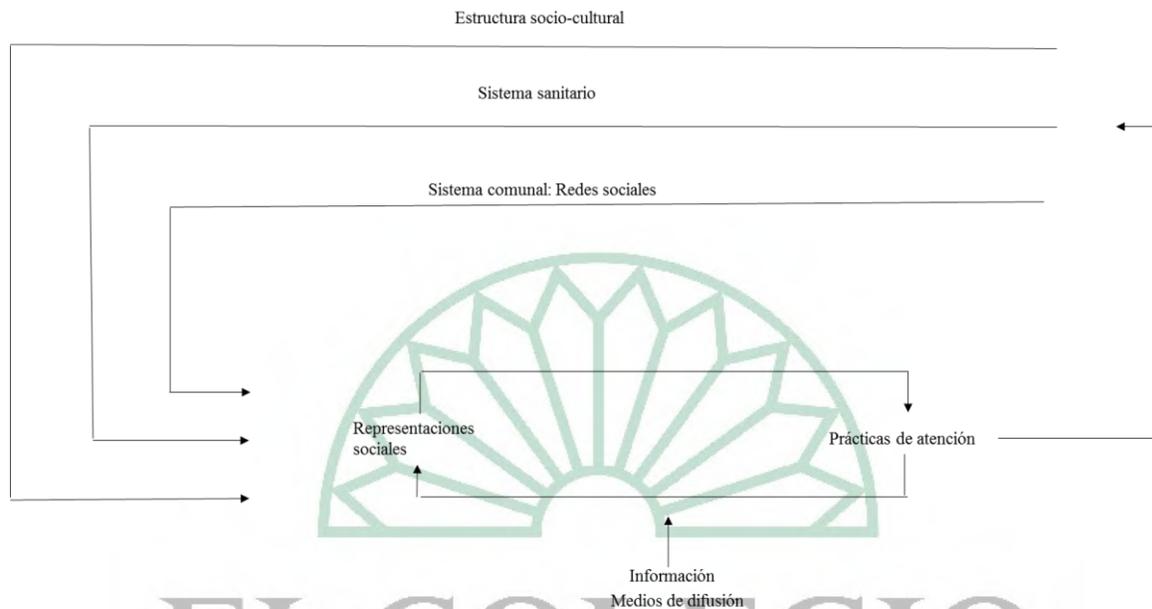
Una de las discusiones teóricas en relación con el estudio de las representaciones sociales, gira alrededor de si las representaciones determinan las prácticas o son las prácticas las que construyen la representación, aspecto que Menéndez (1996) resuelve con la noción de saberes, el cual refiere a un nivel de abstracción mayor que el de representación y prácticas técnicas donde los sujetos, especialmente las mujeres del grupo comunitario, inician con una serie de categorías iniciales de los padecimientos, saber fundamentado sobre argumentos bajo la racionalidad de los actores sociales, sin necesariamente partir de la lógica racional de la ciencia para el caso de los legos; esto es, se genera un saber cuando se vinculan las representaciones sociales con las prácticas (Flores et al. 2010).

Aunado a esta circunstancia se encuentra el momento situacional de urgencia obstétrica donde las mujeres pierden o, al menos, ven limitada su capacidad de comprensión de la información ante la gravedad de la condición que enfrentan tanto ellas como sus hijos; esto, condicionado por una serie de disposiciones socioculturales de la mujer constituidas por las circunstancias materiales de vida, las relaciones comunitarias y la interpretación personal de los cambios corporales y necesidades de atención, así como por condiciones estructurales de accesibilidad de la atención médica.

Visto de esta forma, existen prácticas diferenciadas entre los grupos, lo que en ocasiones determina la prontitud o el retraso en la búsqueda de la atención ante la identificación o no de signos y síntomas de la enfermedad; por ello, la representación social de la enfermedad funge como un sistema de predisposiciones a la práctica, pero ésta, a la vez, es limitada por las condiciones de vida donde se desenvuelven los individuos, así como

por el sentido práctico de la acción elegida entre una serie de opciones de las personas para realizar una determinada práctica (imagen 1).

Imagen 1. Relaciones conceptuales.



Fuente: Elaboración propia.

Por lo tanto, existe una relación dialéctica entre las representaciones de la enfermedad y las prácticas de atención de las mujeres enmarcadas por el contexto sociocultural de las mismas, lo que establece trayectorias diferenciadas entre el grupo de éstas.

Estado del arte

En esta sección presentamos el estado del arte construido por los estudios de las representaciones sociales y relacionadas con nuestro objeto de estudios; además,

mostramos estudios biomédicos de preeclampsia, estudios socioculturales y de prácticas de atención en el embarazo.

La representación social es muy significativa, a tal grado que se han efectuado estudios donde es aplicada como marco teórico para explicar diversos fenómenos, especialmente desde una perspectiva *emic*, ya que este marco proporciona una forma de comprender el pensamiento social de los actores sociales. Por ello, mostramos algunos estudios realizados en torno a las representaciones sociales con diferentes objetos de estudio y relacionados con el proceso salud/enfermedad/atención.

Estudios de las representaciones sociales y salud

Los estudios de las representaciones sociales se han enfocado básicamente en cinco temas: históricos, sociológicos, educativos, culturales y de comunicación. Asimismo, los estudios que predominan son las de género y las educativas, mientras las de salud sólo aparece en un 10 por ciento (Palacios 2009, 97, 100).

El estudio de la salud y la enfermedad han sido objeto de diversas disciplinas a través de diferentes momentos históricos; la antropología médica se ha ocupado en comprender los procesos de salud/enfermedad/atención al utilizar distintos lentes teóricos para su estudio, especialmente los aspectos culturales, recalcando los valores, creencias y prácticas acerca de la salud y la enfermedad, como expresión y como parte de la cultura de la sociedad de todas las sociedades humanas, las cuales no pueden ser estudiadas aisladas de la cultura. (León 2003).

Entre los estudios enfocados al proceso salud/enfermedad en forma amplia, es decir, no acotada a un proceso específico de enfermedad, se pueden encontrar los realizados por

Knapp et al. (2003), quienes estudiaron las representaciones sociales de la salud humana; el trabajo se realizó con una muestra de 150 sujetos en Cuba, constituida por tres grupos de edad (17 a 30 años, 31 a 60 y mayores de 60 años). La metodología utilizada para el análisis de la información fue la entrevista, asociación libre de palabras y completamiento de frases. Al analizar el contenido del material discursivo de los sujetos, los principales resultados muestran que el núcleo figurativo de la representación social se constituye por la idea de bienestar, y alrededor de éste giran las categorías de instituciones, personal y práctica médica, así como calidad de vida; la información que recibe la población proviene principalmente de los medios de comunicación, sin embargo, también la adquieren del personal médico y de las instituciones de salud.

Por su parte, Álvarez y Yovana (2006) analizaron las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, estableciendo tanto las semejanzas como las diferencias de lo que se considera la salud y la enfermedad, entre un grupo de operadores sanitarios y un grupo de pacientes hospitalizados en las ciudades de Bucaramanga y Floridablanca. La hipótesis fue que las representaciones sociales del grupo médico están guiadas por la formación del campo de formación, mientras que el resto lo haría bajo la lógica de la cotidianidad. El grupo de estudio se conformó por 400 sujetos, a los cuales se les aplicaron ocho instrumentos tipo escala; con los resultados derivados de las encuestas, se realizaron correlaciones para extraer los componentes en las dimensiones analizadas a través de la rotación varimax.¹⁸ Los hallazgos muestran que ambos grupos experimentan, juzgan y manejan la salud y enfermedad con representaciones comunes siguiendo la lógica del sentido común.

¹⁸ La rotación Varimax persigue que cada factor esté asociado con unas pocas variables, y que no tenga apenas influencia en las demás, con la esperanza de que aparezca así una interpretación más clara.

Vergara (2009), por su parte, emprendió un estudio para conocer las representaciones sociales sobre la salud de algunos grupos de jóvenes en Manizales;¹⁹ la muestra se constituyó por 57 jóvenes, cuyo rango de edad fluctuaba entre 10 y 51 años; entre los resultados se pudo apreciar que las concepciones de salud están limitadas por los ambientes cotidianos, su nivel educativo y experiencias particulares, tanto de forma individual como en sus relaciones grupales. Estos jóvenes asumen que la salud es un equilibrio entre la mente, el cuerpo, el espíritu y los valores (morales).

En un sentido más específico, León (2003) estudió las representaciones de la enfermedad de Chagas²⁰ en el estado de Trujillo, Venezuela, mediante la aplicación de un cuestionario (tipo Likert) a 473 personas que habitaban en la zona rural, asimismo, realizaron entrevistas a informantes prototípicos; las creencias acerca de la enfermedad se centran en el agente transmisor, y en menor medida a sus consecuencias, síntomas, cura y evolución. La representación más clara del Mal de Chagas se estructura en términos del escenario prototípico donde ésta ocurre y la de persona prototípica en riesgo: el rancho de palma y barro del campesino pobre del medio rural, donde proliferan los chipos²¹ causantes del Mal de Chagas.

Otros estudios se han enfocado en diversos aspectos de la condición en la mujer, los cuales se pueden citar los estudios realizados por Pelcastre (2001) sobre menopausia: representaciones sociales y prácticas, cuyo objetivo fue caracterizar los significados que se atribuyen al proceso de la menopausia; para responder a esto, el estudio se realizó con 20 mujeres, residentes en Cuernavaca y Emiliano Zapata, Morelos; respecto a los resultados,

¹⁹ Manizales es una ciudad ubicada en el centro occidente de Colombia, sobre la cordillera central de los Andes.

²⁰ El mal de Chagas es una enfermedad parasitaria tropical, generalmente crónica, causada por el protozoo flagelado *Trypanosomacruzi*.

²¹ Chipos es un chinche, insecto hematófago, es decir, que se alimenta de sangre de vertebrados. Pertenecen a la familia Reduviidae del orden Heteroptera/Hemiptera, conocidos como "Chipos" en Venezuela, "Pito" en Colombia, "Barbeiro" en Brasil y "Vinchuca" en el resto de América del Sur.

se encontró una representación que se construye alrededor de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento, aspectos que tienen que ver con la concepción del cuerpo de la mujer y la sexualidad.

Morales (2008) realizó un estudio cualitativo en estación Pesqueira, Sonora, cuyo objetivo fue estudiar las representaciones sociales de la detección oportuna del cáncer *cérvico-uterino* en mujeres que habitaban en esa localidad. La autora encontró que el núcleo figurativo es la prueba de cáncer, con la finalidad de detectar la presencia de enfermedades infecciosas, contagiosas y en la prevención del cáncer.

Conde (2002) estudió la evolución de las representaciones sociales en la salud de las mujeres madreñas en 1993 y 2000, basado en la integración de 10 grupos de discusión; el análisis de los discursos se tradujeron en forma visual para visualizar la evolución de las representaciones; los resultados mostraron la visión de la mujer dedicada al hogar y en rol de mujer trabajadora, viviendo estrés de la doble jornada laboral.

En otro ámbito de estudio, Flores (2006) realizó una investigación sobre la representación social del SIDA en jóvenes universitarios en el estado de Morelos, donde utilizó un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas de carácter auto aplicado. Se encontraron dos ámbitos en la construcción de la representación social, uno que proviene del conocimiento especializado y el de sentido común sobre la enfermedad: especialmente en la prevención y contagio.

Por otro lado, se han realizado estudios de las representaciones de la salud bucal (González 2009; Escobar, 2010), las cuales ponen de manifiesto que las interpretaciones sobre la salud y enfermedad están influenciadas por la cultura, trabajo, pobreza y las emociones.

Analizar una representación social implica tomar una postura frente a un objeto de representación; debe ser relevante para el grupo, tener un significado inserto en la cultura que defina ciertos valores, creencias e ideologías; por lo que antes de tomar un objeto para su análisis desde la teoría de las representaciones sociales, éste debe ser polémico y anclado en la estructura de la representación social que orienta el comportamiento (Flores 2006, 53).

Ante esta situación, los estudios de representaciones sociales que se presentan comprenden aspectos amplios de la representación social de la salud, la enfermedad, así como algunos tan concretos como la representación de la menopausia, la detección oportuna del cáncer cervicouterino, SIDA o la salud bucal; metodológicamente, los autores si bien han enfocado sus trabajos hacia una orientación cualitativa, los estudios cuantitativos son importantes en el estudio de las representaciones sociales, y sus resultados son variados, pero es menos explorado el aspecto de la construcción social de la representación.

En el caso de los estudios de preeclampsia no encontramos estudios centrados en esta temática, por lo que se vuelve aún más oportuno realizar este trabajo con el fin de conocer la representación social de la preeclampsia y su vínculo con las prácticas de atención llevadas a cabo por las mujeres que padecieron esta enfermedad.

Sí bien el tema de la preeclampsia surge y se expresa como un conocimiento biomédico con escasa difusión hacia la población, esto no limita su estudio, ya que esta enfermedad ha comenzado a difundirse entre la población por lo relevante de sus consecuencias en la salud de la madre y/o su hijo, con lo que podemos inferir que sí existe un conocimiento entre las mujeres que padecieron la enfermedad y sus redes de apoyo.

Estudios biomédicos

Preeclampsia

En esta sección se presenta la revisión del estado del arte en relación con el padecimiento biológico de la preeclampsia, esto es: cómo se ha conceptualizado la enfermedad, algunos aspectos epidemiológicos, su etiología y los factores de riesgo alrededor de padecer la enfermedad; además, mostramos estudios socioculturales y de prácticas de atención que se relacionan con la problemática establecida.

Concepto de preeclampsia

El concepto de preeclampsia es objeto de confusión y controversia, esta confusión precede de que al ser un *síndrome* específico del embarazo donde se reduce la perfusión orgánica relacionada con vaso espasmo y activación de la cascada de coagulación, se constituye como un conjunto de signos y síntomas que se han tratado de agrupar, lo que genera diversos conceptos de la enfermedad impactando en los criterios diagnósticos, y en las acciones de atención (NHLBI 2000).

En relación con la clasificación de las enfermedades hipertensivas del embarazo, se consideran las siguientes patologías: Hipertensión gestacional, Preeclampsia leve, Preeclampsia severa, Eclampsia, Síndrome de HELLP, Preeclampsia agregada a hipertensión crónica e Hipertensión crónica; esta clasificación tiene puntos divergentes a otras clasificaciones como la expuesta por Zamosky y Lee (2001), quienes establecen la clasificación como hipertensión crónica (se presenta antes de la semana 20 de gestación), preeclampsia-eclampsia (síndrome caracterizado por hipertensión y proteinuria),

preeclampsia sobre agregada a hipertensión crónica e hipertensión gestacional (hipertensión gestacional sin proteinuria que se desarrolla en la última mitad del embarazo).

Por otro lado, las clasificaciones internacionales de los trastornos hipertensivos²² del embarazo ya no separan la preeclampsia leve de la severa, y tanto el síndrome de HELLP como la eclampsia son entidades que se consideran en la categoría de preeclampsia. Además, actualmente se excluye al edema como criterio diagnóstico por la relativa frecuencia de su aparición en embarazos normo evolutivos, aspecto que en la práctica clínica aparentemente aún se utiliza por algunos integrantes del personal sanitario.²³

Por lo tanto, para esta investigación nos adscribimos a lo establecido en el Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia, donde se define como un síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación, el cual se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste, el cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial (140/90 MmHg o mayor) acompañada de proteinuria; es frecuente que además se presente cefalea, acufenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio (PME 2006; Secretaria de Salud 2001).

Anteriormente se consideraba como parte de los criterios diagnósticos el aumento de la presión arterial sistólica mayor de 30mmHg y la presión sistólica de 15 MmHg, sin

²²Los trastornos hipertensivos, de acuerdo al departamento de ginecología y obstétrica del Hospital de Cruces en el 2006, se clasifican en: hipertensión gestacional, preeclampsia leve, preeclampsia severa y eclampsia así como preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica. La característica distintiva de la hipertensión gestacional con preeclampsia/eclampsia es que en la primera no hay presencia de proteinuria, lo que sí ocurre en el caso de padecer preeclampsia y eclampsia, además de edema. La diferencia principal entre eclampsia y preeclampsia severa es la adición de estados convulsivos.

²³ El edema puede ocurrir tanto en embarazos normales como en los casos de preeclampsia, por lo cual no debe ser utilizado como predictivo en la práctica clínica.

embargo, este criterio como tal ya no se utilizan debido a la inespecífico del valor, y por no tener valor diagnóstico o predictivo de las complicaciones maternas y fetales (Estrada, Hernández y Vila, 2003).

Este concepto considera al menos dos criterios como necesarios para poder establecer el diagnóstico clínico de preeclampsia: la hipertensión arterial y proteinuria, complementándose con un conjunto de signos, síntomas y datos de laboratorio que son considerados por los médicos tratantes al momento de establecer el diagnóstico.

Diagnóstico de preeclampsia

La poca comprensión del fenómeno de la preeclampsia ha condicionado el desarrollo de diferentes sistemas de clasificación de padecimiento, lo que repercute en la determinación de la prevalencia del fenómeno y, por ende, en la atención médica y de enfermería. Al respecto, Cerón (2006, 39) comparó dos sistemas de clasificaciones en su trabajo, una de ellas basada en el consenso médico (National High Blood Pressure Education Program), y la segunda basada en la fisiopatología de la preeclampsia (Australasian Society for the Study of Hypertension in Pregnancy) [Tabla 2].

En relación con lo establecido en el Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la preeclampsia/eclampsia (2007), el concepto y criterios diagnósticos son concordantes con la definición de la NHBPEP, por lo cual prevalece -al menos en el HIMES- en la práctica hospitalaria para su diagnóstico y tratamiento.

Tabla 2. Sistemas de clasificación de la preeclampsia.

Sistema NHBPEP	Sistema ASSHP
Preeclampsia: Elevación de la presión gestacional con presión sistólica mayor o igual a 140 MmHg basada en al menos dos determinaciones en una mujer normo-tensa antes de la semana 20 de gestación y acompañada por proteinuria (mayor o igual a 30 mg/dl) o una cruz en tira reactiva para determinación de orina.	Preeclampsia: Elevación de la presión sanguínea con una presión sistólica mayor o igual a 140 MmHg o diastólica mayor o igual de 90 MmHg, basada en al menos dos determinaciones en mujeres normotensivas antes de la semana 20 de gestación y acompañada de una o más de las siguientes características sistémicas de preeclampsia: 1) proteinuria, 2) insuficiencia renal (creatinina plasmática mayor de 1.2 mg/dl, 3) ácido úrico plasmático mayor de 7 mg/dl, 4) enfermedad hepática o complicaciones hepáticas. Se incluyen dolor severo en epigastrio derecho y síndrome hepático, problemas neurológicos, hematológicos, trombocitopenia y/o restricción del crecimiento fetal.

Fuente: Cerón, 2006. Detection and risk factors for preeclampsia. Tesis doctoral. Universidad de Michigan.

Aspectos epidemiológicos: Preeclampsia

Al igual que con otras entidades patológicas es imperativo conocer cuál es el comportamiento epidemiológico de la preeclampsia en diferentes poblaciones, con el fin de adquirir un panorama general del problema y dimensionar su importancia en la atención a la población, por lo cual se muestra la prevalencia de la enfermedad en algunos escenarios.

Los estados hipertensivos del embarazo constituyen el trastorno médico más frecuente durante esta etapa, de ellos, el más común es la preeclampsia, se presenta entre el 3 por ciento y 14 por ciento de los embarazos y es la primera causa de muerte materna en México. La frecuencia con que se reporta muestra gran variabilidad: la preeclampsia/eclampsia se constituyen como el 70 por ciento de los estados hipertensivos, y el 30 por ciento lo representan pacientes con hipertensión crónica preexistente durante el embarazo (Rojas 2009).

La prevalencia de esta enfermedad se encuentra en un amplio rango en las distintas regiones del orbe, en parte condicionado por los diferentes criterios que son utilizados para

diagnosticar y clasificarla (Cerón, 2008). Así, en Estados Unidos, Kuklina (2009) encontró que los casos de preeclampsia en este país se incrementaron en forma importante al pasar de 6.7 por ciento en 1998 a 8.1 por ciento para el año 2006; por su parte Lee y Ramus (2010) estimaron la incidencia global de preeclampsia en Estados Unidos entre el 5 por ciento y 14 por ciento; de éstas, la incidencia en mujeres nulíparas sanas fue entre el 2 por ciento y 6 por ciento, y se presenta en un 10 por ciento de embarazos con menos de 34 semanas de gestación.

En otro contexto, Lugo (1999), en un estudio realizado en el Hospital de Guanabacoa en la Habana, Cuba, encontró el 61.1 por ciento de preeclampsia leve entre los estados hipertensivos del embarazo; por su parte, Morales (2011) concluye que la incidencia de preeclampsia fue del 10.8 por ciento del total de partos atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante el período de estudio (desde abril hasta junio de 2010). Moreno et al. (2003) reportó una prevalencia de preeclampsia de 7.9 en Lima, Perú, la cual se presentó con mayor frecuencia en la mujeres de 35 a 44 años (RM: 3.0).

En nuestra región, Cerón encontró que la prevalencia en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora fue del 4 por ciento, similar a otros estudios realizados en nuestro país (Cerón, 2003).

Lo anterior vislumbra, independientemente de donde se han realizados los estudios, que la preeclampsia representa un problema de salud importante y su impacto en la mortalidad materna es significativo. No obstante, los esfuerzos de las naciones en el control de la muerte materna se observan amplias diferencias en las tasas de mortalidad entre países industrializados y aquéllos en vías de desarrollo, principalmente en zonas rurales y

comunidades pobres donde casi la mitad de las muertes se deben a la preeclampsia y hemorragias (OMS 2013).

Se estimó que en el año 2010 se produjeron 287 mil defunciones maternas, de las cuales el 99 por ciento se presentaron en países en desarrollo (OMS 2013). Las principales causas directas de las defunciones son las hemorragias, infecciones y los trastornos hipertensivos, éstos últimos causan entre el 12 por ciento y el 25 por ciento del total de las defunciones. En México, de acuerdo a la Secretaría de Salud (2005), en el año 2005 se presentaron 1,242 defunciones maternas, una tercera parte se debió a trastornos hipertensivos durante el embarazo, lo que ocasionó el 34 por ciento de las muertes maternas por esta enfermedad; para el año 2011, el número global de defunciones maternas disminuyó a 971 (Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2013). En el caso de Sonora, en el año 2011 se registraron 18 muertes maternas de acuerdo a lo publicado en el Mural Sonorense (2012), pero de acuerdo al OMM fueron 22 muertes, lo que representó el 2.26 por ciento del total nacional.

En los países desarrollados, las tasas de morbilidad y mortalidad materna históricamente han disminuido, no así en los países en vías de desarrollo en donde existen mayores rezagos, carencias de servicios de salud básicos y especializados, además alta deficiencia de auto cuidado en la salud de la población (Secretaría de Salud, 2002).

En las zonas urbanas de los estados más desarrollados, a diferencia de los menos desarrollados, las muertes maternas se deben a padecimientos sistémicos subyacentes, como la diabetes, que se ven agravados por la maternidad (causas obstétricas indirectas). El reto es mejorar la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas complicaciones.

Por lo tanto, uno de los principales retos para abatir las muertes maternas es mejorar el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención del parto y el puerperio (Programa Nacional de Salud, 2007-2012, 39).

Etiología

Pese a la gran cantidad de estudios realizados centrados en conocer la etiología²⁴ de la preeclampsia, aún no existe una explicación clara, pero se han sugerido diferentes teorías para explicar su origen, entre las que figuran la teoría de la isquemia útero placentaria, coagulación vascular diseminada, susceptibilidad genética y causas inmunológicas por producción, entre otras (Gómez 1999, 104; Secretaría de Salud, 11, 2007; Morgan 2010, 155).²⁵

Factores de riesgo

Si bien los estudios enfocados en conocer la génesis de la preeclampsia no han podido esclarecer con certeza su origen, una parte importante de las investigaciones se enfocan en conocer los factores que se relacionan a la enfermedad con el fin de establecer la causalidad etiológica a la misma, estos factores pueden ser divididos en dos grandes dimensiones: a) biomédicos, orientados a establecer la relación con nuliparidad, historia familiar de preeclampsia, hipertensión previa, problemas cardiovasculares, diabetes e hipertensión; y b) socioculturales, donde no han tomado como eje central de análisis la enfermedad y muestran factores sociales que no tienen un patrón consistente en la aparición de la

²⁴ En este trabajo consideramos etiología como el estudio de las causas que determinan la aparición de enfermedad.

²⁵ Debido a la naturaleza de éste trabajo, consideramos innecesario ampliar la discusión en torno a la explicación de las teorías de la etiología de preeclampsia.

patología como son el pertenecer a las clases económicas bajas, pobre nivel educativo y el tipo ocupación de las mujeres (Cerón-Mireles 2006).

Respecto a estudios relacionados con la dimensión biológica, Morgan et al. (2010) realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la asociación de factores sociodemográficos y ginecoobstétricos con preeclampsia, mediante el empleo de casos y controles no pareados, realizado entre enero de 2003 a diciembre de 2007 con pacientes que acudieron al área de *toco-cirugía* del Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México. No encontraron asociación entre tabaquismo (RM: 3.05; IC 95%: 0.81-11.48), edad de inicio de vida sexual ($p = 0.1509$), número de parejas sexuales (RM: 1.23; IC 95%: 0.83-1.83; $p = 0.3009$) y el antecedente de cohabitación sexual menor de 12 meses (RM: 0.90; IC 95%: 0.63-1.27) con preeclampsia. El alcoholismo (RM: 5.77; IC 95%: 1.48-22.53), el nivel socioeconómico bajo ($p < 0.05$) y la preeclampsia en embarazo previo (RM: 14.81; IC 95%: 1.77-123.85; $p = 0.0006$), se asociaron significativamente con preeclampsia.

Por su parte, Salviz, Cordero y Saona en 1996 efectúan un estudio prospectivo con 88 pacientes con preeclampsia e igual número de controles, esto en el Hospital Nacional de Cayetano Heredia, Perú. El objetivo de la investigación fue evaluar los factores de riesgo asociados a preeclampsia, los autores reportan que las causas asociadas a la preeclampsia son: antecedente previo de preeclampsia (RM: 17), índice de masa corporal elevada (RM: 9.6), raza blanca (RM: 6.4), antecedente familiar de hipertensión arterial (RM: 5.2), falta de control prenatal y la nuliparidad (RM: 2.5). La incidencia de preeclampsia reportada fue de 4.11 por ciento.

Barreto (2003) elaboró un estudio retrospectivo de casos y controles en la ciudad de Lima, Perú, con una población de 173 madres con preeclampsia severa, con dos controles por caso durante los años de 1999 y 2001. El objetivo del estudio fue el identificar las

causas de riesgo asociados a la preeclampsia severa; el autor observó que de los factores considerados resultaron significativos el control prenatal inadecuado y primiparidad; además, la preeclampsia severa se asoció con mayor riesgo de cesárea, prematuridad, peso bajo al nacer, recién nacido pequeño para la edad gestacional, depresión y muerte neonatal, comparada con madres que no presentaban esta condición.

Moreno et al. en el 2003 realizaron un estudio de casos controles en el Hospital Dos de Mayo, en Lima, Perú, entre diciembre de 2000 a octubre de 2001. Se estudiaron 107 casos y 107 controles. Se encontró a las mujeres con antecedentes de preeclampsia en el embarazo previo (RM: 5.4) y obesidad (RM: 6.5), nuliparidad (54.2 por ciento); las mujeres con antecedentes de preeclampsia tuvieron un riesgo casi 8.6 mayor, de aquéllas que no tuvieron este antecedente.

Rosell, Brown y Hernández, realizaron un estudio en el 2006 para investigar los factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo en el Policlínico Carlos Juan Finlay, de octubre de 2002 a abril de 2004. Estudiaron 36 casos y 72 controles; para analizar los datos utilizaron procedimientos univariados y multivariados. Los resultados arrojaron que el tabaquismo, la obesidad, el bajo peso materno o pregrávido y la nuliparidad, están asociados estadísticamente con la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Respecto a las propuestas para tratar el problema, más que prevenir la aparición de la preeclampsia, las medidas se encaminan principalmente hacia la prevención primaria, donde los esfuerzos se enfocan para evitar los factores de riesgo, lo que idealmente debe ocurrir incluso antes del embarazo de la mujer.

El objeto de la prevención primaria son aquellas mujeres obesas, múltiparas, embarazos cuyos periodos intergenésicos han sido prolongados, nuliparidad, hipertensión preexistente, diabetes insulínica preexistente, enfermedades renales, e historia

familiar de preeclampsia. En cuanto a la prevención secundaria, los tratamientos se han centrado en proporcionar ácido acetilsalicílico, agentes antiplaquetarios, calcio, antioxidantes como vitamina C y E, precursores de las prostaglandinas, y otros agentes profilácticos como son el óxido nitroso y progesterona, todos ellos relacionados con la prevención de la preeclampsia (IMSS 2009; Shennan y Duhig, Sin fecha).

Estos estudios se han centrado en conocer los factores de riesgo que se asocian a la preeclampsia, tales como la paridad, peso materno, raza, antecedentes familiares, entre otros; asimismo, buscan conocer la prevalencia de la enfermedad y evitar los factores de riesgo, reduciendo a la mujer a los aspectos biológicos y factores periféricos a ella misma.

Estudios socioculturales

Cuestiones de accesibilidad

De acuerdo a la OMS (2011), la atención médica especializada es fundamental para reducir los niveles de morbilidad materna, sin embargo, y pese a los esfuerzos realizados por los organismos nacionales e internacionales, aún existe una amplia brecha para lograr el ODM5, determinado principalmente por la pobreza, la distancia a los centros de salud, falta de información, inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales.

En relación con el estudio realizado en estación Pesqueira, Minjarez y Aranda (2008) observaron que la condición del migrante, especialmente en población flotante, con escasas de redes de apoyo limita la accesibilidad a los servicios de salud y a los programas de asistencia social como Bienvenido Nuevo Sonorense. De igual forma, Sesia (2011) encontró que las barreras culturales, sociales, geográficas y económicas de mujeres indígenas en Oaxaca, se confrontan con los servicios formales de atención

ginecoobstétricas antes de fallecer, esto es, existen profundas desigualdades y exclusiones que afectan a las mujeres oaxaqueñas durante su maternidad más allá de sus preferencias culturales, quienes se encuentran dentro de estructuras de poder -género-, que tienden a convertirlas en sujetos subordinados a las decisiones de otros, como lo son sus padres, el esposo o suegro.

En una línea similar, algunos estudios se han enfocado al escenario de la consulta prenatal. Basani, Surkan y Olinto (2009) realizaron una investigación entre 611 mujeres brasileñas durante el posparto para conocer el uso del cuidado prenatal mediado por la actitud materna y por factores sociales y demográficos. Entre sus principales resultados revelaron que el 40 por ciento de las mujeres hicieron uso inadecuado o parcial de los servicios de cuidados prenatales. Entre las variables que condicionan esta situación, los autores refieren insatisfacción con el embarazo de la mujer, embarazo no planeado, no vivir con el padre de su hijo y tener dos o más embarazos.

Por su parte, Ramírez et al. (2000), en la ciudad de Tijuana, México, llevaron a cabo un estudio con el fin de conocer las condiciones de las mujeres y se realiza el control prenatal en siete hospitales de la localidad entre diciembre de 1993 a marzo de 1994. Respecto a los resultados, encontraron que la consulta prenatal era de buena calidad en el 68 por ciento de los casos, así como también el número de las consultas como el momento de atención fueron adecuados en el 50 por ciento de los casos. La ausencia de control prenatal (5.4 por ciento), a su vez, se asoció con bajos ingresos familiares, dependencia económica materna, convivencia de la madre en unión libre, poca comunicación con la pareja, falta de seguro médico, presencia de un embarazo no deseado; mientras que haber trabajado durante el embarazo o en algún momento previo al mismo, tuvo un valor predictivo positivo en cuanto a la utilización de los servicios de atención prenatal. Esto es,

las mujeres sin trabajo previo a su embarazo presentan más problemas para utilizar los servicios de la consulta prenatal que aquéllas con trabajo previo gestacional.

Por otro lado, Martínez, Reyes y García, (1996) llevaron a cabo un estudio para establecer la proporción de mujeres que utilizaron adecuadamente los servicios de salud en la atención prenatal, así como medir la asociación de los factores socioeconómicos, culturales, demográficos y los servicios de salud, éste último con la utilización adecuada de la atención prenatal en mujeres derechohabientes de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Distrito Federal; encontraron que el 75 por ciento de las mujeres inician su atención prenatal en el primer trimestre, de ellas el 23.8 por ciento acudió a nueve o más consultas; el 96.7 por ciento de las mujeres sabían que debían iniciar su atención en el primer trimestre del embarazo, pero sólo el 74.1 por ciento lo realizó en este periodo.

Entre los factores asociados a la utilización adecuada del servicio, están la atención médica en la unidad por el mismo médico y la ocupación de las mujeres; las mujeres con escolaridad preparatoria o más tuvieron 1.3 veces más probabilidad de utilizar los servicios de salud que aquéllas con menos escolaridad, de igual forma ocurría si la pareja tenía preparatoria (2.4 veces más probabilidad de acceder a consulta). Las mujeres con ocupación fuera de su hogar tienen 1.4 veces más probabilidad de usar los servicios de salud.

La satisfacción con los servicios de atención es un factor determinante para que los pacientes hagan uso de ellos. Bronfman et al. en el 2003 publicaron un artículo que evaluó el nivel de satisfacción obtenida por las usuarias de los servicios de atención prenatal, en el primer nivel de atención en México, mediante observación directa de la consulta médica, además de entrevistas a proveedores y usuarias, aplicación de cuestionario y examen de conocimiento a los proveedores.

Descubrieron que la satisfacción de las usuarias está relacionado con el trato recibido durante la consulta y el tiempo de espera para recibir las. El trato brindado por los proveedores se asoció con el nivel socioeconómico de la usuaria, donde las mujeres más pobres reciben proporcionalmente peor trato.

De acuerdo a lo anterior, los estudios de representaciones sociales brindan un aporte necesario para conocer cómo la cultura se materializa a través de diferentes sistemas de atención, mediados por un conocimiento popular y biomédico. No obstante, lo amplio de los objetos de estudio y sus metodologías, no ubicamos ningún estudio centrado en la preeclampsia, pese a la centralidad que juega esta enfermedad entre las complicaciones del embarazo.

Por otra parte, las investigaciones generadas en el ámbito biomédico se centran en conocer los tratamientos, factores relacionados y sistemas de clasificación de la enfermedad, debido a la poca comprensión del fenómeno. Por ello, surgen teorías explicativas que logran aportes importantes para el control de la preeclampsia.

En relación con los estudios socioculturales y los estudios biomédicos, no existen trabajos que se ocupen en conocer los diversos aspectos de vivir y atender la enfermedad en nuestra población.

Trayectorias de atención

Los estudios de trayectorias de atención -si bien no se relacionan específicamente al tema de preeclampsia- nos permiten realizar una aproximación a la propuesta metodológica de reconstrucción de trayectorias de atención. Entre estos estudios se encuentra el realizado por Goffman (1988), donde utilizó el término *carrera* para referirse a cualquier trayectoria

social recorrida por cualquier persona durante el curso de su vida; este concepto posee ambivalencia relacionada con asuntos subjetivos, y por otro lado, se refiere a una posición formal. El trabajo de Goffman es un ensayo del *yo* de enfoque institucional, principalmente de los aspectos morales de la carrera, es decir, la secuencia regular de cambios que la carrera introduce en el *yo* de una persona y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí misma y a las demás. La categoría paciente mental se entiende en este trabajo en un sentido sociológico.

Bajo este enfoque, Cortés (1997, 90,110) presenta la relación médico paciente enmarcada en un sistema de atención, que suele conducir a mantener, prolongar o profundizar la incertidumbre y fragmentación que una persona experimenta consigo misma a partir de su padecimiento y a través de la construcción del padecimiento ortopédico, cuya trayectoria se cronifica a medida que transcurren los itinerarios de consultas.

Osorio (2001) aborda la problemática de la construcción sociocultural de los padecimientos infantiles, al analizar la manera en que éstos son interpretados, elaborados y clasificados por las madres de familia, generando estrategias de respuesta social que incluyen prácticas de curación, prevención y cuidado.

Por su parte, Berezon y Juárez (2005) realizaron un estudio en la Ciudad de México para conocer la trayectoria de atención en adultos con criterios diagnósticos de trastornos depresivos, distimia²⁶ y trastornos bipolares; observaron que las trayectorias de atención se diferencian dependiendo del sexo del paciente. Dichas trayectorias se mantienen más homogéneas entre los varones, así, la trayectoria de éstos inicia con la consulta del médico general, y continúa con especialistas en salud mental o consultores religiosos, para concluir

²⁶ Es un tipo crónico de depresión donde el estado de ánimo de una persona están regularmente bajos.

en medicina tradicional y alternativa; en el caso de las mujeres, las trayectorias se presentan al inicio, tanto con médicos generales como por religiosos o medicina alternativa.

Barragán (2005) encontró que la trayectoria de los pacientes con dolor crónico pos herpético siguen tres niveles de acción: 1) diagnóstico inicial por el paciente e instrumentación de prácticas de autocuración, 2) consulta con expertos no técnicos, y 3) consulta con expertos técnicos.

Los estudios obtenidos son relevantes para los diversos investigadores porque han logrado conocer y tratar la enfermedad, y sólo algunos consideran los aspectos socioculturales en sus trabajos, que si bien son tratados, no profundizan en las relaciones, impactos o consecuencias sobre la evolución y término del evento de padecer preeclampsia, así como la experiencia de la mujer ante el padecimiento.

En relación con el presente trabajo, las trayectorias se organizaron con base en su evolución cronológica, iniciado desde el momento de presunción del embarazo hasta el punto donde se estableció el diagnóstico biomédico y resolución de la enfermedad en el área institucional; se desarrollaron en dos escenarios: a) comunitario y b) institución de salud.

Prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio

En esta sección se presentan algunos trabajos que abordan el estudio de las prácticas de atención al embarazo desde una perspectiva socio antropológica, éstos se basan en el estudio de la cultura mesoamericana, la cual suele considerar al embarazo como una relación *frio-caliente*; además, se destaca la participación de la familia y redes comunitarias en su atención, así como los diversos cuidados que se dan tanto en la etapa de embarazo,

parto y puerperio. Dichos estudios nos ayudan a comprender la lógica del cuidado que se presenta en nuestro medio social.

Consideramos que las prácticas de las mujeres están condicionadas por la interrelación del conocimiento lego. En nuestro medio social, la influencia cultural norteamericana se entrelaza con la prevalente en Sonora y el discurso biomédico. Por lo tanto, las prácticas son el resultado de la fusión de al menos dos escenarios que se articulan en un proceso de medicalización; proceso que finalmente se expresa por prácticas de atención como de autoatención, las cuales guardan su propia lógica.

Aspecto similar fue abordado por Aranda (2005), quien realizó un estudio en la ciudad de Hermosillo, cuyo objetivo principal fue describir y analizar los saberes legos de la prueba de detección de cáncer *cérvico-uterino*; para ello, consideró la relación entre representaciones sociales y las prácticas de detección oportuna de cáncer *cérvico-uterino* de las mujeres, así como la relación entre tales saberes y la práctica institucional de detección oportuna en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Los principales resultados denotan la necesidad de implementar estrategias educativas, centradas desde la perspectiva del sujeto social, con el fin de comprender los motivos de búsqueda o no de atención.

Prácticas de alimentación

En relación con los estudios de las prácticas alimentarias dentro de la cultura mesoamericana, el embarazo se considera como un proceso frío, por lo tanto, los cuidados se dirigen a mantener el equilibrio del cuerpo (Castro, Plaza, Rodríguez y Sepúlveda 2006: 143). El consumo de alimentación es vista por las mujeres como un aspecto de normalidad, aunque a veces consideran que deben cuidarse al estar embarazadas; asimismo, los

alimentos suelen ser los más comunes o los que se encuentran disponibles en el lugar donde radican las mujeres (Álvarez, 2007). Esta forma de cuidado es llevada a cabo por la misma persona o por personas cercanas a la familia y/o comunidad.

Usualmente, las mujeres dicen poder comer de todo, ya que no existen restricciones en el consumo de alimentos de consistencia fría (como las verduras y la fruta) o caliente; sin embargo, especialmente en el medio rural, algunas de ellas consideran que si comían alimentos como miel silvestre, carne de puerco o de vaca, y no lo volvían a comer al acercarse el momento del parto, el bebe podría no nacer a tiempo; de la misma forma, consideran que algunos tés pueden ser perjudiciales para la salud de la madre o su hijo, ya que pueden iniciar el trabajo de parto o provocar cólicos al recién nacido (Ceballos 2010).

Tal es el caso de los alimentos chatarra, como hamburguesas, *hot dogs*, refrescos, comida ácida, picante o café, se consideran nocivas para la salud, principalmente para el hijo, porque en el caso de los alimentos picantes, pueden provocar *chincual*²⁷ en los niños (UNAM 2009).

La calidad de alimentación suele variar entre las mujeres, así, Granados (2011) realizó un estudio descriptivo cuantitativo, cuyo objetivo fue valorar y describir las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las adolescentes en la ciudad de Bucaramanga; encontró, en concordancia con Zambrano (2004), que las adolescentes realizan prácticas regulares de alimentación en un 46 por ciento, ya que nunca consumen leche o sus derivados (26 por ciento), carnes (14.7 por ciento), verduras (26.7 por ciento), frutas (28 por ciento), leguminosas (7.3 por ciento), y tubérculos (8.7 por ciento).

²⁷ Del náhuatl *tzin*, trasero, y *qualitzli*, carcome, el *chincual* se refiere a la presencia de *granitos de color rojo* en la región perianal que pueden extenderse a nalgas y piernas. Se le considera de sensación caliente.

En las prácticas alimentarias de las mujeres de esta investigación, consideramos la representación de lo que ellas manifestaron haber comido o dejaron de comer durante su embarazo.

Presunción del embarazo

Las mujeres en algún momento de su vida “*presienten*” que pueden estar embarazadas, y a partir de ésta sensación inician una serie de estrategias para confirmar su sospecha. Habitualmente, las mujeres asocian el estar embarazadas con la desaparición de la *costumo* o *regla*²⁸ (Flores 2003), mientras que la autoconfirmación del embarazo se determina, en ocasiones, por algunas molestias propias de esta etapa, donde la mujer empieza a tener cambios en su cuerpo.

En nuestro medio urbano, una práctica común, cuando la mujer sospecha que está encinta, es adquirir una prueba de embarazo casera²⁹ como un medio relativamente preciso para diagnosticarlo, de fácil acceso y a bajo costo, sin embargo, la dinámica y normas de las instituciones de salud, les pide a las mujeres se realice una prueba en sangre (puede ser realizada en alguna institución de salud pública o privada) para confirmar el embarazo e iniciar así la atención de la mujer.

Conforme se acerca el parto, la preparación empieza en el mismo embarazo, a través de un saber tradicional aprendido entre mujeres de la comunidad y apoyada por el esposo, la madre o la suegra de la mujer; se dispone lo necesario para el parto y el nacimiento del hijo, en varias ocasiones este momento es tratado con tranquilidad por la familia, y toman

²⁸ Costumo o Regla se refiere al término popular para menstruación.

²⁹ Las pruebas de embarazo casera miden una proteína que se produce en el sincitiotrofoblasto llamada Gonadotropina Coriónica Humana, la sensibilidad de la mayoría de estas pruebas es del 99 por ciento.

medidas para su éxito; sin embargo, algunas familiar no se preparan para el nacimiento del hijo (Chávez 2007).

Prepararse para el parto es diferente en cada mujer o familia porque depende de los recursos socioculturales de las misma; así, hay familias que adquieren ropa, pañales y/o muebles para la llegada del nuevo integrante de la familia; mientras que en otros casos, las mujeres suelen llegar al parto prácticamente sin ningún recurso adicional, lo que en su vida cotidiana poseen, este aspecto se determina básicamente por la capacidad adquisitiva con la que cuentan.

La mujer al sentir los dolores del parto suele avisarle a su marido (si está presente), quien a su vez lo hace extensivo a la suegra o a la madre, pero si no cuenta con ellas, traslada a su esposa a un centro de salud u hospital (Flores 2003). Dependiendo de las condiciones de la familia, el traslado de la mujer suele realizarse por medios propios, como el automóvil, buscar apoyo de vecinos o familiares, o hacer uso del servicio de la Cruz Roja quien las traslada a la institución de salud.

En algunos medios rurales, una vez que nace el hijo el esposo o la partera toman la placenta “*ombliigo*”, lo envuelven en una bolsa y lo llevan a enterrar, ya que si se tira en cualquier lugar puede ser comido por animales, el recién nacido se puede enfermar y morir (Mendoza 2005; Medina 2009); práctica que no se presenta en nuestro medio urbano, ya que la atención del parto se ha institucionalizado, y el manejo de la placenta así como de las partes humanas está bajo su control, manejo y disposición mediante lineamientos técnicos que los consideran como residuos peligrosos biológicos e infecciosos.

Cuestiones del puerperio

Desde la biomedicina, el periodo de puerperio se define como la etapa que sigue después del alumbramiento³⁰, en el cual los órganos genitales maternos y el estado general de la mujer vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación; tiene una duración de 6 semanas o 42 días. Este periodo se compone por tres etapas: a) puerperio inmediato, que comprende las primeras 24 horas, b) puerperio mediato, abarca del segundo al décimo día, y puerperio tardío, el cual puede llegar hasta los seis meses post alumbramiento (NOM-007-SSA-1993; Cassella, Gómez y Maidana 2000).

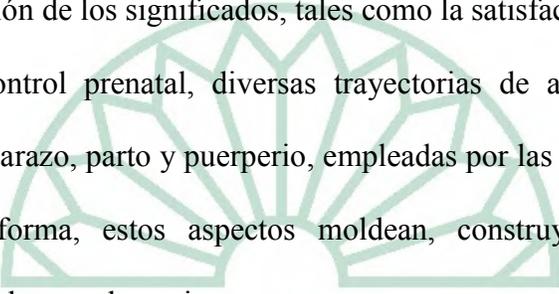
El puerperio (dieta) es un tiempo regido por diferentes costumbres y creencias transmitidas de generación en generación, durante esta etapa las mujeres, partiendo de la concepción de que el parto es un fenómeno frío, permanecen el mayor tiempo posible resguardada en sus hogares, manteniéndose las más de las ocasiones en reposo absoluto y en otras ocasiones en reposo relativo. Durante este periodo, las mujeres reciben cuidados generalmente de otras mujeres, como la madre, comadrona, suegra o hermana. Las actividades físicas son limitadas para evitar complicaciones como el sangrado (Castro 2006; Carrozo y Bernal 2009).

Ejemplos de las prácticas de atención en el puerperio están en el estudio realizado por Cardoso y Bernal (2009) en el Hospital San Rafael de Girardot en 2007, cuyo objetivo fue conocer las prácticas de las adolescentes en el puerperio; revelaron que dichas prácticas son orientadas hacia la restricción de la actividad física de la puérpera para que “*no se caiga la matriz*”, y no exponerlas a los fenómenos climáticos, como la lluvia o el frío para que no les duela la cabeza.

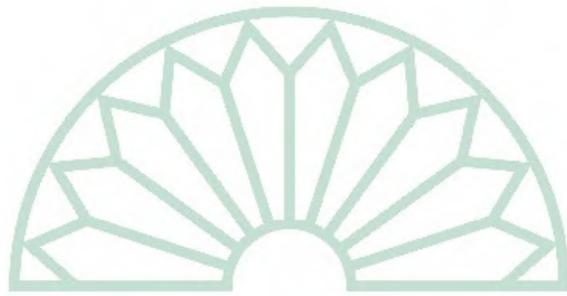
³⁰ Alumbramiento se refiere a la expulsión de la placenta.

El tipo de alimentación es una de las prácticas más importantes para las mujeres, ya que desde el momento del parto deben consumir alimentos de consistencia caliente y, en su caso, agua hervida tibia para que no dañen su salud ni la de su hijo (Flores 2003, 48).

Al igual que en los estudios biomédicos, no se encontraron investigaciones que traten como eje el problema de la representación social de la preeclampsia y las prácticas de atención. Sin embargo, los estudios que se presentan permiten entender cómo se relacionan diversos aspectos de la atención médica y de las prácticas de atención que llevan a cabo las mujeres en la construcción de los significados, tales como la satisfacción de las mujeres y el uso del servicio de control prenatal, diversas trayectorias de atención y prácticas de atención durante el embarazo, parto y puerperio, empleadas por las mujeres en sus sistemas comunitarios; de tal forma, estos aspectos moldean, construyen o reconstruyen la representación social de la preeclampsia.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Capítulo III

Marco metodológico

Toda investigación científica se caracteriza por tener un método específico para poder llegar a respuestas válidas ante un problema de investigación, que en concordancia con el objeto de estudio se seguirán una serie de estrategias concordantes con el marco teórico, por lo tanto en el presente capítulo se presenta la metodología con la cual se realizó el estudio el cual se compone de los siguientes subapartados: 1) Carácter de la investigación, 2) técnicas de recolección de la información, 3) la institución de salud, 4) universo de estudio, 5) criterios de inclusión, 6) consentimiento informado, 7) instrumentos, 8) trabajo de campo, y 9) proceso de análisis de la información.

EL COLEGIO

Carácter de la investigación

Si bien en algunos medios académicos persiste la noción de que existe una disociación entre la investigación cuantitativa y cualitativa esta resulta en una falsa dicotomía, ya que es evidente la existencia de elementos cuantitativos dentro de lo cualitativo, como también que lo cualitativo rige la perspectiva cuantitativa, la diferencia se ubica en el énfasis que el enfoque cuantitativo pone en la técnica y lo cualitativo en la reflexión epistemológica y metodológica (Denman y Haro 2000, 13).

Sin embargo para esta investigación el enfoque que adoptamos es el cualitativo ya que ésta visión nos permite explorar las experiencias de vivir y atender la enfermedad de las mujeres en su vida cotidiana, y obtener una mirada profunda al fenómeno de estudio,

que para nuestra investigación tiene como ejes las representaciones sociales de la preeclampsia y las prácticas de atención de mujeres que padecieron la enfermedad; además consideramos necesario explorar algunos saberes del personal de salud del HIMES (médicos y enfermeras), como un elemento determinante de la representación y condicionante a las prácticas de atención de las mujeres (Mayan 2001, 5).

Técnicas de recolección de la información

Por lo expuesto, seleccionamos una serie de técnicas que nos permitieron recolectar y analizar los datos provenientes de los actores sociales en esta investigación y con ésta información dar respuesta a los objetivos de la misma. Las técnicas que utilizamos fueron la entrevista semiestructurada y la observación, técnicas necesarias para nuestra investigación y por lo tanto mostramos algunos elementos de dichas técnicas (Tabla 3).

Tabla 3. Técnicas de recolección de información.

Técnica	Actores	Escenario	Temáticas
Observación	Mujeres, personal de la institución de salud	Consulta externa y consulta de urgencias	Itinerario institucional
Entrevistas semiestructuradas	Mujeres	Hogares de las mujeres	Representaciones sociales y prácticas de atención
Entrevistas semiestructuradas	Personal médico y de enfermería	Consulta externa Prelabor	Saberes de preeclampsia

Fuente: Elaboración propia

Técnica de observación

Los antropólogos desarrollaron la técnica de observación como una estrategia para reunir datos entre quienes estudiaban culturas extrañas a ellos a principios de siglo XX, y continúa

como estrategia fundamental para el estudio etnográfico (Mayan 2001), por lo cual la investigación cualitativa puede realizarse no sólo al preguntar a las personas implicadas en cualquier hecho o fenómeno social, sino también observando. La observación nos permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y cómo éste se produce, por lo que la observación se entiende como un proceso sistemático en el cual un especialista recoge por sí mismo información relacionada con cierto problema, e interpreta lo observado.

Existen al menos cuatro sistemas de observación: sistemas categoriales, descriptivos, narrativos y tecnológicos, de los cuales nos ubicamos básicamente en el tipo descriptivo (Rodríguez, Gil y García 1999).

El proceso de observación participante³¹ comprende tres actividades que debe desarrollar el investigador: 1) lograr una interacción social, 2) lograr que los informantes se sientan cómodos y ganar su aceptación y 3) registrar datos en forma de notas de campo; con lo cual el investigador busca lograr ser visto como una persona inobjetable y poder recolectar registros de notas de campo completas, precisas y detalladas. (Ruiz 1999, 50, 75).

Con el fin de conocer el escenario donde se brinda atención médica a las mujeres y establecer el itinerario institucional que siguieron las mismas al interior de la institución de salud, optamos por realizar observación participante³² en el área de consulta externa, lugar donde se encuentra el módulo de enfermería, y la sala de urgencias, y procuramos dar seguimiento a las mujeres en la consulta, esto es desde su ingreso al área hasta su salida de

³¹ La observación siempre es participante debido a que la intrusión del observador en el escenario siempre producirá algún efecto en los actores sociales, sin importar si se establece o no comunicación verbal.

³² Se puede considerar a la observación participante como un método interactivo de recogida de información que requiere de la implicación del observador en los fenómenos que está observando, en este sentido se estableció contacto con el personal de enfermería en donde se le informó el objetivo de mi presencia en el área, además en algunos momentos hubo interacción con mujeres y hombres que esperaban consulta, a los cuales no se les informó el motivo de mi presencia.

la institución, con lo cual obtuvimos información para reconstruir dicho itinerario, así mismo de aspectos de interacción entre las mujeres y el personal de salud, registrando en un diario de campo segmentos específicos del itinerario institucional con el mayor detalle posible (Rodríguez, Gil y García 1999).

Como elemento de recolección de la información, producto de la observación, utilizamos un diario de campo donde registramos los siguientes aspectos –en concordancia a la guía de observación-: a) descripción del escenario, b) descripción de los actores, c) itinerario institucional de las mujeres (movimiento en el escenario, tiempos, relaciones con los empleados), y d) rutinas de la atención de enfermería.

La observación realizada en la institución se llevó a cabo del 5 de julio al 18 de agosto de 2011 en un horario de 7: 30 a 14 horas y de 14 a 17 horas, de lunes a viernes.³³

De igual forma documentamos diferentes aspectos del escenario donde se realizaron las entrevistas al personal de salud, esto con el fin de comprender algunos elementos de las condiciones en las cuales se desarrolla la vida de los actores sociales al interior de la institución de salud.

Técnica de entrevista

La investigación social busca comprender cómo está compuesto el mundo social y cuál es su orden, por lo que para las ciencias sociales los problemas aparecen en dos flancos, por uno está la búsqueda y registro de información y por el otro lado el análisis e interpretación de esa información (Galindo 1987, 151,152); la entrevista en sus diferentes modalidades

³³ Cabe mencionar que se dividió el periodo de observación en dos momentos, el primero de ellos correspondió para el turno matutino, y el segundo para el turno vespertino, por lo cual no se realizó observación en un mismo día tanto en el turno matutino y vespertino; y sólo se consideró de lunes a viernes ya que el área de consulta externa no presta sus servicios los días sábados y domingos.

ayuda al investigador a construir información para dar respuesta a los problemas planteados. En este sentido la entrevista se constituye como una alternativa a los procesos de investigación que privilegian la cuantificación de los datos y asumen la elaboración estadística como el único criterio válido y, amparados en una pretensión de objetividad, convierten a los sujetos en objetos pasivos sin consideración del contexto social donde se desenvuelven (Boudon 1962, citado en Vela 2001,66).

La entrevista no es otra cosa que una técnica para obtener información mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales (Ruiz 1999, 165), o como lo menciona Khan y Cannell (1995) es una conversación entre dos, hecha por iniciativa del entrevistador, destinada a entregar informaciones pertinentes para un objeto de investigación e indagación en temas igualmente pertinentes con miras a éste objetivo (citado en De Souza 1995, 93). Del mismo modo Rodríguez et al. (1999) definen la entrevista como una técnica en la que una persona solicita información de otra o a un grupo para obtener datos sobre un problema determinado, presuponiendo la existencia de al menos dos personas y la posibilidad de interacción verbal.

Por lo tanto y con el fin de conocer las representaciones sociales de la preeclampsia y las prácticas de atención que llevaron a cabo las mujeres entrevistamos a 16 mujeres; tres médicos y cuatro enfermeras de las áreas de consulta externa, prelabor y/o urgencias para conocer sus saberes respecto a la enfermedad y obtener una noción de la información transmitida a las mujeres. Las entrevistas de las mujeres duraron en promedio 40 minutos; la entrevista de menor duración fue de 18 minutos, mientras que la de mayor fue de 73 minutos. Todas las entrevistas de las mujeres se realizaron en el hogar de las mismas, con excepción de una de ellas la cual se realizó en su lugar de trabajo.

La duración de las entrevistas con el personal de salud en promedio fue de 40 minutos, y se realizaron en el área clínica, esto es, el personal de enfermería se entrevistó en un consultorio; y los médicos en el módulo de los residentes, en el vestidor de quirófanos y en un consultorio de urgencias.

Si bien no fue central realizar una búsqueda sistemática de la información en los medios de comunicación se realizó un ejercicio de exploración de periódicos locales de Hermosillo, facebook y blogs vía internet relacionados con el tema de preeclampsia. Se utilizaron las palabras clave preeclampsia, hipertensión en el embarazo para realizar las búsquedas en los medios citados.

La institución de salud

La selección del HIMES estuvo condicionada por dos aspectos ligados entre sí: a) que fuese una institución que atendiera a una parte importante de la mujeres en edad reproductiva de la región y b) enfocada a población no derechohabiente. Lo anterior concernió nuestro interés particular centrado en población con condición socioeconómica y nivel educativo relativamente bajo, por lo cual se consideró al HIMES como punto de partida ya que esta institución atiende a población abierta con las condiciones previamente mencionadas; además se considera como la institución de segundo nivel más importante en el estado de Sonora -la cual depende directamente de la Secretaría de Salud para su financiamiento y operación- concebida para atender a aquellas mujeres que no cuentan con algún servicio de salud debido a su condición laboral o la de su pareja, así mismo atiende a población con seguro popular; no obstante lo anterior éste hospital brinda atención a cualquier mujer que

requiera de los servicios ofertados por el HIMES, independientemente si es derechohabiente de otra institución de salud como el IMSS o ISSSTE.

Además en el HIMES son atendidas tanto a mujeres de la ciudad de Hermosillo, como del resto del estado, y en ocasiones de estados circunvecinos por su amplia capacidad resolutive e infraestructura ante diversas situaciones de salud/enfermedad ginecoobstétrica que supera a la de otras instituciones de atención (Imagen 2).

En el estado de Sonora en el año 2010 se registraron 25,916 nacimientos (INEGI 2011) de los cuales 8,350 fueron atendidos en el HIMES lo que representa el 32.21% del total de nacimientos, además en esta institución se llevaron a cabo más de mil cirugías ginecológicas por personal médico y paramédico, la cual al ser sede de la residencia médica cuenta con médicos especialistas en ginecoobstetricia, médicos residentes y personal de enfermería con preparación obstétrica y materno infantil³⁴ (Secretaría de Salud 2012).

Imagen 2. Fachada del HIMES.



³⁴ Si bien se cuenta con este tipo de personal, la mayor parte del personal de enfermería tiene estudios de técnico en enfermería general, seguidos por licenciatura en enfermería.

Por lo cual debido a estas características resultó adecuado considerar a este hospital en el estudio, al menos como punto de inicio del trabajo de campo.

Universo de estudio: Mujeres y personal de salud

Para dar respuesta a la pregunta de investigación fue necesario ubicar a un grupo de mujeres cuyas características nos permitieran alcanzar nuestros objetivos de investigación, por lo tanto consideramos como universo de estudio a aquellas mujeres que acudieron a recibir atención al HIMES durante los años 2009 y 2010 y diagnosticadas de preeclampsia, ya fuese en sus fases leve o severa,³⁵

Selección de las mujeres

Las observaciones requeridas para llegar a conclusiones válidas por lo general no siempre pueden realizarse sobre el total de la población, debido, entre otras razones a las limitaciones económicas y de tiempo para el investigador, lo que puede hacer irrealizable un estudio (Morillo, 2004:129).

Por lo tanto partimos de la población de mujeres con diagnóstico clínico de preeclampsia en los años 2009 y 2010 atendidas en el HIMES y en base a la una lista de expedientes clínicos³⁶ construimos un marco muestral. A cada expediente se le asignó un número (del 1 al 193 para el año 2009 y del 1 al 209 para el 2010) y a partir de esto se estableció una lista de números aleatorios con los cuales se realizó un muestreo aleatorio

³⁵ Debido a los objetivos de la investigación excluimos a aquellos casos que tuvieran el diagnóstico médico de eclampsia, síndrome de Hellp o hipertensión gestacional.

³⁶ Los números de expedientes clínicos son guardados en una base de datos por el servicio de archivo clínico del HIES, lugar donde nos fue proporcionada la lista.

simple,³⁷ una vez identificados los números de expedientes que correspondían a la selección aleatoria, se acudió al archivo clínico donde se solicitaron dichos. Previo a esto, se construyó una base de datos (donde se contemplaron aquellas variables que permitieran caracterizar a la población), estas variables fueron: edad, número de gestación, escolaridad, clasificación socioeconómica,³⁸ lugar de residencia habitual, ocupación, pertenencia al seguro popular, estado civil, ingreso económico mensual, parto, cesárea y abortos, lugar de consulta prenatal, motivo de referencia al HIMES, antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus y preeclampsia previa. Estas variables fueron consideradas para caracterizar a la población de las mujeres, a la vez de su importancia en la construcción de la representación social de la enfermedad, y las prácticas de atención que llevan a cabo las mujeres.

Tipología

EL COLEGIO

La inclusión de las mujeres en el estudio partió de una construcción tipológica,³⁹ ya que una de las funciones de cualquier tipología es la de servir como un medio para la selección⁴⁰ de casos entre un universo amplio con la finalidad de estudiar y analizar algunos aspectos con detalle, así como la de constituirse en un instrumento auxiliar en la organización de la información (Velazco 2001, 290).

³⁷Para la construcción de los números aleatorios se usó la fórmula =aleatorio. Entre (superior, inferior) del programa Excel 2010 el cual produjo una serie de números entre los límites inferiores y superiores.

³⁸La clasificación socioeconómica que se consideramos corresponde a la utilizada en el HIES, la cual se construye en base a cinco indicadores (ingreso familiar y número de dependientes económicos, porcentaje de ingreso familiar para la alimentación, vivienda, área geográfica y número de enfermos en el hogar) a los cuales se les asignan diferentes puntajes y la suma de estos indicadores arroja un puntaje que se interpreta en 10 niveles, donde el nivel más bajo corresponde a la categoría A y el nivel más alto a categoría J.

³⁹ La construcción de la tipología descansa sobre la base teórica de la construcción de tipos ideales, donde se asignan ciertas características teórico-empíricas consideradas como determinantes para el problema de investigación (Velazco 2001).

⁴⁰El tipo clasificatorio, desarrollado por Hempel es elaborado como un conjunto de clases que se construyen en referencia a algún atributo empírico. Así, un conjunto de individuos puede ser clasificado de acuerdo con atributos comunes, los cuales han sido observados empíricamente (Velasco 2001, 291)

A través de la revisión de la literatura constatamos que son múltiples las características que se pueden considerar para la construcción tipológica, sin embargo en este estudio retomamos aquellas variables que nos permitieron agrupar e incluir a mujeres que padecieron la enfermedad, y establecer diferencias en las prácticas de atención y representación social de la misma.

Por lo tanto las variables que se incluyeron fueron con las siguientes: a) nivel socioeconómico, b) número de paridad y c) nivel educativo d) (Tabla 4).⁴¹

Tabla 4. Variables tipológicas.

Primigesta			
		Nivel socioeconómico A-C	Nivel socioeconómico D-J
Escolaridad	Secundaria o menor	I	III
	Preparatoria o mayor	II	IV
Paridad mayor o igual a dos partos			
		Nivel socioeconómico A-C	Nivel socioeconómico D-J
Escolaridad	Secundaria o menor	V	VII
	Preparatoria o mayor	VI	VIII

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a las variables el *nivel socioeconómico* es considerado como una variable importante ya que ésta a su vez sobre-determina a otras variables, como son escolaridad, incidencia de enfermedades o accesibilidad a los servicios de salud (Osorio 2001, 46).

⁴¹ Estos niveles provienen de la valoración que se realiza en el HIMES por trabajo social.

La clasificación socioeconómica (Anexo 1) utilizada en este estudio es la empleada en el HIMES, la cual se enfoca principalmente en determinar el gasto en salud que emplean las pacientes o sus familiares. Esta clasificación socioeconómica va del nivel A al J⁴² y es determinada por el personal de trabajo social en base al estudio socioeconómico que realizan; una vez realizado esto ubican a las mujeres en la tabla de clasificación socioeconómica, la cual se interpreta a menor puntaje el nivel socioeconómico es menor, y por lo tanto puntajes altos corresponden a clasificaciones socioeconómicas más favorables (Tabla 5).

Tabla 5. Clasificación socioeconómica.

Clasificación socioeconómica	Menor nivel <-----> Mayor nivel									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Puntuación obtenida en la evaluación socioeconómica	Menos de 19	20-28	29-37	38-46	47-55	56-64	65-73	74-82	83-91	92 o más

Fuente: Instrumento de clasificación socioeconómica HIES-HIMES.

Las mujeres que usan los servicios del HIMES, por ser una institución orientada a población no derechohabiente, comparten características socioeconómicas similares, debido a esto las ubicamos en base a su pertenencia a la clasificación socioeconómica A-C o mayor o igual a D.

Respecto a *paridad*,⁴³ catalogamos a las mujeres que tuvieron su primer parto (primípara) y aquellas con paridad igual o mayor de dos, ya que la experiencia para la mujer de un embarazo suele ser un factor importante en la identificación de situaciones no

⁴² La clasificación socioeconómica es una variable de tipo intervalo, mientras más cercana sea a la clasificación A la consideramos en condición económica más precaria, ya que en estos grupos se utiliza un gasto mayor en materia de salud del total de los ingresos familiares, mientras los grupos más cercanos a la clasificación J las familias utilizan un menor porcentaje de su ingreso en salud. Sin embargo esta clasificación no esclarece los límites entre las clasificaciones, puesto que es poco clara la diferencia real entre clasificaciones contiguas.

⁴³ Entendemos paridad, la cantidad de partos que tuvo una mujer al momento del estudio, ya sea por vía vaginal o cesárea.

normales en el embarazo y por ende puede condicionar la decisión de búsqueda o no de atención oportuna entre las diferentes opciones de salud.

Por otro lado el *nivel educativo* es un aspecto importante en la construcción de la representación social y las prácticas de atención, ya que ésta determina, o al menos condiciona, la forma de apropiación de los conocimientos sanitarios, alimentarios, médicos y de higiene, y posibilita una captación de nuevos saberes, valores, actitudes y comportamientos diferenciados entre aquellas mujeres con bajo y alto grado de escolaridad (Osorio 2001, 46).

Por lo tanto constituimos dos grupos en base a su nivel de escolaridad: bajo y alto nivel educativo. Para el bajo nivel se consideró de 0 a 6 años de estudio cursados (secundaria), y alto nivel de 7 años de estudio o más (secundaria a profesional).

En concordancia a los objetivos de la investigación para contrastar tanto las representaciones como las prácticas y trayectorias de atención en las mujeres, construimos tres grupos tipológicos en base a las variables tipológicas: en el grupo A se consideraron las clasificaciones tipológicas I y V, grupo B) correspondió a las clasificaciones II, III, VI y VII; mientras que en el grupo C los tipos IV y VIII (Tabla 6).

Tabla 6. Grupos tipológicos.

Grupo	Variables Tipología
A	I, V
B	II, III, VI Y VII
C	IV Y VIII

Fuente: Elaboración propia.

Consideramos que el grupo A corresponden mujeres con mayor riesgo al acceso oportuno a la institución de salud, mientras el grupo C en menor riesgo.

Selección del personal de salud

Para la selección del personal de salud consideramos su responsabilidad laboral de atención, esto es, personal que presta sus servicios de atención a pacientes que acuden a los servicios de consulta externa y/o consulta de urgencias.

Optamos por realizar un muestreo por conveniencia debido a que la cantidad de enfermeras y personal médico que se encontraban en las áreas de consulta y urgencias (ocho enfermeras y seis médicos) durante el periodo en el que se llevaron a cabo las entrevistas era relativamente pequeño, por lo que la muestra se conformó por cuatro enfermeras y tres médicos.

Criterios de inclusión

De acuerdo a los objetivos de la investigación el principal criterio de inclusión de las mujeres fue haber padecido preeclampsia entre los años 2009 y 2010, y que cumplieran con el conjunto de indicadores de la tipología elaborada; a la vez que sus hijos no hubieran fallecido por las complicaciones de la enfermedad.

Respecto al personal de salud se incluyeron a médicos adscritos,⁴⁴ residentes de la especialidad de ginecoobstetricia y enfermeras que prestaban sus servicios en el área de consulta externa o urgencias ginecoobstétricas, ya sea en el turno matutino, vespertino o jornada acumulada⁴⁵ y que aceptaron participar⁴⁶.

⁴⁴ Un médico adscrito es aquel que concluyó su formación académica y labora en la institución, ya sea contratado por la Secretaría de Salud o la misma institución.

⁴⁵ La jornada acumulada es aquella jornada laboral donde el personal presta sus servicios los días sábados, domingos y aquellos considerados como festivos para la institución, esta jornada tiene una duración de 12 horas diarias.

⁴⁶ Al solicitar su participación en el estudio ningún médico se negó a participar, mientras que en el caso de enfermería solo una enfermera se negó a ser entrevistada.

Consentimiento informado

Como parte del compromiso ético que guía la investigación, en cual se busca ante todo salvaguardar la confidencialidad de las mujeres y no exponerlas a ningún tipo de evento que pueda afectar su integridad o a su entorno familiar, elaboramos una carta de consentimiento informado en la cual se plasmó el tipo de estudio llevado a cabo, sus posibles riesgos, así como el carácter voluntario de participación, de abandono y confidencialidad. A todas las mujeres se les proporcionó dicha carta y se les explicó el contenido de la misma, las cuales en su mayoría fueron signadas por las mujeres cuando se realizó el contacto en sus casas, y antes de iniciar la entrevista (Anexo 2).

En cuanto a las entrevistas con el personal médico y de enfermería se les explicó el carácter de la investigación y se les solicitó su participación en la misma, cabe señalar que no se les proporcionó una carta de consentimiento informado, acción basada en lo dispuesto en el artículo 17 inciso I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1986), la cual exime de la elaboración del consentimiento informado por escrito en investigaciones consideradas sin riesgo.⁴⁷ Además se cuidó la confidencialidad del personal de salud al evitar su identificación mediante el uso de nombres ficticios.

Al personal de enfermería se le comentó que se realizaría observación del itinerario institucional de las mujeres así como en el módulo de enfermería, por considerar éste último como un punto central en la detección de la preeclampsia, ya que el personal de

⁴⁷ Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

enfermería es el encargado de tomar y valorar la presión arterial de las mujeres previo a pasar a la consulta médica.⁴⁸

Instrumentos

Los instrumentos que elaboramos para reconstruir las representaciones sociales de la preeclampsia y prácticas de atención fueron: a) base de datos con la información general de las mujeres, b) guía de observación, c) guía de entrevista para mujeres, y d) guía de entrevista para personal de salud (médicos y enfermeras).

Uno de los primeros pasos realizados para llevar a cabo la presente investigación fue construir una base de datos que nos permitiera caracterizar a la población de mujeres con diagnóstico de preeclampsia en el HIMES, y con ella crear una agenda para contactarlas y entrevistarlas.

La base de datos se construyó en el programa estadístico SPSS V 17 para Windows de acuerdo a las características que se consideraron relevantes a partir de estudios previos, se constituyó por 39 variables, entre las cuales se encuentran clasificación socioeconómica de la mujer, pertenencia al seguro popular, lugar de residencia habitual de la mujer, escolaridad, edad en años cumplidos, año que padeció la enfermedad, nombre de la mujer, diagnóstico clínico, número de expediente, lugar de origen de la mujer, ocupación actual, teléfono para contactarla, dirección, religión, estado civil, ingreso económico mensual en pesos mexicanos, antecedentes obstétricos: número de gestación, parto, aborto y cesárea, si llevó o no control prenatal, mes de primera consulta, número total de consultas prenatales,

⁴⁸ La correcta valoración de la presión arterial se constituye como un elemento angular en la detección de la preeclampsia, ya que en múltiples ocasiones la enfermedad se comporta como un síndrome silencioso en sus etapas iniciales ante lo cual la presión arterial anormal puede dar pie a la sospecha de padecer la enfermedad.

lugar donde llevó el control prenatal, lugar de donde se refiere a la mujer al HIMES, motivo de referencia, si llevó algún tratamiento médico durante el embarazo, como terminó el embarazo (parto o cesárea), Apgar⁴⁹ del recién nacido, peso del recién nacido, antecedentes familiares de hipertensión arterial o diabetes mellitus, familia que padeció o padece hipertensión arterial o diabetes mellitus.

Las estrategias metodológicas utilizadas en esta investigación fueron las técnicas de observación participante en las áreas de consulta externa y consulta de urgencias para conocer el itinerario institucional de las mujeres, así como entrevistas semiestructuradas con mujeres participantes en el estudio, y entrevistas estructuradas para el personal de salud, por lo cual se elaboraron guías de observación para la consulta externa y consulta de urgencias, y guías de entrevista para las mujeres y para el personal de salud.

Con estos instrumentos se obtuvo la información necesaria para poder reconstruir las representaciones sociales de la preeclampsia así como las prácticas de atención de las mujeres que vivieron el evento de padecer preeclampsia.

Guía de observación

Para focalizar la observación en las consultas del HIMES se procedió a elaborar una guía de observación, tanto para la sala de consulta externa en donde se encuentra el módulo de enfermería⁵⁰ como la sala de urgencias, y de acuerdo a la estructura de atención hospitalaria son estas dos áreas por las que una mujeres acceden a la consulta obstétrica. Cada área tiene

⁴⁹ La valoración de Apgar es un recurso médico para predecir el grado de adaptabilidad del recién nacido al medio extrauterino, en donde a mayor puntaje mejores condiciones clínicas tiene en recién nacido, en el caso de hijos de madres que padecieron preeclampsia se asocia con retardo en el crecimiento intrauterino, y/o prematuridad, posible sufrimiento fetal y por lo tanto, el recién nacido puede tener un Apgar bajo al nacer (Sibai, 2005)

⁵⁰ El módulo de enfermería es un espacio que se encuentra en la consulta externa atendido por enfermeras de diferente formación académica donde se llevan a cabo actividades técnicas que coadyuvan al establecimiento inicial del diagnóstico de preeclampsia, como es la toma y valoración de la presión arterial.

particularidades que condicionan a las mujeres a seguir un camino diferenciado en su itinerario institucional a una consulta.

El objetivo de construir una guía de observación fue la de contar con un instrumento que ayudara a focalizar la observación del itinerario de las mujeres en su recorrido por la consulta externa y consulta de urgencias, para lo cual se establecieron cuatro temáticas que posibilitaran la consecución de los objetivos planteados: entrada de la mujer al hospital, tiempo empleado en el itinerario y salida del campo (Anexo 3).

Guía de entrevista a mujeres

Antes de realizar las entrevistas era necesario contar con una serie de instrumentos que nos proporcionaran orientación respecto a las temáticas buscadas entre los discursos expresados por las mujeres y no perder el camino en el mar discursivo. Por ello se elaboró un guión de entrevista semiestructurada, producto de la dimensión *contenido* de la teoría de las representaciones sociales y de sus prácticas de atención.

El guión de entrevista para las mujeres se dividió en tres secciones: a) cédula de datos personales donde se indagan aspectos generales de las mujeres, tales como edad, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, y tipo de seguridad médica, b) preguntas generadoras para conocer la representación social de la preeclampsia (concepto, complicaciones, causas, tratamiento y prevención), y c) temas sobre las prácticas de atención que llevaron a cabo las mujeres en la atención a su embarazo, como son prácticas de alimentación, actividad/sueño/descanso, higiene y control prenatal (Anexo 4).

Guía de entrevista al personal de salud

Para reconstruir los saberes biomédicos se realizaron entrevistas semiestructuradas médicos y enfermeras de los cuales nos interesaba comprender sus nociones biomédicas de la enfermedad, el tipo de información que brindan a las mujeres que acuden a la consulta prenatal y sus representaciones sociales de sus prácticas de atención,⁵¹ este instrumento se integró por 37 ítems, las cuales contienen, en primer término los datos generales del personal como son formación y capacitación específica en el áreas de obstetricia, y en una segunda parte cuestionamientos concretos relativos al concepto de la enfermedad, su etiología, tratamiento, complicaciones; así como las condiciones institucionales donde desarrollan su práctica (anexos 5 y 6).

Utilizar estos instrumentos permite por una parte responder a las preguntas de investigación y por otro lado considerarlos para retomarlos o modificarlos en futuras investigaciones que se relacionen con la presente investigación.

Trabajo de campo: Trayectoria metodológica

El trabajo de campo se realizó en tres etapas, las cuales si bien se presentan en forma temporal no se desarrollaron así en la práctica, ya que se trabajó en ellas en forma simultánea, tales etapas fueron: a) proceso de entrada a la institución de salud y la construcción de una base de datos con información de expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de preeclampsia b) observación de las áreas de consulta externa, módulo de enfermería y consulta de urgencias del HIMES para conocer los itinerarios institucionales

⁵¹ Considero que las prácticas de atención son de carácter social, son aprendidas y expresadas por el grupo médico y de enfermería, más allá de las decisiones individuales.

que siguen las mujeres que son referidas desde sus centros de salud, y c) entrevistas las cuales se desarrollaron en dos fases generales: 1) entrevistas al personal de enfermería y médicos de la institución, y 2) localización, contacto y entrevistas a mujeres en sus hogares.

El procedimiento general para realizar las entrevistas fue el siguiente: en primer lugar se solicitó autorización al comité de Ética e Investigación del HIES⁵², una vez con su aprobación se buscó solicitó al servicio de estadística los números de expedientes de las mujeres que habían padecido preeclampsia en los años seleccionados, con estos datos se buscaron en la base de datos a las mujeres que cumplieron con los criterios de la tipología construida, a partir de aquí se elaboró una lista con los nombres, direcciones y números telefónicos -donde procedía-, para posteriormente buscarlas en sus hogares, o contactarlas vía telefónica para concertar una cita y llevar a cabo la entrevista⁵³.

Para facilitar la ubicación de los hogares se procedió se utilizó el recurso digital de *google maps* ®, mediante el cual se pudo visualizar una fotografía de la parte frontal de las casas y/o calles donde vivían dichas mujeres.

Proceso de análisis de la información

Una de las grandes dificultades para quien se va adentrando a la metodología cualitativa es el manejo de la gran cantidad de información generada, producto de las entrevistas como de las observaciones realizadas por el investigador (Coffey y Atkinson 2003). En aras de

⁵² El proceso general para lograr la autorización del Comité de Ética e Investigación del HIES-HIMES es el siguiente: a) Elaborar y entregar una carta de solicitud al director de la institución con atención al jefe de Enseñanza, y jefe de enfermería con el protocolo de investigación previamente autorizado por la directora de tesis, y b) Obtener oficio de autorización en el departamento de Enseñanza. El tiempo para obtenerlo es variable, pero en nuestro caso demoró aproximadamente mes y medio, ya que el comité se reúne para valorar los protocolos que solicitan autorización del campo clínico dependiendo de la cantidad de los mismos y las obligaciones institucionales de los miembros.

⁵³ Durante la fase de entrevistas se presentaron algunos problemas para lograr la autorización de las mujeres, consideramos que parte del problema se debió a cuestiones de género, por lo tanto en aras de salvaguardar esta dificultad nos apoyó una psicóloga estudiante de maestría de El Colegio de Sonora, lo que facilitó al acceso a los hogares de las mujeres.

facilitar el análisis se inició el proceso de categorización de los datos provenientes de las entrevistas y observación de forma deductiva ya que se construyeron y establecieron previo al análisis categorías teóricas congruentes con el marco que guió la investigación; sin embargo, es bien sabido que la realidad suele presentar puntos divergentes con la teoría, por lo que a la vez se realizó análisis inductivo a partir de las entrevistas realizadas a las mujeres, con lo cual se ampliaron aspectos no contemplados en las etapas iniciales en el diseño de la investigación para incluirlos en el análisis de datos.

Debido a que parte de nuestro interés era conocer la existencia de similitudes y diferencias entre los grupos, contrastamos los datos obtenidos mediante la construcción de códigos de matrices, referentes a representaciones sociales, prácticas y trayectorias de atención por los grupos constituidos.

Los datos provenientes de las mujeres y del personal de salud fueron audiograbadas,⁵⁴ y en todas las ocasiones se contó con la autorización por parte de las entrevistadas para grabar la conversación,⁵⁵ una vez capturada la entrevista se procedió a organizar la información a partir de códigos (temas y subtemas). El análisis se dio a partir de la lectura de las entrevistas y de los temas que fueron los ejes de la investigación. Dicha información se organizó con el programa de análisis cualitativo Nvivo.⁵⁶

Respecto al itinerario institucional se observó el camino que seguían las mujeres para acceder a la consulta obstétrica, los registros de la observación fueron en un diario de campo.

⁵⁴ utilizando una grabadora digital de la marca Olympus, modelo VN-6200PC

⁵⁵ El programa f4 es un software para transcripción de audio de libre distribución el cual puede descargarse de <http://www.audiotranskription.de/english/downloads-en.html>.

⁵⁶ Nvivo es un software de análisis de datos cualitativos diseñado y distribuido por la compañía QRS international, creada a partir de grupos universitarios de Melbourne Australia, el cual ayuda a explorar, organizar y comprender la información de documentos, archivos PDF, videos, encuestas, fotografías y archivos de audio, en nuestro estudio utilizamos la versión 7 del software ya que nuestro interés se centró en el análisis del discurso tanto de las mujeres como del personal de salud, por lo cual esta versión es adecuada para tal objetivo.

Codificación

El primer paso en el análisis de los datos en bruto es el proceso de codificar los datos lo cual consiste en identificar palabras, frases, temas o conceptos dentro de los datos de manera que los patrones subyacentes puedan ser identificados y analizados (Mayan 2001, 33), o de acuerdo a Strauss y Corbin (2002) es un proceso analítico por medio del cual se fragmentan, conceptualizan e integran los datos para formar una teoría.

Por lo tanto construimos una serie de códigos que buscamos en el contenido de las entrevistas, sin embargo esto no limitó el análisis, por lo que de manera inductiva examinamos aquellos temas emergentes fuera del planteamiento inicial. Por lo que las *etiquetas -códigos- identificados* se agruparon de acuerdo a las representaciones sociales y las prácticas de atención.

En cuanto a representaciones sociales los códigos se dividieron en siete grupos los cuales consideramos son los componentes del contenido de la representación social (Tabla 7).

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Tabla 7. Dimensión del contenido de la representación social.

Representaciones sociales		
Dimensión	Código	Descripción
Dimensión información	Concepto	Forma en que la mujer entiende que es la preeclampsia
	Consecuencias de la enfermedad	Consecuencias de la enfermedad a nivel individual, familiar o colectivo
	Cuidados en la enfermedad	Cuidados que creen las mujeres se deben de realizar para prevenir, tratar o curar la enfermedad
	Etiología	Percepción de la mujer a las causas por las cuales se presenta esta enfermedad
	Sintomatología	Expresiones de la enfermedad en el cuerpo
Dimensión Actitud	Sentimientos	Forma en que las mujeres percibieron la experiencia y construyeron sentimientos al vivir la preeclampsia

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a las dimensiones que integran las prácticas estas se componen por prácticas de atención y prácticas de autoatención (Tabla 8).

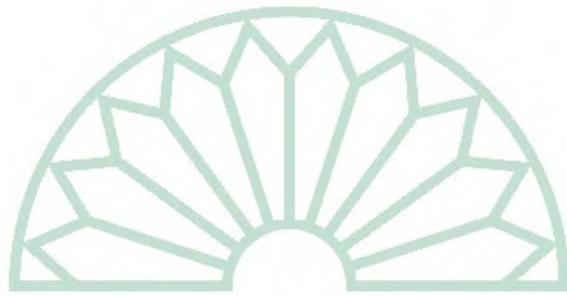
Tabla 8. Dimensiones de la práctica.

Tema	Código	Descripción
Prácticas de atención	Atención	Acciones llevadas a cabo por las mujeres donde está implicado un curador profesional
	Autoatención	Acciones instrumentadas por la propia mujer o personas inmediatas y en ellas no actúa directamente un curador profesional

Fuente: Elaboración propia

Los códigos establecidos para las prácticas de atención fueron accesibilidad a las instituciones de salud, seguridad social, atención biomédica en sus etapas prenatal y posnatal, trato del personal de salud percibido por las mujeres. Respecto a las prácticas de autoatención consideramos las prácticas de alimentación, apoyo de las redes comunitarias, atención alternativa, descanso-sueño, higiene, sospecha y reconocimiento del embarazo, y tratamientos comunales.

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Capítulo IV

Contexto de atención

Comprender las prácticas de atención de las mujeres no puede realizarse de manera adecuada sin conocer, aunque someramente, el contexto en el cual viven dichas mujeres así como su relación con el actual sistema de salud de México.

Para ello mostramos el escenario general y particular de la región, ya que éste ofrece a las mujeres diversas opciones de atención a sus padecimientos, que por sus particularidades son diferenciados de otras comunidades. Por lo tanto en este capítulo nos centramos en presentar algunos datos demográficos del estado de Sonora, de igual forma se describen aspectos de la localidad donde residen las mujeres, entendidos como el espacio donde habitan las mujeres que participaron en la investigación, especialmente las colonias divididas por AGEBS, así como el panorama general epidemiológico de las muertes maternas, el sistema de salud mexicano, lugar donde se desarrolló el itinerario institucional de las mujeres; y por último la presentación del equipo de salud y la información que circula en diversos medios que coadyuvan a la construcción de la representación social de la enfermedad.

Aspectos demográficos

Para comprender la dinámica poblacional es necesario considerar, al menos desde el área sanitaria, cuatro aspectos: 1) mortalidad, 2) fecundidad, 3) movilidad poblacional y 4) incremento de la esperanza de vida.

En México el crecimiento de la población ha disminuido paulatinamente, al pasar de 1.9 por ciento a inicios de la década de los noventa a poco más del 1 por ciento en 2002-2003 y para el año 2010 fue de 1.4. Actualmente, la tasa está debajo del punto porcentual (.79 en 2009-2010) y se espera que siga disminuyendo, aunque ya de manera marginal, mientras en Sonora la tasa de crecimiento general en el 2010 fue de 1.7, de los cuales la población masculina creció 1.7, mientras que la femenina 1.8 (INEGI 2010).

Respecto a los cambios en la estructura poblacional se ha presentado una disminución de la población de 0 a 14 años, con un incremento del resto de los grupos de edad, lo que significa una disminución de la fecundidad e incremento del bono poblacional (INEGI 2012, 4).

En relación a los aspectos geográficos donde viven las mujeres de nuestro estudio Sonora territorialmente es el segundo estado más grande del país, cuenta con una extensión territorial de 179,355 km², lo que corresponde al 9.1 por ciento del territorio nacional, solo por debajo del estado de Chihuahua. Su población está compuesta por 2,662,480 habitantes de los cuales 1,322,868 son mujeres y 1,339,612 hombres.

El estado cuenta con una extensión de litorales de 1,209 kilómetros, lo que representa el 10.9 por ciento a nivel nacional. Los principales sectores de actividad económica que aportan el 65.2 por ciento al Producto Interno Bruto son el comercio, restaurantes y hoteles (23.5 por ciento), servicios comunales, sociales y personales (22.6 por ciento) e industria manufacturera (19.1). El volumen de crecimiento que ha presentado el estado paso de 12 en el año 2000 a 15 habitantes por kilómetro cuadrado en el 2010, mientras que su tasa de crecimiento para los mismos años pasó de 1.4 a 2.1 (INEGI 2011).

La población del estado cuenta con una escolaridad promedio de 9.4 por ciento años de estudio concluidos, mientras que la media nacional en este rubro es de 8.6 años lo que nos ubica por arriba de la media nacional.

Respecto a la derechohabiencia el 74 por ciento utilizan algún sistema de seguridad social en salud mientras que el 23.4 por ciento utiliza el Seguro Popular y el 2.6 por ciento no cuenta con seguridad social, lo que representa casi 69, 328 habitantes.

La población en Sonora ha mantenido un crecimiento constante, el cual se aceleró a partir del 1960 y los últimos 13 años pasó de 2.2 millones a 2.6 millones en el 2010 (INEGI 2010). Este aspecto impacta en la institución seleccionada, así el año 2010 se registraron 25,916 nacimientos en Sonora de los cuales 8,350 fueron atendidos en el HIMES, lo que representa el 32.21 por ciento del total de nacimientos, además se llevaron a cabo más de mil cirugías ginecológicas en esta institución, (Secretaría de Salud 2012; INEGI 2013).

De acuerdo a CONAPO (2010) la población derechohabiente representa a nivel nacional el 64.6 por ciento, mientras que en Sonora la población derechohabiente es el 73.9 por ciento, 9.3 por ciento por arriba del dato nacional, siendo la principal institución que los atiende es el IMSS (48.8 por ciento), seguido por la Secretaría de Salud mediante el Seguro Popular (36.2 por ciento); mientras que el 33.8 por ciento de la población no son derechohabientes.

Las condiciones del país, enmarcadas en el contexto tanto local como global, que el país ha atravesado determina la esperanza de vida de la población mexicana, así en 1930 fue de 35 años para mujeres y 33 en hombres; mientras que en el año 2012 se incrementó a 78 para mujeres y 73 en hombres. Si bien se aprecia un incremento casi sostenido de la esperanza de vida en la población mexicana, se presentó un descenso ya que en el año 2008 era de 74.4 y para el 2009 bajó a 74 (CONAPO 2013).

En cuanto a Hermosillo, capital del estado, fundada en el siglo XVII es una ciudad media con una población total es de 784,342 habitantes, de estos el 48.6 por ciento corresponden a varones mientras que el 51.4 por ciento la población femenina. Actualmente, la ciudad se puede dividir en cuatro sectores: 1) norte, 2) centro, 3) sur, y 4) poniente.

Grado de marginación de las colonias por AGEBS

Con el propósito de comprender algunos aspectos de vida de las mujeres consideramos el grado de marginación de las colonias donde viven y atienden sus padecimientos, ya que estas condiciones juegan un papel importante en la búsqueda y atención ante los padecimientos, estableciendo prácticas diferenciadas por esta condición. Estas colonias están clasificadas por AGEBS⁵⁷ que de acuerdo a CONAPO (2010) son un conjunto de manzanas perfectamente delimitadas por calles, avenidas o andadores, y el uso del suelo es habitacional, industrial, de servicios o comercial y se construye a partir de cuatro dimensiones: 1) salud, 2) educación, 3) vivienda y 4) bienes (Tabla 9).

⁵⁷ Cabe notar que en esta investigación no utilizamos las dimensiones de construcción de las AGEBS y sólo las presentamos con fines para comprender como son utilizadas y contextualizar las condiciones donde viven las mujeres.

Tabla 9. Dimensiones del grado de marginación.

Dimensión	Indicadores
Salud	<ul style="list-style-type: none"> • % Población sin derechohabiencia a los servicios de salud • % Hijos fallecidos de las mujeres de 15 a 49 años de edad
Educación	<ul style="list-style-type: none"> • % Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela • % Población de 15 años o más sin educación básica completa
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda % Viviendas particulares habitadas sin drenaje conectado a la red pública o fosa séptica • % Viviendas particulares habitadas sin excusado con conexión de agua • % Viviendas particulares habitadas sin agua entubada dentro de la vivienda • % Viviendas particulares habitadas con piso de tierra • % Viviendas particulares habitadas con algún nivel de hacinamiento
Bienes	<ul style="list-style-type: none"> • Bienes % Viviendas particulares habitadas sin refrigerador

Fuente: CONAPO 2010, Índice de marginación urbana 2010.

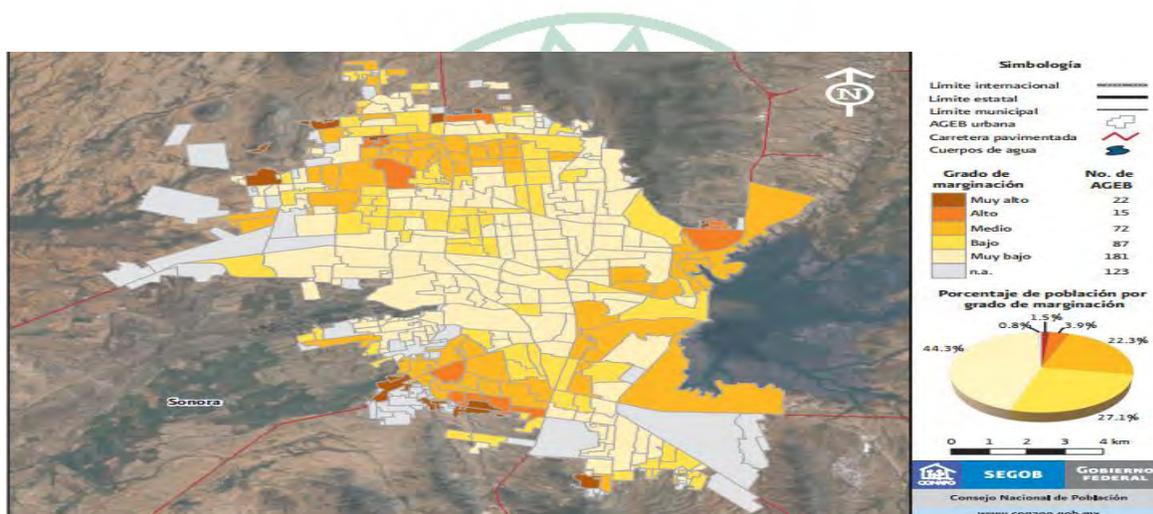
Sonora, de acuerdo a la CONAPO (2010), se encuentra entre los estados de la república mexicana con menores índices de marginación⁵⁸ (Índice de Marginación 19.67), lo cual lo ubica en el lugar 24 de los 32 estados valorados, en contraste con estados como Guerrero y Chiapas, los cuales presentan los índices más elevados, posición que no ha variado desde el año 2000 (Álvarez 2005).

El municipio de Hermosillo en general se considera como de muy bajo índice de marginación. Al interior del municipio se encuentran 500 AGEBS, de las cuales 22 presentan

⁵⁸ El índice de grado de marginación se construye con nueve indicadores: 1) % de población analfabeta de 15 años o más, 2) % de población de 15 años o más sin primaria completa, 3) ocupantes en vivienda drenaje ni excusado, 4) ocupantes en vivienda sin energía eléctrica, 5) ocupantes en vivienda sin agua entubada, 6) % de viviendas con hacinamiento, 7) % de ocupantes en vivienda con piso de tierra, 8) % de población que vive en poblaciones con menos de 5,000 habitantes y 9) % de población económicamente activa que gana hasta dos salarios mínimos.

un grado de marginación muy alto, 15 alto, 72 medio, 87 bajo, 181 muy bajo y 123 no acreditables, por lo cual el 1.5 por ciento de la población se encuentra en muy alto grado de marginación, 3.9 por ciento alto, 43 por ciento muy bajo, 27.1 por ciento bajo y 22.3 por ciento medio (CONAPO, 2010). Lo se traduce en inequidades en diferentes aspectos de la vida de sus ciudadanos (Imagen 3).

Imagen 3. Grado de marginación Hermosillo Sonora.



Fuente: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/marginacion_urbana/AnexoA/Mapas/24_Hermosillo.pdf.

BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Las colonias donde viven las mujeres

Además de conocer el espacio institucional donde se atendieron las mujeres en la resolución de su padecimiento mostramos el espacio donde se desenvuelven las mujeres en su vida cotidiana. En el caso de las mujeres participantes de nuestro estudio, nueve viven en colonias con un grado de marginación medio, tres bajo, tres altos, y una de ellas en muy alto nivel de marginación. De ellas, ocho viven en el norte de la ciudad (Imagen 4), cinco

en el sur de la misma (imagen 5), una en Bahía de Kino y una en el campo agrícola Pocitos, ubicado aproximadamente a 10 kilómetros del poblado Miguel Alemán.

Imagen 4. Colonia del norte de la ciudad.



Debido a que las mujeres fueron contactadas a partir de una institución de salud, la cual atiende a población abierta, la edad de las mujeres y el crecimiento demográfico que ha sufrido la ciudad; las mujeres se ubican en polos de la misma. Tanto el norte como el sur comparten características sociodemográficas que no es necesario discutir a profundidad, por lo que presentamos un panorama general las mismas.

Las colonias del norte de la ciudad

El núcleo de crecimiento de Hermosillo se ubica en la colonia Villa de Seris, y el cerro de la campana, desde el cual se extendió la mancha urbana principalmente hacia dos polos: norte y sur, y una parte también importante el área poniente de la ciudad.

El norte de la ciudad ha presentado en los últimos años un importante crecimiento poblacional y de servicios, ya que en base a la demanda de los mismos por parte de la comunidad se han construido inicialmente por invasiones irregulares que han sido absorbidas y legalizadas por el municipio y en paralelo se han construido fraccionamientos enfocados para población con un nivel socioeconómico medio, esto es para usuarios con capacidad de pagar una mensualidad que puede ir desde los 1,000 a los 5,000 pesos.

Estos fraccionamientos se constituyen como espacios habitacionales prevaletentes, que van de pequeños a medianos, sin embargo en algunos las casas habitación son relativamente grandes, cuyos costos pueden superar el millón de pesos. Todos los fraccionamientos cuentan con servicios públicos municipales básicos como son agua por tubería, recolección de basura, luz eléctrica, transporte público, entre otros. A la par en el cinturón periférico de la ciudad se han establecido asentamientos de carácter irregular al no contar con títulos de propiedad y escasos de servicios.

Aunado a la expansión poblacional se han instalado de diferentes giros comerciales que van desde abarrotes hasta grandes cadenas de supermercados como Wal-Mart, Soriana, Sam's Club y otras de menor tamaño como la cadena Vmark.

El polo sur de la ciudad se han instalado diversas empresas que le confieren prosperidad al área sur como son la Plaza Sendero, la cual es un centro comercial con características similares a los *malls* que se pueden encontrar en diversas ciudades de Estados Unidos, así como la fábrica de ensamblaje Ford, entre otras.

Respecto a las condiciones del sur de la ciudad estas son similares a las del norte, con problemáticas compartidas, tales como falta de pavimentación, calles en condiciones deficientes, alumbrado público el cual no cubre las necesidades totales del área.

Imagen 5. Colonia del sur de la ciudad.



EL COLEGIO

De acuerdo a la clasificación que realiza INEGI (2011) de las AGEBS, por grado de marginación, existe un menor número de colonias en grado de marginación en el sur de la ciudad, debido principalmente por el crecimiento demográfico en condiciones irregulares en el norte de la ciudad (Tabla 10).

Tabla 10. Colonias donde viven las mujeres.

Nombre	Colonia	Ubicación	Grado de marginación por AGEB
1. Luvia	Colonia Jacinto López	Norte	Medio
2. Karla	Maza de Juárez	Norte	Medio
3. Johana	Pueblitos	Norte	Bajo
4. Rosa	Colonia Jacinto López	Norte	Medio
5. Teresa	Pueblitos	Norte	Medio
6. Julia	Altares	Sur	Alto
7. Silvia	Colonia villa del cedro	Norte	Medio
8. Aracely	Colonia Cuauhtémoc	Sur	Alto
9. Dyna	Residencial de Anda	Sur	Bajo
10. Glenda	Colonia Emiliano Zapata	Sur	Medio
11. Jesús del Carmen	Colonia López Portillo	Sur	Medio
12. Norma	Fraccionamiento Oasis	Norte	Medio
13. Susana	Colonia las Granjas	Centro	Bajo
14. Génesis	Colonia Álvaro Obregón	Norte	Medio
15. Raquel	Colonia Alvarado	Bahía de Kino	Alto
16. Cecilia	Campo Pocitos	Poblado Miguel Alemán	Muy alto

Fuente: Elaboración propia, con datos de INEGI, 2011.

Panorama epidemiológico: Mortalidad

En el año 2010 en México se registraron un total de 592,018 defunciones de todas las causas, lo que representó una tasa de mortalidad de 5.5 muertes por cada mil habitantes, mientras que en Sonora fue de 5.9; de las cuales el 56 por ciento corresponde a población masculina y el 44 por ciento a mujeres, y para el año 2013 la tasa de mortalidad fue de 5.4 por cada mil habitantes (INEGI 2013).

El grupo de edad donde ocurren el mayor número de muertes registradas fue el de 25 a 34 años, lo cual de acuerdo a la Dirección General de Epidemiología (DGE) es coincidente a lo que ocurre en el grupo de edad de 20 a 30 años (DGE 2013).

La mayor tasa de mortalidad se encuentra en los estados de: Chihuahua (7.5), Distrito Federal (6.2), Michoacán (6.1), Nayarit (6.1), Oaxaca (6.1), y Zacatecas (6.1). Las entidades que registran menor tasa de mortalidad fueron: Quintana Roo (3.3), Baja California Sur (4.2), Aguascalientes (4.5), Querétaro (4.5) (CONAPO 2010).

Los principales problemas de salud que complican el embarazo, el parto y el puerperio y ocasionan la muerte a las mujeres son: hemorragia post parto y la *preeclampsia-eclampsia* (RMM 30.3), mientras que la DGE reporta como primera causa de dichas muertes la enfermedad hipertensiva del embarazo, edema y proteinuria en un 23 por ciento (RMM 8.9).

No obstante, los datos la tasa de mortalidad en edad reproductiva nacional y de muertes maternas disminuyó significativamente de 1980 a 2003, al pasar de 95 a 59.9 RMM,⁵⁹ sin embargo, del 2003 a 2010 prácticamente se mantuvo igual (62 a 62.2 RMM). Mientras que en el 2010, la RMM nacional fue de 51.5, en Sonora fue de 27.7, similar a lo que ocurre en el resto de los estados del norte del país; en contraste Colima no presentó ningún caso, y estados como Oaxaca y Guerrero sus RMM fueron mayores de 80 (Secretaría de Salud 2010, DGE 2013).

El grupo de edad donde se presentan más casos de muerte materna se encuentra entre los 15 y 25 años, correspondiendo a la cuarta causa general de muerte entre estas mujeres (CONAPO 2010), por lo cual es necesario intensificar las acciones de salud preventiva en este grupo de edad.

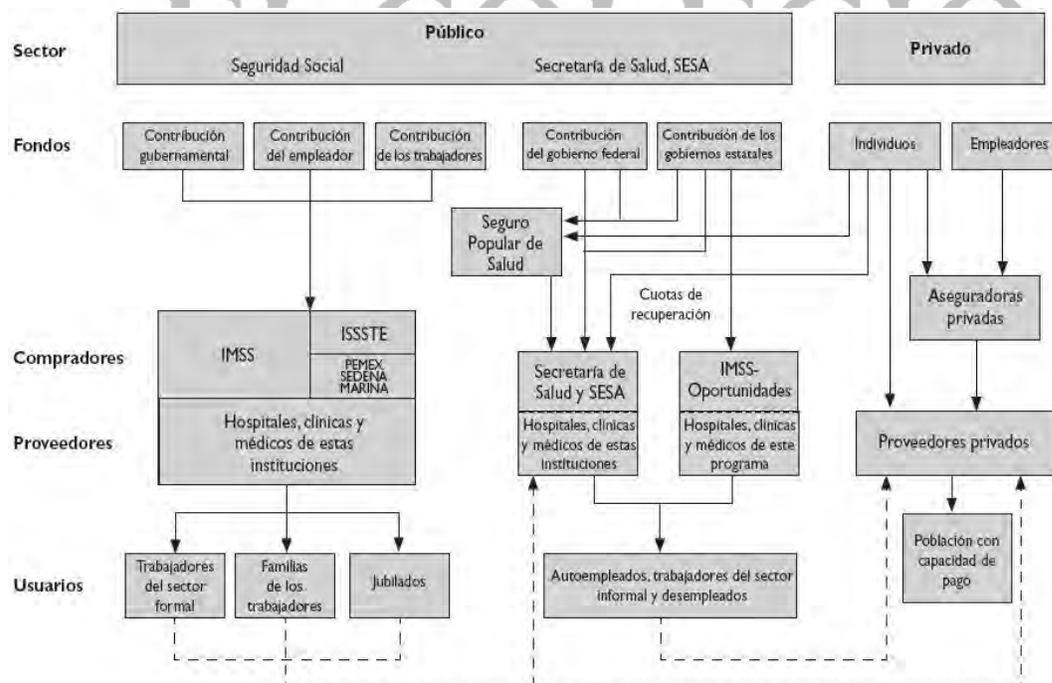
⁵⁹ Razón por 100 mil nacimientos estimados.

Sistema de salud

El sistema de salud en México está estructurado para brindar atención tanto a población derechohabiente en alguna institución de seguridad social como para aquella que no cuenta con este servicio. Es importante recalcar que la oportunidad de acceso a los servicios médicos no son iguales para las personas que poseen un trabajo estable como para aquellas que no tienen seguridad laboral, lo que impactará en las tasas de morbilidad materna.

Por lo cual, el órgano rector en materia de salud en nuestro país es la Secretaría de Salud, la cual es un órgano federal, creado para coordinar y vigilar las distintas estancias de salud en el país. En México, la organización general del sistema de salud se encuentra estructurada tal como se muestra en la imagen 6. (Gómez et al. 2011).

Imagen 6. Estructura del sistema de salud en México.



Fuente: Gómez et. al., 2011.

El sistema de salud, a su vez, se organiza en tres niveles de atención: primero, segundo y de tercer nivel de atención. En el primer nivel la secretaria de salud se encarga de realizar actividades enfocadas a prevenir las enfermedades, tales como la aplicación de vacunas, campañas de promoción a la salud, etc. Básicamente a partir de los centros de salud, mientras que en el segundo nivel se encuentran agrupados todos los hospitales generales, que prestan atención de diferentes tipos a la población como atención gineco-obstétrica, medicina interna, cirugía general, infectología y por último en el tercer nivel se brindan cuidados de alta especialidad como trasplantes renales o cardiocirugía.

Respecto a la accesibilidad a alguna institución de salud la mayor parte de las mujeres son atendidas por el IMSS, seguido por el Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación. (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución porcentual de mujeres derechohabientes: México.

Institución	%
IMSS	47
ISSSTE	9.1
ISSSTE Estatal	1.3
PEMEX, Marina	1.4
Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación	37.1
Privado	2.6
Otro	2.2

Fuente: INEGI: Mujeres y hombres en México 2011.

Las mujeres de nuestro estudio por su condición socioeconómica utilizaron los servicios de salud brindados por la Secretaría de Salud para población no derechohabiente, las cuales en su mayoría cuentan con seguro popular.

La distribución de población derechohabiente en México para los años 2006 y 2011 se muestra en la tabla 12, la cual refleja un incremento importante del porcentaje de personas derechohabientes a alguno de los sistemas de salud; lo que indirectamente expresa la poca generación de trabajos por parte del estado, ante lo cual el gobierno con el fin de proteger a los más vulnerables responde creando el programa seguro popular, para dar cobertura a población que no cuenta con seguridad social de alguna otra institución de salud.

La cobertura en el sistema de salud por sexo es mayor en mujeres que hombres (66.3 por ciento vs 62.7 por ciento), esto por la conformación de la estructura del sistema de salud que pone énfasis en la atención de las mujeres mediante los programas de salud reproductiva, además por los procesos educativos que ha atravesado la población mexicana, donde se ha estimulado que las mujeres busquen mayor atención que los varones (INEGI, 2012).

Tabla 12. Población derechohabiente.

2006					2011				
% de la población asegurada	IMSS	ISSSTE	Pemex, SDN, SM	otras	Porcentaje de la población asegurada	IMSS	ISSSTE	Pemex, SDN, SM	Seguro popular
46.9	66.2	11.9	2.2	19.7	61.12	79.93	17.7	2.64	15.1

Fuente: INEGI 2013. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=1879>.

Centros de salud

La función primordial de los centros de salud es prestar atención primaria a la salud a población no derechohabiente y apoyar a las familias y grupos de riesgo mediante la prevención y atención de daños a la salud, por lo que las principales actividades que se desarrollan se centran en la consulta de primer nivel y promoción a la salud; esta brindada por un equipo integrado por médicos familiares o generales, personal de enfermería y odontología. En el caso de las embarazadas estos centros de salud brindan atención prenatal hasta aproximadamente los seis o siete meses de embarazo y de ahí son derivadas al HIMES para continuar con su atención prenatal y culminar el embarazo, ya sea mediante cesárea o parto vaginal; salvo en los casos donde el personal médico detecte o clasifique a las mujeres como de alto riesgo en cuyo caso las refieren al hospital a cualquier edad gestacional.

En la ciudad de Hermosillo se encuentran distribuidos en la localidad 12 centros de salud los cuales operan desde el año 1980 en distintas zonas de la ciudad, con lo cual se da cobertura a una cantidad importante de población hermosillense, entre ellas las mujeres participantes en nuestra investigación quienes acudieron a alguno de estos centros, con excepción de Cecilia y Raquel quienes se atendieron en el centro de salud del Poblado Miguel Alemán y Bahía Kino respectivamente (Tabla 13).

Tabla 13. Centros de salud urbanos en la ciudad de Hermosillo.

Jurisdicción Sanitaria/ Centros de Salud Urbanos	Fecha de creación
<i>Jurisdicción Sanitaria No. I</i>	
1. Centro de Salud Urbano Progreso Norte	Mayo del 2000
2. Centro de Salud Urbano Lomas de Madrid	Abril de 1990
3. Centro de Salud Urbano Primero Hermosillo	Diciembre de 1999
4. Centro de Salud Urbano el Sahuaro	Mayo de 1982
5. Centro de Salud Urbano Domingo Olivares	Febrero de 1957
6. Centro de Salud Urbano los Naranjos	Junio de 1991
7. Centro de Salud Urbano Emiliano Zapata	Junio de 1990
8. Centro de Salud Urbano Cd. de los Niños	Enero de 1999
9. Centro de Salud Urbano Los Olivos	Agosto de 2002
10. Centro de Salud Urbano las Minitas	Agosto 2002
11. Centro de Salud Urbano Santa Isabel	Agosto de 1980
12. Centro de Salud Urbano Solidaridad	Diciembre 1999

Fuente: Secretaria de Salud. 2013.

<http://www.saludsonora.gob.mx/descargas/estadisticas/RELACION%20UNIDADES%20DE%20SALUD.xls>.

La institución de salud: HIMES

El HIMES es la institución atención ginecoobstétrica más importante en el estado de Sonora, en ella se atiende a una porción importante de la población femenina, tanto de la ciudad de Hermosillo como del resto del estado, y en ocasiones de estados circunvecinos. Tiene gran capacidad resolutive ante diversas situaciones de salud/enfermedad ginecoobstétrica que escapan a la de otras instituciones que brindan atención a la mujer en el sector salud, tanto por su infraestructura como por las competencias del personal médico y paramédico.

A la institución ubicada en el norte de la ciudad de Hermosillo, se puede acceder por transporte particular y/o público denominado SUBA,⁶⁰ el cual brinda su servicio a través de

⁶⁰ Al momento de la investigación el sistema de transporte urbano se denominaba SUBA, posteriormente se transforma a BUS Sonora.

diversas rutas (ruta tres, Reforma y Monteverde) las cuales transitan contiguas a la institución.

Frente al hospital existen casas acondicionadas como negocios de comida o ropa, se observa basura tirada en la calle, así mismo en las dos aceras se estacionan automóviles no obstante está prohibido estacionarse en la acera contigua al hospital; por lo común las personas estacionan sus vehículos debido a que llevan a alguna mujer a la consulta o visitan a alguna paciente internada en el HIMES o HIES.

Al llegar al hospital se percibe que un edificio de construcción horizontal, de un solo piso, con una fachada pintada de color blanco; en el área de consulta externa hay paredes construidas de vidrio; en su exterior se aprecian símbolos del anterior gobierno estatal que lo creó y del gobierno en funciones como son pintura de color rojo en algunas partes del edificio, o logotipos que hacen referencia a un Nuevo Sonora.

La impresión que la institución proyecta a la población es de modernidad, entendida como aquella que se aprecia nueva, brillante, limpia y con espacios amplios.

El HIMES es considerada como una institución de segundo nivel⁶¹ que depende directamente de la Secretaría de Salud para su financiamiento y operación, fue concebida para atender a población abierta, esto es, mujeres que no cuentan con algún servicio de salud de salud debido a su condición laboral o la de su pareja, así mismo está implícita la población que cuenta con seguro popular. No obstante en este hospital se brinda atención a cualquier mujer que requiera de los servicios ofertados por el HIMES, independientemente si es o no derechohabiente en otra instituciones de salud como el IMSS o ISSSTE.

⁶¹ En México en el primer nivel de atención se realizan acciones de promoción, prevención y atención ambulatoria, brindada por médicos generales o familiares y personal de enfermería, el segundo nivel de atención se brinda esencialmente en hospitales, con servicios de ambulatorios y de internamiento a cargo de médicos especialistas, en el tercer nivel se realizan las atenciones especializadas de mayor complejidad, así como investigaciones clínicas y básicas a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y de otros profesionales (PAHO, 2002)

Inaugurada el 6 de septiembre del 2005 al momento de realizar la investigación contaba con una capacidad de 70 camas. Esta institución brinda los siguientes servicios en el área de hospitalización: ginecología, obstetricia y perinatología; en el servicio de consulta externa se prestan los servicios de ginecología, obstetricia, urología ginecológica, esterilidad, medicina Interna, cirugía general y cirugía oncológica, además cuenta con las clínicas de detección oportuna de cáncer, planificación familiar, lactancia materna, biología de la reproducción, embarazo de alto riesgo, diabetes de la embarazada, urología ginecológica y HIV-Sida y embarazo.

Por su parte en el servicio de urgencias se atiende de forma ininterrumpida a toda mujer que padezca alguna condición clínica de urgencia obstétrica o ginecológica. Debido a estas características consideramos adecuadas para tomarla como punto de partida en este estudio.

Los servicios de nuestro interés

Como parte de la estrategia metodológica para conocer y comprender los itinerarios institucionales que llevan a cabo las mujeres al interior del HIMES se realizó observación tanto de la salas de espera de la consulta externa del HIMES, así como del módulo de enfermería y de la sala de espera de la consulta de urgencias; esto se llevó a cabo del 2 al 24 de agosto, en el turno matutino y turno vespertino, ya que la institución brinda sus servicios en dos horarios, de 8 a 14 horas y de 14 a 17 horas de lunes a viernes; mientras que en la consulta de urgencias su horario de atención es las 24 horas del día los 365 días del año.

Consulta externa

La observación en esta área nos permitió establecer cuál es la itinerario institucional que siguen las mujeres que son referidas de alguno de los centros de salud donde llevaron una parte de su control prenatal las mujeres, si bien, en esta área se brinda consulta a mujeres con padecimientos ginecológicos nos centramos en aquellas las mujeres que acudían a control de su embarazo, por lo cual seguimos el recorrido que realizan las mujeres una vez que ingresan a la institución. Durante la observación nos enfocamos en dos aspectos generales: el escenario y los actores que circulan por estos espacios.

Escenario

La sala de espera es un espacio de unos 20 por 10 metros, es de forma rectangular aunque en su parte norte tiene una porción diagonal que comunica con un pasillo que lleva hacia las cajas donde las pacientes tienen que pagar la consulta (Imagen 7).

La pared de la parte sur es toda de cristal, la cual deja filtrar la luz solar, pero por estar polarizada no es intensa, las demás paredes son de color pastel café claro, en cuyas paredes se aprecian diferentes publicidades relativas al cuidado de la salud. el clima al interior de la sala de espera es fresco, probablemente este es 23 o 24 grados centígrados, toda la sala se encuentra bien iluminada, ya que aparte de la iluminación que proviene de las paredes de cristal hay luz eléctrica en toda la habitación.

El piso está limpio de material vitropiso y de color claro. Colgado en el techo, el cual está aproximadamente a poco más de 3.5 metros, hay un anuncio sobre el área donde están la sillas que simplemente dice sala de espera, cerca de la entrada principal se encuentra el módulo de información, el cual tienen forma cuadrada y está formado por paredes de cristal, tiene un polarizado moderadamente obscuro, por lo cual no se pueden

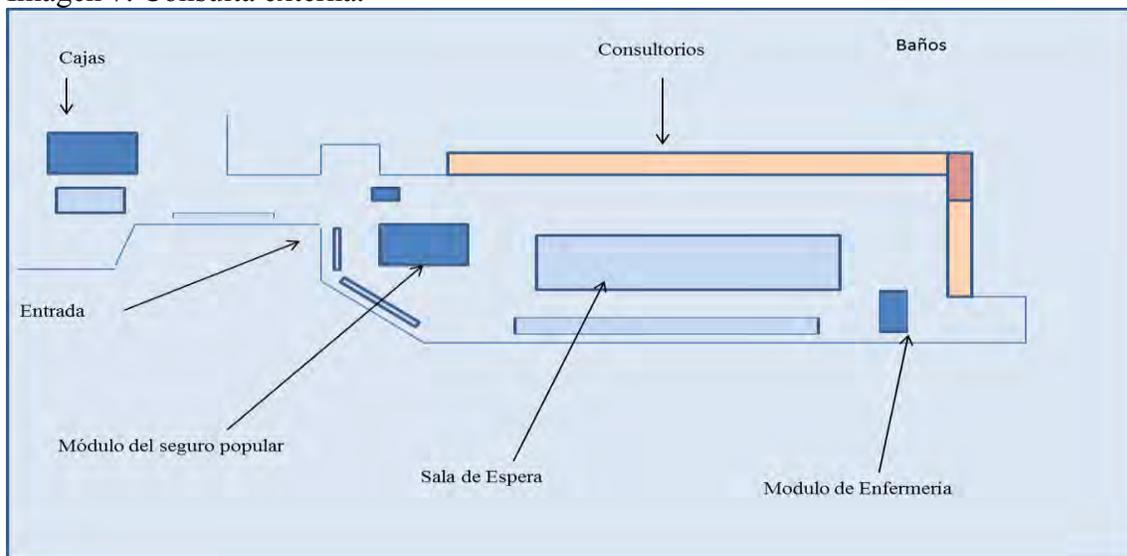
apreciar adecuadamente a las personas que atienden al público, y solo se aprecia su interior cuando las personas se acercan preguntar o consultar algo con las empleadas del módulo; aproximadamente a dos metros de este módulo se encuentra un módulo de atención ciudadana, este módulo tiene los colores y logotipos del actual gobierno estatal, los cuales están visible en la parte frontal.

En la parte central hay un grupo de sillas de plástico duro, para que las personas esperen sentadas, aproximadamente son unas 55 sillas, y están agrupadas en filas de unas 15 sillas, y 5 filas. Junto a la pared sur hay una serie de sillas agrupadas en cordón, que van desde la parte central y corren junto a la pared sur hasta la entrada de la sala de espera.

En la parte oriente sur, hay un módulo de enfermería, el cual es un pequeño cuarto y tiene una báscula, material de consumo de enfermería, sabanas, sillas, una aparato para medir la presión arterial, estetoscopio, lavabo.⁶² En la parte oriente se encuentra los baños para hombre y mujeres, hay una maquina dispensadora de refrescos y snacks. La sala cuenta con 10 consultorios que son atendidos tanto por médicos especialistas como por médicos residentes de ginecoobstetricia.

⁶² Actualmente el módulo de enfermería fue desplazado de su espacio al área de la sala de espera, dicho espacio fue asignado como oficina del coordinador médico de la consulta externa; por lo cual la valoración de peso y presión arterial se realizan en un espacio abierto.

Imagen 7. Consulta externa.



Fuente Elaboración propia, 2011.

Los actores en la consulta externa

Los actores que regularmente se encuentran en la sala de espera son enfermeras, médicos, trabajadoras del módulo de atención y del seguro popular, así como un trabajador que lleva papelería desde el módulo de información hacia las cajas y el archivo clínico. Además en el área contigua a la sala de espera hay un guardia que restringe el acceso a hospitalización y dos personas en las cajas.

La mayoría de las personas que acuden a la consulta son mujeres, si bien el número de usuarios es variable dependiendo del día y de la hora, en promedio se encuentran 30 personas en el área, siendo el turno matutino de mayor confluencia de usuarios, en este turno las horas de mayor tráfico están entre 10 a 12 horas, ya que es en este horario donde los médicos programan sus consultas, los días de mayor flujo de usuarios son lunes y martes. Las mujeres que acuden a este servicio usualmente no están solas, en la mayoría de los casos son otras mujeres quienes las acompañan a la consulta, y en menor proporción son

varones o menores de edad quienes acompañan a las mujeres. Las edades de las mujeres son más bien homogéneas, fluctúan entre 20 y 30 años en su mayoría.

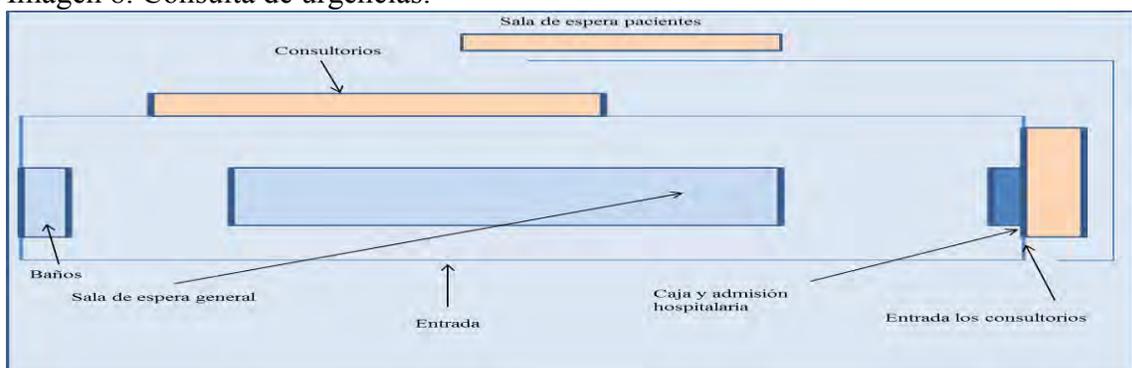
Consulta de urgencias

Escenario

Las sala de espera de la consulta de urgencias esta contigua a la de la consulta externa separada por paredes, es un espacio que mide 10 por 5 metros aproximadamente, al momento de entrar a esta sala se aprecia que en el centro de la misma hay un conjunto de sillas, para 30 personas, a la derecha de la entrada se pueden ver dos puertas en ambos extremos y dos ventanillas entre las dos puertas, las ventanillas fungen como módulo de información y caja, hay una televisión empotrada y una máquina expendedora de *snacks*. A la izquierda se encuentran los baños, y en la pared norte hay dos puertas en el ala oeste, estas puertas comunican con dos consultorios (Imagen 8).

Al igual que en la consulta externa la mayoría de las personas que utilizan este servicio son mujeres, sin embargo por la condición de salud de las mujeres se aprecia un mayor número de varones acompañando a las mujeres, esto en relación a lo que ocurre en la consulta externa.

Imagen 8. Consulta de urgencias.



Fuente: Elaboración propia, 2011.

Capítulo V

Los actores institucionales e itinerario institucional

Debido a las condiciones de estructura física del servicio el personal con el cual tienen el primer contacto las mujeres son empleadas administrativas, quienes reciben a las mujeres, capturan sus datos generales, y dependiendo del motivo expuesto por las pacientes y lo que ellas clasifican como urgencia deciden la prontitud de la atención médica. Por lo cual presentamos al personal de salud y el itinerario institucional que recorrieron las mujeres en nuestra investigación.

El equipo de salud

En esta sección presentamos las condiciones en las cuales se desarrolló la entrevista con el personal médico y de enfermería, así como una presentación breve de los mismos. Se entrevistaron a tres médicos y cuatro enfermeras, quienes prestan sus servicios en la consulta externa o de urgencias; para proteger su identidad, al igual que con las mujeres se les asignaron nombres ficticios. Aclaremos que debido a diferencias en el proceso de formación propio de cada disciplina y la dinámica de trabajo de los médicos y las enfermeras la extensión de la representación difiere entre estos dos grupos, ya que el personal de enfermería mostró mayor disponibilidad para ahondar en algunos aspectos, mientras que el personal médico en cuestiones biomédicas, esto es los médicos tienen una formación centrada en los procesos fisiopatológicos de la enfermedad, mientras que el personal de enfermería en el cuidado de las mujeres.

Los médicos

Debido a que el HIMES es una institución de enseñanza, investigación y asistencia, la cual se constituye como sede para la residencia de ginecoobstetricia podemos encontrar 2 tipos de médicos: a) residentes, de los cuales hay cuatro grados, y b) médicos adscritos,⁶³ por lo que entrevistamos a dos médicos residentes de segundo año y un médico adscrito, esta selección obedece al hecho de que los médicos de segundo año son los encargados -entre otras funciones- de la consulta obstétrica bajo la tutela de un médico adscrito.

Las estrategias de recolección de la información con éste grupo fueron mediante entrevistas estructuradas donde se abordaron sus saberes respecto a la preeclampsia, así como de las condiciones en las cuales desarrollan su práctica.

Los médicos entrevistados fueron varones, cuyas edades fluctuaban entre los 27 y 45 años: los médicos residentes por estar en proceso formativo rotan por los diferentes servicios hospitalarios y realizan guardias A-C, eso es, cada tercer día permanecen en el hospital por un periodo de 36 horas, y de acuerdo a su grado de formación las funciones que realizan se enfocan en atender a mujeres tanto en condición obstétrica como con problemas ginecológicos bajo la supervisión directa del médico adscrito o un médico de mayor jerarquía. Por su parte, el médico adscrito su jornada laboral es de sábado, domingo y días festivos, de 12 horas cada una de ellas y es el responsable de solventar las situaciones de salud de las mujeres que atiende. Egresado de la misma institución actualmente realiza su práctica profesional en el ámbito privado a la par de la institucional.

⁶³ Un médico residente es aquel que se encuentra realizando estudios de especialización, que en este caso es ginecoobstetricia, actualmente la duración del programa es de cuatro años, mientras que un médico adscrito es aquel especialista que cuenta con un contrato con la institución, tanto en sus modalidades de contrato o de base, ya sea esta federal o estatal.

Dr. Salas: Médico residente 1

La entrevista con el doctor Salas se desarrolló en el área común reservada para los médicos, la cual está ubicada contigua a las oficinas de jefatura de enfermería, en la planta baja del edificio. La entrevista la proporcionó un médico residente de segundo año, a las 12:30 horas, el lugar es de unos 4 por 4 metros, sin iluminación natural, el clima al igual que el resto de la planta baja es agradable (aproximadamente unos 25 grados centígrados).

Durante la entrevista con el médico llama la atención que en un primer momento evalúa las condiciones de la institución para el desarrollo de su residencia como “bien”, sin embargo percibe que por falta de personal médico (residente y adscrito), la calidad de la atención no es la adecuada, esto al justificar el trato inadecuado que brindan los médicos, como producto de las jornadas extenuantes a que son sometidos durante sus guardias.

Hay personal que no tiene nada que ver aquí esta pues, está recibiendo un sueldo que podría recibir otro residente [...], para mejorar una para mejorar la atención ciudadana para mejorar la atención hacia las pacientes deberían de contratar más médicos, no que este un médico solo, 72 horas viendo urgencias el solo pues, eso nos pasa a nosotros, entonces esta e mal, entonces llega un punto en que más bien quieres tratar a la paciente no la tratas bien [...] para que haga un mejor trabajo verdad, un médico de base que este contigo, pero no no hay.

GERARDO CORNEJO MURRIETA

Dr. Anaya: Médico residente 2

La entrevista se realizó a un médico residente de segundo año en uno de los consultorios del servicio de urgencias; el lugar es una habitación cuadrada de unos cuatro por cuatro, cuenta con dos sillas un escritorio donde hay papelería de los médicos, una mesa de exploración, un biombo, el lugar está bien iluminado, el clima agradable.

El médico es un varón joven de unos 30 años de edad, vestido de uniforme blanco porta bata de médico, aliñado, bajo su tutela están estudiantes de medicina de una

universidad privada de la localidad. La hora de entrevista fue a las 10 de la mañana.

Durante su residencia no ha llevado cursos de actualización específicos al tema de la preeclampsia, sin embargo durante las clases y la búsqueda de artículos de investigación los mismos residentes se actualizan en diversas temáticas, entre ellas la preeclampsia.

Dr. Valenzuela: Médico adscrito

La entrevista se realizó en el área de vestidores del quirófano, esta área es pequeña y cuenta con dos sillones y varios lockers; el médico que nos brindó la entrevista es egresado de la Universidad de Autónoma de Guadalajara de la carrera de médico general y en el HIMES curso la especialidad de ginecoobstetricia del año 2007, actualmente trabaja tanto en el HIMES como en el hospital ISSSTESON, además de su consulta particular.

En el desarrollo de la entrevista el doctor Valenzuela se mostró accesible a responder las preguntas, pero debido a que era el médico responsable del área en dos ocasiones irrumpió un médico residente para consultarle respecto a la condición y tratamiento de dos pacientes que se encontraban en el área de labor.

Los médicos adscritos no visten uniforme, ya que éste normado para los estudiantes, por lo que su indumentaria es pantalón, camisa y zapatos, acorde con la imagen que suelen proyectar los médicos. El doctor Valenzuela tiene aproximadamente 50 años, delgado, su tono de voz es grave, su discurso es fluido, refleja seguridad en las respuestas que da en la entrevista.

Al igual que el doctor Anaya nos platicó que no ha llevado cursos de especialización relativos a la preeclampsia, ya que “no existe un curso como tal”, sin embargo si ha asistido a talleres y pláticas.

En su experiencia como médico las pacientes que él ha atendido no han presentado complicaciones graves por preeclampsia, y las que sufren algún problema son las que son referidas de otras instituciones o no llevaron control prenatal. Esto lo articula directamente con las condiciones socioculturales de las mujeres en concordancia con su estrato socioeconómico, al hacer un comparativo entre las pacientes que se atienden en el HIMES con las mujeres derechohabientes del ISSSTESON.

Ya te llegan con un control externo o sin control prenatal, la mayoría que ya llegan con complicaciones ya porque llegan así, pero que yo haya llevado un un control de una paciente que haya tenido una complicación seria no. [...].

Tiene(n) mucho que ver, más que el nivel socioeconómico el nivel cultural del paciente, las pacientes con un buen nivel cultural con conocimientos normalmente que se se empapan un poquito más de esto, e son pacientes que están más alertas de sus síntomas, las pacientes que realmente tienen un nivel cultural muy bajo son pacientes que no llevan controles prenatales, a veces no llevan las indicaciones del médico, [...] y yo creo que si es algo que está muy relacionado, porque casualmente en hospitales donde ves pacientes con un estatus socioeconómico un poquito más bajo o con un nivel cultural más bajo hay complicaciones más serias, y en otros tipos de hospitales donde ves un estrato económico diferente, un estrato cultural distinto las complicaciones son mucho menores

En cuanto a la difusión de la información que circula por los distintos medios considera que el problema de la falta de información no radica ni en los medios de transmisión ni los mecanismos empleados por el sector salud, sino en la desidia de las mujeres para adquirir tal información.

¡Sí está el internet por Dios santo!, que pacientes que mujeres no tienen acceso al internet, cuantos cuantos gente no se mete al internet a investigar hasta de porque le duele la uña del pie, hay hay mucha información, hay acceso, el problema es que la gente no se acerca a esa información.

Las enfermeras

Similar a lo que ocurre en otras instituciones de salud de la región la formación académica del personal de enfermería que presta sus servicios en las instituciones de salud es heterogénea, así, podemos encontrar auxiliares de enfermería, enfermeras generales y licenciadas en enfermería;⁶⁴ esta diversidad académica condiciona que los saberes y por lo tanto la información transmitida a las mujeres por el personal de enfermería sea diferenciada.

Todas las participantes del estudio fueron mujeres -no obstante en la institución prestan sus servicios varones- y laboran en el servicio de consulta externa y de urgencias,⁶⁵ con una antigüedad en el HIMES que va desde los 15 días hasta 16 años.

Las funciones que desarrollan en los servicios son tanto técnicas como interpersonales. Respecto a sus responsabilidades técnicas se ha constituido una rutina de trabajo condicionada por la organización de la propia institución, así, hay una enfermera que funge como jefa del servicio quien distribuye y asigna las funciones al resto de las enfermeras a su cargo en funciones de organización del servicio, asistenciales al médico, y/o valoración de somatometría y signos vitales de las pacientes.⁶⁶

⁶⁴ La formación académica del personal de enfermería ha sufrido un proceso lento homogenización, ya que hasta hace poco menos de 20 años se brindaba cursos de seis meses en algunas instituciones hospitalarias donde preparaban a personas como auxiliares de enfermería, a estos se les entrenaba en la atención del enfermo hospitalario; las enfermeras generales -requerían solo secundaria para poder ingresar a la escuela de enfermería- poseen un título que las avala como técnicas en enfermería, la preparación técnica duraba tres años.

⁶⁵ Sin embargo algunas de ellas han prestado sus servicios en otras áreas hospitalarias como son pre-labor u hospitalización, ya que la organización y distribución del personal de enfermería está determinada por la jefatura de enfermería quien en base a las necesidades de atención de las pacientes y la planta laboral de que disponen distribuyen y rotan al personal de tal forma que sea cubierta la demanda de atención en los diversos servicios

⁶⁶ Las funciones de somatometría se refieren a la toma y valoración del peso y talla, mientras que los signos vitales valorados son frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial, estos datos son registrados en la cartilla de la mujer y en caso de presentar alteraciones fuera de los rangos normales avisarle al médico responsable del área.

Rosario

Rosario inicia su jornada cuando llega al hospital y se dirige al checador, ya que su hora de entrada es a las 7 de la mañana, usualmente llega 15 minutos previos su hora de entrada debido a que la capacidad del estacionamiento es limitado y se llena muy rápido. Después de registrar su entrada se dirige hacia el área de consulta externa, no sin antes pasar por el pasillo que conecta el área de hospitalización con las consultas; en su paso saluda a sus compañeras y al llegar a su área de trabajo se organiza en conjunto con la enfermera jefa de la consulta, y empiezan a acomodar el material que va a usar tanto ella como los médicos en los consultorios.

Rosario fue la primera de las enfermeras que entrevistamos, ella es una mujer de unos 50 años de edad, jovial, extrovertida, tiene poco más de 10 años trabajando en la institución, y ha rotado por sus diversos servicios, pero el que más le agrada es el denominado fiesta de egreso, porque ahí el contacto con las mujeres se vuelve más personal, más íntimo.

Nos platicó que terminó muy joven su carrera como enfermera general⁶⁷ en la ciudad de México, ya que tenía 17 años de edad; nos dice que durante su consolidación como enfermera ha asistido a algunos cursos de enfermería materno infantil y enfermería ginecoobstétrica.

⁶⁷ Anteriormente se consideraba como enfermera general a aquellas quienes tuvieran título y cédula de técnico en enfermería, actualmente y de acuerdo a la NOM-019 para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud la enfermera general es la persona que obtuvo título de licenciatura en enfermería expedido por alguna institución de educación del tipo superior, perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional correspondiente (SEGOB 2013).

Carola

Cada día, de lunes a viernes, Carola se levanta a las 6 de la mañana junto con su pareja para prepararse e ir a trabajar, levanta a su niña y la viste para llevarla a la escuela, prepara el desayuno para todos y después de desayunar y lavarse la boca salen de su casa a las 6:40. Después de dejar a su hija en la guardería se dirige al hospital, usualmente checa las 7:05, y apresurada llega a su servicio, en el que por lo general ya se encuentra la encargada del servicio con la distribución de funciones que realizará ese día.

Carola es enfermera desde hace 16 años en la institución, y a diferencia de otras de sus compañeras no rota por los servicios hospitalarios, desde hace 10 días está en la consulta externa, donde se siente cómoda con la dinámica de trabajo.

Carola es enfermera auxiliar y nunca ha asistido a cursos de preparación obstétrica, pero considera que la experiencia que tiene hasta este momento le es suficiente para realizar su trabajo sin problemas. Carola es muy sociable, casi siempre se ve de buen humor -de esas personas que inspiran confianza por su aspecto- es bajita un poquito pasada de peso, cabello negro largo –aunque no lo puede usar suelto por las normas del hospital-, de tez morena clara, establece contacto visual con las personas cuando se dirigen a ella con una sonrisa, viste su uniforme limpio, pulcro. Le agrada platicar con las pacientes, es atenta a lo que le cuentan y siempre les tiene una respuesta (en la mayoría de las ocasiones no son respuestas técnicas, sino más bien de una plática común entre dos personas legas a los aspectos biomédicos).

Iliana

Iliana es una enfermera joven que realizó sus estudios de enfermería general en Ciudad Obregón, y se trasladó a esta ciudad debido a que en su ciudad de origen las oportunidades de trabajo son limitadas en cuanto a ingresos económicos y oportunidades de desarrollo; ella al igual que otras de sus compañeras una vez que terminó su carrera realizó su servicio social en el HIMES, ya que en Hermosillo hay una gran variedad de instituciones de salud que le ofrecen a las pasantes un abanico amplio de oportunidades de aprendizaje.

Iliana tiene 15 días en el servicio de la consulta externa, es muy cooperadora, amable, viste su uniforme pulcro. Si bien tiene un discurso amplio, sus explicaciones son eminentemente biomédicas centradas en los aspectos clínicos de la enfermedad.

Con las usuarias es amable, siempre con una sonrisa ante la interacción tanto con el personal como las mujeres que atiende. Las funciones que desempeña se centran en la organización del servicio, asistir a los médicos que están brindando consulta y en el módulo de enfermería pesa, toma la presión arterial y llena la papelería de enfermería que le corresponde al servicio de enfermería.

Luisa

Luisa es una enfermera joven egresada de la Escuela de Seguro Social, tiene un año de haber ingresado a trabajar en el HIMES y desde hace 15 días la asignaron a la consulta externa, es Licenciada en Enfermería y no ha tomado ningún curso de especialización en enfermería obstétrica ni materno infantil.

Su jornada de trabajo es vespertino y su rutina es similar a la que se desarrolla durante la mañana; al llegar al servicio recibe de la encargada de la consulta los pendientes

del turno, y organiza su trabajo en función de las consultas programadas para su jornada, esto es, revisa la programación de consultas y corrobora que en su módulo y los consultorios se tenga el equipo y material necesario para que se lleve la consulta sin contratiempos.

Ella se encarga de llamar a las pacientes y pasarlas al módulo de enfermería donde las pesa, mide su estatura y toma su presión arterial, datos que registra en la tarjeta de citas que tienen consigo las mujeres, una vez que lleva a cabo esto las remite a la sala de espera y les informa sobre el consultorio al cual tienen que pasar para su consulta y estén atentas ya que el médico les habla por su nombre y no deben de salirse de la sala para no perder su turno; otra de sus funciones es asistir a los médicos cuando van a realizar algún procedimiento o revisión de las pacientes, le proporciona al médico lo que este requiere para realizar su trabajo. Al final de su guardia deja los ambientes ordenados para que el siguiente turno pueda empezar sin dificultades su trabajo.

La relación enfermera-paciente

A través de su evolución histórico cultural enfermería ha desarrollado características particulares que por un lado la acercan al ámbito médico mediante la adquisición y en ocasiones traslape de conocimientos y prácticas con la disciplina médica y por otra una relación cercana con los legos. Por lo que posee una mezcla de lenguaje cotidiano y biomédico que le permite a la disciplina establecerse como un puente entre ambos mundos, esta situación le confiere un puesto privilegiado dentro del sistema de salud para establecer medidas eficaces de promoción de la salud al decodificar el conocimiento generado de biomedicina y de enfermería y trasmitirlo en términos comprensibles a los legos de acuerdo

a las condiciones socioculturales de las pacientes. Sin embargo la preparación del personal de enfermería en nuestro medio académico e institucional, y por ende el desarrollo de sus prácticas de atención la acercan más al modelo médico, ejemplo de ello es la relación que se muestra y desarrolla en el espacio de la consulta externa en el módulo de enfermería,⁶⁸ previo a la consulta médica.

María Josefina después de hacer los trámites en el área de atención y pasar por las cajas para consultar con el ginecólogo se dirige hacia el módulo de enfermería, quien al llegar y pararse frente a la puerta –que se encuentra abierta- del módulo puede ver que la enfermera (Claudia) ésta haciendo algunas anotaciones en su escritorio, por lo cual decide esperar hasta que la enfermera le diga que puede pasar... pasan pocos minutos antes que le la enfermera se percató de su presencia, y sin levantarse de su silla le pida que pasé

E. ¿pase señora, dígame qué se le ofrece señora?

M. Vengo para que me peses y tomes la presión para poder pasar con el doctor

E. Aaa ok, deja tu bolsa en la mesa y súbete de frente en la báscula para pesarte

María Josefina deja su bolsa en una silla al lado del escritorio, y se dirige a la báscula junto con Claudia, quien se concreta a pesarla y una vez obtenido el dato le pide que se siente para tomarle la presión arterial. Una vez que le tomó la presión le pide a María Josefina su carnet para hacer las anotaciones de peso y presión arterial –enfocada en lo que escribe y sin mirar a la María Josefina- para entregarle el papelito y decirle que pasó la sala de espera –te van a hablar para la consulta, que te vaya bien-

GERARDO CORNEJO MURRIETA

En la narración anterior se aprecian diversos aspectos de la relación enfermera-paciente que se visualizan asimetría -característica en la relación médico paciente- en la relación. Cuando la mujer -en su posición de subordinación ante las figuras de la institución-llega a la puerta del módulo encuentra a una enfermera que guarda una posición de autoridad en su escritorio mediada por los símbolos del escenario y por lo tanto espera que sea la enfermera quien dé pie para entrar a un escenario constituido para dar autoridad

⁶⁸ Previamente se describió la constitución espacial del módulo de enfermería en el capítulo IV.

simbólica al personal de salud sobre las pacientes; a la vez el uniforme de enfermera impone y reforza dicha asimetría.

En la interacción el juego de poder entre Claudia y María Josefina es evidente, ya que Claudia se limita a dar instrucciones a la paciente respecto a que debe de hacer para que la pueda pesar y tomar la presión, y si bien la relación de enfermería debe de promover una relación de mayor intimidad con las mujeres que otro tipo de personal sanitario no ha desarrollado, Claudia reproduce la relación médico paciente, dejando poca oportunidad para que María Josefina exponga sus necesidades; esto implica cierta simetría en la relación ya que Claudia se erige de forma autoritaria en la interacción.

Un aspecto de interés es la importancia para las mujeres de la atención que le brinda enfermería -la cual se aprecia desvalorizada-, ya que para la paciente la información que le proporciona la enfermera, producto de su práctica técnica e interpersonal, al parecer no es un fin sino un medio, un requisito, para que el médico pueda darle la consulta. Esto es evidente ya que las mujeres no conciben la atención prenatal como una atención integral brindada por el personal sanitario, sino el centro de la atención es la consulta médica, y por ende todo lo que existe alrededor de esta situación funge como un auxiliar para el médico en pro de la consulta. Para subsanar este aspecto el personal de enfermería debe realzar la importancia de su práctica cotidiana aprovechando la cercanía que la disciplina ha construido con las mujeres, tanto en sus aspectos técnicos y de interacción.

La práctica de enfermería: Valoración de la presión arterial

Si bien, uno de los aspectos técnicos centrales en la atención de las embarazadas en el itinerario institucional -como en otros escenarios- es el relacionado con la toma y valoración de la presión arterial es importante que exista homogeneidad para su valoración en forma adecuada, lo cual puede tornar central en la detección oportuna de la enfermedad, y puesto que es el personal de enfermería es quien se encarga de este procedimiento a todas las mujeres previo a la consulta médica, es importante conocer las condiciones y técnicas que utilizan al realizar esta práctica.

De acuerdo a las observaciones realizadas en el módulo de enfermería se pueden destacar al menos dos aspectos generales: 1) las condiciones inadecuadas del módulo de enfermería y 2) la variabilidad en la técnica de toma y valoración de la presión arterial.

Respecto a las condiciones en las cuales se debe de tomar la presión arterial debe existir un espacio que garantice la audición adecuada de los ruidos cardiacos y tranquilidad de la paciente, sin embargo el módulo está expuesto a los ruidos propios de sala de espera de la consulta lo que en la mayoría de las ocasiones son altos y la puerta por lo común permanece abierta cuando se atienden a las pacientes; por otro lado observamos que contaban con un solo instrumento para la toma de presión arterial (baumanómetro), el cual tiene un brazalete para un adulto mediano y en el caso de mujeres de complexión robusta o delgadas puede producir mediciones inexactas, ya sea si el manguito es inadecuadamente grande las presiones tienden a ser menores que los valores reales, mientras que con manguitos pequeños sucede lo contrario.

En cuanto a la técnica de toma de presión arterial (anexo 7) pudimos apreciar algunas divergencias en la técnica utilizada por el personal de enfermería, lo que a nuestro

parecer puede provocar inexactitudes en los niveles de presión arterial y por ende subregistros y oportunidades perdidas de detección oportuna de la enfermedad.

En relación a la observación de la técnica de toma y valoración de la presión arterial el primer momento se da cuando las mujeres se presentan con el personal de enfermería y estas les piden subirse a la báscula para tomarles el peso corporal, una vez pesadas pasan al escritorio donde se sientan en la silla contigua y la enfermera le colocan el brazalete en el brazo derecho o izquierdo de forma indistinta, sin esperar el tiempo necesario para que se normalicen los niveles de presión arterial de la mujer.

En el caso de que la paciente tenga ropa con manga larga algunas enfermeras pusieron el brazalete sobre la manga e identificaron digitalmente el pulso humeral en el antebrazo, para posteriormente insuflar el manguito y registrar la presión arterial; en otros casos se les pidió a las pacientes que se subieran la manga, colocaron el manguito y después de identificar el pulso humeral colocaron el diafragma del estetoscopio en el punto localizado para insuflar el manguito y con ello tomar la presión arterial. Una vez realizado estos procedimientos los datos son registrados en el carnet de la mujer con los cuales pasará a la consulta médica.

El camino que siguen las mujeres en la institución

Producto de la observación que se realizó en el HIMES encontramos que existen 3 tipos de itinerarios institucionales a) de primera ocasión y consulta subsecuente, b) las que presentan alguna alteración de salud que requiere que sean referidas de la consulta externa a

la consulta de urgencias,⁶⁹ y c) consulta de urgencias; dentro de estas trayectorias se pueden diferenciar aquellas que cuentan con Seguro Popular o sin Seguro Popular (Tabla 14).

Tabla 14. Tipos de itinerarios institucionales.

Escenario institucional	Descripción	Tipos de itinerario
Consulta externa	Espacio institucional donde se brinda consulta médica a mujeres que requieren los servicios de obstétricos y que suponen que no existe alteración de salud	Consulta de primera ocasión
		Consulta subsecuente
		Referencia a consulta de urgencias
Consulta de urgencias	Espacio institucional donde se brinda consulta médica a mujeres que requieren los servicios de obstétricos de urgencia, donde puede existir alguna situación que pone en riesgo la salud de la madre o su hijo	Consulta de primera ocasión
		Consulta subsecuente

Elaboración propia derivada de la observación en las salas de espera de la consulta externa y urgencias del HIMES

El tiempo que le toma a una mujer acceder a una consulta desde que llega a la institución y se retira de la misma es variable, dependiendo del día de la semana, la hora y el turno de consulta; los días donde se apreció una mayor cantidad de usuarias en el servicio de las consultas fueron los días lunes y jueves, el turno donde más tiempo esperaban las mujeres para consultar fue el vespertino, y respecto a la hora de mayor tráfico de mujeres

⁶⁹ Básicamente, los problemas de salud detectados por el personal que requieren de consulta de urgencia son aquellas que implican alteraciones de las cifras de presión arterial, infecciosas o pródromos de trabajo de parto.

fue en el turno matutino de 9 a 11 horas, mientras que en el turno vespertino fue de 14 a 16 horas.

Itinerario institucional: Consulta externa

Respecto a la trayectoria que recorren las mujeres que acuden al servicio de consulta externa obstétrica del HIMES, se dividen en aquellas que acuden de primera ocasión y subsecuente, además se diferencian entre las que cuentan o no con Seguro Popular, no obstante estas divisiones -que no influyen en la atención brindada por las enfermeras o médicos-⁷⁰, el trayecto que siguen las mujeres son muy similares; la diferencia radica en aquellas de primera y consulta subsecuente en la asignación del consultorio y el médico, así como del turno de consulta, la cual puede ser en el matutino o vespertino;⁷¹ mientras que para aquellas que cuentan con el Seguro Popular de las que no, consiste en el proceso administrativo de pago de la consulta o de exento de la misma, el cual se lleva a cabo en el área de cajas.

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

⁷⁰ Al respecto el personal de salud no establece diferencias entre las mujeres con seguro popular en la atención que brindan, más bien la diferencia en este momento de atención se ubica en aspectos administrativos de pago o no por la consulta prenatal o de urgencias.

⁷¹ En la consulta externa el turno matutino comprende de las 8 a 14 horas, mientras que el turno vespertino es de 14 a 20 horas, esto de lunes a viernes, excepto los días que son considerados como festivos para la institución.

Consulta de primera ocasión

El primer requisito que les es solicitado a todas las mujeres que buscan atención prenatal en el HIMES de primera ocasión, es contar con una referencia de un Centro de Salud, ya que no atienden a ninguna mujer que no cuenta con tal referencia.⁷² Las mujeres al llegar a la institución se presentan en el módulo de información donde el personal a cargo del módulo, una vez que verifican la referencia del Centro de Salud, les programa una cita, que usualmente es en el turno vespertino -donde se valorará si la mujer continuará consultado en el turno matutino o vespertino- una vez programada la cita con el médico ginecoobstetra las mujeres se retiran de la institución.

Si las mujeres cuentan con Seguro Popular deben de llevar una póliza⁷³ que le es extendida desde el Centro de Salud y su tarjeta de citas; y al igual que con las mujeres que no tienen Seguro Popular pasan al módulo de información, donde el personal revisa la documentación y posterior a esto las envían al área de cajas, ahí, la mujer realiza fila en las cajas donde presenta su póliza del Seguro Popular y el personal de cajas le extienden el comprobante de exento de pago y pasan nuevamente al módulo de información en donde la trabajadora les recoge el comprobante de pago y les pide que esperen en las sillas contiguas al módulo de información mientras las llaman por el número que les habían proporcionado, posteriormente se les llama por el número asignado y registran los datos generales de la mujer.

Una vez con estos datos les señalan el número de consultorio donde van a consultar; pero previamente las envían al módulo de enfermería para que las pesen, les midan la talla

⁷² Sin embargo en caso de urgencia obstétrica la mujer es atendida sin importar si llevo o no control prenatal, pero esta se da en la consulta de urgencias y no en la consulta externa; en el caso de que la mujer llegara a la consulta externa es referida a urgencias.

⁷³ Esta póliza es un documento que extiende el Seguro Popular a sus derechohabientes donde se establecen las condiciones y servicios con los que cuentan los adscritos al programa.

y valoren la presión arterial (la distancia entre el módulo de información y de enfermeras es de aproximadamente 10 metros).

Ya en el módulo de enfermería, la enfermera que se encuentran les pide a las mujeres que pasen al módulo, se suban a una báscula, las pesan y de ahí les dicen que se sienten en una silla que esta contigua a una mesa (escritorio) para tomarles la presión arterial, una vez que se lleva a cabo el procedimiento la enfermera registra los datos y las invitan a que aguarden en la sala de espera, donde un médico les hablará por su nombre para que pasen a consulta.

Ya en el módulo la consulta se lleva aproximadamente en 20 o 30 minutos, la mujer sale del consultorio y se dirige al módulo de información, donde se les reprograma otra cita⁷⁴ y se retiran de la institución.

Consulta subsecuente

En la consulta subsecuente las mujeres siguen el mismo camino general que en la consulta de primera ocasión, esto es, las mujeres llegan a la institución, se forman en el módulo de información y presenta su documentación la cual es tarjeta de citas, póliza de seguro popular (en caso de contar con Seguro Popular), la empleada del módulo la envía a cajas para que pague la consulta o le extiendan el exento de pago, de ahí vuelven las mujeres a modulo y se les asigna un numero de consulta, las mujeres son enviadas al módulo de enfermería donde le miden la presión arterial, peso y talla, al efectuarse esto pasan a la sala de espera donde les habla un médico por su nombre y pasan a consulta, al salir de la consulta vuelven al módulo de información donde les reprograman su cita.

⁷⁴ El tiempo entre una cita y otra varía en función de la edad gestacional de la paciente, así mientras más próxima sea la fecha probable de parto, las citas se programan entre cada 15 a 7 días.

Consulta externa: pacientes con detección de alguna alteración del estado de salud

En el módulo de enfermería, una vez que las enfermeras le miden y valoran la presión arterial a la mujer, si detectan que las cifras están por arriba de lo que consideran como normal de acuerdo a su edad y estado de gravidez, consultan directamente con un médico de la consulta externa quien establece la directriz de atención de las mujeres, que en esta situación suelen ser referirlas a la consulta de urgencias para el manejo de la situación de salud.

El itinerario institucional inicia cuando a las mujeres se les pide que esperen entre 10 y 15 minutos en la sala de espera para ser revaloradas, una vez transcurrido este tiempo y si sus cifras arteriales continúan elevadas son referidas a urgencias, el camino que recorren las mujeres se resume de la siguiente manera: la enfermera la traslada en silla de ruedas cruzando la sala de espera de la consulta externa, llegan al área donde se encuentran las cajas, donde hay un pasillo que comunica con hospitalización, cruzan a hospitalización llegando a los consultorios de urgencias, donde esperan a ser valoradas por el médico que está asignado en esta área, dependiendo de la valoración médica pueden ocurrir dos cosas, egresan con o sin tratamiento médico o son internadas en el área de pre-labor para controlarles la presión arterial, de donde pueden ser egresadas, internarse para control médico o parir, ya sea por parto vaginal o cesárea.

Itinerario en la consulta de urgencias

Una vez que la mujer llega a la consulta de urgencias, esta pasa a la ventanilla de información, donde el personal que atiende al público indaga sobre el motivo por el cual la mujer solicita atención, dependiendo de la urgencia percibida por este personal pueden

ocurrir básicamente dos situaciones: a) la mujer espera su turno de atención, o b) pasa inmediatamente a valoración médica; en el primer caso la mujer da sus datos personales y motivo por el cual acude a la consulta de urgencias y pasa a la sala de espera donde le hablan por su nombre cuando pasó a la consulta, y en el segundo caso la mujer accede a la consulta donde una enfermera o recepcionista la conduce por un pasillo a los consultorios y donde un médico (a) la recibe.

Itinerario institucional

En el siguiente apartado presentamos el itinerario institucional que llevaron a cabo las mujeres de nuestro estudio en el HIMES, itinerario determinado por las rutinas institucionales las cuales operan bajo la lógica administrativa con el fin de proveer funcionalidad a la propia institución.

Como producto de la observación en las salas de consulta externa y de urgencias encontramos diferentes itinerarios, los cuales se pueden resumir de la siguiente forma: a) de primera ocasión, y b) subsecuente; dentro de estos el itinerario puede subdividirse de acuerdo a la detección o no de hipertensión arterial. Finalmente presentamos la práctica de enfermería en cuanto a la toma y valoración de la presión arterial, puesto que esta actividad es central en la detección oportuna de la preeclampsia.

Caminando con Juanita: ejemplo del itinerario institucional

Son las 8 de la mañana y Juanita llega a la HIMES apurada y un poco agitada por el avanzado estado de su embarazo en compañía de su hijo - quien tiene unos seis o siete años de edad-, al cual lleva de la mano porque se queda atrás de su paso, en su hombro cuelga su bolsa de color negra, y en su mano libre lleva unos papeles que de antemano sabe le van a pedir las empleadas del módulo de atención puesto que no es la primera vez que acude a consultar el hospital y ya sabe lo que hay que hacer para poder pasar con el médico.

En este momento ya hay una fila de 8 personas, por lo que se ubica atrás de la última mujer de la fila, que para complacencia de Juanita avanza rápido ya que pasaron solo 10 minutos para que llegará con la empleada con quien inicia una breve charla y le piden los papeles que tenía en la mano y la envían a la cajas para que le den su exento de pago – puesto que cuenta con seguro popular- y vuelva con el documento para poder asignarle un número de consulta.

Por lo que se retira del módulo y se dirige por un pasillo hacia las cajas para encontrar otra fila, ahora hay que esperar de nuevo, 8 minutos esta vez.

Al llegar a las cajas Juanita entrega sus papeles del seguro popular a la empleada quien se los recibe y le extiende una especie de recibo, “un exento de pago”, con el que vuelve al módulo de atención y en esta ocasión pasa directamente con la empleada quien le recibe el exento y le entrega una ficha, pidiéndole que pase con las enfermeras para que la pesen y le tomen a presión.

Juanita toma de la mano a su niño y se dirigen hacia el módulo de enfermería, al llegar se asoma por la puerta –en ese momento la enfermera quien se encargada del servicio está haciendo algunos apuntes- y le pregunta si puede pasar para que le tomen la presión, Maby amablemente le pide a Juanita que pasé y le de la tarjeta de la embarazada, deje sus cosas en la mesa y se suba a la báscula –de frente para que no te vayas a caer-; después la invita a sentarse en una de las sillas que están junto a la mesa, le sube la manga de la blusa hasta casi el hombro y le pone el brazaletes alrededor del brazo –te va a apretar un poco- y comienza a inflar el manguito del baumanometro, al final del procedimiento Maby apunta los datos que acaba de tomar y le entrega la tarjeta a Juanita, que por cierto no le ha quitado la mirada a su hijo ante el temor de que salga de la consulta. –pasa a la sala y espera que te llame el médico, te toca el consultorio dos.

Juanita toma sus cosas y se dirige a las sillas centrales de la sala de espera donde en poco más de 40 minutos un médico joven sale de uno de los consultorios y con una intensidad de voz alta dice su nombre. Al escuchar que le estaban hablando se levanta, toma sus pertenencias e hijo y se dirige al consultorio donde el médico espera que llegue alguien para poder iniciar la consulta...

Si bien, el itinerario institucional que siguen las mujeres es de carácter individual, en este trabajo observamos que existen puntos de concordancia en el camino que recorren para acceder a la consulta obstétrica; por lo que a dicho itinerario lo consideramos como socialmente instituido, ya éste responde a una estructura de atención organizada por la institución de salud, que de acuerdo a Castro (2011, 134) surge bajo la lógica centrada en el proceso médico administrativo altamente racional y que orienta las prácticas tendientes a garantizar la funcionalidad institucional al hacer más eficientes los recursos con los que cuenta, sin embargo esta lógica en ocasiones se contraponen a las expectativas de las

usuarias de los servicios las cuales necesitan conocer la dinámica institucional para poder hacer un uso adecuado de la consulta externa; por lo tanto la institución norma los horarios de trabajo de los médicos y personal de enfermería, así como la posible demanda por parte de la población, que regula a partir de criterios productivistas el tiempo de consulta de primera o segunda ocasión, las cuales son hechos sociales que traen consecuencias sociales (Menéndez 1996, 51)

Por lo anterior el itinerario institucional que siguieron las mujeres responde a dicha estructura organizativa, ya que la infraestructura de la institución condiciona el camino que tienen que seguir las mujeres al interior de la institución más allá de las decisiones individuales de las mujeres.

Por este motivo si bien existen diferentes matices en los itinerarios individuales, podemos describirlos como una práctica de atención socialmente compartida por el grupo de mujeres que acuden a consulta prenatal.



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Capítulo VI

Presentación y trayectorias de atención de las mujeres

En el presente capítulo presentamos a las mujeres participantes del estudio, así como sus trayectorias de atención agrupadas de acuerdo a la tipología construida. Ya que presentar el análisis de la información sólo a partir del discurso de los actores sociales sin conocer, al menos de forma sucinta a ellas mismas, se corre el riesgo de crear vacíos y mostrar los resultados del análisis de la información en forma fragmentada, por lo que es necesario conocer a las mujeres en torno a la cual giró este estudio, con el fin de entender y ampliar la panorámica del fenómeno de investigación.

Por ello, en primer lugar, mostramos algunos datos estadísticos que nos permiten caracterizar en un primer momento a las mujeres participantes del estudio. Aclaramos que la información aquí presentada corresponde al periodo del trabajo de campo, por lo tanto, probablemente cambiaron las condiciones de vida a lo aquí expuesto.

En aras de salvaguardar la confidencialidad de las participantes, los nombres de las mujeres que presentamos, así como de sus pareja e hijos (en su caso), no corresponden a su nombre real, por lo cual renombramos a las participantes de la siguiente manera: Johana, Julia, Karla, Luvia, Teresa, Rosa, Aracely, Dyna, Génesis, Glenda, Jesús del Carmen, Norma, Silvia, Susana, Raquel y Cecilia; no obstante, ninguna de ellas manifestó inconveniencia en que apareciera su nombre real.

Al ubicar a las mujeres desde la institución de salud, que básicamente atiende a población sin seguridad social médica, algunas de las características como escolaridad, nivel económico y acceso a servicios médicos fueron hasta cierto punto similares, sin embargo, presentan particularidades que son necesarias de conocer (Tabla 15).

Tabla 15. Caracterización de las mujeres.⁷⁵

Mujer	Edad (años)	Pareja	Grupo tipológicos ⁷⁶
1. Karla	17	Sí	A
2. Teresa	22	Sí	A
3. Silvia	28	Sí	A
4. Jesús del Carmen	18	Sí	A
5. Luvia	20	Sí	B
6. Glenda	20	Sí	B
7. Rosa	21	Sí	B
8. Génesis	20	Sí	C
9. Norma	24	Sí	C
10. Araceli	24	Sí	C
11. Rosa	21	Sí	B
12. Cecilia	20	Sí	I
13. Raquel	33	Sí	I
14. Dyna	18	Sí	B
15. Johana	30	Sí	B
16. Susana	34	Sí	C

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la edad de las mujeres, la media fue de 22.74 años, con una mediana de 21 años, moda de 18 años, desviación estándar de 5,74 años y un rango de edad de los 15 a los 40 años (Tabla 16).

Tabla 16. Edad.

Media	Mediana	Moda	DE	Rango
22.74	21	18	5.74	15-40

Fuente: Base de datos.

En el caso de la escolaridad de las mujeres, se midió con base en los años cursados, donde la mayor parte de ellas habían cursado 9 años de escuela (35.6 por ciento), seguidos

⁷⁵ La caracterización corresponde a datos de 2009-2010.

⁷⁶ Los grupos corresponden a la construcción de las variables que consideramos relevantes para el estudio (escolaridad, número de embarazos y nivel educativo)

por 6 años (20 por ciento), y 12 años (12.9 por ciento), lo que refleja que más de la mitad de la población ha cursado la educación primaria o secundaria (Tabla 17).

Tabla 17. Escolaridad.

Media	Mediana	Moda	DE	Rango
8.20	9	9	3.83	0-16

Fuente: Base de datos.

En relación con la condición socioeconómica, se encontró que el 2.2 por ciento corresponde a la clasificación A, el 8.9 por ciento a clasificación B y E, el 37.8 por ciento corresponde a la clasificación C, 27.8 por ciento clasificación D, mientras que el 1.1 por ciento para la clasificación F, y el 3.3 por ciento para la J.

De lo anterior, se puede deducir que existe mayor cantidad de mujeres clasificadas en los niveles medio y bajo, mientras que el nivel alto es pequeño; esto se debe al tipo de población atendida, ya que el por ser una institución perteneciente a la Secretaría de Salud, suele atender a la población abierta, sin servicio médico (Tabla 18).

Tabla 18. Clasificación socioeconómica.

Clasificación	<i>f</i>	%
A	2	2.2
B	8	8.9
C	44	48.9
D	25	27.8
E	7	7.8
F	1	1.1
J	3	3.3

Fuente: Base de datos.

n: 90

En cuanto a la pertenencia o no al seguro popular, se encontró que las mujeres con seguro popular fue del 76.9 por ciento, y sin seguro popular el 20 por ciento, quienes pueden tener o no alguna seguridad médica como IMSS e ISSSTE, entre otros (Tabla 19).

Tabla 19. Pertenencia al seguro popular.

	<i>f</i>	%
Sí	71	78.9
No	18	20.0

Fuente: Base de datos.

n: 90

El HIMES, por ser una institución de concentración, atiende a gran parte de la población de todo el estado de Sonora, aspecto que se ve reflejado en el lugar de residencia habitual de las mujeres, así: el 44.4 por ciento de las mujeres viven en la ciudad de Hermosillo, mientras que el resto en alguna localidad tanto urbana como rural del Estado, se encontró que el 8.9 por ciento habitan en el poblado Miguel Alemán, el 4.4 por ciento en Guaymas, Caborca y Puerto Peñasco, y el 29.1 por ciento se encuentran dispersas en el resto del estado de Sonora (Tabla 20).

Tabla 20. Lugar de residencia habitual.

Lugar	<i>f</i>	%
Hermosillo	40	44.4
Poblado Miguel Alemán	8	8.9
Caborca	4	4.4
Guaymas	4	4.4
La Costa de Hermosillo	4	4.4
Puerto Peñasco	4	4.4
Otro	36	29.1

Fuente: Base de datos.

n: 90

Respecto a la ocupación de las mujeres, se muestra que el 81.1 por ciento de las mujeres se dedican, en su mayoría, al hogar, donde desempeñan labores no remuneradas (Tabla 21).

Tabla 21. Ocupación.

	<i>f</i>	%
Hogar	73	81.1
Estudiante	4	4.4
Jornalera	5	5.6
Estilista	1	1.1
Obrera	1	1.1
Otra	4	4.4
Total	88	97.8
Perdidos	2	2.2

Fuente: Base de datos.

n: 90

En cuanto al número de gestación prevaleció el grupo de las mujeres primigestas (55.6 por ciento), seguidas de mujeres en su segundo y tercer embarazo (14.4 por ciento respectivamente) [Tabla 22].

Tabla 22. Número de gestación.

Gestación	<i>f</i>	%
1	52	57.8
2	13	14.4
3	13	14.4
4	8	8.9
5	2	2.2
6	1	1.1
8	1	1.1

Fuente: Base de datos.

n: 90

En esta población, el mayor porcentaje de mujeres refiere vivir en unión libre con su pareja o estar casada, mientras que el 21.1 por ciento manifiesta ser soltera (Tabla 23).

Tabla 23. Estado civil.

	<i>f'</i>	%
Casada	13	14.4
Soltera	19	21.1
Unión libre	56	62.2

Fuente: Base de datos.

n: 90

Una vez obtenido los descriptivos para la muestra se procedió describir las diferencias entre las variables de edad, número de gestación, clasificación socioeconómica, pertenencia al seguro popular, ocupación y estado civil entre las mujeres que se atendieron en el año 2009 y 2010, esto mediante estadística descriptiva; además, se estableció si existían diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos, mediante la prueba de U de Mann-Whitney, ya que los datos no mostraron normalidad al correr la prueba de Kolmogorov-Smirnov, encontrando que si bien hubo diferencias en algunas de las variables, ninguna presentó diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$).

Al comparar la edad de las mujeres tanto para el 2009 como para el 2010, se puede apreciar que la edad media de las mujeres en el 2010 fue de 23.76 por ciento, lo cual es ligeramente mayor que para el año 2009 (21.82 por ciento), lo que no representa una diferencia estadísticamente significativa ($p = .214$). Los grupos de edad donde se concentra la mayor parte de la población es de 18 a 23 años para ambos grupos, así en el 2009 se encontró un 48.9 por ciento y 35.5 por ciento en el 2010 (Tabla 24).

⁷⁷ Aclaramos que en ocasiones la suma de la muestra no corresponde a los 90 casos, debido a datos perdidos en la base de datos, esto por no estar registrados en los expedientes clínicos.

Tabla 24. Edad por año.

	Año	Media	DE
Edad	2009	21.82	4.872
	2010	23.76	6.407

Fuente: Base de datos. n: 90

La escolaridad de ambos grupos se mantuvo similar, ya que en el año 2009 la media de los años escolares cursados fue de 7.88, aspecto que se incrementó a 8.52 años para el año 2010 (Tabla 25).

Tabla 25. Escolaridad por año.

	Año	Media	DE
Escolaridad en años cumplidos	2009	7.88	3.567
	2010	8.52	3.195

Fuente: Base de datos. n: 90

En cuanto a la clasificación socioeconómica, se agruparon los grupos en nivel bajo, medio y alto. En el 2009, el grupo de nivel bajo tuvo un porcentaje de 11.1 por ciento, lo cual es similar al año 2010 (11.1 por ciento); con respecto a la clasificación del grupo medio fue de 86.7 por ciento en el año 2009, mientras que disminuyó para el 2010 (83.3 por ciento); finalmente, hubo un cambio en el grupo de nivel alto, ya que se incrementó la cantidad de mujeres que pertenecían al nivel alto, pasando de 2.2 por ciento a 6.7 por ciento (Tabla 26).

Tabla 26. Clasificación socioeconómica 2009-2010.

	2009		2010	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
A	1	2.2	1	2.2
B	4	8.9	4	8.9
C	27	60.0	16	35.6
D	8	17.8	17	37.8
E	4	8.9	4	8.9
F	1	2.2	3	6.7

Fuente: Base de datos.

n: 90

Al comparar la pertenencia al seguro popular, se aprecia que hubo un incremento del año 2009 al 2010, ya que en primer año la pertenencia fue de 75.6 por ciento y para el segundo de 84.4 por ciento (Tabla 27).

Tabla 27. Pertenencia al seguro popular 2009-2010.

	2009		2010	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sí	34	75.6	38	84.4
No	11	24.4	7	15.6

Fuente: Base de datos.

n: 90

Poco menos del 50 por ciento de las mujeres que son atendidas en el HIMES, de acuerdo a los resultados de la base de datos, residen en la ciudad de Hermosillo, esto debido a que la institución por estar ubicada en la capital del Estado atiende a una mayor concentración de población hermosillense; además, el hospital por ser de concentración

para el estado de Sonora, atiende a mujeres de otras localidades, lo cual refleja la falta para espacios para atender a la población obstétrica que sufre alguna complicación durante su embarazo, parto o puerperio en diferentes entidades (Tabla 28).

Tabla 28. Lugar de residencia habitual 2009-2010.

	2009		2010	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hermosillo	19	42.2	21	46.7
Otro	71	57.8	69	53.3

Fuente: Base de datos. n: 90

En relación a la ocupación, en ambos periodos las mujeres reportan dedicarse principalmente a su hogar (80 por ciento en el 2009 y 86.7 por ciento para el 2010) [Tabla 29].

Tabla 29. Ocupación 2009-2010.

	2009		2010	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hogar	36	80.0	39	86.7
Estudiante	3	6.7	1	2.2
Jornalera	3	6.7	2	4.4
Estilista	1	2.2	1	2.2
Otra	2	4.4	2	4.4

Fuente: Base de datos. n: 90

La primera gestación, tanto para las mujeres del grupo del 2009 como del 2010, fue la más frecuente (60 por ciento y 55 por ciento respectivamente), sin embargo, hubo un ligero descenso del número de primíparas, éste no fue significativo (Tabla 30).

Tabla 30. Número de gestación 2009-2010.

Numero de gestación	2009		2010	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	27	60.0	25	55.5
2	6	13.3	7	15.6
3	8	17.8	5	11.1
4	2	4.4	6	13.3
5	1	2.2	1	2.2
6	1	2.2	1	2.2

Fuente: Base de datos.

n: 90

El estado civil se clasificó de dos maneras: con pareja (casada, unión libre) y sin pareja (soltera). La categoría con pareja fue la prevalente con un 80 por ciento y 73.3 por ciento, para los años 2009 y 2010 respectivamente; la clasificación con pareja se compone de mujeres que están casadas y de mujeres que viven en unión libre, la cual, es la principal condición civil que refieren las mujeres (60 por ciento y 64.4 por ciento) [Tabla 31].

Tabla 31. Estado civil 2009-2010.

	2009		2010	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Casada	9	20.0	4	8.9
Soltera	9	20.0	10	22.2
Unión libre	27	60.0	29	64.4

Fuente: Base de datos.

n: 90

Los datos anteriores nos muestran que las mujeres atendidas en el HIMES son jóvenes, en su mayoría primigestas, quienes se dedican al hogar y viven en pareja.

En la siguiente sección presentamos a cada mujer y esbozamos su trayectoria de atención, agrupadas por su condición socioeconómica.

Grupo A

El grupo considerado como “condición de vida desfavorable” se conformó por cinco mujeres, cuyas características compartidas son: nivel socioeconómico y nivel de escolaridad, tres de ellas fueron primigestas. De las cinco, cuatro mujeres viven en Hermosillo: Teresa, Jesús del Carmen, Karla; Cecilia, vive en un campo agrícola llamado Pocitos; y Raquel, en Bahía de Kino.

Teresa

Teresa es una mujer joven de 22 años de edad, delgada, de mediana estatura; se ha embarazado en dos ocasiones, no ha presentado ningún aborto; su primer hijo nació por cesárea y el segundo por parto vaginal, ambos en el HIMES.

Por diversas situaciones -principalmente económicas en su familia- estudió sólo primaria completa al igual que su esposo José, ambos son originarios de la ciudad de Navojoa,⁷⁸ juntos trabajan en un negocio que se dedica a la venta de pollos asados en el norte de la ciudad, y sus ingresos mensuales combinados ascienden aproximadamente a los 8 mil pesos mensuales.

El trabajo de Teresa lo desarrolla en la casa de la dueña del negocio, donde sus obligaciones laborales se centran en limpiar la casa y ayudar en la preparación de algunos insumos para la venta de sus productos, como salsas, frijoles, etcétera; el trabajo del esposo es la preparación y venta de los pollos en un puesto ubicado en la misma colonia donde trabaja Teresa.

Al final de la jornada, que por lo común termina a las 6 de la tarde, limpian y guardan la carreta donde prepararon los pollos, y juntos regresan a su casa con su hijo, quien ha estado bajo el cuidado de Teresa en su lugar de trabajo.

Teresa y su esposo, aparentemente llevan una buena relación de pareja, viven en una casa de fraccionamiento relativamente pequeña, la construcción de la casa es de aproximadamente 60 metros cuadrados y cuenta con cuatro habitaciones, sala comedor, una recámara y un baño.

⁷⁸ La ciudad de Navojoa se ubica en el sur del estado de Sonora en la región Mayo, cuenta con una población de 157 729 habitantes, la cual la ubica como la quinta ciudad más importante en relación a la cantidad de habitantes por municipio; la actividad económica central es la agricultura (INEGI, 2012).

Trayectoria de atención

Teresa presintió que podía estar embarazada porque tenía un retraso en su menstruación, por lo cual concurre a un laboratorio particular para realizarse una prueba de embarazo en sangre, prueba que salió positiva, y una vez confirmado el diagnóstico, su esposo fue la primera persona a quien le informó de su embarazo. Debido a no ser derechohabiente, y contaba con seguro popular acudió al centro de salud progreso en compañía de José, lugar donde inició su atención prenatal. En esta institución tuvo cuatro consultas prenatales en un periodo de cuatro meses, en donde le recetaron ácido fólico y también examinan la evolución de su embarazo.

En el centro de salud detectaron que padecía de la presión arterial alta, pero no le informaron nada al respecto, o al menos no recuerda que le hubieran dicho, ni le proporcionaron tratamiento para el control de la presión.

Pues en el en el carnet que te dan de, del control del embarazo ahí todo el tiempo 150, 160 pero como le digo no, hasta ahorita yo me di cuenta que, que era presión alta porque no me decían nada en el tiempo [centro de salud].

Al cumplir los siete meses de gestación, el médico del centro de salud refiere a Teresa al HIMES, ella acudió para que le asignaran una cita con el fin de ser atendida, la cita fue programada un mes después de su primer contacto con la institución; cuando acudió a la consulta externa, el personal de enfermería al tomarle la presión arterial, le detectó que su presión estaba elevada y fue cuando se percató de su situación, por lo cual la enfermera consultó con el médico y éste decidió internarla en el área de pre-labor para tratar de controlarle la presión mediante medicamentos antihipertensivos intravenosos;

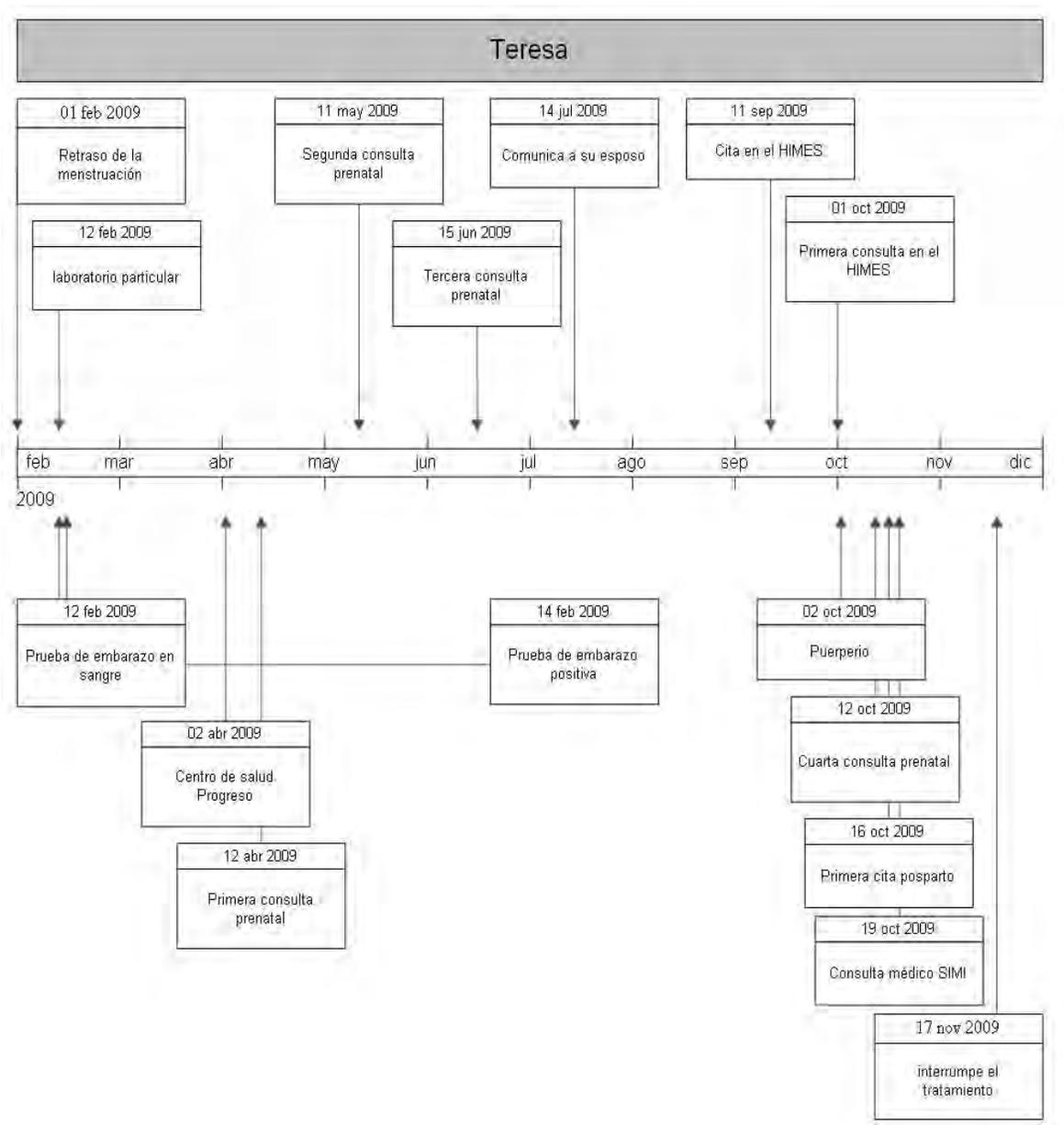
posteriormente, los médicos le confirmaron y explicaron el diagnóstico de preeclampsia, y decidieron realizarle una cesárea para terminar el embarazo de Teresa.

Una vez que nació su hijo, Teresa persistió con cifras de presión elevada, pese al tratamiento inicial, por lo tanto, el médico del HIMES le recetó captopril en la primera cita posparto de Teresa, esto fue a los siete días después de la cesárea; sin embargo, este medicamento le causaba dolores de cabeza, y Teresa no creía que estuviera funcionando, ante esta situación decidió atenderse en una Farmacia Similares, en donde el médico le cambio el tratamiento medicamentoso a enalapril con el mismo resultado, y ya que Teresa no percibió mejoría decidió no continuar con el tratamiento (Imagen 9).

No, no me dijeron nada, hasta los siete días que fui de la...de la cita que tenía ahí me buscaron captopril, y ya de ahí me lo tomé un mes y no, no me funcionó me dolía más las cabeza, me la subía más, me la alteraba más la presión, y la deje de tomar y fui otra vez con un doctor y me recetó la analapril, pero igual también [...].

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Imagen 9. Trayectoria de atención Teresa.



Pese a que Teresa consideró como una mala experiencia su primer embarazo por la enfermedad, se embarazó nuevamente a poco más de un año de haber nacido su primer hijo, en el transcurso de éste embarazo consideró que todo había estado bien, sin embargo, al final del tercer trimestre, durante la noche de un viernes, comenzó a sentirse mal, y percibió que le estaba saliendo líquido transvaginal, “*Se me rompió la fuente*”, pensó, ante esto su

esposo la llevó al HIMES en su automóvil. Una vez que llegaron a urgencias, la internaron con el diagnóstico médico de ruptura prematura de membranas, más hipertensión gestacional del embarazo.

A Teresa le aplicaron medicamentos para controlarle la presión arterial sin éxito, por lo que le iniciaron el trabajo de parto y nació su hijo por parto vaginal, parto que se llevó a cabo sin ninguna complicación, tanto para ella como para su hijo.

Durante su estancia en la sala de puerperio fisiológico, Teresa contó con el apoyo de su madre y de su esposo, aunque el tiempo de permanencia en la sala es limitado para los varones a la visita hospitalaria, ya que en ésta se encontraban seis mujeres más en la sala de puerperio.

Durante las primeras horas su hijo no quería alimentarse del pecho, lo que le causaba cierta ansiedad a Teresa, pero las enfermeras trataban de tranquilizarla, sin embargo, sólo hasta que su hijo se “prendió” del pecho se sintió mejor.

Jesús del Carmen

Encontrar la casa de Jesús del Carmen fue complicado, pues vive en una colonia al norte de la ciudad que se constituye por pies de casa,⁷⁹ que al no estar pavimentadas las calles -había llovido un día antes de localizarla- y carecer de señalamientos con el nombre de la calle, tuvimos que preguntar por ella a las personas que viven cerca de su casa, quienes nos dieron indicaciones de cómo llegar a la dirección.

La primera persona que nos recibió en la casa fue su esposo, varón de 32 años de edad, delgado, que presenta algunos tatuajes en su cuerpo, quien es empleado

⁷⁹ Un pie de casa es una construcción pequeña que el gobierno local puso a disposición a las personas con bajos ingresos económicos, generalmente se construyeron a las orillas de la ciudad.

Carmen es una mujer muy joven de 18 años de edad, quien se ha embarazado en tres ocasiones; durante su segundo embarazo abortó, sus dos hijas nacieron por cesárea. En su familia existen antecedentes de hipertensión arterial y diabetes Mellitus, tanto por la línea materna como paterna. El nivel de estudios formales fue de secundaria. Sus hijas tienen dos años y medio, y tres meses.

Jesús del Carmen, dijo que se dedica al hogar pero nos platicó que durante su embarazo ella y su marido juntaban latas de aluminio para venderlas, ya que no tenían un trabajo estable que les generara ingresos para sufragar sus gastos.

El día que la entrevistamos nos atendió en la cerca que limita su casa con la calle, su vestimenta era sencilla; descalza, se le aprecia un pequeño tatuaje monocromático en su pecho izquierdo. El patio delantero de su casa está muy desordenado, hay un sillón, juguetes dispersos, y algunos muebles en mal estado; junto a ella estuvo todo el tiempo su hija, quien estuvo jugando con un perro y un gato en su casa.

Trayectoria de atención

Jesús del Carmen tenía 17 años cuando “notó” por lo que se compró una prueba casera para detección de embarazo en orina, después de realizársela en su casa, salió positiva; ante esta noticia y puesto que contaba con seguro popular, consultó con el médico general del centro de salud Lomas de Madrid, centro que le correspondía ir porque vivía con su mamá cuando se embarazó.

En la primera consulta, el médico le ordenó realizarse otra prueba de embarazo pero esta vez en sangre y en el laboratorio del centro de salud para confirmar el estado grávido de Jesús del Carmen.

Aunque contaba con seguro popular, solicitó ingresar al programa Bienvenido Nuevo Sonorense, esto por los beneficios que proporciona a la población. Una de las

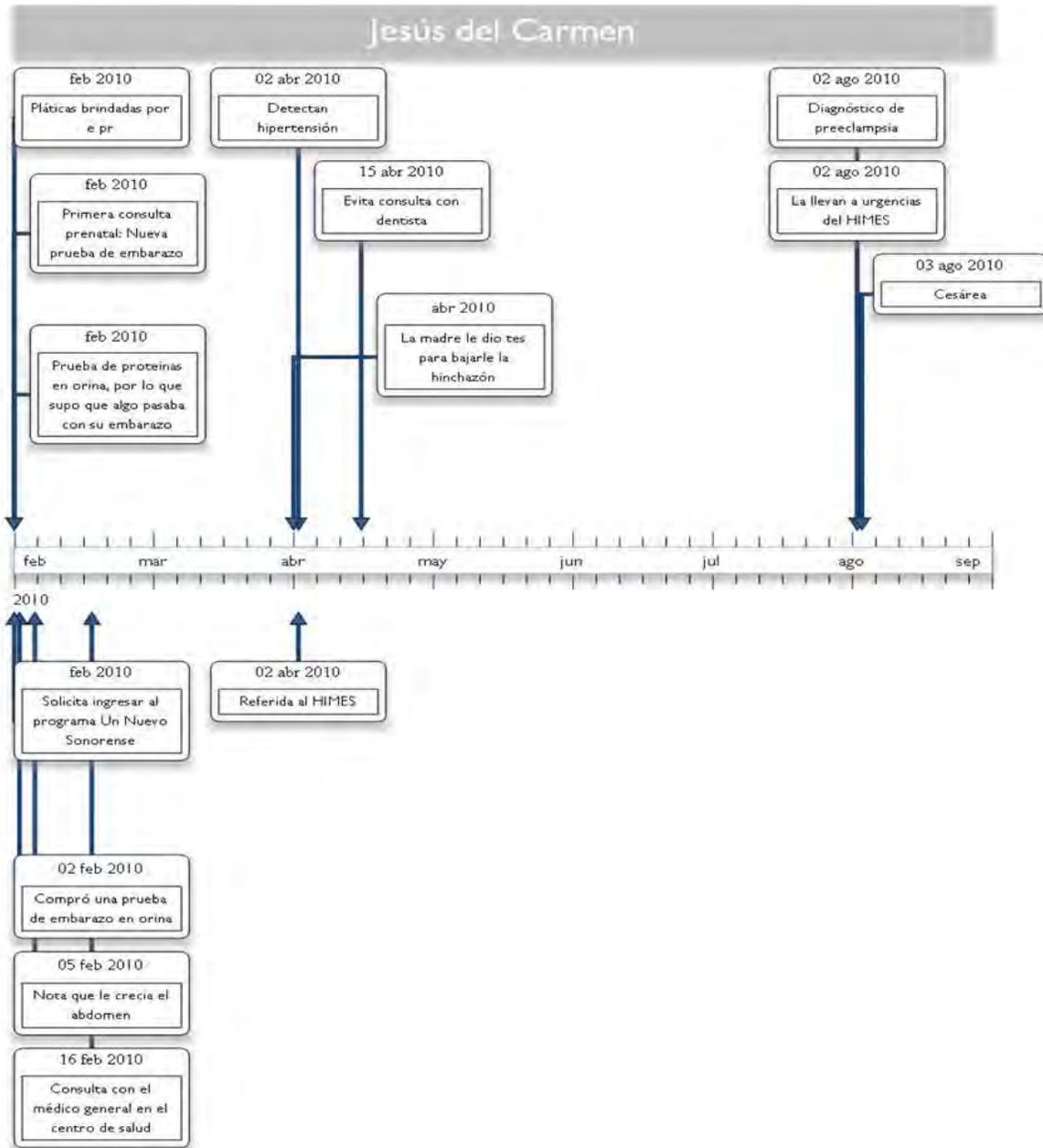
condiciones para recibir el beneficio del programa es la asistencia a una serie de pláticas relacionadas con el cuidado durante el embarazo, fue en estos espacios donde personal de enfermería les habló sobre la preeclampsia y les realizó una prueba de proteína en orina, acción por la cual supo que algo pasaba con su embarazo.

A los cuatro meses de embarazo, el médico del centro de salud la envió al HIMES donde le detectan que su presión continuaba alta, por lo cual dieron pastillas para controlarla y le recomendaron dieta con poca sal; y si bien debía consultar con el dentista, no acudió porque le daba miedo el dolor que le pudiera producir los tratamientos odontológicos.

Durante este periodo su mamá le daba tés para ayudarle a sacar líquido del cuerpo, ya que a partir del séptimo mes se empezó a sentir más cansada de lo usual, se hinchó de manos y pies. A principios del octavo mes de embarazo se sintió mal, con vómitos y dolor de cabeza, su mamá la llevó al HIMES a urgencias donde el personal de salud le diagnosticó preeclampsia y le realizaron cesárea (Imagen 10).

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Imagen 10. Trayectoria de atención: Jesús del Carmen



Karla

La estructura familiar de Karla es de tipo nuclear, está compuesta por su pareja de 20 años, quien estudió primaria completa, y es músico de profesión, por lo que su rol es de sostén económico de la familia y su hijo de 3 años. La ocupación de Karla es el hogar, y no tiene un empleo remunerado.

Karla vive en una colonia al norte de la ciudad, urbanizada, su casa está construida de material de ladrillo, piso de cemento; tanto el patio frontal como el posterior son de tierra, árida, no tiene ninguna planta ornamental o frutal sembrada en este espacio; la cerca que delimita su casa de la calle está construida por alambre de púas oxidado y maderas caídas en algunas partes; la puerta de su casa es metálica, de un café grisáceo, a un lado de la puerta está una ventana que tiene uno de los vidrios rotos por donde se puede apreciar el interior de la casa, no obstante, hay una cortina de tela que cubre parcialmente la visibilidad. Su casa cuenta con tres habitaciones: una se usa para cocina comedor, la otra es una recámara donde duermen los tres, y la última es un baño.

Trayectoria de atención

Karla se embarazó a temprana edad, a los 14 años, y como en el caso de muchas adolescentes, tenía temor de que su madre se diera cuenta de su estado, sin embargo, a los dos meses se le empezó a notar visiblemente y se vio en la necesidad de platicarlo con su mamá, quien aceptó el embarazo de Karla.

Previo a esto, Karla, con la sospecha de estar embarazada acudió a una farmacia SIMI⁸⁰ para atenderse, ya que le resultaba más fácil que ir al centro de salud, y económicamente le resultaba más barato que consultar a un médico particular. En este

⁸⁰ Las Farmacias Similares es una compañía que se dedica a la venta de medicamentos genéricos intercambiables, ofertándolos a un precio menor que el establecido por otros laboratorios farmacéuticos. Además, dispone de consulta médica, a un precio menor que en consultas privadas.

lugar, Karla confirmó su embarazo mediante una prueba de sangre en el laboratorio contiguo a la farmacia SIMI, y comenzó a tomar suplementos alimenticios en “yerbas herbales” que le recomendaron en la misma farmacia por el empleado que atiende y surte los medicamentos.

A los dos meses de su embarazo acudió a un centro de salud ubicado al norte de la ciudad en compañía de su madre -quien la apoyó y acompañó a Karla en sus cuidados-, donde le pidieron que se realizara una nueva prueba de embarazo para iniciar la atención prenatal, prueba que se realizó en el laboratorio del centro de salud.

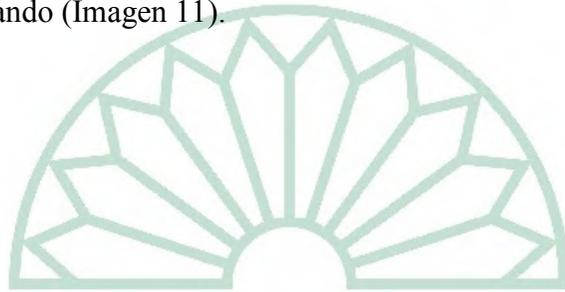
En el centro de salud llevó a cabo dos consultas en un mes y de ahí la refirieron al CAAPS, ya que los embarazos adolescentes son considerados como de alto riesgo, y no es común que los médicos generales los atiendan. Aproximadamente a los cinco meses, Karla presentó un cuadro de anemia severa detectado en el centro de salud durante la consulta prenatal, por lo que el médico le recetó hierro y le recomendó comer alimentos ricos en hierro; su madre la apoyó al prepararle los alimentos e insistir para que comiera adecuadamente, en cantidad y calidad, lo que fue de gran ayuda para Karla, ya que para los seis meses sus niveles de hemoglobina mejoraron considerablemente.

Al sexto mes, Karla percibió que se estaba hinchando, pensó que era por el consumo de sal, por lo que disminuyó su consumo, aun así, “la hinchazón iba y venía”, pero según le platicaron en las consultas, todo estaba bien con su embarazo hasta ese momento.

No obstante, Karla sintió miedo de que le pasará algo al bebé porque no podía dormir, cuando su mamá se dio cuenta de esto la llevó con una psicóloga para que le ayudara a controlar sus miedos; para el séptimo mes, Karla fue enviada al HIMES donde tuvo dos consultas: la primera fue porque, de acuerdo a las valoraciones médicas, ya tenía nueve meses de embarazo, había que examinarla para evaluar si estaba o no en trabajo de

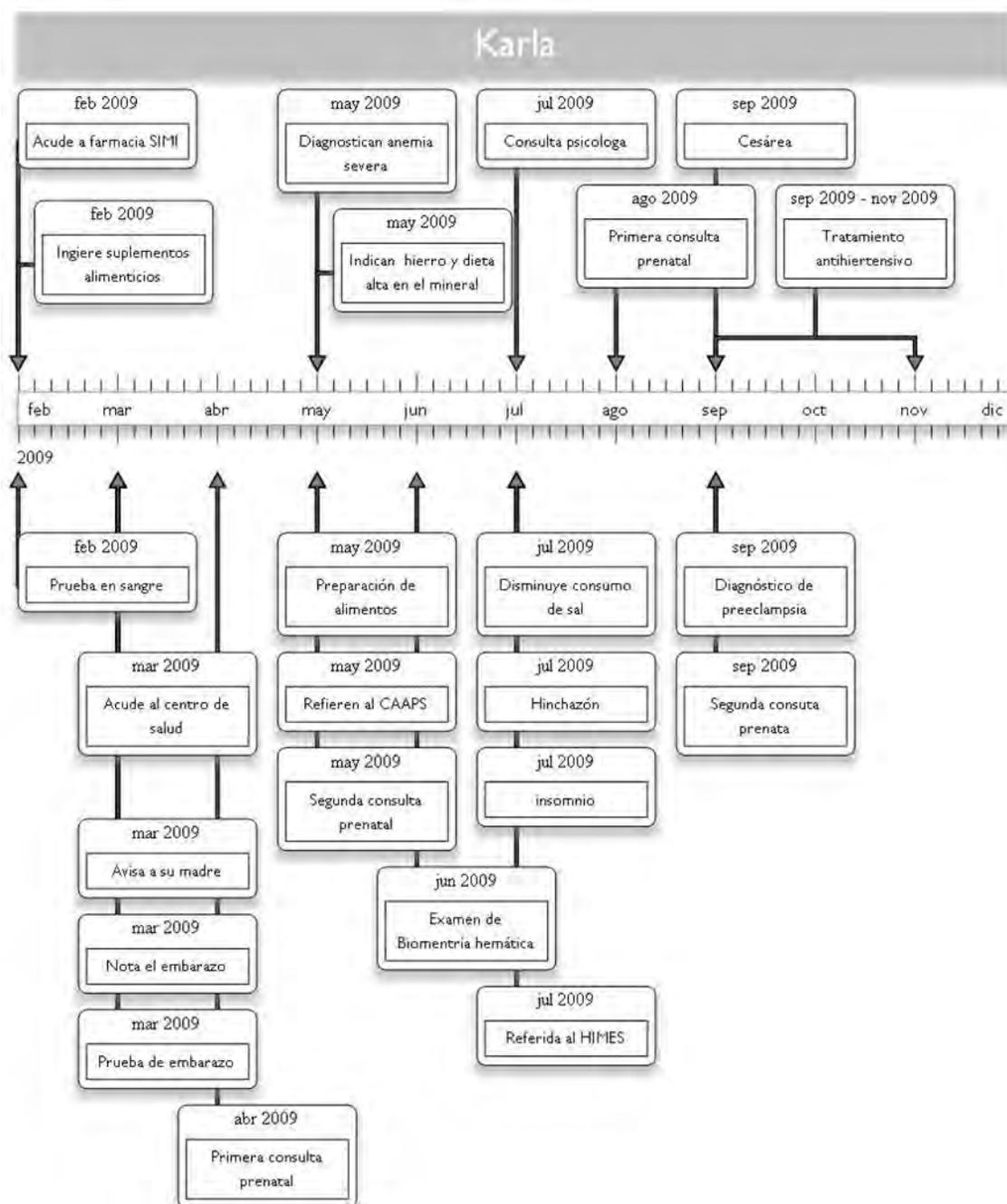
parto, lo cual no ocurrió y la mandaron a su casa; en la siguiente semana, al ir a su segunda consulta, la internaron para iniciarle el trabajo de parto, fue en ese momento que el personal médico estableció el diagnóstico de preeclampsia severa, e iniciaron el tratamiento antihipertensivo y le realizaron cesárea.

Karla supo que tenía la enfermedad hasta el momento del parto, ya que durante su embarazo no tuvo ningún problema. Cuando egresó de la institución continuó con tratamiento con medicamentos por dos meses para controlarle la presión, tratamiento que paulatinamente fue dejando (Imagen 11).



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Imagen 11. Trayectoria de atención: Karla.



Cecilia

Cecilia vive en un campo agrícola llamado Pocitos, el cual se localiza aproximadamente a una hora y media desde Hermosillo. El camino para llegar, a partir del poblado Miguel Alemán, fue accidentado ya que la carretera estaba en mal estado; al llegar a Pocitos desde la orilla de la carretera hasta la casa, se tuvo que recorrer aproximadamente 200 metros a pie, puesto que en la madrugada de ese día había llovido en gran cantidad y no había paso en automóvil.

Cecilia es una mujer de 21 años de edad, no terminó los estudios de secundaria; vive en unión libre con Hernán, originario del sur de Sonora, de 32 años de edad quien se dedica a actividades del campo. Se ha embarazado en dos ocasiones y sus hijos nacieron por cesárea: primero nació Manuel, quien tiene 3 años; y luego Rosa, de 1 año.

El lugar donde habitan lo proporciona el dueño del campo, el cual es un “galerón” construido de madera que fue dividido en seis partes, en cada una de ellas vive una familia, la puerta de su casa es una cobija. Ya que su casa está constituida por una sola habitación para preparar sus alimentos, utiliza una hornilla⁸¹ afuera de su casa. Este lugar cuentan con energía eléctrica y agua potable, más no otros servicios como drenaje, alcantarillado o recolección de basuras.

Trayectoria de atención

En cuanto a su historia de atención, sólo habían pasado cuatro meses después de nacer su primer hijo cuando Cecilia se percató que podría estar nuevamente embarazada, por lo que se realizó en un laboratorio particular uno examen de sangre en el poblado Miguel Alemán, donde le confirmaron su embarazo; posteriormente, acudió al centro de

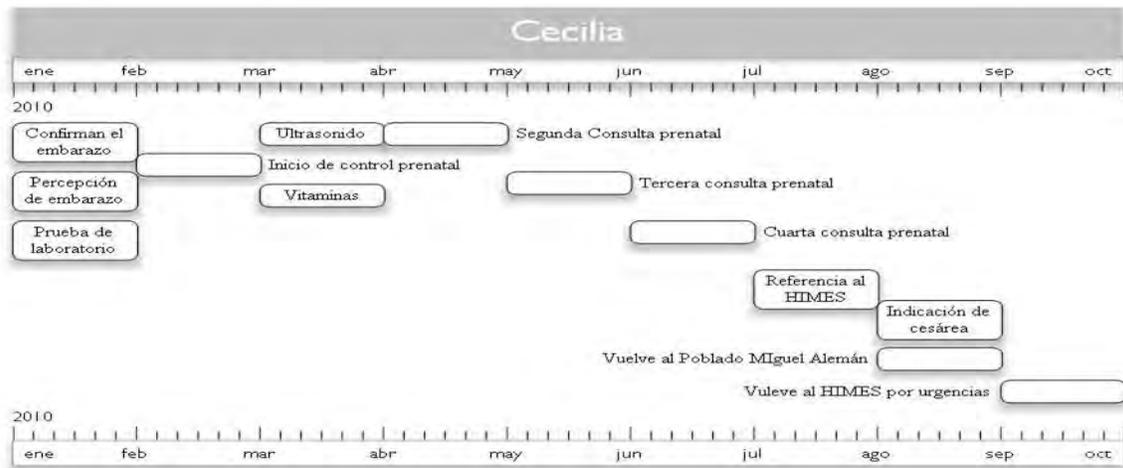
⁸¹ Una hornilla es una alternativa a las estufas modernas, es una construcción que tiene una rejilla a media altura para contener fuego proporcionado por la combustión de madera con un respiradero lateral.

salud del poblado -ya contaba con seguro popular desde su primer embarazo- donde le iniciaron control prenatal y le medicaron vitaminas, además le realizaron un ultrasonido para comprobar la edad del bebé.

En este centro de salud se atendió hasta los siete meses, donde fue consultada en cuatro ocasiones, en la última de ellas la refieren para que se traslade a Hermosillo y acuda al HIMES, con el fin de continuar la vigilancia del embarazo y programar su parto. En esta institución le informaron que le harían cesárea porque tenía poco tiempo de haber parido a su primer hijo -esto ocurrió a los ocho meses-, pero aún no era tiempo de que naciera su hijo, entonces regresaron al poblado Miguel Alemán, lugar donde vive una tía, dejando cita para el siguiente mes o en caso de que tuviera algún problema como dolor o desecho.

Puesto que se cumplieron nueve meses y una semana, Cecilia decidió ir a Hermosillo en compañía de su pareja para realizarse un chequeo porque no tenía “dolores” y ya tenía las 40 semanas completas para dar a luz; al llegar a urgencias la atendieron los médicos, quienes se percataron que la presión sanguínea de Cecilia era alta, aunado al tiempo de embarazo decidieron internarla para practicarle cesárea, con lo cual se resolvió la preeclampsia y no requirió tratamiento con medicamentos para controlarle la presión en el puerperio (Imagen 12).

Imagen 12. Trayectoria de atención: Cecilia.



Raquel

Raquel vive en Bahía de Kino, población que se encuentra a 107 kilómetros de la ciudad de Hermosillo, si bien las calles principales cuentan con el nombre de las calles, el lugar donde vive Raquel no tiene estos señalamientos.

Raquel tiene 35 años, aunque su apariencia física la hace ver mayor a esta edad, es bajita de estatura, gordita, vestía short y playera, y andaba descalza el día de la entrevista.

Raquel tiene el antecedente de ser diabética con mal control de la misma, ya que no toma medicamentos y no modera su alimentación.

Al momento del estudio se dedicaba al hogar y dependía económicamente de Josué, su actual pareja de 37 años de edad, quien trabaja de manera ocasional en diferentes actividades; vive además con sus hijas dulce de 1 año, Guadalupe de 15 años -quien dejó la escuela hace poco porque no le gustó estudiar-, además tienen dos hijas de 16 y 21 años de edad quienes no viven con ellos porque, según nos platicó Raquel, no se llevan bien con ella; padeció un aborto, tres de sus hijas nacieron por parto, pero la última por cesárea.

Vive en condiciones materiales desfavorables, su casa está constituida por una habitación construida de madera, el baño se encuentra fuera de la vivienda, es un cuarto de cartón y madera que tiene como puerta una cobija; el patio de casa se apreciaba sucio ya que había basura dispersa en él, como papeles, pañales, botellas, etcétera, aquí se encuentra un lavabo que es donde lavan tanto los utensilios de cocina como la ropa.

Las condiciones materiales de vida de Raquel no han sido fáciles, su situación económica ha limitado su desarrollo en diferentes aspectos de su vida.

Trayectoria de atención

La percepción del embarazo de Raquel inició cuando en compañía de su pareja fueron a Sinaloa, Estado de donde es originario Josué, y después de un paseo en caballo, al bajarse de éste sintió que algo se le movía en la panza, como una “viborita”; esto se lo platicó a Josué quien le pidió que fueran con una partera para ver si estaba embarazada. La partera le dijo a Raquel que se tomara un té de barro, y pese a que en un inicio se resistía a tomárselo accedió a la solicitud de la partera, quien les comentó que efectivamente estaba embarazada.

La atención prenatal de Raquel se llevó tanto en el centro de salud de Kino como en el HIMES ya que es diabética y, por ende, de alto riesgo; en el centro de salud fue atendida cuatro veces y en Hermosillo seis veces. En todas las ocasiones la acompañó su pareja a las consultas, tanto en Kino como en Hermosillo.

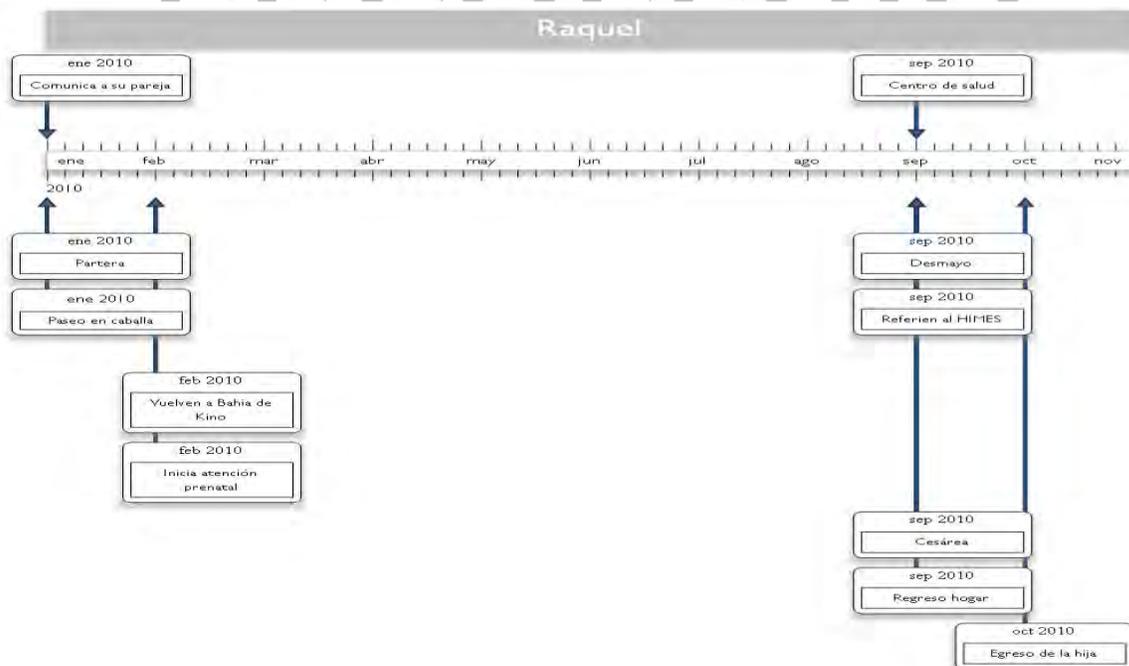
Alrededor de los nueve meses de embarazo, jugando con su pareja como a las ocho de la noche, Raquel se desmayó sin motivo aparente por lo cual Josué la llevó al Centro de Salud con el que cuenta Kino, y que se encuentra a 15 minutos a pie de su hogar; una vez

atendida en el centro de salud, Raquel despertó, le comentaron que se había desmayado porque su presión sanguínea estaba muy alta.

Antes de esto, el médico le informó a Raquel de la gravedad de la salud en la que se encontraba, por ello, tenía que reunir los papeles necesarios para que la atendieran y la trasladaran la misma noche en ambulancia a Hermosillo, donde le diagnosticaron que padecía preeclampsia.

Al nacer su hija, se mostraron condiciones clínicas no favorables y fue internada en el servicio de neonatología del HIES donde estuvo por diez días. Durante este tiempo, Josué fue quien se encargó de estar al pendiente de la evolución su hija, mientras Raquel, al ser dada de alta, al cuarto día post cesárea, volvió a su casa, donde no contó con apoyo de familiares o amigos en su cuidado puerperal (Imagen 13).

Imagen 13. Trayectoria de atención: Raquel.



Grupo B

Las mujeres que pertenecen a este grupo son aquellas de los grupos tipológicos II, III, VI y VII. Las características de este grupo radican que cuando el nivel socioeconómico es A-C, el nivel de escolaridad es preparatoria o mayor, y cuando el nivel socioeconómico es D-J, la escolaridad es secundaria o menor.

Este grupo se integra por siete mujeres: Silvia, Glenda, Susana, Rosa, Luvia, Aracely y Johana.

Silvia

Silvia es una mujer joven, que en el momento de entrevistarla estaba embarazada en su tercer trimestre, es cooperadora, alegre, de tez blanca, estatura mediana, delgada; viven con su esposo Mario, joven de 28 años, quien se dedica a trabajar como mecánico, y su hijo de tres años.

El hogar de Silvia es una casa de fraccionamiento típico de nuestra localidad, cuenta con sala-comedor-cocina, una recámara, baño y un patio trasero; la casa se apreciaba un poco desordenada, ya que había algunos artículos del hogar dispersos por varias partes de la sala.

Trayectoria de atención

Silvia se percató de su embarazo “*porque no me bajaba*”, dijo, por lo que acudió a un laboratorio particular para hacerse una prueba de sangre, donde le dieron un sobre y al abrirlo vio que efectivamente estaba embarazada y le comunicó a Mario. Una semana después, fueron al centro de salud para iniciar el control prenatal, donde valoraban su

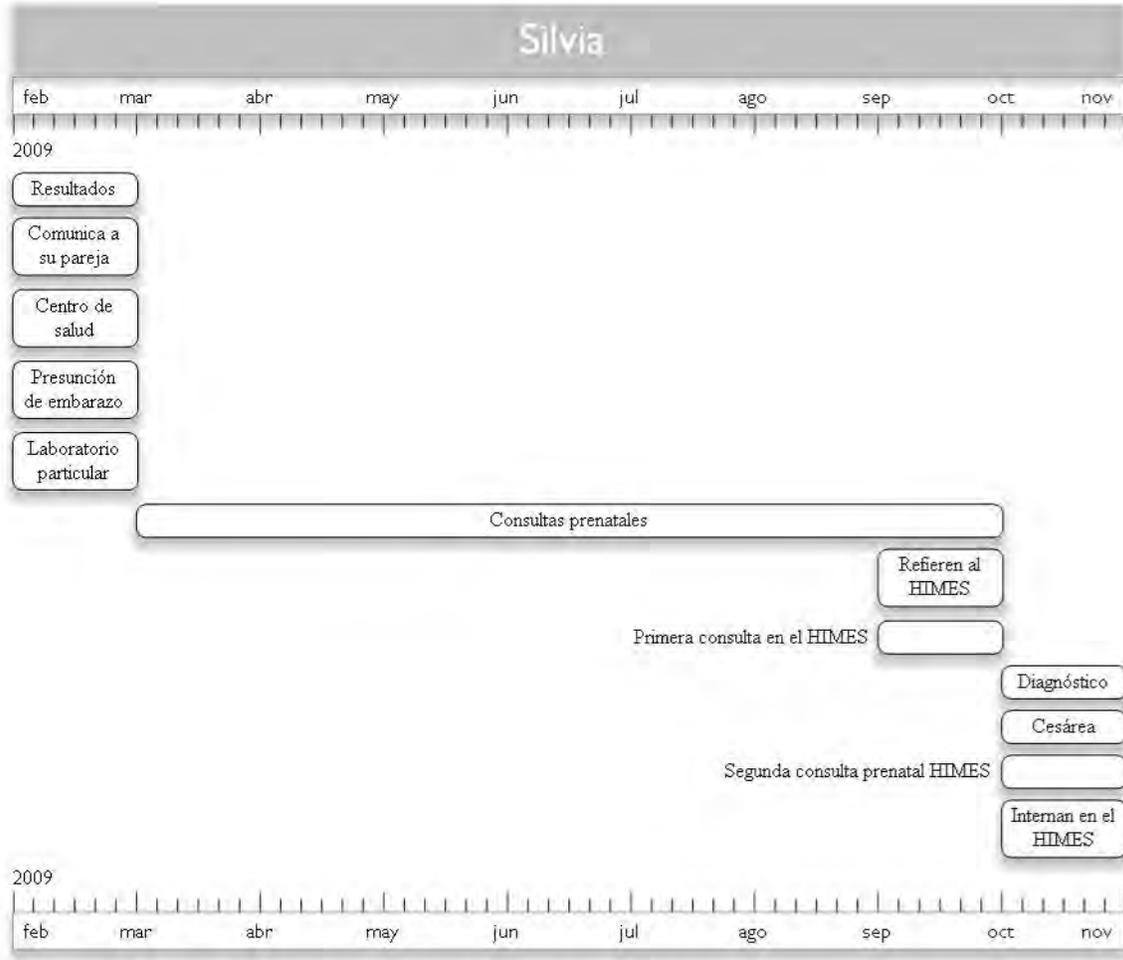
estado de salud y de su niño *“pues me este me tomaban la presión, es el peso me mandaban hacer laboratorios... este... mmm me median la panza y este tomaban lo que es el corazón del niño”*.

Para ese momento ya contaba con seguro popular y las citas mensuales en el centro de salud transcurrieron “normales”.

Alrededor de los siete meses y medio de embarazo, la mandaron al HIMES donde le abrieron un expediente clínico en la institución, en la cual tuvo dos consultas: en la primera, el médico le extendió una orden para que se realizara estudios de laboratorio y un ultrasonido para valorar si su hijo nacería por parto normal o por cesárea; mientras que en la segunda, recurrió a urgencias del HIMES, acompañada por su hermana, debido a que comenzó con sangrado transvaginal.

Al valorarla el personal médico se percataron de su presión arterial elevada y la dejaron internada en la sala de pre labor para controlarle la presión, fue en ese momento cuando le comunicaron que padecía preeclampsia y era necesario realizarle una cesárea debido a la condición de salud de ella y su bebé, quienes estaban en riesgo, situación que preocupó a Silvia pero estaba tranquila porque no sentía nada en el cuerpo, esto es, no sentía signos o síntomas de la enfermedad (Imagen 14).

Imagen 14. Trayectoria de atención: Silvia.



Glenda

GERARDO CORNEJO MURRIETA

Glenda es una mujer joven de 20 años de edad y de complexión mediana, reservada en las respuestas que brindó durante la entrevista, quien estudió hasta sexto año de primaria y actualmente trabaja como empleada en un negocio de tortillas de harina. Vive en unión libre con Juan Miguel de 22 años desde hace poco más de una año; Juan trabaja en la compañía de Sabritas como repartidor de los productos de la empresa; tienen dos hijos, Jimena de 2 años y 7 meses, y Miguel de 1 uno año y dos meses de edad. La historia

obstétrica de Glenda es segunda gestación, le practicaron cesárea y tuvo un parto vaginal de su segundo hijo, nunca ha presentado ningún aborto.

El lugar donde se entrevistó a Glenda fue en el negocio donde trabaja, que de acuerdo a lo que nos platicó, se levanta muy temprano, poco antes de las cinco de la mañana, para ir a la casa que está acondicionada como tortillería, la cual se encuentra a una cuadra de su casa; además, el clima de la ciudad en verano, donde al ser muy caluroso, vuelve muy “pesado” empezar tarde a hacer las tortillas; al llegar Glenda y las otras personas que trabajan con ella, preparan los materiales que utilizan para hacer las tortillas y junto con ellas amasan, extienden, cosen o empaican las tortillas en paquetes de 12 tortillas cada uno, si bien el trabajo se reparte entre las cinco personas, Glenda, usualmente cose las tortillas.

La entrevista se realizó por la mañana, por lo tanto se le localizó en su trabajo. Al solicitar su participación se mostró un tanto desconfiada, sus respuestas fueron cortas, y en ocasiones nos repetía las preguntas que le habíamos realizado.

Trayectoria de atención

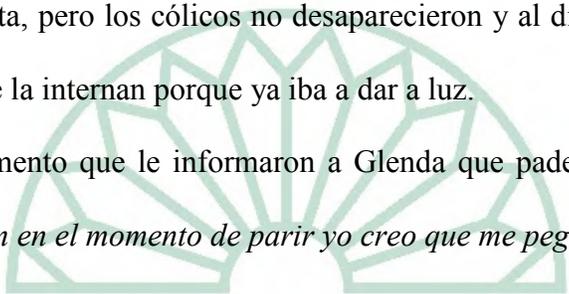
Glenda tenía 17 años cuando se embarazó de su primer hijo y vivía con su padre en ese momento, quien era el principal sostén de la casa; sin embargo, Glenda le ayudaba a preparar y a vender galletas.

La trayectoria de Glenda inicia como la de muchas mujeres al darse cuenta que “no le bajaba”, sin embargo, al principio ignoró esta situación y fue hasta a los tres meses cuando confirmó su embarazo, estado que le informa a su padre, quien, de acuerdo a Glenda, no le dijo nada al respecto.

No obstante, su padre le pide que se atienda en el centro de salud, ya que contaba con seguro popular, Glenda decidió ir hasta el sexto mes de su embarazo al Centro de Salud Emiliano Zapata, donde la consultaron en dos ocasiones y le decían que todo iba bien.

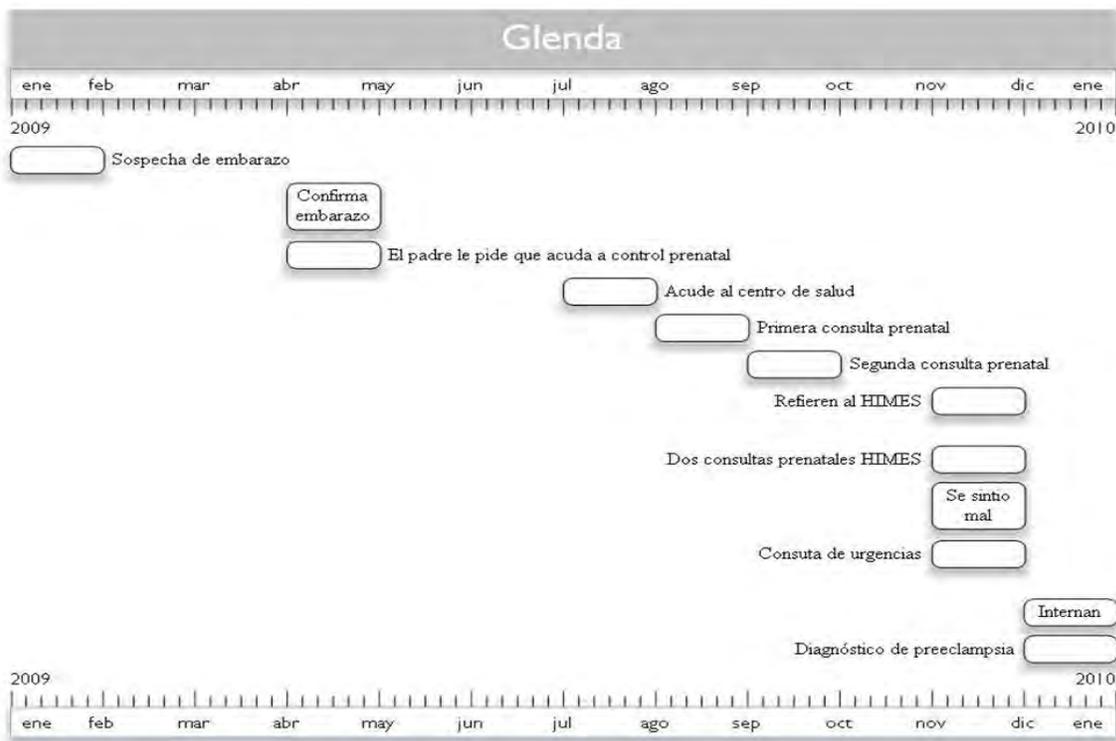
Para el octavo, mes la refieren al HIMES para continuar con su atención prenatal y tener a su hijo. En la institución consultó en dos ocasiones, y al igual que en el centro de salud, aparentemente en el embarazo todo iba bien; sin embargo, antes de su tercer consulta prenatal se empezó a sentir mal en su casa, con cólicos, aunque prefirió tolerar el dolor antes que ir a la consulta, pero los cólicos no desaparecieron y al día siguiente su hermana la llevó al HIMES, donde la internan porque ya iba a dar a luz.

Fue en ese momento que le informaron a Glenda que padecía preeclampsia, o en palabras de Glenda: *“En en el momento de parir yo creo que me pegó, no sé”*. (Imagen 15).



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Imagen 15. Trayectoria de atención: Glenda.



Created with Timeline Maker Professional. Produced on 14 ene 2014.

EL COLEGIO

Susana

Susana es una mujer de 34 años, estudió secundaria completa y actualmente trabaja por las tardes como estilista, la estética donde trabaja le queda cerca de su casa, situación conveniente por el horario de trabajo y por sus actividades cotidianas. Vive en unión libre con Francisco quien tiene 37 años de edad y se dedica al trabajo de la construcción.

Su historia ginecoobstetrica se resume de la siguiente forma: se ha embarazado en dos ocasiones (al momento de la entrevista estaba embarazada), no ha padecido ningún aborto, y su hijo lo tuvo por parto “normal”.

En la casa donde vive actualmente conviven diez personas: su madre Guillermina de 61 años de edad; su hermana Adanary de 26 años, quien se dedica al hogar; Luis -su

cuñado- de 27 años, empleado como mesero; tres sobrinos; y Joshua, su hijo de 2 años de edad quien ya va al preescolar.

Trayectoria de atención

Susana cuidaba a su abuela quien estaba en cama, y al ayudarla a levantarse sintió “como que el ombligo le punzaba”, esto se lo platicó a una prima explicando la sensación como un síntoma provocado por el esfuerzo físico realizado, “y luego entra una prima y luego se ríe y luego dice: *!toma tu hernia!, me dijo, a los nueve meses se te va a quitar esa hernia y hazte una prueba de embarazo. Y yo le comento: no, le dije, yo por qué, todavía me falta como unas semana para que me toque mi periodo; hazte la prueba de embarazo me dice, y pues me metió la la duda ahí y ay me hice la prueba de embarazo y salió positiva, y esa era la hernia*”

Aproximadamente, al mes de esta situación confirmó el diagnóstico de embarazo al consultar con un primo suyo, quien es ginecólogo. Al quinto mes fue al centro de salud Domingo Olivares, donde el médico que la atendió le detectó que su presión de sangre estaba un poco elevada, por lo cual las indicaciones se enfocaron a la alimentación baja en sal, en reducir las harinas y nada de medicamentos; sin embargo, en la segunda consulta, al sexto mes de embarazo, su presión arterial no disminuyó y, por ello, la refirieron al HIMES donde le medican antihipertensivos, tratamiento que llevó de acuerdo a las indicaciones médicas.

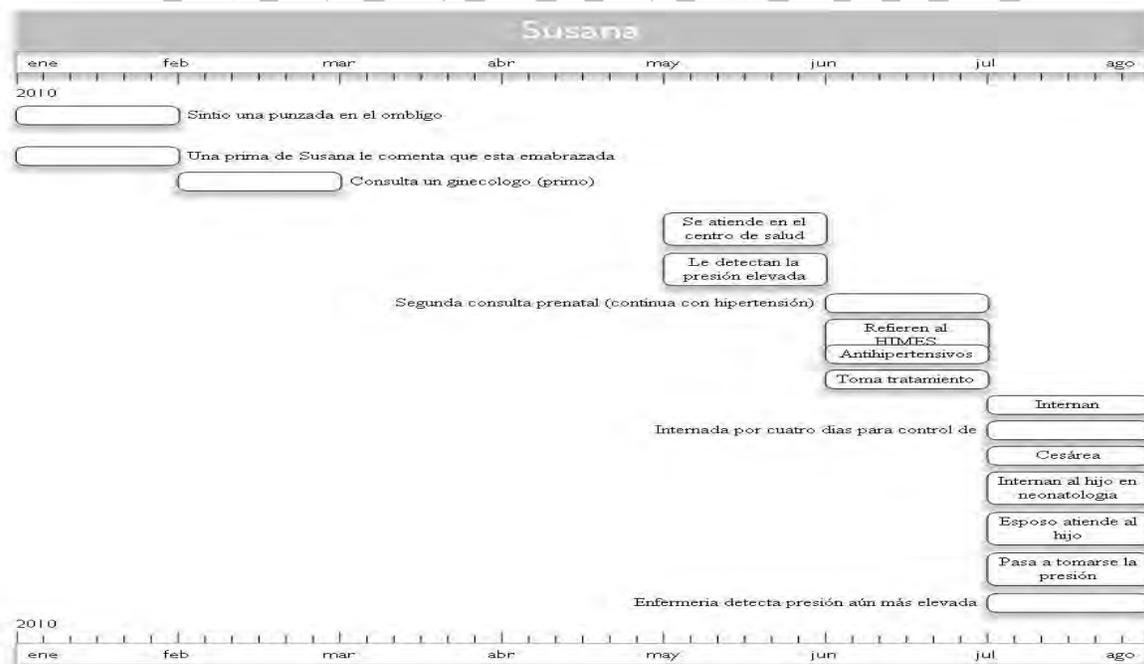
Al cumplir los siete meses de embarazo y al estar cerca del HIMES, decidió acudir para que le realizaran un chequeo de la presión y verificar “*como andaba*”; la atendieron las enfermeras quienes al valorar su presión, notaron que estaba más elevada que en ocasiones

anteriores, esto pese a estar con tratamiento antihipertensivo, y decidieron internarla en el servicio de urgencias.

Debido a la edad gestacional de su hijo, en primera instancia, trataron de controlarle la presión por cuatro días, dos en prelabor y de ahí pasó a hospitalización para continuar con su tratamiento, ya que al estar pequeño su hijo era necesario darle el mayor tiempo posible para que madurara un poco más. Sin embargo, su condición no mejoró y le practicaron cesárea, del cual nació su hijo prematuro y requirió de asistencia médica en el HIES.

Susana no podía estar pendiente de las necesidades de su hijo en el servicio de neonatología del HIMES, ya que estaba internada en el área de puerperio quirúrgico; al estar internados en diferentes unidades hospitalarias, su esposo fue quien se encargó de esta tarea (Imagen 16).

Imagen 16. Trayectoria de atención: Susana.



Created with Timeline Maker Professional. Produced on 14 ene 2014.

Rosa

La primer vez que buscamos a Rosa llegamos a una casa localizada en el sur de la ciudad, donde las calles no están pavimentadas, y en ese momento no se encontraba ninguna persona, por lo que mediante un vecino de Rosa, nos informamos que ella no vivía ahí, sino su papá, pero en ese momento no estaba, por lo tanto, decidimos volver en otra ocasión.

Una semana después volvimos a la misma dirección, en esta ocasión nos atendió el papá de Rosa.

Al llegar a la casa de Rosa, se puede apreciar que ésta vive en condiciones económicas desfavorables, la casa está construida de block sin pintura exterior, cuenta con una sola habitación donde viven ella, su esposo, su hijo de 3 años y dos meses, y la niña de un año y cinco meses. Hay un baño afuera de la vivienda, a un lado de la casa, construido de lámina de cartón y madera. El patio frontal es de tierra, sin plantas, el lote está delimitado por una cerca de alambres de púas mal sujetados y colgantes de maderos de diferentes tamaños. El padre de Rosa, hombre de algunos 55 años de edad, delgado, moreno, tatuado en los brazos y el pecho, vive aproximadamente a unos 500 metros de la casa, en la misma colonia.

Rosa, es una mujer joven de 21 años de edad, delgada, viste un short de mezclilla y una blusa, tiene un *piercing* pequeño en el labio inferior. Rosa está casada y vive con Roberto, quien es un hombre de 25 años, moreno, de estura mediana (aproximadamente mide 1.70), se dedica a la carpintería y sus ingresos aproximados son de 1,800 pesos mensuales; además, viven con ella sus dos hijos, un niño de 3 años y una niña de una año y medio.

Cuando llegamos, Rosa estaba realizando tareas del hogar (lavando trastes), por afuera de su casa; al llamarla se dirigió hacia nosotros y nos atendió en la puerta del cerco.

Trayectoria de atención

Rosa nos platicó que cuando tenía 17 años se embarazó por primera vez, y nueve meses después de su segundo hijo. El primer síntoma que Rosa percibió de que pudiera estar embarazada, fue que no le venía la regla y vomitaba, por esta razón fue al centro de salud donde después de hacerle pruebas de embarazo, le dijeron que efectivamente estaba embarazada.

Su hija nació a los siete meses puesto que Rosa padeció de presión alta desde el cuarto mes de embarazo, la cual le detectaron en el centro de salud donde se atendía, ahí le estuvieron dando medicamentos para su control; sin embargo, al séptimo mes, el médico le comentó que la enviaría al HIMES para que la trataran de su presión, ya que el tratamiento que le habían dado no estaba funcionando, además había empezado con dolor en el estómago, lo cual es un síntoma de que se estaba complicando su enfermedad.

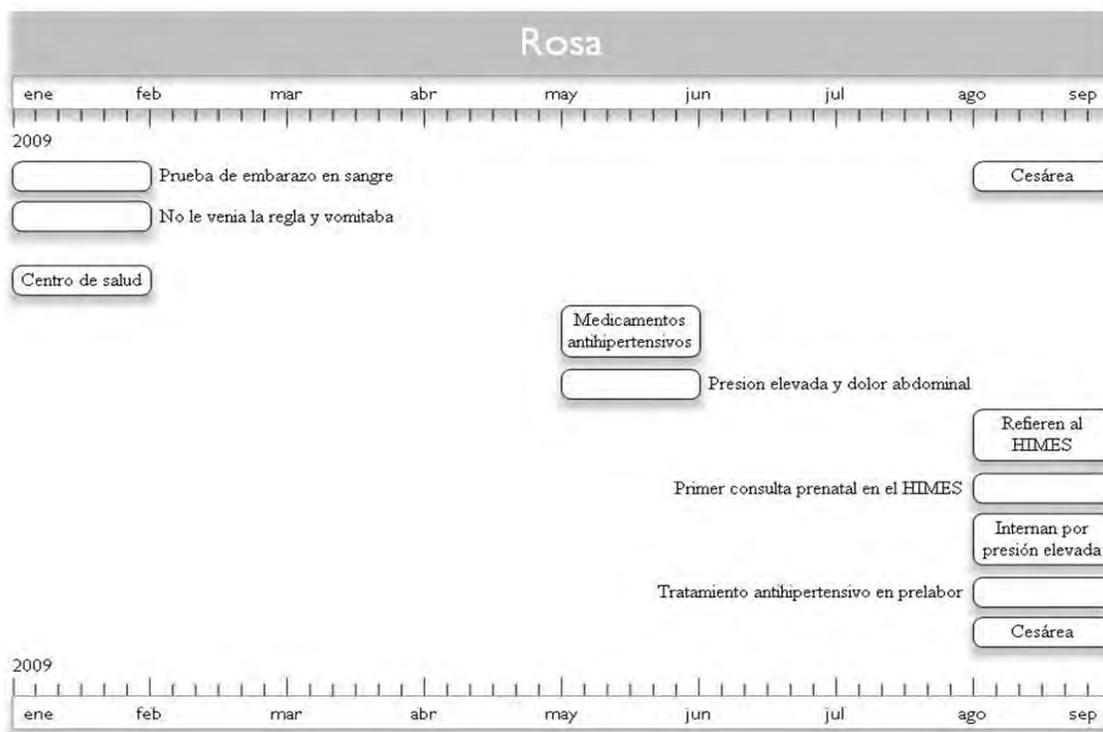
Rosa consideró adecuado ir al HIMES y, en su primera consulta nuevamente le dijeron que traía la presión elevada; por lo tanto, era necesario internarla para el manejo de la presión, sin embargo, las cifras no disminuyeron, por lo que tuvieron que interrumpir su embarazo mediante una operación de cesárea.

Para su segundo embarazo, y como en el embarazo anterior, se dio cuenta que estaba embarazada porque no le venía la regla; al mes de embarazo buscó atención en el mismo centro de salud anterior donde iniciaron su control prenatal; en este centro se atendió hasta los ocho meses, que fue cuando la refirieron al HIMES para que llevara las últimas consultas en esa institución.

A Rosa le faltaba una semana para cumplir los nueve meses, cuando acudió a su cita en el HIMES, le detectaron nuevamente la presión elevada, por lo que la internaron y trataron de controlarle la presión con hidralazina sin poderlo conseguir, los médicos le comunicaron

que le realizarían una cesárea ya que tenía preeclampsia. El evento quirúrgico transcurrió sin incidentes, una vez que Rosa se recuperó, la pasaron a puerperio quirúrgico donde estuvo dos días internada y egresó sin tratamiento médico para el padecimiento (Imagen 17).

Imagen 17. Trayectoria de atención: Rosa.



GERARDO CORNEJO MURRIETA

Luvia

La búsqueda de Luvia nos llevó a una casa que nos recuerda a las que se encuentran en el aérea rural de Sonora por su decoración y organización de los elementos que componen la casa; en el límite entre la calle y su patio delantero había un cerco de metal negro, que denotaba que tenía ya bastante tiempo de haberse instalado y necesitaba restauración, puesto que había algunas partes colgadas, alambres con óxido que por el tiempo se habían

deteriorado, también había un pájaro enjaulado (periquito del amor) en una de las paredes de la entrada de la casa, así mismo, se observaron algunas plantas ornamentales en macetas improvisadas con cubetas de plástico de varios tamaños.

La puerta de acceso a la casa, instalada en el cerco es de madera, estaba abierta, por lo que pasé y toqué la puerta de la casa, abre una mujer de tez morena, de unos 50 años de edad, robusta, quien inquisitiva y un poco desconfiada preguntó el motivo de mi presencia, esta mujer es madre Luvia, a quien llamaremos Carmen. Le expliqué que mi presencia obedecía a un trabajo de investigación y mi intención era platicar con su hija con respecto a la enfermedad que había padecido en su embarazo. Carmen entró al interior de su casa para hablarle a su hija, poco después salió Luvia, a quien le comenté el motivo de mi presencia.

Luvia fue la primera de las mujeres que contactamos para establecer un diálogo con ella, es una mujer joven de 20 años de edad, bajita de estatura (mide aproximadamente 1.60 metros), abierta a la plática, extrovertida; nació en Hermosillo. Se embarazó a los 18 años de su pareja, su hijo tiene 2 años de edad; nos platica que está casada, su esposo es 9 años mayor que ella, y él pudo estudiar hasta la secundaria, en estos momentos trabaja como soldador.

Luvia se dedica al hogar, no tiene un empleo remunerado, por lo que depende económicamente de su pareja.

Nos platicó que tuvo problemas para continuar estudiando, sólo terminó el primer año de secundaria, “*por problemas de aprendizaje*”; ante esto, su madre la llevaba con médicos para que la trataran y aprendiera como todos los niños. Aunque Luvia al principio pensaba que su problema era por ser muy inquieta, *no le gustaba la escuela*, pero después de haber ido a varias consultas médicas, aceptó lo que los médicos le dijeron con respecto a

su problema de aprendizaje; sin embargo, el deseo de Luvia por continuar estudiando, la llevó a ingresar a una institución educativa conocida como CECATI⁸² donde estudió cocina.

Luvia visita con frecuencia la casa de su mamá, ya que vive en otra colonia de la ciudad; en este hogar viven su madre, su padre de 55 años que se dedica a la albañilería, una hermana de 14 años que está estudiando secundaria y un hermano de 23 años quien no trabaja ni estudia, ya que tiene un problema mental, y si bien es capaz de cuidarse por él mismo, depende económicamente de sus padres. Comenta que convive poco con otras personas, pero con Marisela (su comadre) sí tiene buena relación y le tiene confianza.

Trayectoria de atención

La trayectoria de Luvia inicia cuando siente que puede estar embarazada, por lo cual compró una prueba de embarazo en un local comercial cercano a su casa, prueba que después de realizarla dio positivo a embarazo.

Para cuidar de su salud, y que todo estuviera bien con su hijo, fue a consulta con el médico familiar del Centro de Salud Lomas de Madrid, ubicado en el norte de la ciudad y es el que está más cercano a la casa de su mamá con quien vivía en ese tiempo.

Durante la primera consulta, el médico le mandó a hacer una prueba en sangre para confirmar el embarazo y poder iniciar la atención prenatal; esto ocurrió cuando Luvia ya tenía tres meses de embarazo.

Puesto que no contaba con servicio médico, Luvia en compañía de su madre, solicitaron su ingreso al programa Bienvenido un Nuevo Sonorense, sin embargo, ya que uno de los requisitos es la asistencia a un número determinado de pláticas (cinco), a las cuales Luvia no acudió porque vivía lejos de donde se llevaban a cabo las pláticas, y no

⁸² Centro de Capacitación para el Trabajo Industrial (CECATI), es un organismo educativo donde se capacita para el trabajo en el ramo industrial.

pudo obtener los beneficios del programa. A la par realizaron los trámites para tener el seguro popular en el centro de salud Lomas de Madrid.

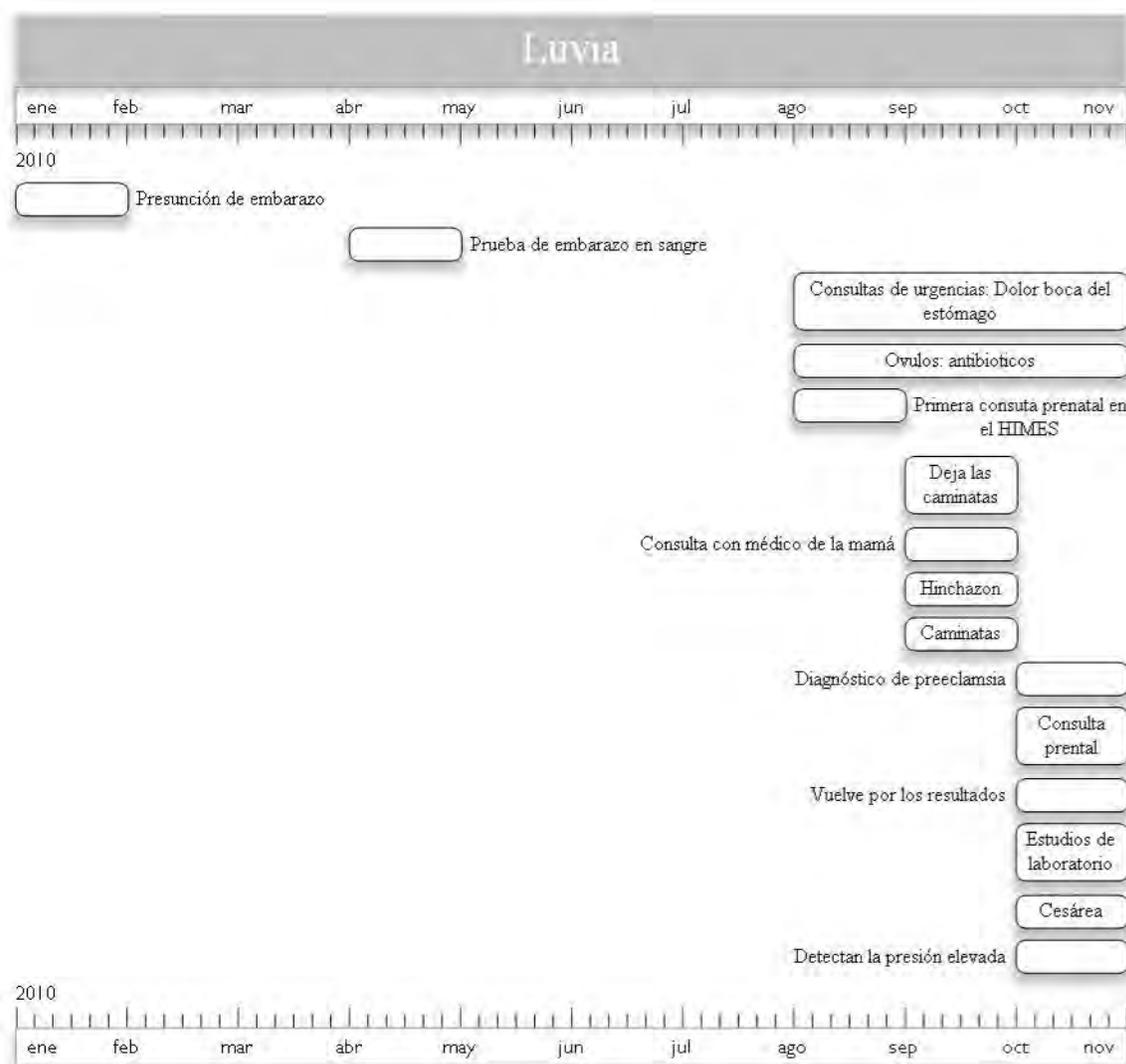
En este centro de salud tuvo tres consultas prenatales, y en la última de ellas el médico le dijo que “algo estaba elevado” (aunque no recuerda qué era lo que estaba elevado), por lo que la enviarían al HIMES para que continuaran con su atención. Una vez que puso cita en el HIMES y la consultaron los médicos, le dijeron que todo estaba bien con su embarazo y continuara con las consultas regulares.

Aproximadamente al inicio del octavo mes de embarazo, Luvia y su mamá percibieron que se estaba “hinchando mucho”, a tal grado que los zapatos no le quedaban, la mamá de Luvia preguntó el motivo del hinchamiento al médico que regularmente la consulta, quien le explicó que era porque estaba reteniendo líquidos y le recomendó que caminara, indicación que Luvia llevó a cabo pero lo único que sentía era agitación y no se deshinchaba, por lo que dejó de caminar.

Al final del octavo mes, Luvia tenía que realizarse algunos estudios en el laboratorio del HIES, antes de entrar a la consulta, estudios que tenía que recoger por la tarde del mismo día que le tomaron las muestras de laboratorio. Por la tarde, junto con su papá fueron por los resultados, una vez que se los proporcionaron entró a la consulta donde le detectaron que traía la presión arterial muy elevada y decidieron internarla en el servicio de pre labor para tratar de controlarle la presión, ahí le explicaron que podía convulsionar por lo que era necesario realizarse una cesárea para evitar esta complicación o le pasara algo a su hijo.

En el transcurso de sus consultas prenatales, Luvia acudió aproximadamente 10 veces a urgencias porque sentía dolores en la “boca del estómago”, y recordó que padeció de infección en la orina, y se estuvo aplicando óvulos recetados por el médico de urgencias (Imagen 18).

Imagen 18. Trayectoria de atención: Luvia.



Aracely

Al tocar en la puerta de la casa que teníamos registrada como la dirección de Aracely, nos recibió una mujer adulta, baja de estatura, quien es su madre, ella nos comentó que su hija no estaba en la casa, pues se había mudado con su familia a su propia casa aproximadamente un año, sin embargo, Aracely la visitaba todos los días, además trabajaba

en una habitación acondicionada para estética como cultura de belleza. La señora nos pasó al interior de su casa y platicamos con ella con respecto a los tópicos de la investigación.

Esperamos aproximadamente 20 minutos por Aracely, quien llegó en compañía de sus hijos (gemelos), un poco acalorada porque la temperatura del clima en ese tiempo estaba a 41°C y se había trasladado en transporte público de su casa a la de su mamá. Aracely es muy joven, de cabello largo hasta los hombros, ligeramente con sobrepeso, extrovertida, quien ríe fácilmente ante situaciones que considera como cómicas o graciosas. Viste de pantalón de mezclilla, tenis, usa lentes para corregir algún problema visual que tiene.

Trayectoria de atención

El primer signo percibido por Araceli de estar embarazada fue que no le bajaba, ante esto decidió acudir a un laboratorio particular que estaba cerca de la casa de su mamá, donde le realizaron una prueba de embarazo. Una vez que le dieron el resultado positivo a embarazo -cuando ocurrió esto tenía dos meses de embarazo- consultó con un médico particular, puesto que en ese momento no contaba con seguridad social, ya al estar en unión libre, su pareja no le había podido dar de alta en el IMSS por no haber convivido con él por más de cinco años. En esta consulta, el médico le realizó un ultrasonido donde le comentó que tenía un embarazo gemelar.

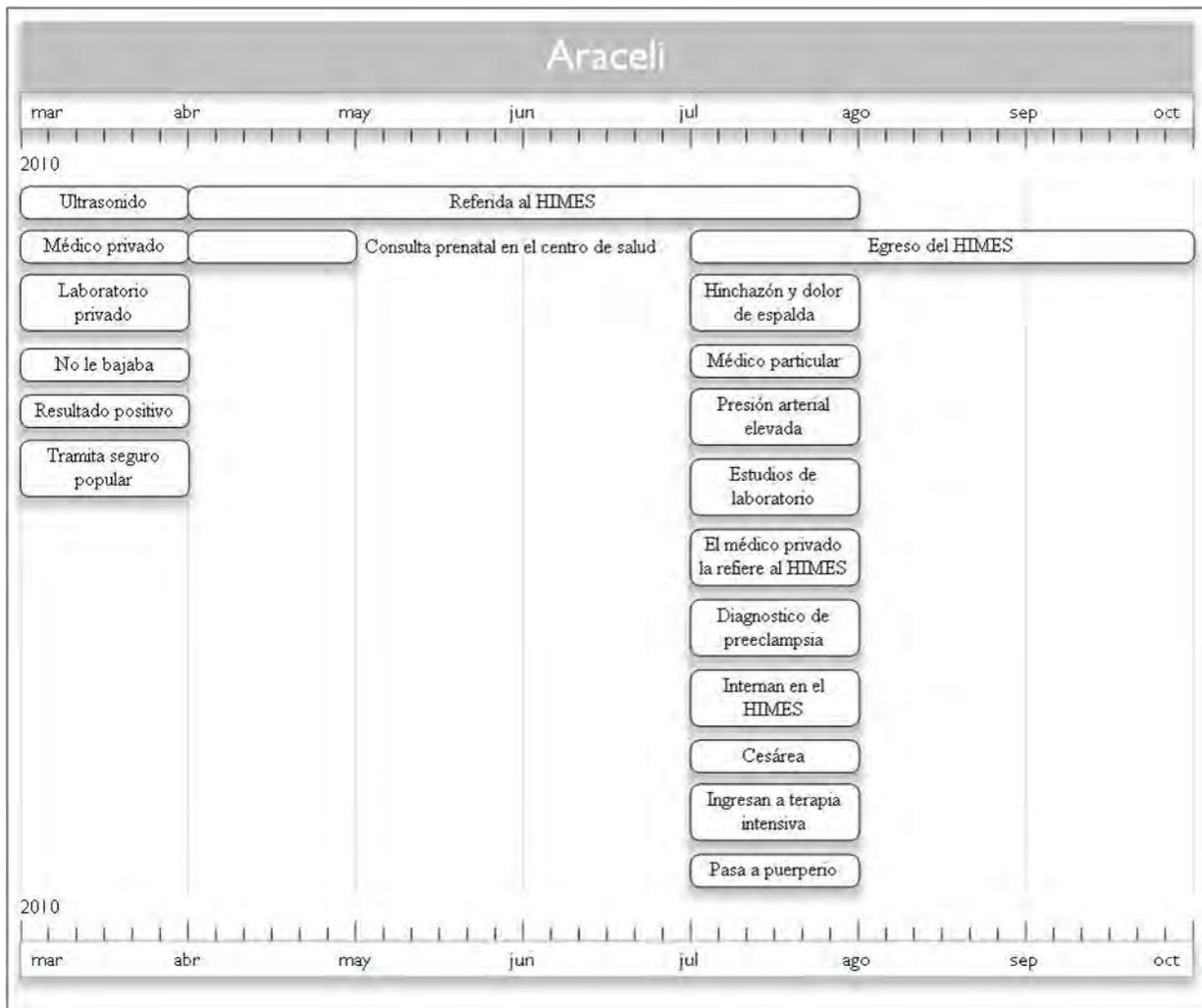
Por lo tanto, para poder hacer frente a los gastos que se avecinaban y contar con la seguridad de recibir atención prenatal, decidieron sacar el seguro popular que le fue otorgado en el centro de salud Emiliano Zapata, lugar donde realizó una sola consulta ya que por su condición de embarazo gemelar, la consideraron como de alto riesgo y por ello la refirieron al HIMES; a partir de aquí consultó cada mes hasta el quinto mes, y del quinto al

séptimo cada quince días; estas consultas se llevaron en forma alterna tanto con el médico particular como en el HIMES.

En el séptimo mes, Araceli percibió que se estaba hinchando de los pies y comenzó con dolor en la espalda, “en los riñones”, situación expresada a su madre y fue el motivo por el cual acudieron con el médico particular que la había estado tratando; en esta consulta, el médico le informó que su presión estaba elevada y le ordenó realizarse algunos estudios que examinaría al día siguiente de la consulta; una vez obtenidos éstos, le llamaron por teléfono al médico particular quien la refiere al HIMES por presentar preeclampsia, lugar donde reconfirmaron el diagnóstico y le practicaron cesárea, ya que “los datos de laboratorio estaban muy alterados” y el estado de salud de Araceli era crítico, pues estaba desarrollando eclampsia por lo que fue manejada en la terapia intensiva por cuatro días; posteriormente, egresa al servicio de puerperio donde estuvo tres días; una vez que fue dada de alta continuó su tratamiento por dos meses, ya que en ese tiempo le realizaron estudios de hígado y sangre donde todo salió bien (Imagen 19).

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Imagen 19. Trayectoria de atención: Aracely.



BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Johana

Johana es una mujer de 30 años de apariencia robusta, de cabello corto y color castaño, lo que la hace verse de una edad un poco mayor a la cronológica, mide aproximadamente 1.70 metros, es madre de dos hijos varones, está casada con Juan, quien es 10 años mayor que ella.

Johana vive en un fraccionamiento en el norte de la ciudad de Hermosillo, es un espacio modesto, cuenta con los servicios públicos que usualmente tienen los

fraccionamientos urbanos como luz eléctrica, agua por tubería, telefonía, etcétera. La calle donde se ubica su casa se aprecia un tanto sucia, con basura en las calles; algunas casas de esta colonia se aprecian abandonadas y pintadas de grafiti en las paredes, les faltan vidrios y llaves de agua, entre otras cosas.

El frente de la casa de Johana está construido de lámina metálica y hay una puerta en uno de los extremos de la pared que da acceso a su casa, también había un árbol pequeño frente a su casa.

Al tocar la puerta abrió una mujer, se le pregunto por la señora Johana, dijo que no era ella, pero que sí se encontraba Johana en la casa, mientras le hablan transcurren dos minutos cuando salió Johana del interior de la casa -aparentemente estaba realizando labores en su hogar- y me saludó amablemente, me presenté ante ella, le expliqué el motivo de mi presencia y le solicité su apoyo para realizarle una entrevista a la cual accede y me deja pasar el interior de su casa.

El cuarto donde me recibe es una extensión de la casa original, donde era el patio frontal de la casa, ahora acondicionado como recámara y una especie de almacén, ya que en el cuarto hay una cama y diversos objetos, unos ordenados y otros no, un dispensador de agua y juguetes en el piso.

Al iniciar la plática me ofrece una silla de plástico y ella se sienta en la cama, le pregunto si puedo grabar la conversación ante lo cual Johana se mostró accesible. Durante la entrevista, su hijo menor constantemente entraba al cuarto interesado por mi presencia, pero rápidamente pierde el interés y continúa jugando. La entrevista se desarrolló fluida y sus respuestas fueron cortas y muy concretas a las preguntas.

Trayectoria de atención

Johana, al ver que no le llegaba la regla, intuyó que estaba embarazada por lo que fue a un consultorio SIMI para que le hicieran una prueba de embarazo en sangre, pese a que le dijeron que estaba embarazada, fue a los tres meses de embarazo cuando acudió al CAAPS para tramitar el seguro popular.

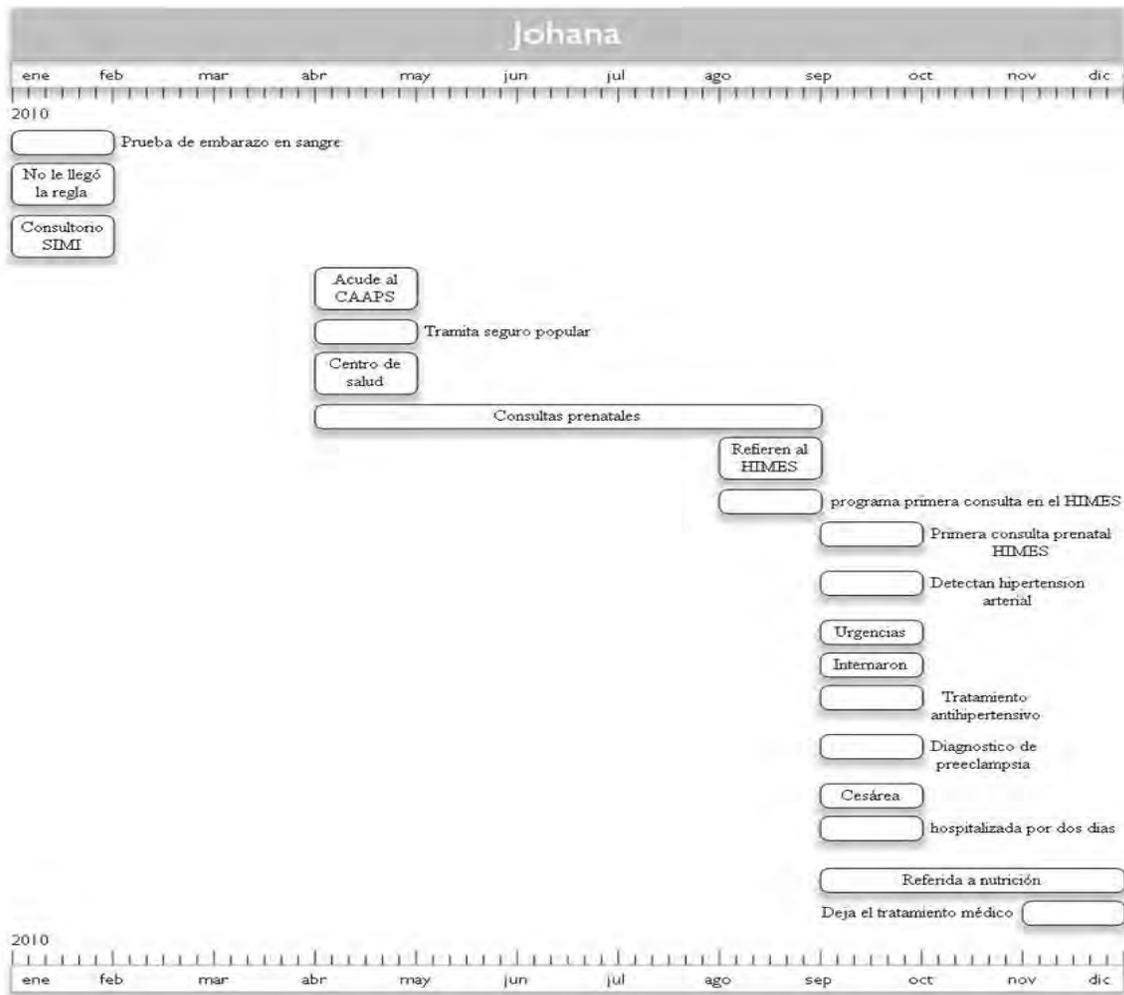
De ahí, el personal la refirió al centro de salud que le correspondía, centro que está relativamente cerca de su casa, ya que le invierte entre 15 a 30 minutos para llegar al centro en el transporte urbano.

En el centro de salud tuvo tres consultas prenatales, durante las dos primeras el médico que la atendió le comentó que su presión arterial había estado alta, pero no le dijo que podría ser preeclampsia, fue en la tercera consulta cuando decidió enviarla al HIMES porque su presión arterial continuaba alta pese al tratamiento, y en el hospital contaban con los recursos necesarios para atenderla, esto ocurrió a los siete meses de embarazo.

Una vez que programó su primera cita, Johana tenía ya nueve meses de embarazo, fue a su primer consulta que tenía programada en el HIMES en compañía de su madre, quien la dejó ahí, ya que “después me iba a recoger”; en esta ocasión, el personal de enfermería detectó que sus cifras de presión arterial estaban elevadas, motivo por el cual pasó de la consulta externa al servicio de urgencias donde la internaron para el control de la presión con medicamentos antihipertensivos, y le realizaron pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico de preeclampsia; una vez confirmado el diagnóstico y al valorar que el tratamiento médico no controlaba la presión, los médicos decidieron realizarle cesárea, la cual transcurrió sin complicaciones médicas; estuvo dos días hospitalizada, después de esto fue dada de alta junto con su hijo, con tratamiento médico y referida al servicio de nutrición, ya que consideraron que su peso corporal era un problema; esta consulta la llevó

un par de meses, y puesto que no sentía nada en el cuerpo dejó el tratamiento medicamentoso y la dieta que le habían recomendado (Imagen 20).

Imagen 20. Trayectoria de atención: Johana.



Grupo C

Las cuatro mujeres que integran este grupo se caracterizan por compartir características de los grupos tipológicos IV y VIII, esto es, clasificación socioeconómica entre D y J, la escolaridad es mayor a la secundaria y todas fueron primigestas.

Julia

Julia es una mujer de 30 años, alegre, simpática, quien nació en Hermosillo, es programador analista, lo cual estudió en una institución educativa privada llamada Escuela de Computación de Hermosillo; está casada con Alejandro de 34 años quien tiene estudios de secundaria y cuya ocupación es taxista, por lo que sus ingresos económicos son variables pero usualmente están en el rango de los 8,400 mensuales. Sus hijos son Ángel de 11 años y Alejandra de un año siete meses. Viven en una colonia al sur de la ciudad, su casa es de fraccionamiento, cuenta con dos recámaras y en ella viven su esposo, sus dos hijos, su mamá y un hermano.

Trayectoria de atención

El inicio y diagnóstico de preeclampsia, a diferencia de otras mujeres que entrevistamos, no empezó durante o al final de su embarazo, sino en el puerperio.

Julia, empezó a atenderse con un médico particular y dado que proyectaba parir a su hijo en el HIMES por no ser derechohabiente y necesariamente necesitaba consultar en algún centro de salud, acudió al centro de salud Zapata donde obtuvo el seguro popular y la atendieron por espacio de dos meses. Para el séptimo mes de embarazo la refirieron al HIMES para continuar con su atención, y al igual que en el centro de salud llevaba consulta

privada. De acuerdo a Julia, todo su embarazo transcurrió normal sin presentar ningún problema, por lo que se sintió tranquila hasta el momento de su problema de salud.

Julia nos platicó que su embarazo fue “normal”, y cuando nació su hijo -por cesárea- estuvieron internados dos días en el HIMES; para su tercer día de posparto fue dada de alta. Este tiempo transcurrió con algunas molestias por la cesárea, sin embargo, al estar ya en su casa, a los dos días percibió que se estaba comenzando a hinchar de los pies hacia arriba, hinchazón que llegó al grado de impedirle moverse y le dificultaba respirar.

Ante esto, la visitó una médico quien es familiar de su esposo, la revisó y le comentó a él la gravedad del estado de salud de Julia, por lo que Alejandro y la médico la llevaron al HIMES donde después de internarla en urgencias empezaron a aplicarle medidas para disminuirle el edema: *“Me empezaron a sacar agua, me sacaban ocho litros de agua al día.”* A la vez, le aplicaron medicamentos para controlarle la presión arterial, medicamentos que, de acuerdo a ella, le provocaban intensos dolores de cabeza.

Así transcurrió su estancia hospitalaria por 10 días, hasta ser dada de alta, los médicos *“Supuestamente me habían controlado la presión arterial”*, pero Julia sentía que aún estaba con *“muchos líquidos”* y se sentía muy mal al punto de no poder dormir: *“Tenía miedo de no despertarme”*.

Esta situación provocó en Julia un sentimiento de rechazo a sus hijos, especialmente a su recién nacida, puesto que temía morir y no deseaba que su hija *“sintiera su calor”*; este padecer duró aproximadamente seis meses (tiempo que estuvo tomando medicamentos, y monitorizada de su presión arterial y del corazón) en un ir y venir de ingerir medicamentos, consultas médicas repetidas y sensación de desesperanza, situación que afectó la estabilidad familiar y laboral del esposo.

Julia nos platicó que empezó a sentirse mejor cuando una pariente, que no había visto en 20 años, la visitó, le empezó a hablar de Dios: “Yo me empecé a sentir bien, fue cuando me hablaron de Dios [...], me empezaron a decir que las enfermedades no vienen de Dios, que quien te tiene así es satanás”, y literalmente tomó sus medicamentos y el equipo con el cual se monitorizaba y los tiró a la basura.

A partir de esta experiencia, Julia pertenece a una congregación religiosa llamada *Redimidos*, esta organización le brindó certidumbre al proporcionarle una explicación del por qué se enfermó y curó, y por tanto cierta tranquilidad en su vida, ya que a raíz de su problema se deprimió y estaba perdiendo el sentido de la vida según sus propias palabras y su participación en el grupo cambió estos aspectos (Imagen 21).

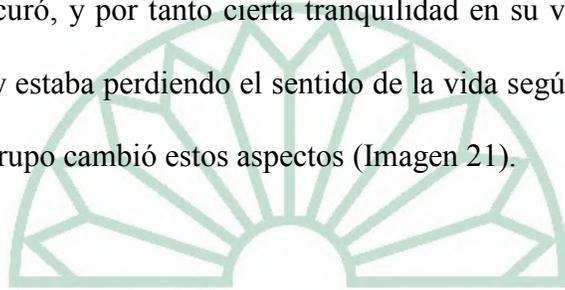
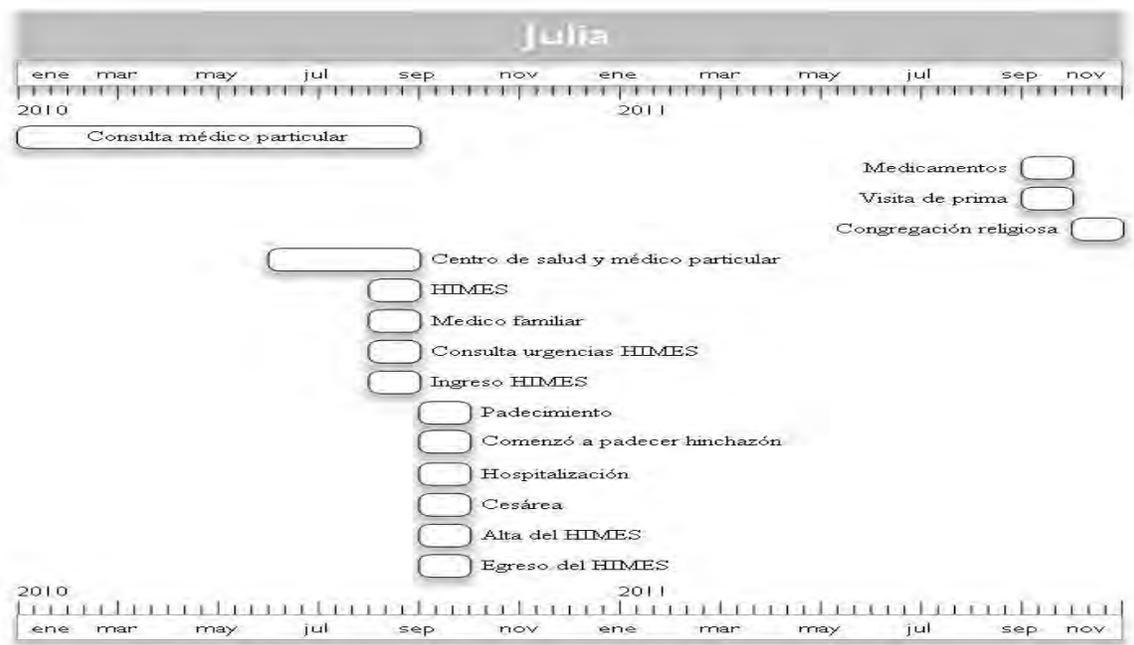


Imagen 21. Trayectoria de atención: Julia.



Norma

Buscando la dirección que Norma había proporcionado en la institución, la cual correspondía a una dirección en el sur de la ciudad, localizamos una casa donde nos recibió una mujer de mediana edad, quien nos comentó que Norma era su nuera pero no vivía en esa casa, por lo cual nos dio la dirección donde trabajaba su hijo y a través de él pudimos localizar. Norma, cuya edad es de 26 años de edad, es licenciada en derecho, dedicada al hogar, vive con su hija de 2 años y su esposo Juan de 29 años de edad, quien también estudió derecho, sin embargo, no ejerce su carrera en estos momentos y está empleado en una fábrica.

Durante los primeros días que visitamos la casa de Norma no se encontraba en ella, ya que sus padres viven en Ciudad Obregón y los visita con frecuencia, no obstante, pudimos contactarla y llevar a cabo la entrevista. Su casa es de tres cuartos: una recámara, sala comedor y cocina, y un baño.

Durante la plática se mostró muy amable, dispuesta para cooperar durante la entrevista, junto a ella estaba su hija quien está un poco inquieta, probablemente porque hacía calor; Norma tiene un abanico en la sala que no es suficiente para tornar un ambiente agradable.

Trayectoria de atención

Norma, al tener un retraso de una semana en su menstruación, acudió a que le realizaran una prueba de embarazo en sangre en una clínica particular para confirmar su sospecha de embarazo, la cual salió positiva y le informó a su esposo, quien para ella es muy importante en la relación “*Pues si el mero chido*”, y siempre la ayudaba en el cuidado de su embarazo al igual que su madre, quien pese a vivir en otra ciudad se trasladaba a Hermosillo cuando su hija la necesitaba. Ante esta situación, y debido a que no contaba con

servicio médico para atender su embarazo, en primera instancia consultó con su suegro (el cual es médico), quien le recetó ácido fólico y sulfato ferroso; posteriormente, y durante los primeros cuatro meses, la consulta prenatal la llevó en un consultorio particular.

Al cuarto mes de embarazo solicitó su adscripción al seguro popular para poder hacer frente a los gastos que se generarían por la atención del parto, y una vez que lo obtuvo para su quinto mes de embarazo, Norma realizó una consulta en el centro de salud Emiliano Zapata y de ahí -con gerencia de su suegro- le dieron el pase al HIMES donde le abrieron expediente e inició su control prenatal de manera regular.

Durante el quinto mes, su embarazo transcurrió sin ningún problema pero al cumplir el sexto la internaron, ya que se comenzó a sentir un poco mal y acudió a consulta donde le detectaron que traía la presión alta y mostraba signos de estar reteniendo líquidos, ante esta situación, los médicos del HIMES trataron de controlarle sus niveles de presión. Tres días después del ingreso la dan de alta sin tratamiento medicamentoso, pero con indicaciones de dieta; sin embargo, no siguió las indicaciones de dieta porque consideraba que su problema era más bien por depresión, y los alimentos se constituyeron como un mecanismo para desahogar sus problemas personales.

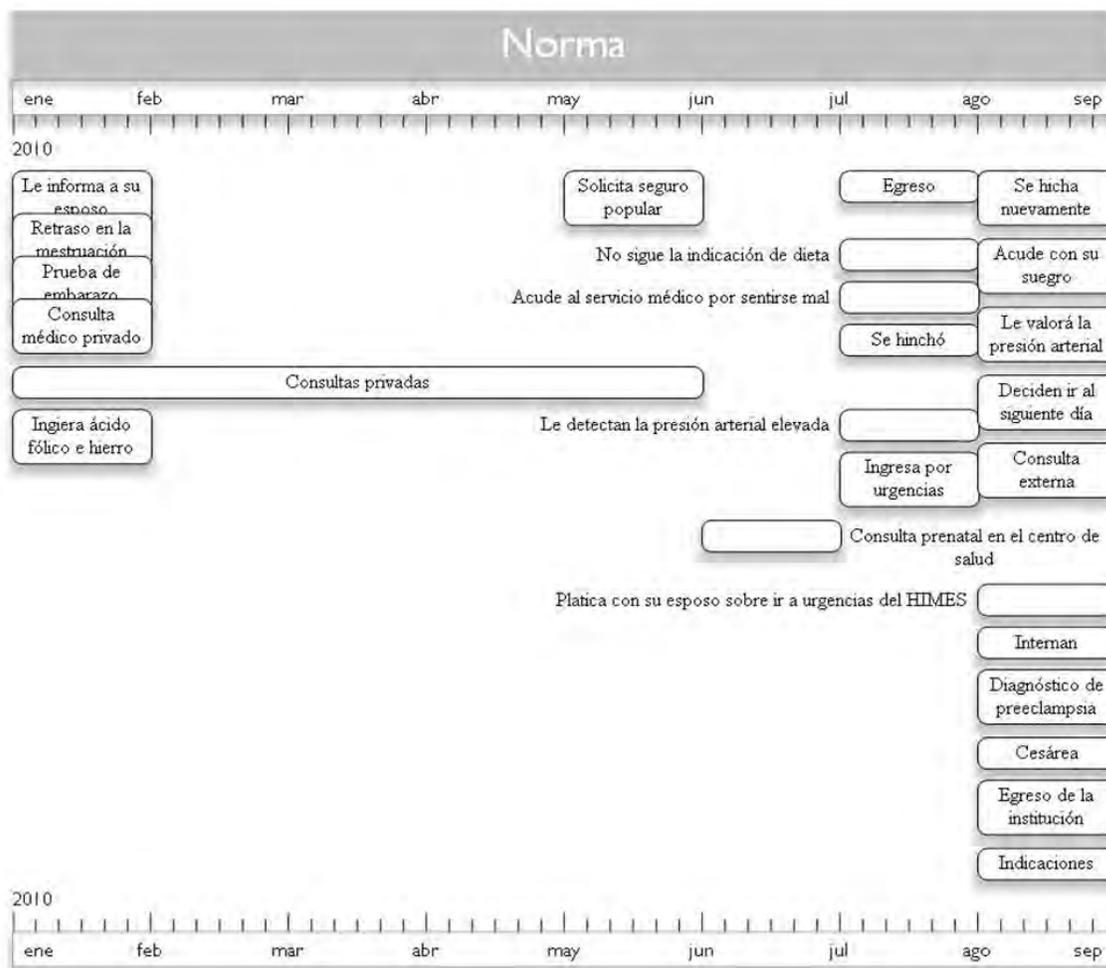
A final del séptimo mes, Norma se percató que se estaba hinchando nuevamente, pero en esta ocasión la hinchazón se notaba más grave, por lo acude con su suegro quien en su casa le tomó y valoró su presión, ahí se percata de los niveles altos de presión y le pide que vaya a consultar al hospital.

Esta situación la platicaron ella y su esposo, y ambos deciden ir al servicio médico por la tarde, ya que al no sentirse mal podía esperar que su esposo saliera de su trabajo, esto por la tarde, así que la llevó al HIMES a la consulta externa donde la enfermera le toma la presión y en coordinación con el médico en turno, le confirman su condición de salud, la

envían a urgencias donde la internan y le comentan que era necesario realizarse cesárea, ya que no se estaba controlando la presión y el riesgo para la salud de ella y su hijo era alto.

A salir bien de la cirugía, Norma egresa con diferentes indicaciones, entre ellas medicamentos antihipertensivos y dieta; en esta ocasión siguió las indicaciones que le dieron (Imagen 22).

Imagen 22. Trayectoria de atención: Norma.



Dyna

Dyna es una mujer de 37 años, amigable, de estatura bajita y de complexión media, muy cooperadora; tiene estudios profesionales como contadora, que en estos momentos no ejerce y se dedica al hogar. Su esposo de 57 años se dedica al comercio, por lo cual frecuentemente viaja fuera de la ciudad; tienen dos hijos, Carlos de 3 años y Mariana de 8, junto a ella se encontraba su hijo menor que se mostró curioso ante mi presencia, y su hija mayor no estaba en su casa cuando se realizó la entrevista.

Cerca de su casa viven su mamá y una de sus hermanas, ésta última tiene la profesión de enfermera, pero desde hace dos años esta jubilada, y tienen una relación estrecha.

Trayectoria de atención

Dyna sospechó que estaba embarazada porque no le “llegó su periodo” por ello compró una prueba de embarazo en orina, después de realizarla dio positivo a embarazo, para corroborarlo se hizo una prueba en sangre en un laboratorio particular donde le confirmaron su estado de gravidez.

Para su atención fue al centro de salud Domingo Olivares en dos ocasiones, en la primera de éstas obtuvo el beneficio del programa Bienvenido Nuevo Sonorense y el Seguro Popular.

En la segunda ocasión que acudió a consulta prenatal, Dyna iba muy hinchada, por lo que después de revisarla, el personal de enfermería y médico la mandaron al HIMES; esto ocurrió a los cuatro meses de embarazo. En total, Dyna tuvo cuatro consultas prenatales en el HIMES.

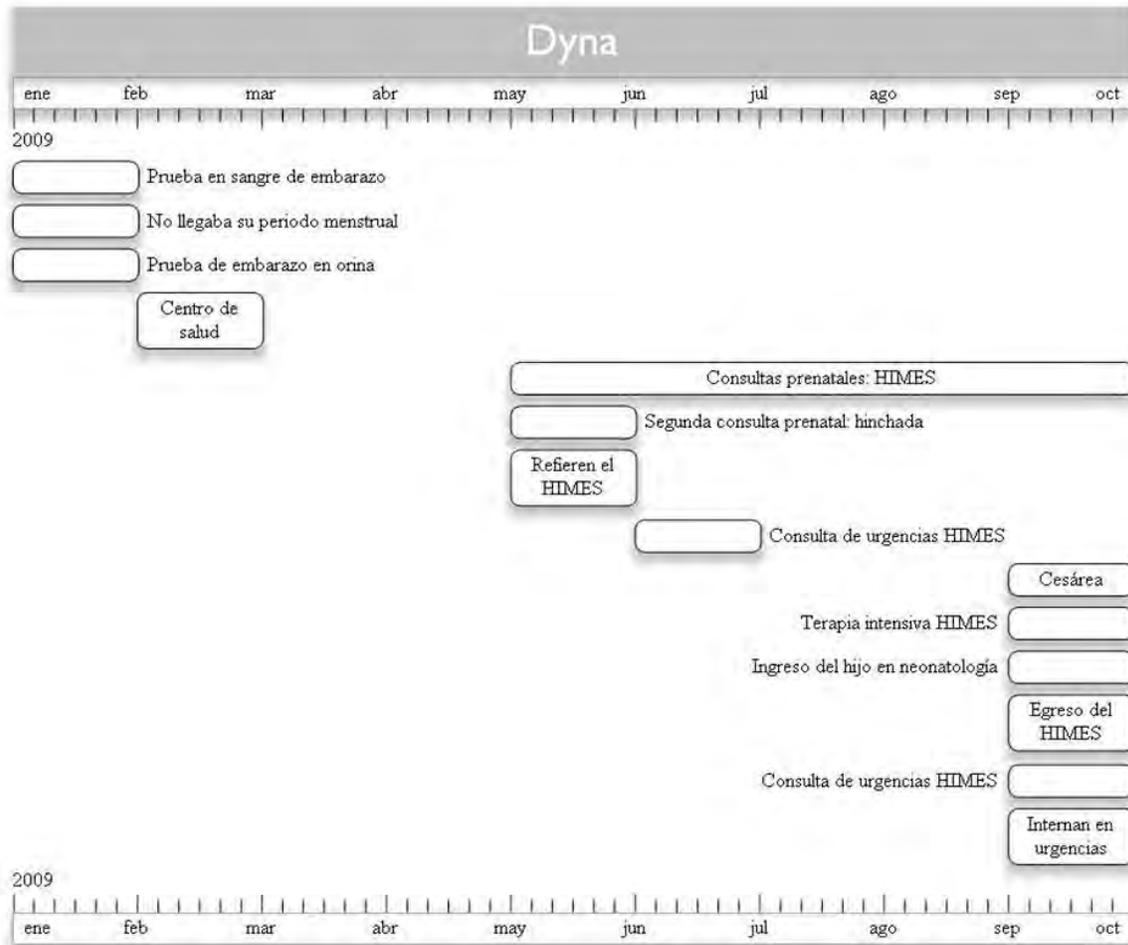
En el transcurso de su embarazo acudió al hospital porque sentía “dolorcitos” tipo cólicos pero siempre le decían que todo estaba bien, y no fue sino hasta un sábado por la

mañana cuando Dyna comenzó a sentir el mismo dolor que le persistió durante todo el día, y pensó que podrían ser contracciones por lo que fue nuevamente al hospital para que la revisaran y le dijeran el motivo del dolor que sentía; al revisarla, la médico que la atendió le preguntó cómo había salido de la presión, sin embargo, no le realizaron el chequeo de la presión cuando llegó al hospital, por lo que la médico inspeccionó su estado y le solicitó a la enfermera de servicio corroborara los valores que ella había apreciado; una vez que le volvieron a tomar la presión, le dijeron a Dyna que se quedaría internada porque traía muy alta la presión y la iban a “preparar”,⁸³ porque le harían cesárea debido a los niveles elevados de su presión sanguínea y estaba en riesgo su vida y la del niño; en la sala de prelabor iniciaron terapia con medicamentos antihipertensivos, y la pasaron a quirófano donde después de la cesárea pasó al área de terapia intensiva donde estuvo internada un día y medio. Durante este tiempo su hermana (enfermera) estuvo con ella pendiente de su salud y cuidó al hijo

Después de egresar del HIMES, las primeras dos semanas se sentía muy mal, ante lo cual pero su hermana le comentaba que debían esperar a que se le normalizara la presión, lo cual ocurrió en el transcurso de la semana y media (Imagen 23).

⁸³ Preparar se refiere al conjunto de procedimientos que le son realizados a la mujer para poderla pasar ya sea a quirófano, parto o internarse, básicamente los procedimientos llevados a cabo son: canalización de una vena periférica, rasurado del área, ya sea suprapúbica o hipogastrio, toma de muestras preoperatorias y en ocasiones una muestra de orina.

Imagen 23. Trayectoria de atención: Dyna.



GERARDO CORNEJO MURIELA

Génesis

Localizar a Génesis implicó ciertas dificultades ya que la dirección que nos fue proporcionada correspondía a la de su madre, y Génesis ya no vivía en esa casa. La persona que nos atendió fue su hermano, joven de 20 años, quien nos dijo que solamente por las noches su hermana iba a casa de su mamá, ya que salía tarde de su trabajo en una compañía de televisión por paga de la localidad, sin embargo, nos proporcionó su número telefónico mediante el cual concretamos una cita para realizar la entrevista en un lugar público

cercano a su trabajo, ya que el tiempo que le dan en su empleo para salir a comer es limitado.

Génesis es una mujer de aspecto jovial de 20 años, quien trabaja como cajera, estudió hasta el sexto semestre de la licenciatura de Química Biólogo, en la Universidad de Sonora, pero aún no ha podido terminarla por diversos motivos, como fue el hecho de haberse embarazado del cual nació su hijo por cesárea, sin embargo, ella está segura que en un lapso breve podrá titularse y buscar otro trabajo que le sea más satisfactorio.

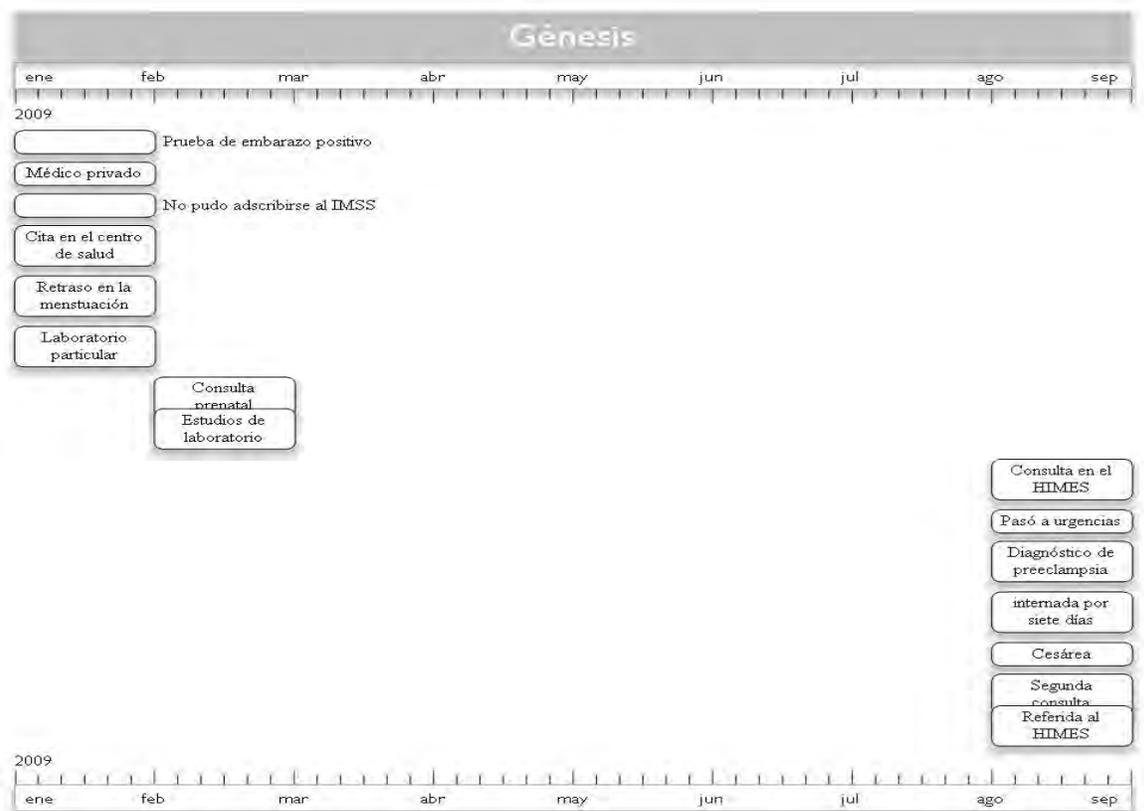
Trayectoria de atención

La trayectoria inicia cuando Génesis no regló los días que normalmente le correspondían, fue a un laboratorio particular para que le hicieran un examen de embarazo, que resultó positivo. En ese momento era alumna en la Universidad de Sonora, y por lo tanto, derechohabiente del IMSS, pero no había realizado los trámites necesarios para obtener este beneficio, así que consultó a un médico particular, con el cual continuó hasta el sexto mes de embarazo, que fue cuando sacó el seguro popular, ya que de acuerdo a Génesis *“ahí me traían dando vueltas nomás y no me pude consultar en el seguro”*, y continuó su atención prenatal en el centro de salud, lugar donde consultó en dos ocasiones, en la primera ocasión no *“alcanzó”* consulta por lo que puso cita para otro día. En su primera cita le mandaron hacer estudios de laboratorio, los cuales se realizó al día siguiente; en la segunda consulta y con sus análisis, el médico le comentó que tenía que ir al HIMES para atenderse, esto al séptimo mes de embarazo.

Después de consultar fue al hospital donde después de checarla en urgencias la dejaron internada en pre-labor, donde le dijeron que padecía preeclampsia y era necesario controlarle la presión arterial, y debido a que no se le controlaba la presión y por el tiempo de embarazo, su hijo aún era prematuro, necesitaban vigilarlos; estuvo internada por siete

días y durante este tiempo nació su hijo prematuro, por lo que requirió asistencia del servicio de neonatología del HIES (Imagen 24).

Imagen 24. Trayectoria de atención: Génesis.



GERARDO CORNEJO MURRIETA

Convergencias y divergencias de las trayectorias de atención

Las mujeres en este estudio compartieron el hecho de ser atendidas en el HIMES durante los años 2009 y 2010, todas ellas tuvieron atención prenatal en alguna institución diferente a la hospitalaria, sin embargo, se presentaron algunas divergencias entre las mujeres con base

en su grupo tipológico, especialmente entre los grupos A y C, mediados principalmente por dos condicionante: a) redes sociales, y b) condición económica.

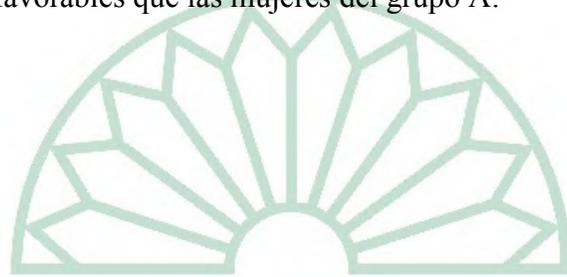
Con relación a las redes sociales, las mujeres que pertenecieron al grupo C comparten la característica de poseer un nivel alto de escolaridad, ejemplo de ello: Julia, es programadora analista; Norma, es abogada; Dyna, es contadora; y Génesis, tiene carrera profesional incompleta; además, todas ellas estaban casadas y llevaban una buena relación con sus parejas. Otro aspecto importante en sus trayectorias de atención fueron las redes de apoyo, quienes estaban relacionadas con el sistema de salud privado o público. Estas personas identificaron en los hogares de las mujeres alteraciones en el embarazo en forma oportuna y las refirieron hacia un tratamiento biomédico que resolviera su padecimiento. En el caso de Julia, en la fase de recuperación del padecimiento, una “pariente” la condujo hacia su integración en una organización religiosa -*Redimidos*- la cual le brindó paz espiritual y explicaciones causales religiosas alrededor del padecimiento.

Las mujeres clasificadas en el grupo A presentan mayores dificultades económicas que el resto de las mujeres, dos de ellas vivían en colonias parcialmente urbanizadas: una, en un campo agrícola situado aproximadamente a 100 kilómetros de Hermosillo; y la otra, en Bahía de Kino. Con relación al apoyo de sus redes sociales, Teresa y su pareja son originarios de Navojoa y no tienen familiares en Hermosillo que les brinden soporte; por su parte, Karla tiene la ayuda de su madre, quien aceptó el embarazo de su hija pese a ser un embarazo a temprana edad (14 años al momento de embarazarse), y la ha ayudado en todo a pesar de sus limitaciones económicas.

El grupo B encontramos polarización en las condiciones de vida de las mujeres. En el caso de Glenda, cuando se embarazó vivía con su padre, quien fue hasta cierto punto indiferente a su embarazo, lo que Glenda recuerda fue que su padre le pidió se atendiera en

el centro de salud, sin embargo, no la acompañó a ninguna de las consultas prenatales, por lo que su hermana fue su apoyo. En el lado opuesto está Susana, cuenta con el sustento de una familia amplia y en ocasiones de un primo de Susana, quien es Médico de profesión, la revisó y aconsejó durante el embarazo.

En este grupo, el diagnóstico de preeclampsia se estableció en el HIMES y no por sus redes sociales, por lo que las mujeres estuvieron en mayor riesgo a las complicaciones de la enfermedad, en relación con las mujeres del grupo B, sin embargo, las condiciones de vida en este grupo son más favorables que las mujeres del grupo A.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Capítulo VII

Representaciones sociales de la preeclampsia: Dimensión Contenido

El eje central de esta investigación son las representaciones sociales de la preeclampsia, sin embargo, previo a mostrar los resultados que reconstruimos a partir del discurso de las mujeres, presentamos, en primer término, información que circula entre la población de nuestro medio⁸⁴ respecto a la enfermedad, ya que la representación se construye a partir de la información a la cual tiene acceso la población; en segundo lugar, mostramos los resultados relativos a la dimensión información de la representación social de la preeclampsia como grupo social; por último, presentamos la dimensión de actitud ante la enfermedad.

Respecto a la dimensión información⁸⁵, los indicadores constituyentes con los cuales reconstruimos la representación de la enfermedad fueron: a) concepto de la enfermedad, b) consecuencias de la enfermedad, c) etiología o causas y d) sintomatología.

La información circulante de la preeclampsia

En aras de responder al segundo objetivo específico, previo a mostrar los resultados de la investigación referente a la representación de la enfermedad de las mujeres, consideramos que son dos los medios donde la información se hace presente entre los legos, y sirven de insumo para construir las representaciones. En primer lugar, consideramos los saberes del

⁸⁴ Por nuestro medio nos referimos a la ciudad de Hermosillo, Sonora, lugar donde se realizó el estudio.

⁸⁵ Las dimensiones que constituyen el concepto de representación social son información y construcción de la representación; la dimensión información a su vez se compone por información, actitud y campo de la representación.

personal de salud como un elemento central en la transmisión de la información hacia los pacientes; enseguida, presentamos algunos elementos informativos en distintos medios de comunicación, producto de un ejercicio de búsqueda e información en algunos medios de comunicación de la localidad.

Todas las mujeres participantes en nuestro estudio establecieron interacciones con el personal de enfermería y médico del HIMES en algún momento en su proceso de atención, durante estas interacciones se les transmitió información a las mujeres en diferente grado de calidad y cantidad, sin embargo, dicho personal presta sus servicios en la misma institución. La información que brindan es diferenciada entre médicos y enfermeras, esto por la preparación propia de cada disciplina y articulado con las normas institucionales que legitiman al médico como el profesional responsable de establecer y transmitir al paciente el diagnóstico y tratamiento médico, mientras que el personal de enfermería se ve limitado a informar sobre aspectos generales de salud a los pacientes.

Los médicos son los encargados de informar el diagnóstico biomédico a las mujeres y/o sus familiares, información transmitida por lo general en forma técnica, mientras que el personal de enfermería -cuando platica con las pacientes- su manera de informar se acerca más al lenguaje común y en términos menos técnicos.

Saberes del personal de salud

Los saberes⁸⁶ relativos a la preeclampsia presentan punto de concordancia y divergencia entre el personal médico y de enfermería, por lo cual mostramos y contrastamos dichos saberes respecto al concepto de preeclampsia, etiología, sintomatología y complicaciones.

⁸⁶ Por saberes, en este momento, me refiero al componente cognitivo de la información que expresa el personal de salud en relación con la enfermedad, sin desconocer lo que Menéndez conceptualiza por saber.

Concepto

Los médicos explican “qué es la enfermedad” mediante un discurso técnico, sustentada con base al concepto biomédico y centrado en lo inespecífico de la etiología, pero asociado a un problema de inserción de la placenta, lo que fisiopatológicamente conduce a la elevación de la presión arterial y daño en diversos órganos del cuerpo.

Síndrome específico e... del embarazo, síndrome específico del embarazo que se caracteriza por vaso vaso vasculoespasmó generalizado que afecta a los órganos blanco de la paciente embarazada... este... no pues esa sería la definición (Dr. Salas).

Por su parte, las enfermeras muestran un discurso centrado en la presión arterial alta, pero menos organizado en su estructura que los médicos -desde la perspectiva biomédica-.

Pues... la preeclampsia es cuando por ejemplo las pacientes es es es como en que le pedimos un efecto, una un efecto secundario a veces del embarazo un no un... por ejemplo cuando se hace un embarazo de alto riesgo no que la paciente empieza a a tiene problemas de pues de que se sube la presión, retención de líquidos, y empiezan así pues manifestaciones así que hacen que su embarazo ya se convierta de alto grado no (Enf. Iliana).

Etiología

Según el personal de enfermería, las causas del origen de la enfermedad están centradas en las características que han visto en mujeres con este padecimiento, donde refieren que ser joven, tener sobrepeso y ser de baja estatura son probablemente las causas del padecimiento.

Pues a veces son pacientes muy jóvenes [...] lo que tiene mucho que ver es la estatura (Enf. Carola).

Pues debe de haber diferentes causas, una de ellas puede ser obesidad (Enf. Luisa).

En contraste, los médicos hablan de posibles teorías que explican el origen de la enfermedad, centrado en las investigaciones previas en torno al estudio de la patología.

Hay muchas teorías, las tres teorías principales es la teoría inmunológica, la teoría genética y la teoría placentaria (Dr. Valenzuela).

Sintomatología

Tanto el personal médico como de enfermería comparten información respecto a los síntomas de la preeclampsia, relacionados con el proceso de hipertensión arterial, éstos son: presión alta, edema, zumbidos de oídos, y en ocasiones algunas mujeres son asintomáticas.

En el caso del personal de enfermería, en su experiencia el principal síntoma que identifican es el edema como alteración del estado de salud en las mujeres, sin embargo, este síntoma es excluido actualmente para el diagnóstico médico.

O sea la retención de líquidos la edematización de los miembros superiores inferiores ee... ella lo nota le duelen mucho le hormiguean los pies, entonces no se le quitan eso eso es un signo también de alarma que puede identificar la mujer (Enf. Rosario).

Complicaciones

Al igual que la sintomatología, los saberes del personal de salud refieren alteraciones tanto maternas como fetales. Las complicaciones maternas implican el daño a órganos de la

mujer, como cerebro, riñones y pulmones, que varían en nivel de gravedad la cual puede conducir hasta la muerte.

Los daños principales pues son daños a órganos como riñones el cerebro, pulmones y... al bebé pues que salga pretérmino una preeclampsia severa en un embarazo de 34 semanas lo interrumpes (Dr. Anaya).

A la mamá lo puede afectar pues hasta la muerte no, es una de las cosas desarrollar la hipertensión puede ser solo durante el embarazo y se puede quedar ahí o bien se puede quitar (Enf. Rosario).

En el caso de los hijos, la complicación que consideran más prevalente es la prematurez.

Sí afecta porque pues pueden tener complicaciones inclusive o sea puede no llegar a término ese bebé no [...] (Enf. Iliana)

Pues que puede haber prematurez, puede haber otras complicaciones que la verdad no sé, mm... pues hay algunas que llegan hasta convulsionar (Enf. Luisa)

Debido a las características potenciales de la preeclampsia, la complicación más grave en el recién nacido es su muerte, ya sea durante el transcurso del embarazo o en la etapa neonatal.

[...] repercusiones fatales con restricción del crecimiento e hasta el óbito (Dr. Valenzuela)

Puede llegar a fallecer el bebé (Enf. Carola)

Los problemas respiratorios fueron complicaciones relativamente frecuentes en hijos de mujeres que padecieron preeclampsia, debido a la restricción del crecimiento fetal y la inmadurez pulmonar que provoca la enfermedad.

[...] como afecta el producto, pues puede tener el niño insuficiencia respiratoria (Enf. Rosario).

Por lo anterior, los saberes del personal de salud se presentan diferenciados, como previamente se comentó, responde a las particularidades propias de las disciplinas; desde esta aseveración, los médicos profundizan en los aspectos de la enfermedad, mientras que el personal de enfermería en las respuestas humanas ante la enfermedad; sin embargo, en la práctica institucional comparten la visión centrada en el padecimiento, más que en las mujeres o hijos, los cuales se presentan marginales al proceso patológico y, por ende, secundarios ante la enfermedad.

La información obtenida por la población es distinta a la proporcionada por el personal de salud, pues el tema de la preeclampsia está circunscrita básicamente entre aquellas mujeres que padecieron la enfermedad y sus redes sociales cercanas; esto es, cuando una mujer del grupo familiar o comunal padeció la enfermedad y el evento es socializado entre los miembros del grupo. Por otra parte, la información en medios de comunicación (periódico, internet, televisión) expuesta a la población es limitada, ya que en los medios periodísticos locales de Hermosillo, sólo aparecieron 11 notas desde el año 2003 en uno de los periódicos de mayor circulación de la entidad (*El Imparcial*); cuya información, en su mayoría, abordaban el tema de la preeclampsia como información adicional a la nota central -no necesariamente la preeclampsia-, sin embargo, en la noticia “Preeclampsia y Diabetes: Peligros para las mamás”, se expone el concepto y algunos aspectos epidemiológicos relativos a la preeclampsia (*El Imparcial*, octubre de 2011).

De igual forma encontramos 11 blogs en facebook y páginas web donde se comparten diversas experiencias por mujeres y sus familias respecto al hecho de haber padecido la enfermedad, también organizan eventos orientados a recabar fondos

económicos y promover el conocimiento entre la población en sus países (Preeclampsia Foundation, Preeclampsia Survivors). Es importante señalar que todas estas páginas fueron creadas en distintos países del mundo.

Por otro lado, se pudo localizar entre los programas televisivos, una telenovela⁸⁷ (Un refugio para el amor) transmitida por la empresa Televisa donde se hace patente la enfermedad en la protagonista, en una sola escena. En *Youtube*⁸⁸ existen videos relacionados con la enfermedad como el expuesto en una entrevista realizada por Canal Tv, donde se exponen aspectos generales de la enfermedad.

Por su parte, la Secretaría de Salud ha difundido información accesible a la población, sin embargo su contenido se enfoca al personal de salud en términos biomédicos (Secretaría de Salud 2011).

Concepto de preeclampsia: “Es algo de la presión. ¿Qué no?”

La preeclampsia es una enfermedad que afecta a una proporción importante de mujeres embarazadas, y poco conocida entre la población leiga como problema de salud, esto puede deberse, entre otras explicaciones, a la poca difusión de la enfermedad en los distintos medios de comunicación, como radio, periódico o televisión; o bien, la información que se brinda en las instituciones de salud al parecer no es significativa para las mujeres, si bien el concepto de la enfermedad como tal no es recordado –desde la visión biomédica-, las mujeres reconstruyen el concepto en relación a la sintomatología que conocen, que en este caso es principalmente la hipertensión arterial.

⁸⁷ Género televisivo donde se cuenta una historia, usualmente romántica-dramática o romántica-cómica que se desarrolla en una serie de capítulos y son transmitidos por un canal televisivo a una hora determinada.

⁸⁸ <http://www.youtube.com/watch?v=Y9ZRIWWqPCM>.

No obstante, el personal médico suele considerar adecuada la información que proporcionan en la consulta prenatal, a la vez, reconocen que es necesario dar mayor difusión a la enfermedad y sus cuidados, especialmente en el primer nivel de atención.

Yo pienso que sí *debería haber más promoción*, sobre todo en primer nivel, primer nivel me refiero a las clínicas de... por ejemplo centros de salud o clínicas rurales que es donde tenemos las más peores pacientes o las peores complicaciones son de medios rurales, medios por ejemplo poblado Migue Alemán, por ejemplo la costa, por ejemplo... en esos lugares donde están las más complicadas que te puedas imaginar, entonces ahí debería de haber mejor, esta difusión, de información a través del personal médico, ya sean pasantes o ya sean... promotores de salud, lo que sea pero deberían de explicarles los factores de riesgo, casi siempre son niñas las que se embarazan y es uno de los principales factores de riesgo... que sean menores de edad (Dr. Salas)

A partir de la información que poseen las mujeres participantes en nuestro estudio, quienes fueron atendidas en alguna institución de salud ya sea en algún centro de salud y/o el HIMES, encontramos tres tipos de noción respecto al concepto de la enfermedad: a) las que manifiestan no saber nada, b) las que consideran preeclampsia como hipertensión, y c) la hipertensión y sintomatología asociada.

a) Las que manifiestan no saber nada

Al parecer el hecho de que la enfermedad puede evolucionar en forma abrupta no les permite a las mujeres percibir que padecen preeclampsia, lo cual se aúna a la situación de urgencia que se presenta en el área hospitalaria; una vez que ingresa la paciente al sanatorio, su principal preocupación es la salud del hijo, así, la selección de la información no se enfoca en comprender el concepto de la enfermedad, pues su desasosiego gira en torno al estado de salud del hijo.

[...] Que la lucha era por por los bebés... que *se les había pasado la infección a ellos* (Araceli).

[...] Pues no... Que *es en sí no se* (Johana).

No, *no se no se no sé*, es bien raro porque en mi o sea... nunca (Karla).

b) Las que consideran que preeclampsia es hipertensión.

Esto se refleja en las narraciones de algunas mujeres quienes imaginan que la enfermedad es únicamente el incremento de la presión arterial sin relacionarlo directamente con el evento obstétrico como causa de la enfermedad. Debido a que la hipertensión es la principal expresión de la enfermedad, por lo común es el primer signo detectado en la consulta prenatal, la gran mayoría de la información brindada a las mujeres versa sobre este signo, el cual se articulan con las nociones previas de hipertensión arterial sistémica; ésta última tiene amplia difusión social. En primera instancia, el tratamiento médico busca controlar este padecimiento para evitar las repercusiones sobre el cuerpo de la mujer y del hijo.

Yo entendí eso, como que *se le había subido mucho la presión* (Araceli).

En realidad yo creo que sería que *se me subió la presión...* en realidad eso es lo único que sé, que se me subió la presión, para mí e eso fue lo que entendí que era la preeclampsia (Dyna).

Pos pues *es cuando se te sube la presión...* y... eso es para mí la preeclampsia no (Génesis).

Que es así que me la explicaran no, nomás me dijeron que por *la subida de la presión...* (Johana).

c) La hipertensión y sintomatología asociada

Las mujeres consideran que la preeclampsia es hipertensión arterial, pero que ésta se conjuga con ciertas manifestaciones expresiones de la enfermedad en el cuerpo como es el edema, y en algunos casos proteinuria (Desease).⁸⁹

Pues, a mí se me figura que *es eso la hipertensión ¿qué no?*, que es lo mismo aparte de que pues eso de las *proteínas* que dicen que tiras algo así, algo tiene que ver con el bebé yo digo (Jesús del Carmen).

Que es, mmm pues más bien sería la *retención de líquidos* la preeclampsia, la la presión arterial a *subirse la presión arterial* más bien es lo que consiste la preeclampsia (Norma).

Estas formas de definir el significado de preeclampsia, nos da luz sobre la diversidad de información que reciben las mujeres por parte del personal de salud, información que varía en calidad y cantidad, por ello, la interpretación que construyen es con base en sus experiencias previas y condiciones socioculturales.

Explicaciones causales

En este subapartado pretendemos describir las causales de la enfermedad desde las propias explicaciones de las mujeres, argumentos que se presentan como multicausales. Respecto a las definiciones de la enfermedad, las mujeres las construyen básicamente a partir de las descripciones biomédicas -puesto que se diagnostica y explica la enfermedad en el ámbito institucional de salud-, integradas con sus experiencias comunitarias. Por lo tanto, las podemos ubicar en dos sistemas explicativos causales: a) cuestiones individuales y b) cuestiones espirituales.

⁸⁹ La pérdida de proteínas en la orina al no poder ser percibido por la mujer es valorada a través de pruebas de laboratorio⁸⁹, por lo tanto, la proteinuria es una expresión de cierto daño a nivel renal derivado de la enfermedad.

En cuanto a las cuestiones individuales, éstas comprenden aspectos relativos al funcionamiento del cuerpo como la falta de circulación o relativo a la sangre; por otro lado, ubicamos expresiones sociales objetividades en el cuerpo, tales como sobrepeso, o alimentación.⁹⁰

A la mejor por eso *falta de circulación* que qua aquí se la llevaba en la casa *se asustó* cuando le dijeron que era de alto riesgo y aquí se la llevaba [...] *no nos supo decir el doctor exactamente porque viene* porque ella estuvo muy bien [...] ya ve que cuando se embaraza *todo se altera*, la mayoría de los casos pues no, a la mayoría nos puede ir bien pero pues hay casos en que como a ella, que estuvo muy cuidada (madre de Araceli)

Los relatos de Araceli y Dyna, nos muestran que el cuidado adecuado durante el embarazo es un factor que debería garantizar su desarrollo sin ninguna complicación, por lo que consideran que no debe existir una causa; sin embargo, independientemente de haberse cuidado durante el embarazo, tanto en alimentación, higiene, uso de consultas prenatales en forma adecuada, indicaciones médicas, etcétera, padecieron la enfermedad.

Pues *yo creo que no hay*, si te cuidas o no te cuidas, porque yo me cuidé mucho, yo me checaba cada quince días y aun así de todas maneras... *yo creo que no hay un porque* [...] yo digo que simplemente pos hay a quienes les da y a quienes [...] Pues es que... no, no... no depende de, cómo te digo, pues no depende si eres gorda si eres flaca si eres joven si, si no si son tus primeros hijos o no porque he escuchado que a varias les ha dado y pues *yo creo que no hay razón de dar, simplemente de repente* pues (Araceli).

No tengo idea, te podría decir bueno en base a mi experiencia a alguna falta de cuidado en el embarazo, a lo mejor algún alimentación, o la falta de ejercicio pero en realidad no se o sea [...] a ciencia cierta no sabría decirte porque, porque según yo me cuidé durante el embarazo y no tuve ningún problema (Dyna).

⁹⁰ Consideramos que debido a cuestiones sociales y culturales, el cuerpo se constituye como una expresión de procesos sociales manifestados en lo que comemos, disponemos, así como las conductas físicas constitutivas como cultura somática (Boltanski, 1975).

La alimentación

Una de las nociones prevalecientes entre las explicaciones causales, brindada por las mujeres, es qué el tipo de alimentación juega un papel decisivo en la aparición de la enfermedad, especialmente en lo relativo a la ingesta de sal y alimentos con altos niveles de la misma, ya que uno de los ejes centrales del tratamiento médico lo constituye la restricción de sal.⁹¹ Las mujeres relacionan la aparición de la enfermedad con el tipo y cantidad de alimentos que ingieren, especialmente los alimentos llamados chatarra.

Tal vez pues *por la alimentación* [...] Porque cuando yo me enfermé yo por ejemplo todo el embarazo bien y ya los últimos meses como iba a la escuela, estudiaba, hacía mucho esfuerzo físico subía escales bajaba y andaba así porque comía pura verdura ya después me dijeron que estaba reteniendo líquidos *que tenía quitar la sal* [...] *de la sal, algo relacionado con lo de la sal*, por eso también tenía la preeclampsia que me había dado la preeclampsia (Génesis).

Será porque *no se cuidan en la alimentación* oiga, ella comía mucha mucha sabritas mucha soda (mamá de Luvia).

Sobrepeso y edad

El sobrepeso se ha asociado en diversos estudios como un factor de riesgo para desarrollar enfermedades, entre ellas preeclampsia, niveles de colesterol elevados, diabetes mellitus, insuficiencia renal, hipertensión arterial e infartos; de igual forma, los investigadores han establecido relación en la aparición de preeclampsia en mujeres con edades extremas, es decir, o son muy jóvenes o están en el final de su vida reproductiva (Salviz et al. 1996; Berreto 2003; Moreno et al. 2003, Rosell 2006).

⁹¹ Aproximadamente el 50% de las personas son sensibles a la sal, esto ocurre cuando aparece un daño renal sutil, el cual altera la excreción de sodio y eleva la presión arterial. Por ello dentro de las indicaciones médicas se encuentra su restricción (Rodríguez 2006; Saieh 2009, NLM 2013)

El personal médico cuando brinda explicaciones causales a las mujeres o a sus familiares, transmite esta noción. Así se expresa en el discurso de las mujeres.

Pues a mí me dijeron que era por el *sobrepeso* [...] dicen que también eso tiene que ver, la edad, y que éste muy con *sobre peso* y todo eso (Jesús del Carmen).

Pues yo digo en mi caso yo digo que es el *sobrepeso* (Johana)

Eso yo considero que que las mujeres este suben sufren de preeclampsia *por el peso* [...] yo considero que es más bien falta de conocimiento podría ser porque mmm no nos cuidamos y creemos que por estar embarazadas tenemos derecho a a comer de todo los antojitos, y ve tráeme y trae que el bebé quiere esto y luego otro, entonces yo yo considero que es por por el peso (Norma).

Retención de líquidos

Otra de las explicaciones que asocian las mujeres a la aparición de la enfermedad es la *hinchazón*. Si bien este síntoma se ha excluido de los criterios diagnósticos de la preeclampsia por su relativa frecuente aparición en embarazos normo evolutivos, es uno de los síntomas inespecíficos más fácilmente identificables por las mujeres de que algo no está bien en el desarrollo de su embarazo (Estrada, Hernández y Vila, 2003). Esta explicación, en el caso de Luvia y su mamá, fue dada por un médico y fue lo que se ancló en la representación de Luvia.

Pues es *retención de líquidos* pero no no sabría decirte [...] (Luvia).

A mí me dijo el doctor que por eso *que porque tenías retención de líquidos* porque yo le pregunté (mamá de Luvia).

A la vez, Luvia estableció asociación entre hipertensión y sangre, ya que es la sangre la que circula y provoca el aumento o no de la presión de la misma en el cuerpo. El

embarazo provoca cambios en el cuerpo de la mujer y puede condicionar el aumento de la presión sanguínea, pero Luvia no tiene la certeza de tal asociación.

Yo pensaba [...] que era *por la sangre* [...] yo pensaba al principio, cuando me empezaron a preguntar yo pensaba que era por eso y a la mejor con el embarazo se me... *ay no se algo en la presión*, no se algo (Luvia).

Cuestiones emocionales

Las explicaciones que establecieron Luvia, Karla, Norma y Raquel por cuestiones emocionales son, al parecer, muy importantes en sus explicaciones, ya que como se ha documentado, los factores emocionales negativos como la agresividad, ira o depresión tienen efectos sobre el sistema cardiovascular (Espinoza, García y Sanz, 2012). En nuestro estudio, las participantes consideraron que las diferentes emociones como los corajes, enojo y depresión pueden ser el origen de la preeclampsia.

Yo tengo mucha presión y eso a la mejor, de tanta que tengo me provocó eso [...] ay es, pues yo digo que por la presión, porque al momento que tú tienes mucha presión y que se te sube un montón eso te provoca [...] me mortificaba mucho y se me empezó a sufrir de la presión alta (Luvia).

Esta noción es reforzada por los sistemas de redes sociales con quienes comparten las explicaciones causales, pese a ser la mujer quien padeció el evento y por lo tanto recibió la información directamente del personal sanitario, esto puede ser evidencia de la calidad de la información transmitida y comprendida.

Bueno dicen así cuando yo he investigado así con gente que la preeclampsia o algo así dicen que por que *los corajes*, porque tú, pos si por tus *emociones* están... así *cuando te enojas* mucho o sea así es, dicen no se la verdad (Karla).

Dic, e bueno dicen así cuando yo he investigado así con gente que la preeclampsia o algo así dicen *que por que los corajes*, porque tú, pos si por *tus emociones* están... así *cuando te enojas mucho* o sea así es, dicen no se la verdad [...] si, y yo porque es que es muy corajuda siempre eso, pues sabe nunca, nunca mi ama a cada rato me decía porque *yo era bien enojona por todo me enojaba* y pegaba de gritos y mi ama me decía veras te vas a enfermar de la presión, decía mi mama, pero (Karla).

En algunas situaciones, la mala relación con la pareja parece ser atribuida como causa del desarrollo de la preeclampsia, ya que al tener diversos problemas se genera estrés que se traduce en elevación de la presión arterial.

Por tanto coraje yo creo [...] si pues yo digo por e los corajes que uno hace con el marido con lo, cualquier coraje *pues ahí viene la presión* o viene cualquier enfermedad, para mí es eso (Raquel).

Esta noción etiológica tiene origen en el proceso de medicalización sustentado en estudios, que relacionan los problemas emocionales con el desarrollo de hipertensión arterial sistémica, en donde han encontrado una relación entre estos estados con la activación fisiológica, y del cual, los legos han incorporado sus explicaciones de los padecimientos (Tobal, Cano, Casado y Escalona 1994; Molerio y Garcia 2004; Holst y Quiroz 2010, Díaz y Cardona 2005).

“El cuerpo como que no acepta pues al bebé”

Las teorías explicativas biomédicas de la preeclampsia refieren al proceso de embarazo como la causa de la enfermedad. Esta noción es transmitida por el personal médico hacia el grupo de mujeres.

La preeclampsia es un estado hipertensivo del embarazo causada por una supuesta [...] placentación defectuosa. La única manera de no saber que no vas a estar padecer este estado es no embarazarte (Dr. Anaya)

Esta información es retomada por algunas de ellas en la construcción de sus saberes etiológicos, por lo tanto, la expresión de la causa se asigna al embarazo.

Pues según yo *en el embarazo* creo (Rosa).

Pues la verdad no sé, yo todo el tiempo le pregunté a los doctores y me dijeron que era que lo que podría ser es era que muchas veces el cuerpo como que no acepta pues al bebé, como es algo ajeno al cuerpo y de alguna forma se manifiesta digo yo, y en este caso era la presión (Susana).

Engaño del diablo

El segundo grupo de explicaciones causales -explicaciones sobrenaturales- emergió en una de las entrevistas, donde la mujer pese a haber recibido tratamiento biomédico en primer instancia y al percibir que no se resolvía su problema, buscó el apoyo espiritual por parte de una organización religiosa, quienes le dieron la certidumbre del origen de la enfermedad; no obstante, se puede apreciar el efecto del discurso médico en la explicación que nos brindó, ya que sí considera que la alimentación y el cuidado son parte importante de la explicación etiológica.

Yo le explicaría que es un *engaño del diablo* ay si no estamos igual no, pues pues es que ya no lo puedo ver ya tan así, yo ya lo veo espiritual todo o sea, yo ya no te puedo decir ay es que porque comiste mucho, porque comiste mucha sal, porque comiste no sea sé que no porque no te voy a decir que el embarazo mío ay puros yogurcitos y frutitas, no yo yo comía de todo, pero o sea si sabía que no comas sal, no comas esto, no comas así, mucho si si me cuidaba en ese sentido, entonces como yo le puedo explicar a ella... mmm... la verdad no no sabría yo explicarle e... si no hablarle lo espiritual primero, la verdad (Julia).

Sintomatología: Lo que siente en el cuerpo

Al igual que cualquier enfermedad, la preeclampsia se expresa (objetiviza) a través de una serie de signos y síntomas que, en el caso particular de esta enfermedad, pueden ser tan sutiles que pasan desapercibidos y dificultan la identificación de la enfermedad, tanto para el personal de salud como para los legos.

Usualmente, la hipertensión se constituye como el síntoma cardinal, pero debido a que su detección depende de un procedimiento técnico, que escapa a la competencia de la mayoría de las mujeres, es necesario enfocar la atención en síntomas periféricos como son el edema o dolor de cabeza en el escenario comunal.

La preeclampsia presenta diferentes velocidades de evolución así como niveles de intensidad, esto condiciona que algunas mujeres perciban alteraciones en su embarazo, mientras otras simplemente no perciben alguna anomalía que ocurre en su cuerpo. Por lo tanto el hecho de que las mujeres no perciban alteraciones corporales, aunado a la poca información que poseen respecto a la preeclampsia, condiciona que no enfoquen específicamente sus prácticas de atención en esta patología.

No, *nunca sentí nada Nada, nada*, de hecho los mismos doctores a mí me decían que que raro, ni dolor de cabeza nada, ni zumbido, que si me zumbaban los oídos no, yo no sentía nada (Johana).

En realidad, nada, en realidad e e e yo fue un sábado 22 en la en la en la durante todo el día *yo ya sentía un dolor*, se suponía que me faltaban un mes para que para que naciera el bebé, entonces durante todo ese día que fue sábado yo sentía un dolor un dolor un dolor, yo pensé que tenía contracciones y yo fui al al al al hospital por ese dolor, no porque me sintiera con dolor de cabeza o mareada o o algún otro síntoma, en realidad yo traía un dolor que yo pensé que tra que eran contracciones (Dyna).

La hinchazón y dolor

El edema o hinchazón es un síntoma inespecífico que se puede o no presentar cuando una mujer padece preeclampsia, y pese a que se excluye como un síntoma clasificatorio de la preeclampsia por su relativa frecuente aparición en los embarazos normoevolutivos⁹², se constituye como un síntoma identificable por las mujeres cuando ocurre alguna alteración en el embarazo. Por lo cual, la mayoría de las mujeres lo identifican y señalan como el inicio de la alteración de proceso salud/enfermedad.

Pues si en realidad traía *inflamado* un poquito los pies pero poquito... pues es que yo nomas *sentía dolor pero era en los riñones* no me había dado cuenta, lo que si me di cuenta es los pies, no me entraban los tenis, e *sentía el corazón aquí*, aquí por no decirte que aquí. -risas-, aquí lo sentía este mmm pero en si algo que tú digas que cabeza que esto no [...] más que los pies muy hinchados desde varios días verdad amá... Yo creo que el primer yo creo que el primer síntoma es la la *hinchazón*, y la presión, que si ya andas pies hinchados todo hinchado como sapito y la presión es porque pa a allá vas a yo estas (Araceli).

O sea ya estaba bien *hinchada hinchada hinchada* entonces como del niño me hinche, si se me hincho así la piel y todo (Julia).

Por su parte, los síntomas de la hipertensión arterial como son el dolor de cabeza o alteraciones visuales están asociadas a la enfermedad, no obstante, al parecer se normaliza este último síntoma en el hecho de estar embarazadas.

Yo creo que sería la forma en que se siente porque *se te va la vista*, pero también cuando estas embarazada se te nubla la vista a muchas me han dicho que se nubla la vista, mmm *dolor de cabeza* (Génesis).

... Pues ya cuando tenía más meses de ella *ya veía borroso, ya me dolía la cabeza, me zumbaban los oídos* y todo eso (Jesús del Carmen).

⁹² El término normoevolutivo acuñado por la biomedicina hace referencia a embarazos que transcurren sin ningún tipo de complicación.

El *cansancio*, a la vez, fue identificado como parte de las sensaciones que provoca la enfermedad

Sentía que me *hormigueaba todo el cuerpo* me sen... no no sentía que me diera dolor ni un dolor nada más puro mmm... sentía feo pues o sea que se me iba *cansando* el cuerpo sentía *dolor de cabeza* sentía... como a los 7 meses me empeche a hinchar pero o sea *me hinchaba me deshinchaba me hinchaba me deshinchaba* (Karla).

En resumen, los principales síntomas que percibieron las mujeres fueron la hinchazón, cansancio o agitación y alteraciones visuales.

Consecuencias de la enfermedad

Las consecuencias de padecer preeclampsia, de acuerdo a las mujeres, se pueden agrupar en tres grupos: a) relacionadas con perder la vida, 2) consecuencias en el hijo, y 3) secuelas en la salud de la mujer.

Fallecer

Cuando se presenta una enfermedad de severidad variable condiciona que se elaboren diferentes historias respecto a los resultados en la salud, vida o muerte de quien padece una enfermedad, historias que son relatadas a las mujeres y, por ende, la opinión que generan sobre su propia situación está mediada por los elementos que incorporan de las historias.

La amiga la prima de mi amiga que te digo que mu *ella si falleció* de hecho a creo que no sabían que tenía preeclampsia e [...] y *ella falleció de preeclampsia* (Dyna).

[...] *Que me iba a morir*. Si a mí me dijeron [...] que yo *no la iba a hacer* pues, que yo *estaba en la rayita*, estaba, haz de cuenta la rayita estaba así. (Araceli).

Por otro lado, es común que el personal médico les presente el panorama amplio de posibilidades de evolución y complicaciones de la enfermedad a la mujer o a sus familiares, que van desde la curación hasta la muerte de la mujer, así como de problemas de salud variables en el hijo.

A la muerte, la enfermedad puede llevar a la muerte, las complicaciones de preeclampsia pueden ser desde que se de una preeclampsia severa una eclampsia presencia de convulsiones repercusiones fatales con restricción del crecimiento e hasta el óbito, desprendimiento de placenta normoinserta, e síndrome de HELLP, falla orgánica múltiple, muerte, o sea las complicaciones pueden ser desde la presencia de la enfermedad hasta la muerte de la de la paciente (Dr, Valenzuela).

Por lo cual, la idea fallecer se puede enclavar en las mujeres ante la gravedad de la enfermedad.

No, yo solo cuando ella me platicaba que le dijeron que *pues me iba a morir* [...] y que y que pero pues que yo no la iba a hacer, sé que es algo riesgoso la preeclampsia que puedes vivir o no *más seguro es que mueras* [...] (Araceli).

A pues que casi casi *te puedes hasta morir* –risas- [...] (Silvia).

Pues por ejemplo mi papá, no le digo que *le dio infarto, hasta la muerte* (Johana)

Consecuencias al bebé

La construcción social sobre la maternidad condiciona que la principal preocupación de las mujeres, o al menos una de las principales, sea la salud de su hijo antes que la de ellas. Lo que puede generar sentimientos de culpa, puesto que las mujeres depositan en sus hijos sus propias expectativas.

Si al bebé creo que el oxígeno ya no... *no les llega ya el oxígeno* [...] Por decirlo al mil *esa presión le afecta al bebé y lo puedes asfixiar*, lo puedes *asfixiar* me dijo [...] *El otro que perdí* también tenía la presión alta [...] (Susana).

Pues que era, así que no se mantenía la presión así, y tenían que controlarla, o me dijeron que tenían que hacerme la cesárea por si no... *No sé qué le podía pasar el niño algo* y ya me hicieron la cesárea (Rosa).

[...] el segundo embarazo fue que le dio preeclampsia, *el niño nació mal* e el niño de ella, el niño de ella tiene *creo que tiene parálisis cerebral*, por lo mismo que no le que no la atendieron a tiempo con lo de la preeclampsia (Dyna).

Secuelas

Las consecuencias de la preeclampsia en el organismo materno son explicadas por las mujeres como la persistencia de la presión arterial, convulsiones, falla renal y afecciones del corazón; todas estas secuelas están articuladas con la noción de la hipertensión arterial, ya que al ser la hipertensión el principal síntoma manifestado y explicado por el personal de salud, las mujeres recurren a esta información reconstruyéndola y presentándola como posibles secuelas a su salud.

El doctor me comentó porque a mí *se me durmieron los brazos* desde los cuatro meses los brazos yo no los sentía de hecho *esta mano la tengo entumida*, estos dedos los tengo entumidos no los siento, me dijeron que era a ra que quedo secuelas de la preeclampsia [...] Pueda pasar que tú te empieces a *convulsionar* me dijo o si no me dijo como la presión sanguínea esta al al mil me dijo. (Susana).

[...] y estas mm estas desechando proteína por la orina entonces ya *los riñones creo que también te están dejando de funcionar* (Norma).

[...] No podía respirar yo por mi misma no me podía mover, entonces me internaron y me me empezaron a sacar agua, me sacaban 8 litros de agua diarios eee para poder pues bajarme las presiones porque si tuve una presión muy alta mmm [...] *el medicamento me afectó el corazón...* umm ¿qué más me afecto? *la cabeza, corazón*, este y pues quede con una presión muy alta pues (Julia).

Representación social de la enfermedad: Actitud

La experiencia de padecer una enfermedad poco comprendida genera diversos sentimientos en las mujeres, se pueden o no articular en forma adecuada con la información que reciben respecto a la patología por parte de los diversos actores sociales como lo son médicos y enfermeras, además del conocimiento que se trasmite en la comunidad, lo que condiciona la actitud frente la enfermedad.

En el caso de la preeclampsia, debido a la condición de gravedad que puede manifestarse en las mujeres y en sus hijos, se suele considerar esta entidad nosológica como una situación negativa en sus vidas cuando relatan las experiencias vividas al padecer dicha enfermedad, los sentimientos de *feo*, *malo*, o *sentir miedo*. En seguida, presentamos la actitud que tuvieron las mujeres ante el evento de padecer preeclampsia.

Susto, miedo

Toda experiencia de enfermedad produce diversos sentimientos que suelen depender de la gravedad percibida por la mujer, acorde a lo abrupto de la aparición de la enfermedad.

Por ejemplo, a mí por ejemplo me dio miedo [...] yo tuve mucho miedo (Johana)

Aquí se la llevaba en la casa se asustó cuando le dijeron que era de alto riesgo y aquí se la llevaba [...] Pues algo de cuidado, miedo (madre de Araceli).

Esto es especialmente importante durante el embarazo, ya que no sólo está en riesgo la vida de la mujer sino de su hijo

Definitivamente para tener otro bebé me daría mucho miedo... fue muy feo estar ahí... (Dyna).

Además, la incertidumbre de una situación de la cual no se tiene claridad de las posibles consecuencias.

Nada, pues pues me asuste pero pero nada más, pero nada más en realidad, [...] si estaba un poco asustada porque en realidad no sabía que consecuencias podría traer el el hecho de que no me pudieran bajar la presión [...] (Dyna).

Traumática

Padecer una enfermedad desconocida para las mujeres, mediada por la desorganización del yo al ingresar a una institución de salud, puede conducir a vivir la experiencia en términos de trauma. Este tipo de vivencia puede alterar temporalmente la capacidad de las mujeres al afrontar la enfermedad, ya sea en términos físicos, psicológicos o espirituales, lo que condicionará disposiciones de acción pensadas desde la experiencia (Ruiz, 2006)

Muy traumática, fue algo la verdad fue... muy traumático para mí, la verdad si lo fue, me sentí muy mal, me fue muy mal y... me fue muy mal en cuanto a la enfermedad porque ahí me trataron muy bien, pero yo creo que si fue algo muy traumático para mí [...](Dyna).

Enfrentarse a una enfermedad poco conocida entre la población leiga produce incertidumbre ante la situación mal comprendida, y al igual que en enfermedades graves condiciona una sensación de miedo o, en palabras de alguna mujeres, como feo.

A muy fea [...] Porque se siente mucho miedo, no se... no se... no, muy feo feo feo feo feo feo. Luego se siente sola, no se, se siente feo.... feísimo... sentí todo eso si es feo No sé, tenía miedo a tenerlo no se a que algo estuviera mal, e me preocupaba mucho por todo no sé, me daba mucho miedo (Karla).

Peligrosa

La sensación de peligro está asociada a las complicaciones que son transmitidas por el personal de salud, ya que al momento de transmitir el diagnóstico de la enfermedad a las mujeres, el personal médico suele comunicar el riesgo de muerte, tanto de la mujer como del hijo.

Esto produce diversas sensaciones como el miedo, o considerar esta enfermedad como algo peligrosa, ya que la idea de muerte por la enfermedad está asociada a un acto aterrador de origen maligno (Kübler-Ross, 1993).

Es una enfermedad *peligrosa muy peligrosa*, por la presión alta, por los derrames que te puede pro los derrames cerebrales que te pueden que te puede ocasionar la presión este y cuidarse que se cuide (Norma).

La sensación de miedo en las mujeres por haber vivido un evento potencialmente fatal, genera y potencializa ideas de miedo y preocupación ante la posibilidad de vivir nuevamente la experiencia.

Pues... ¿qué opino? e es algo que me da miedo, embarazarme otra vez me da mucho miedo por eso, más que porque me dijeron que si hoy la conté mañana no, la siguiente embarazo yo no la cuento... (Araceli).

No pensar

Al parecer una de las estrategias que las mujeres establecen, y como parte de un mecanismo amortiguador ante la noticia de padecer una enfermedad potencialmente mortal, es negarla o ignorarla, ya que con ello consideran que negar la enfermedad se constituirá como una realidad.

No pues *no pensé nada* [...] deste como me pongo a, no me pongo a estar piense y piense en las enfermedades yo yo este como le dijera pues a mí me dicen e que

tengo esto pues *yo los ignoro* le digo no tengo nada y no tengo pa no estarme que esto que lo otro, no yo deste to digo !no tengo y no tengo y no lo tengo! entonces no me pongo a estar piense y piense que las enfermedades pues, entonces dijo como a mí no me pasa digo yo para que voy a estar que si lo tengo, si no lo ten si no lo tengo, y deste bueno si lo tengo y voy a estar piense y piense me voy a enfermar más (Raquel)

A la vez, mediado por la idea de que el origen de la preeclampsia está condicionada por cuestiones emocionales como el miedo, temor, estrés o ansiedad, el hecho de no preocuparse ayudará a no incrementar los niveles de presión arterial.

Pues la verdad no traté de pensar nada porque yo sabía que si me ponía a estar pen a estarle vueltas y vueltas en mi cabeza a lo mejor más se me se me subía, trataba de de cuad ya que estaba internada estar platicando con las otras internas para no estar pensando [...] Como te digo el tratar de no de no estar pensando lo mismo, que eso eso que es *muy feo* en el sentido de que te le pueda pasar algo tanto a tu bebé como a uno, lo puedes llegar a perder (Susana).

Desesperante

Una de las sensaciones que puede producir la enfermedad en la mujer es *desesperación*, la cual está mediada por la incertidumbre de no conocer qué le pasará a ella o a su hijo, y se enlaza con diversos síntomas que no son resueltos por los tratamientos, ya sean biomédicos o tradicionales, que en el caso de Teresa fueron los medicamentos los que debieron resolver su cefalea, sin embargo, al no ocurrir esto, le desesperaba no dejar de padecer el dolor.

Pues es *muy desesperante* porque te duele mucho la cabeza [...] (Teresa).

La actitud de la mujer está construida por diversos sentimientos que ponen de manifiesto la incertidumbre ante la enfermedad, ya que hace falta mayor comprensión de la enfermedad, tanto por las causas, tratamiento, así como en el resultado final ante la misma.

La posición que toman las mujeres es negativa hacia la enfermedad, por lo que las prácticas que se deriven de ella tenderán a buscar mecanismos que solucionen su problema de salud; sin embargo, es necesario considerar la gravedad percibida como parte de este proceso, ya que ante mayor percepción mejor será la búsqueda de atención médica especializada, que en nuestro caso se llevó a cabo en el HIMES, institución que las mujeres consideran como su mejor opción de atención por su capacidad resolutoria.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Capítulo VIII

Prácticas de atención

En este capítulo presentamos las prácticas de atención relatadas por las mujeres durante su etapa gestacional. En este caso, nos centramos en las prácticas de atención en lo referente a la confirmación del embarazo, alimentación, vestido, higiene, actividad, reposo; mientras que en la etapa del parto, nos referimos a todo lo relacionado con el uso de sus redes de apoyo, traslado a la institución de salud e ingreso hospitalario.

Sospecha y diagnóstico del embarazo

Para las mujeres, el principal síntoma de sospecha de embarazo es la falta o retraso de la menstruación o “regla”, aunque este signo no necesariamente implique la idea de que puedan estar embarazadas.

Porque tenía tres retrasos -risas- tenía tres retrasos (Jesús del Carmen).

Pues por la regla porque no... no me venía (Rosa)

Asimismo, las mujeres inician una serie de prácticas de atención para confirmar dicha sospecha. La mayoría de ellas adquirieron una prueba de embarazo comercial, o bien, consultaron a un médico privado en las farmacias similares, para posteriormente buscar atención prenatal, ya fuese en el sistema de salud pública, privado, o ambos.

Pues que no me venía la regla, me hice el examen (Johana)

Porque no me bajaba [...] Me hice la prueba de sangre (Silvia)

Mmm... Pues porque no llegó mi periodo [...] Me fui me compre una prueba de embarazo, la hice y luego fui y me saque sangre (Dyna)

El motivo para adquirir una prueba de embarazo comercial está relacionada con el tiempo que le toma comprar un producto relativamente barato, así como por el tiempo que necesitan para poder obtener una consulta médica en algún centro de salud, el cual desde su percepción suele ser excesivo.

Nuestra investigación se desarrolló en un medio urbano y, por ende, la mayor parte de las prácticas de atención de las mujeres no se relacionan con curadores tradicionales; sin embargo, en el caso de Raquel al percibir la sensación de vivificación⁹³, y por estar en ese momento en un área rural en el estado de Sinaloa, buscó la opinión de una partera quien, con base en su práctica tradicional, le dio a beber a Raquel un preparado a base de barro, para luego confirmarle su estado de gravidez.

Se me movía algo en la panza le decía yo, deste, que raro me siento así como que quiero vasquear le digo y se me mueve como una viborita adentro de la panza le decía yo, pues si no estás embarazada me dijo, porque cada cada mes estas reglando, como vas a estar embarazada y ya fuimos con una partera porque allá en Sinaloa puras parteras se usan, entonces ya fuimos y le le platicó el todo, no me dijo ella tiene cara de embarazo que está embarazada me dijo entonces me dijo !de veras está embarazada! si me dijo hazme una prueba dijo y mira dijo deste va a salir embarazada porque va a salir, entonces dijo ella que prueba te quieres que te haga, le dijo a él, no dijo que se tomé éste éste té de de barro me dijo, entonces le dije yo !ni que estuviera loca para tomar para comerme la tierra! lea dije yo y si ya deste me comí la tierra el barro y todo y ya me dijo me metieron a una cámara así, y ya me dijo mira dijo ves este éste monito que está aquí me dijo, porque estaba muy chiquito, si le dije, a pues esta es tú criatura dijo que se mueve, entonces le dije yo !ay con el barro ya se movió! si me dijo porque el barro los mueve me dijo, si están chiquitos los mueve de todos modos me dijo, entonces (Raquel).

⁹³ Por vivificación entendemos la sensación que se produce por el movimiento del hijo, aproximadamente a partir de la semana 20 de gestación

De forma similar en el caso de Susana, la experiencia de las mujeres del grupo familiar orientan los signos de embarazo hacia la presunción de embarazo, no obstante, existía una situación que pudiera enmascarar la sintomatología de estar embarazada.

Como a los quince días sentía como que el ombligo me me punzaba y le comenté a una tía, oiga tía le dije no e estarán saliendo así como tipo hernia de tanto levantar a mi abuela porque pues ya un cuerpo ya frágil pues es mi pesado y luego me y luego se entra una prima y luego se ríe y luego dice !toma tu hernia me dijo a los nueve meses se te va a quitar esa hernia! (Susana).

Por lo tanto, la falta de regla y las experiencias transmitidas en el grupo comunitario, son las principales fuentes de sospecha de embarazo en las mujeres de nuestro estudio.

Alimentación

En esta sección mostramos los saberes de alimentación de las mujeres participantes en el estudio, reconstruidas a partir de su discurso referente a lo que manifestaron consumir durante este periodo, sin embargo, dicho discurso se presenta constituido y entrelazado por representaciones y prácticas, lo que de acuerdo a Ménéndez (1996) se constituye como un saber. Por ello, primero exponemos las representaciones de lo que consideran deben o no consumir; posteriormente, mostramos propiamente las prácticas de alimentación; y finalmente, damos a conocer los aspectos de las redes sociales de las mujeres que ayudaron a la alimentación materna, ya que el embarazo se desarrolla dentro de relaciones sociales donde diversos actores participan en diferentes roles en la atención de la mujer.

Representación de la alimentación: Tipos de alimentos en el embarazo

En las mujeres embarazadas, las nociones sobre el tipo de alimentos se centran en tres grupos: a) permitidos, b) prohibidos, y c) restringidos o limitados.

Alimentos permitidos

Las mujeres consideran que existen alimentos permitidos o recomendables durante la gestación, tal es el caso de las verduras, la carne blanca y frutas -siempre y cuando no sean ácidas-; y particularmente cuando estos alimentos son preparados en la casa de las mujeres o su familia y no en establecimientos comerciales, ya que existe la idea de mayor calidad e higiene cuando dichos alimentos se preparan en los hogares de las mujeres o su familia.

Yo creo que muchas verduras, mucho, mucho pollito muchas ensaladitas, carne, carnita, lentejas (Aracely)

Lo que si pudiera comer fue que eran naranjas y deste mangos todo eso pues es fruta pero menos en lo ácido pues (Raquel)

Si podría comer fuera, que comieran lo que, lo más que hace uno en su casa y que hace la que el... ¿qué podría ser?... pues yo cuando estaba embarazada puros antojos quería yo, no quería otras comidas más que puro deste, puras ensaladas y todo eso (Raquel).

Alimentos prohibidos, restringidos o limitados

Respecto a los alimentos prohibidos o restringidos encontramos que existen claridad, o al menos regularidad en lo expresado acerca de aquéllos alimentos que consideran como inadecuados para el embarazo, especialmente aquellos con alto contenido de carbohidratos,

ya que la mayoría de las mujeres expresan que deben ser evitados o limitados en su consumo.

Pero no muchas harinas [...] y la sal [...] no comiera tanto ácido, chile [...] No mucho pero si comía (Cecilia).

Yo por ejemplo durante el embarazo, por lo mismo que nosotras somos gordi, llenitas, para no engordar tanto traté de comer menos pan, menos tortillas, menos pastas (Dyna)

Del mismo modo, las comidas picantes o ácidas deben evitarse, así como las bebidas con contenido alcohólico, debido a que pueden provocar algún problema de salud en el hijo.

Que no comiera limones ni nada de ácido (Raquel).

Pues las harinas dicen, que no debes de comer harinas ¿qué más? las bebidas de alcohol (Jesús del Carmen).

Me imagino que cosas grasosas, sodas no deben de tomar yo digo tampoco, por supuesto a lo mejor bajarle un poco a las harinas (Dyna).

Por otro lado, la sal o los alimentos salados son percibidos como negativos para la salud de las mujeres, por lo tanto -al igual que los carbohidratos- se deben restringir o eliminar de la dieta diaria; esto es especialmente significativo en la atención de la enfermedad, ya que como parte de las recomendaciones para el tratamiento de la hipertensión, el personal de salud indica restricción de sal en la dieta diaria.

Nomás no comía tanta sal porque eso me dijeron aquí (Cecilia).

¿Cómo le dirías como se tiene que cuidar en todos los aspectos del embarazo?

Mujer: pues nomas que no comiera sal (Karla).

Me tenían prohibido comer carne asada, carne seca, carne machaca, que era que son carnes que tienen mucha sal (Susana).

Los motivos de alimentación

Respecto a los motivos por los cuales las mujeres limitan, evitan, o ingieren ciertos elementos, encontramos que existen al menos tres: a) cuidar la salud del hijo, b) cuidar su propia salud, y c) control de su peso corporal. Estas nociones están mediadas por la idea de que lo que come la mujer come el hijo, por tanto, el cuidado del hijo y de ella misma se constituye por acciones de promoción y prevención de enfermedades, o de malestares, ya sea durante el transcurso del embarazo o al momento de nacer su hijo.

Promover la salud del hijo

Aunado al tipo de alimentación que se considera adecuado para la mujer embarazada y al hijo, están los complementos que se ingieren durante el embarazo, como son las vitaminas, ya que es una práctica común que el médico indique su uso, o los miembros de la familia las recomienden, con ello se espera que el hijo crezca en buenas condiciones de salud; del mismo modo, *comer sano* es un factor que ayudará al hijo para que se desarrolle adecuadamente.

Y así pues lo que traen pues para las vitaminas del niño (Jesús del Carmen).

Evitar problemas a la salud del hijo

Otro aspecto importante es la prevención de los problemas de salud, se consideran necesario evitar consumir aquellos alimentos que pueden provocar alguna alteración o problema de salud, especialmente los alimentos ácidos o picantes, ya que pueden provocar gases o cólicos al recién nacido, o le pueden “caer mal al bebé”.

Sabritas con chamoy, ¿por qué, por qué no deben de comer eso?
Porque le hace daño a los bebés
¿Cómo crees que le hace daño?
Sabe, así me dijeron que le hacía daño (Glenda).

Chile-ácido: Que porque a los niños les hacía daño, luego les salían grani...
chincual me decían (Cecilia).

Que no comiera limones ni nada de ácido, porque es lo que le iba a provocar deste
cólicos al niño o a la niña le iba a provocar cólicos [...] les salen granitos en en sus
partes (Raquel).

Algunas carnes rojas, desde la óptica lega, son especialmente no recomendables
para su consumo durante el embarazo, tal es el caso de la carne de puerco, que debido a sus
características, la digestión de esta carne es lenta y, por ende, su consumo puede producir
sintomatología asociada a indigestión o sensación de malestar.

Lo que si me dijeron es que me, que la carne de puerco, en el centro de salud, que se
recomendaba una vez ahí en el mes porque es muy pesada para, para el bebé (Silvia)

Los alimentos con alto contenido de grasas también pueden provocar alteraciones
digestivas, especialmente en los niños al provocar acumulación de gases y dolor abdominal
(cólicos).

Tenía que comer bastante para poder el pecho al niño pero comía igual o sea comida que no tuviera mucha grasa ni ni ni mucha que tuviera gases por lo mismo de los del... como por ejemplo la soda este el frijol que no lo comí tampoco porque les da muchos gases a los niños y ya, todo pues normal (Silvia).

Atender su enfermedad

Debido a la naturaleza de la enfermedad que padecieron, y al estar estrechamente relacionado con la hipertensión sistémica, la alimentación es un eje central en la atención de este padecimiento, por tal motivo, el manejo de los alimentos se enfoca al control de la misma.

Pues que me cuidará por lo mismo pues porque del otro niño ya se me había subido la presión, no tanto pero (Johana).

Aparte de que uno se tiene que alimentar bien para pues para evitar que se me suba tanto la presión, o sea evitar cosas que que me hicieran que se me elevara la presión (Susana).

El alto consumo de sal está relacionado con enfermedades coronarias o vasculares, así como el incremento elevado del peso corporal en la mujer, lo que le provocará “hinchazón”; por ello, las mujeres reciben indicaciones del personal de salud o algún miembro de la familia con el propósito de evitar consumir sal adicional en la dieta diaria.

Ya después me dijeron que estaba reteniendo líquidos que tenía quitar la sal (Génesis).

Y no me dejaban comer sal (Jesús del Carmen).

Se supone que no debe de ser tanta sal para no hincharse uno ya a lo último (Silvia).

Estas prácticas están íntimamente relacionadas con la medicalización de la alimentación en las embarazadas, ya que el personal médico se ha constituido como el experto en las decisiones alimenticias; entre los tratamientos para el control de la hipertensión está la recomendación de no utilizar sal o, en su caso, en pequeñas cantidades, pues al haber un incremento de electrolito de sodio en la sangre provocará secuestro de líquido al espacio intravascular.

Por otra, parte una de las complicaciones más comunes que presentan las mujeres durante el embarazo es la entidad nosológica conocida como anemia⁹⁴, entidad común ya que el bebé al estar en proceso de formación, crecimiento y desarrollo, eleva de manera considerable el requerimiento de hierro y proteínas, aunado a un incremento del volumen sanguíneo corporal en la madre. Esto puede provocar anemia materna con sus posibles consecuencias en la salud del hijo, como es el caso de retardo en el crecimiento intrauterino.

Por ello, algunos alimentos por su alto contenido nutricional, como son verduras o leguminosas (frijol) suelen utilizarse como parte de las medidas de atención para incrementar los niveles de hemoglobina de la mujer, esta medida es la primera estrategia para evitarla o controlarla.

Es para la sangre que dicen que es para... pues el betabel dicen que es bueno para la anemia (Jesús del Carmen).

En el caso de Karla –quien padeció anemia severa- y pese a no gustar de algunos alimentos que le recomendaron como el frijol y betabel, los consumió, esto con especial ayuda de su madre quien estuvo pendiente de la preparación y motivación para que Karla

⁹⁴ Anemia es el término biomédico que refiere a la disminución de los niveles de hemoglobina, que en el caso de la embarazada es una situación común.

realmente los consumiera, con lo cual se incrementaron sus niveles de hemoglobina en las consultas subsecuentes al diagnóstico de anemia.

No me perdía ninguna comida aunque me diera asco trataba de calmarme y todo no, hasta que me empareje [Hemoglobina] y fue lo único y cuando llegue al siguiente mes me la felicitaban porque ya estaba bien (Karla).

Cuidar el peso

Más allá de la estética para las mujeres en nuestro estudio está el control del peso de la embarazada, que se relaciona estrechamente con complicaciones biomédicas, tanto del hijo como de la madre. Por lo tanto, controlar la ganancia ponderal es uno de los componentes básicos en la atención de las embarazadas, tanto de enfermería como de los médicos. Esta noción es transmitida inicialmente por los médicos, y posteriormente por las madres o suegras de la mujer, quienes se preocupan por el aumento de peso de forma exagerada, esto es: “No engorde de más”

Mamá: tenía que cuidar el peso pues (mamá de Aracely).

Redes sociales en la alimentación

Al igual que en otros estudios (Barakat 2007), las mujeres de las familias (madre, suegras, hermanas) tienen el rol de vigilar lo que comen las embarazadas, así como de apoyarlas en la preparación de los alimentos que se consideran como adecuados para la embarazada. La influencia de la familia, especialmente por las mujeres, tiene un papel crucial en el cuidado, selección y vigilancia de las prácticas de alimentación que llevan a cabo las mujeres.

¿Y por qué te regañaba?

Pues si me veía comiendo otra cosa que no podía pues mira -risas- (Aracely).

La preparación de los alimentos, por lo común, son realizados por la embarazada o con ayuda de su pareja, pero son las mujeres del grupo familiar quienes se encargan de apoyar a las embarazadas, especialmente cuando la pareja, por sus actividades, está poco tiempo en el hogar y no puede estar pendiente de las necesidades de la embarazada. Esto es especialmente evidente en mujeres del grupo A, ya que las familias buscan estrategias para poder atender el embarazo cuando carecen de recursos económicos y le permitan a la embarazada cubrir sus propias necesidades.

¿Y la comida quien la hacía?

Mi tía [...] Si porque mi esposo tenía que trabajar, era un rato nomas lo que estábamos juntos pues (Cecilia).

A veces má nos ayudaba, antes no, estaba bien mi mamá nos ayudaba con comida y de ahí comíamos pues y era lo que caía (Jesús del Carmen).

Yo le decía que no comiera mucha harina mucha sal, y no me hacía caso, la soda sobre todo que tomaba mucho... y sin embargo no me hacía caso (madre de Luvia).

Mi suegra era que la que me hacía este las comidas, y mi mamá era la que también me hacía comidas también (Norma).

Los antojos en las embarazos son muy comunes y no es claro el mecanismo por el cual se producen. Habitualmente, es la pareja quien procura satisfacerlos, ya que existe la noción de que no cumplirlos puede acarrear problemas para la salud, especialmente del hijo; pero en ocasiones es la pareja quien limita los antojos, ya sea restringiendo su consumo al no dar dinero para que la mujer no pueda acceder a ellos, especialmente cuando

existen situaciones previas de salud que suponen riesgo a la salud del binomio madre/hijo, como en el caso de la existencia de enfermedades previas como diabetes mellitus.

Cuando estaba embarazada la niña le decía yo a él (pareja) , sabes qué, que se me antojó el pollo y va y me lo traía [...] me dice él es mucha coca la que estas tomando, él se enoja en veces, me dice no tomes tanta coca me dice, ay le digo si e nomas una coca me he tomado en todo el día le digo, pero si me dice nomas cuando yo me voy tas tome y tome coca o en veces él se va y no me deja dinero por no que yo compre la coca pero deste voy a donde saco fiado y le digo sabes que quiero una coca le digo (Raquel).

Prácticas de alimentación

Las prácticas de alimentación las constituimos como prácticas de carácter social más allá de considerarlas como cuestiones individuales, por lo cual mostramos lo que el grupo de mujeres nos señalaron como su alimentación o evitaron consumir durante el embarazo.

La alimentación es un tema importante para las embarazadas, quienes en sus nociones señalan que existen alimentos adecuados indispensables en la dieta de la embarazada, como las frutas, verduras, leche y algunos tipos de carnes, especialmente las carnes blancas; y no adecuados o negativos para la salud la comida chatarra, debido al potencial dañino que estos productos pueden hacerle al hijo; sin embargo, algunas mujeres establecieron estrategias para justificar su consumo. (Saidman et al. 2012).

El comportamiento alimentario de la población es referido por expertos sanitarios mediante un discurso centrado en la *salud-enfermedad* con especial énfasis en el proceso biológico del alimento y, en ciertos casos, con detrimento de los saberes populares; por lo que las prácticas referidas por estos actores se enfocan tanto en la restricción como en la promoción de ciertos tipos de alimentos, lo que ha conducido hacia la noción de una dieta equilibrada como sinónimo de comer bien. Sin embargo, las indicaciones dietéticas

comúnmente no son adecuadas a las condiciones socioculturales de las mujeres, ya que el personal médico no ahonda en estas situaciones en la vida de las mujeres (Gracia 2007).

En el caso de la mujer embarazada esto es particularmente importante, ya que más allá del aspecto biomédico está en juego una serie de símbolos en torno a la maternidad: el rol de “ser buena madre”, de acuerdo al rol tradicional, la madre debe procurar hacer lo necesario para que su hijo esté en menor riesgo de enfermedad; esto es, una madre que no se alimenta adecuadamente se encuentra en riesgo social y la puede llevar a tener sentimientos de culpa, ya sea por parte de la pareja, la familia o ella misma.

Alimentos permitidos

Respecto a los alimentos permitidos, en concordancia con la noción de una buena alimentación, las verduras y carnes blancas fueron los principales alimentos consumidos durante éste periodo.

Mucho pollito muchas ensaladitas, carne, carnita, lentejas, muy a fuerzas pero me la comí (Aracely).

Comía frutas, verduras, comía de la calle si definitivamente comía pan, comía torti, o sea comía bien, comía, no no se me hace que co comiera mucho ni tampoco muchas cosas que como pan, tortilla y todo eso, pero algo que sí... tomé como desesperada fue soda [...] tomé muchísima soda, muchísima soda [...], ¿sabes que comí mucho durante el embarazo? sushi, yo te puedo decir que en una semana tres veces comía sushi (Dyna)

De todo comía [...] comía muchas papas, Sabritas con chamoy (Glenda).

Esto es coincidente con lo la información que brinda el personal de salud, así como lo difundido en los diversos medios de comunicación, respecto a lo que debe de comer una mujer embarazada.

Prohibidos/limitados

Algunos alimentos son considerados como no adecuados o prohibidos para el consumo de la embarazada, sin embargo, fueron consumidos limitando su cantidad, ya que esta práctica genera la sensación de no afectar la salud del hijo o de ellas mismas. Aunado a ello, la práctica se sustenta por la lógica de las preferencias alimentarias de las mujeres o de su grupo comunitario, ya que en nuestro medio es común el uso de algunos productos para “mejorar el sabor de las comidas”.

Pues trate de evitar la sal, las carnes frías, todo lo que fuera embutidos pues [...] Pues yo comía mucha fruta y verdura, los cocidos, aunque casi no comía porque todo lo regresaba... mmm pues comer o comer comer lo normal pero sin tanta sal (Susana).

[...] y la sal, no comía tanta sal [...] no comiera tanto ácido, chile [...] No mucho pero si comía (Cecilia) [...] no comía tanta sal ni harina (Cecilia).

En el caso del refresco gaseoso, algunas mujeres tienen la idea que al diluirlo se aminoran sus posibles efectos dañinos en la salud, es decir, mientras más diluido menos efectos negativos tienen sobre la salud, independientemente si ingieren cantidades pequeñas o no.

Tanta soda, pero si tomaba no pero le echaba agua para quitarle el gas, porque si no tomaba me dolía la cabeza también [...] todos los sábados quería mi esposo, bueno no quería que cocinara no pero, por lo mismo, nos íbamos a comer tacos de carne asada (Luvia).

Me decían no tomes soda y to... tomaba no pero *yo le quitaba el gas* con agua... (Luvia).

Raquel, quien padece de diabetes mellitus, se permitía consumir grandes cantidades de refresco, justificadas por la sensación de placer que ésta le producía. No obstante, al estar consciente de los problemas que enfrentan los pacientes con diabetes, justifican esta práctica al complementarla con alimentos adecuados en el embarazo, como son las verduras. Las redes de apoyo suelen ser un factor importante en la ingesta de alimentos adecuados cuando la mujer tiene problemas para consumir tales alimentos, ya que el grupo procurará al menos dos situaciones: a) ayudar en la preparación de alimentos “saludables”, y b) coaccionar a la mujer para que no consuma alimentos considerados inadecuados.

En Raquel existe la noción de que los frijoles y el arroz son saludables, pues el saber popular lo asocia como alimentos que incrementan los niveles de hierro en la sangre. Esto es importante porque las embarazadas, por la demanda nutrimental en el crecimiento y desarrollo del hijo, requieren de un aporte extra del mineral que se encuentra en estos alimentos.

Estaba comiendo las comidas que me arrimaban pues no comía lo que era el frijol ni el arroz, puros así papas y zanahorias y todo eso lo que era de verduras y pues el frijol a mí me caía gordo no, lo aborrecía, el pollo igual y eran puras lentejas y y así cositas que este las papas que el el este el chayote todo eso [...] a medio día cuando comemos otra coca y en la cena otra coca (Raquel).

Atender la salud

Las mujeres tienen diversas nociones de cómo la alimentación ayuda a cuidar su salud durante el embarazo, y por lo tanto, los alimentos que ingieren les ayudan a evitar y prevenir diversos problemas que se pueden generar por no comer adecuadamente.

El de manzanilla, o así yerbabuena y así tés así que me para relajarme y así... para no ponerme tensa decían, porque me daba mucho miedo tener al bebé (Karla).

En la situación de Karla, debido a las condiciones en las cuales se desarrolló su embarazo, desde su percepción, los tés le ayudaban a disminuir sus miedos y ansiedades, ya que por su edad y preparación académica, tenía muchas dudas del proceso de embarazo.

Para Silvia, el embarazo representó un cambio en sus hábitos alimenticios, centrados en las necesidades del hijo.

[...] comía bien, tomaba mis vitaminas, [...] frutas, verduras, este caldos, todo todo... nutritivo diríamos... este...no se es todo [...] mi desayuno mi comida mi cena porque yo antes de no estaba acostumbrada a tres comidas, o eran dos o era una, aja y entonces ahí sí, si las tres, porque en y en la noche no me daban ganas a mí de cenar, pero si me decía el doctor que tenía que cenar porque a lo mejor yo no tenía hambre pero el bebé sí, me daban cereal, me decían como el cereal deste... integral algo así, así era tenía que cenar, no mucho no, aunque no tuviera hambre tenía que comer por lo mismo del bebé (Silvia).

Por lo tanto, las nociones de la alimentación en el embarazo están mediadas tanto por procesos medicalizadores de la alimentación de la mujer embarazada, como por cuestiones culturales.

Prácticas de higiene

La noción de higiene adecuada es equiparable a mantenerse sano, ya que las mujeres consideran la higiene personal importante para preservar su salud o, en su caso, evitar alguna complicación, como es la infección de las vías urinarias, puesto que la condición de embarazo pone en riesgo a la madre o al hijo, al ser susceptibles ante diversas enfermedades.

A si todos los días si puedo tres veces tres veces me baño, hasta la fecha -risas- o sea yo si la higiene si (Araceli).

Me bañaba todos los días, ropa limpia todos los días, ropa interior limpia todos los días, si, o sea y no nomas en la embarazadas, uno deben de ser limpio estar tratar de ser limpio todo el tiempo es es una manera de mantenerte sano [...] porque imagínate que no te bañes una semana, aparte de que en una embarazada es mucho más fácil que que que tengas problemas de de infecciones de vías urinarias, entonces imagínate que una semana sin bañarte dos tres días y con la misma ropa y todo eso pienso como que te creo a lo mejor más fácil de que te caiga una infección algo así, si de por si estando embarazada (Dyna).

El estado de gravidez, por sus particularidades en el sistema inmunológico, predispone a las embarazadas a adquirir infecciones de forma relativamente fácil, esta información es transmitida por diversos informantes y se ha constituido en el saber lego como un aspecto central en el cuidado del embarazo, por lo tanto, las mujeres deben procurar no sólo su baño, sino cuidarse de los lugares que pueden transmitir una infección.

Pues siempre me bañaba, no me sentaba donde quiera así [...] porque dicen que la embarazada agarra infección muy luego, por cualquier cosita agarra infección (Cecilia).

En el cuidado de la higiene existen diversos productos para el aseo personal, desde la perspectiva biomédica, los jabones para el baño son adecuados para su uso en el hogar, sin embargo, los legos construyen ideas de cuál es mejor; en el caso de Raquel, existen jabones con mayor capacidad de limpieza en las heridas (jabón amarillo) y por lo tanto son recomendados para tal uso.

Yo por eso digo que que por eso uno se tiene que cuidar las heridas por tanta tierra que le cae a uno o uno mismo va sudando y se le va acumulando las infecciones y me decían que me tenía que lavar con deste jabón amarillo [...] que porque deste menos, traía... sabe que, que traía deste cloro sabe que fregados y que menos infectaba ese (Raquel).

Prácticas de actividad

Las mujeres consideran que realizar actividad física durante el embarazo tiene dos propósitos: a) cuidar la salud, ya que el ejercicio físico puede ser beneficioso para la salud de la mujer e hijo: *bueno pues en el embarazo -risas- ¡y yo caminaba! [...] o sea no aflojar la panza (Aracely);* y b) evitar complicaciones.

Sin embargo, las circunstancias de vida de las mujeres condicionan la necesidad de realizar actividad física; así, las mujeres que consideramos con mayor riesgo -nivel socioeconómico bajo- requirieron realizar actividades que les demandaban esfuerzo físico, tal es el caso de Jesús del Carmen y Raquel, quienes caminaban por largos periodos y distancias para recolectar botes de aluminio y después venderlos para contar con un ingreso económico.

Sabe deste cuando íbamos para Kino nuevo nos íbamos a pie y allá son como más de 10 horas son (Raquel)

Pues si caminaba mucho [...] salíamos todos los días yo y me mi esposo a caminar, íbamos a juntar botes (Jesús del Carmen)

Por otro lado, las mujeres que contaron con apoyo del esposo o familia, animaban y participaban con ellas en caminatas breves.

Pues era la que me me gustaba caminar el (esposo) me invitaba a caminar (Norma).

Cuando existe la noción de riesgo de complicaciones, especialmente parto prematuro o sangrado, ya sea por indicación médica o redes sociales, la familia

consanguínea trata de evitar que la mujer realice esfuerzos físicos al ayudar con las actividades de su hogar.

No, porque yo con mis hijas hasta con la pala quitaba el zacate -risas- no, pero como nos dijeron es de alto riesgo porque son dos se pueden presentar complicaciones no porque ella estuviera mal pues no, pero dijeron se pueden presentar complicaciones porque vienen dos y yo por eso es que no la dejaba hacer nada (Aracely).

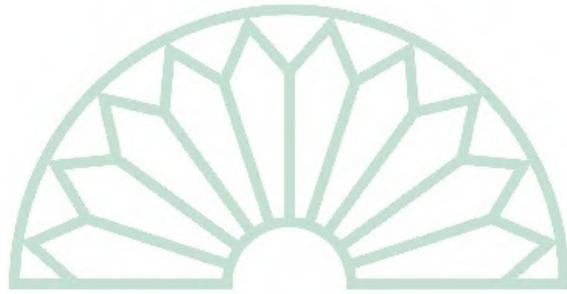
Sin embargo, si no está presente la noción de gravedad en la gestante, la actividad física no es suspendida por las mujeres, sino se restringe básicamente a no levantar objetos pesados.

Este... y nomas era lo único que hacía era caminar y y no cargar las cosas pesadas no hacer mucho muchos ajetreos y ya fue todo (Norma).

En estas situaciones, las mujeres del grupo familiar (madre, suegra, tías o sobrinas) toman a su cargo el proceso de salud/enfermedad/atención de los miembros –al menos en la autoatención-, por lo cual se encargaran de vigilar que la embarazada cumpla con la indicación de restricción en las actividades del hogar (Menéndez 2006).

Ellas estaban siempre no hagas esto y no has el otro y no levantes, y cargues a Mariana y no lo otro, ellas son las que (Cecilia).

Por lo tanto, las prácticas físicas se orientan en el cuidado de la mujer en pro de no provocar o iniciar el trabajo de parto, y no poner en riesgo al hijo.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Capítulo IX

Conclusiones

En este capítulo final, en primer lugar realizamos una recapitulación de los resultados de la investigación en sus ejes representaciones sociales de la preeclampsia, prácticas y trayectorias de atención; en segundo término, construimos la relación entre las representaciones sociales de la enfermedad, las prácticas de atención de las mujeres y sus trayectorias, para finalmente expresar algunas recomendaciones para mejorar la atención de las mujeres que padecen preeclampsia.

Durante la fase inicial en la construcción del problema de investigación, se realizó un acercamiento al HIMES con el propósito de conocer los principales problemas que aquejaban a las mujeres atendidas en esta institución, lo cual nos condujo al problema de preeclampsia, ya que ésta entidad nosológica representa un problema de salud importante en la población, tanto por sus dimensiones biomédica -que en ocasiones culminaba con la muerte de la mujer-, como por el impacto en las familias.

Nuestros datos iniciales nos orientaron hacia el abordaje del problema desde la perspectiva biomédica, es decir, los investigadores se enfocan en conocer la etiología, tratamiento médico y/o factores relacionados con la aparición de la enfermedad; sin embargo, estos últimos adolecían de elementos desde el punto de vista de la propia mujer con respecto a su proceso de padecer y atender la enfermedad.

Con esta información, la preocupación inicial para desarrollar la investigación se orientó en el hecho de que las mujeres atendidas en el HIMES, aparentemente llegaban a los servicios de salud en forma relativamente tardía en su proceso de atención al padecimiento,

ya que los diagnósticos médicos registrados en el expediente clínico referían a niveles de preeclampsia severa y en pocos casos preeclampsia leve.

Esto nos llevó a considerar que las mujeres que padecían preeclampsia, si bien no pueden prevenirla, existían problemas para identificar diferentes signos o síntomas como señal de que algo extraño ocurría en su cuerpo y supondría la búsqueda de atención con el propósito de atender la salud tanto de ellas como de sus hijos. Situación que no ocurría por diversos motivos, entre ellos la inespecificidad de la enfermedad, falta de conocimiento de la misma por parte de las mujeres o su grupo comunitario, problemas de accesibilidad a las instituciones de salud o de calidad en la atención prenatal.

Por lo tanto, nos interesó conocer las trayectorias de atención por las cuales dichas mujeres transitan en su proceso de atención; sin embargo, para comprender el fenómeno consideramos que existe una relación dialéctica entre las representaciones y prácticas de atención tanto a nivel hospitalario como comunitario, saberes no acotados exclusivamente a la información biomédica de la enfermedad, sino como un complejo sistema de significados y prácticas de atención objetivizadas en las trayectorias de atención.

Para dar respuesta a los objetivos de la investigación entrevistamos a 16 mujeres que padecieron preeclampsia y fueron atendidas en el HIMES, las cuales agrupamos en grupos tipológicos, cuyas características clasificatorias fueron: nivel socioeconómico, escolaridad y paridad, ya que consideramos que estas variables determinaban tanto la representación social de la enfermedad y las prácticas de atención; a la vez, incluimos la condición de vulnerabilidad de las mujeres debido a que esta variable nos ayudaba a comprender los matices en las prácticas y principalmente las trayectorias que se presentan entre las mujeres.

Volver a los resultados: Representaciones sociales

Uno de los ejes fundamentales de la investigación fue conocer qué saben las mujeres cuando se habla de preeclampsia, para lograrlo utilizamos el marco explicativo de la teoría de las representaciones sociales en su dimensión de contenido, por lo cual no buscamos conocer el proceso de construcción de la representación; no obstante, lo anterior fue de nuestro interés contextualizar cómo el discurso médico y lego son parte fundamental de la representación.

De acuerdo a nuestros datos, no encontramos diferencias entre los grupos con respecto a la representación social de la enfermedad, lo cual puede estar condicionado por la relativa homogeneidad de las características consideradas en la tipología que poseen las mujeres en nuestro estudio; además, el hecho de que todas padecieron la enfermedad y fueron atendidas en la misma institución, condicionó una representación compartida.

En este sentido, las mujeres acceden a la información básicamente por flancos: 1) sistema de salud, ya sea público o privado, 2) grupo comunitario, y 3) medios de comunicación. Por lo cual, la intersección de los tres determina la representación de la mujer.

La información que proviene del sistema de salud, al menos en nuestro estudio, se limita a aspectos técnicos centrados en la noción de hipertensión, con explicaciones basadas en las consecuencias de la misma hacia la salud de la mujer y su hijo, esto es, el personal médico usualmente le dice a la mujer que su padecimiento es una elevación de su presión arterial, y si no se controla se puede complicar tanto en ella como en su hijo (hasta el grado de fallecer), y por ello debe llevar control antihipertensivo.

Pues una mujer con preeclampsia pues hay que tener... extremo cuidado en en, primera si tuvo una preeclampsia se le está dando tratamiento ambulatorio, pues

extremo cuidado en tomarse sus medicamentos, checar sus tensiones arteriales, medicamentos que son para la presión, para que no se complique principalmente pues (Dr. Salas).

El tratamiento de una preeclampsia leve son antihipertensivos, para una preeclampsia severa es interrumpir la gestación, controlar a la paciente e interrumpir la gestación (Dr. Anaya).

Lo anterior es similar para el caso del personal de enfermería, ya que ambas disciplinas comparten fundamentos teóricos similares, y por lo tanto, convergen en explicaciones y recomendaciones.

Pues dieta, hipertensivos, antihipertensivos más bien este mm pues sobre todo en la dieta y los antihipertensivos no (Carola).

La dimensión analizada de la representación social fue su contenido, la cual se compone por la información con respecto a la enfermedad, y la *actitud* o toma de posición ante la enfermedad; producto ésta de las experiencias en su evento de padecer y atender la enfermedad.

La representación de la preeclampsia -en nuestra investigación- se asocia estrechamente a la representación social de la hipertensión arterial, condicionada por los saberes previos de las mujeres y por el discurso biomédico; posiblemente, éste es uno de los elementos más comprensibles para la población, ya que al contar con un dato objetivo permite la identificación de anormalidad en el desarrollo del embarazo.

Desde nuestra perspectiva existen diversos factores que determinan la construcción de la representación de la enfermedad, entre ellos la poca difusión que se realiza en la comunidad, la poca comprensión de la enfermedad entre el personal de salud y, por ende, la escasa difusión de la misma entre las pacientes, aunado a un lenguaje técnico, poco

comprensible para las mujeres. Por ello es necesario, en términos de política pública, sugiero incrementar la capacitación del personal en los diferentes niveles de atención, ya que es evidente que el personal médico y de enfermería no consideran los antecedentes de riesgo entre la población.

El papel que juega el personal de salud en la construcción de la representación social, las prácticas de atención de las mujeres, así como el itinerario institucional que recorren las mismas es indiscutiblemente importante. En el caso específico de la preeclampsia, por ser una entidad de carácter biomédica con poca difusión a la comunidad por los medios de comunicación masivos, el grueso de la información se brinda cuando se establece ya sea: a) el diagnóstico médico, b) durante la consulta prenatal como hallazgo en la consulta o parte de las acciones de promoción a la salud que se lleva a cabo en los espacios institucionales, o c) cuando la mujer o su acompañante preguntan al personal de salud con respecto a la enfermedad.

Frecuentemente, el primer contacto de las mujeres con la noción de preeclampsia se realiza en el momento del diagnóstico clínico en la unidad hospitalaria, asimismo, el personal de salud informa que el problema es el incremento de la presión arterial, con pocas explicaciones adicionales, lo cual las mujeres lo articulan con la noción existente alrededor de los problemas cardiovasculares, esencialmente hipertensión arterial sistémica idiopática⁹⁵; además, la información en los diferentes medios de comunicación, ya sea televisión, prensa, radio o internet, se enfocan a los aspectos biomédicos o noticias alrededor de las complicaciones de la enfermedad, lo que condiciona una representación hacia la hipertensión; y por lo tanto, las mujeres no pueden visualizar algunos aspectos de

⁹⁵ La hipertensión arterial sistémica se refiere al diagnóstico médico del incremento de la presión arterial sin una causa bien definida.

la expresión somática de la enfermedad, o en su caso estos aspectos son normalizados atribuyéndolo al propio embarazo.

Por lo cual el manejo de la información recibida es estructurada por las mujeres a partir de la información brindada por el personal de salud, que en algunos casos se transmite fragmentada y cargada de jerga médica, y en la mayoría de los casos articulada directamente con la noción de hipertensión arterial sistémica; que para fines prácticos de tratamiento de la enfermedad y cuidado de las mujeres el personal médico y de enfermería consideran que es lo que las pacientes requieren saber.

Lo anterior evidencia la poca difusión que existe respecto al tema de la preeclampsia entre la comunidad lega, al menos en nuestro país, lo cual limita la construcción de una representación social de la preeclampsia. Probablemente esta situación condiciona que la información que reciben las mujeres respecto del diagnóstico de preeclampsia hace que se construya como equivalente al conocimiento previo que poseen sobre la hipertensión arterial sistémica, ya que al existir una gran cantidad de información respecto a la hipertensión arterial en los distintos medios de comunicación y el hecho de que es el principal síntoma del síndrome, las mujeres suelen considerarlo, sino como iguales, similares, casi equivalentes.

Por lo tanto es necesario que el sistema de salud promueva la capacitación del personal, especialmente en el primer nivel de atención, y se establezca una relación más estrecha entre el sistema de salud con la comunidad, pero considerando las necesidades y particularidades de la población.

Respecto a la representación de las causas de la preeclampsia en el grupo de mujeres éstas consideraron que son dos los principales motivos del problema: a) cuestiones emocionales, o b) conductas de riesgo de la hipertensión arterial; lo que es similar al caso

de la preeclampsia, y en pocas ocasiones es atribuido como un problema del propio embarazo.

Es importante esta consideración ya que cuando las causas son de predominio emocional, los tratamientos médicos tienden a ser abandonados por considerar que no es el cuerpo el enfermo, sino la mente, por lo que el personal sanitario que atiende a esta población debe conocer la noción que tienen las mujeres con respecto a las causas de la enfermedad y focalizar su atención en estas mujeres, ya que están en mayor riesgo que aquellas donde atribuyen las causas a cuestiones corporales.

En cuanto a los síntomas que percibieron las mujeres, los principales que refieren son: haber padecido hinchazón, sentirse cansadas o fatigadas y las alteraciones visuales. Como previamente se comentó, el edema no es un síntoma exclusivo de la preeclampsia pero se debe hacer énfasis en la educación que brinda el personal de salud, especialmente el personal de enfermería, a las mujeres para su identificación temprana y con ello tenga la oportunidad de buscar atención médica.

Con respecto a la actitud que se genera alrededor de la enfermedad, al igual que en otras enfermedades, es de rechazo, miedo y/o ansiedad. Los sentimientos provocados por la experiencia de vivir una condición de incertidumbre para su vida o la de su hijo, lo consideran como una experiencia “fea” o “desesperante”.

Si bien la información veraz puede disminuir tal incertidumbre, en el sistema actual de salud es poco común que el personal proporcione información amplia y en términos comprensibles, que coadyuven a identificar los síntomas en forma más oportuna posible en su hogar y proveer cierta certidumbre u oriente hacia prácticas eficaces de atención al padecimiento. En este rubro, el personal de enfermería tiene una posición privilegiada en la interacción con las pacientes, debido a su preparación académica y disciplinar, lo que las

acerca al discurso lego pero con fundamentos de la propia profesión, esto es, el lenguaje que manejan las enfermeras en términos de enseñanza a las pacientes, les permite lograr una comunicación más efectiva que cualquier otro miembro del equipo de salud.

Las prácticas y trayectorias de atención

Las prácticas de atención, en este trabajo, las consideramos como expresiones individuales de la colectividad, las cuales si bien presentan regularidades existen matices entre las mujeres en concordancia a sus condiciones de vida.

Dichas prácticas suelen presentar concordancias y discordancias con la representación social de la enfermedad y la lógica del modelo biomédico, ya que las prácticas se organizan e instrumentan en función del sentido práctico para la mujer en una constelación de predisposiciones, de las cuales pueden decidir qué opción llevar a cabo (Bourdieu 2008).

Ejemplo de esto, se puede observar cuando las mujeres deciden no tomar un medicamento o abandonar el tratamiento para controlar la presión arterial, aspecto que se contrapone a la representación de que la preeclampsia es un problema de “la presión arterial” y la evaluación que realizan las mujeres del daño por ingerir o no ingerir el medicamento, entonces, al parecer, es en la práctica donde la representación se construye y reconstruye.

Un aspecto de suma importancia en las prácticas es la percepción de la gravedad de la enfermedad para la vida del hijo o la madre, puesto que si los síntomas percibidos son considerados como poco graves, las prácticas de las mujeres se centran en la autoatención,

mientras que si se consideran graves las búsquedas se orienta hacia la atención en el sistema de salud (Osorio 2001).

En cuanto a la presunción de embarazo, la mayoría de las mujeres prefieren utilizar, ya sean pruebas diagnósticas caseras o consultar a un médico en las farmacias similares, esto ocurre principalmente, al menos así fue expresado en las entrevistas, por la facilidad de la accesibilidad de dichas pruebas o médico privado, además, el costo de una consulta médica y, en su caso, la prueba de embarazo son relativamente accesibles.

Ya que la dinámica de las instituciones suele presentar complejidades para las mujeres, especialmente en su primer contacto con el hospital, al condicionar un itinerario que se presenta ante las mujeres de una manera compleja -al menos hasta que las mujeres conocen la rutina institucional-, a la vez, las mujeres que ingresan al hospital ven disminuida su capacidad de toma de decisiones sobre su atención, por ello, es importante comprender los saberes del personal de salud tanto de médicos como personal de enfermería de las áreas de consulta externa, urgencias y prelabor.

Con respecto al tiempo para obtener una consulta en el centro de salud o, en su caso el HIMES, las mujeres suelen considerarlo excesivo, por lo cual en la lógica de las mujeres es menos práctico utilizar estas instituciones como primera opción.

Alimentación

El embarazo suele establecer un punto de cambio en las prácticas alimentarias de las mujeres, mediadas, entre otras razones, por la presión del grupo familiar con el propósito de cuidar la salud del hijo y la mujer, debido a los requerimientos nutrimentales diferenciados

pregrávidos que exigirán, en algunas casos, cambios en los patrones de alimentación (Magallanes, Limón y Ayús 2005, Saidman et al. 2012).

Las prácticas de alimentación de las mujeres están condicionadas por diferentes aspectos, entre ellos, los recursos económicos juegan un papel determinante, sin embargo, las preferencias culturales suelen ser importantes al momento de decidir qué es lo que se puede o no consumir de la gama de posibilidades en cada mujer. La cultura alimentaria en nuestro medio se ha construido por presiones de la modernidad, especialmente por empresas de comidas “rápidas” que ofrecen comida de bajo costo y preparadas en poco tiempo, con ello responden a las necesidades de la población urbana que se moviliza en grandes distancias para cumplir con sus obligaciones laborales y familiares; sin embargo, y ante los problemas que se han derivado de algunas situaciones como es el sedentarismo, la condición genética, falta de espacios lúdicos deportivos, entre otros, el sistema de salud y organizaciones privadas y no gubernamentales ha emprendido campañas de buena alimentación, con lo que se ha constituido una idea polarizada entre la comida chatarra y la buena alimentación.

Las diferencias encontradas en las prácticas y trayectorias de atención fueron la condición económica y las redes sociales de las mujeres. Las redes sociales típicamente se han considerado como benéficas para los sujetos, sin embargo, esta noción no es adecuada en todos los casos, ya que algunos problemas como el alcoholismo, farmacodependencia, entre otras, operan en redes sociales; en el caso de la preeclampsia, en su mayoría sus redes fueron de apoyo real, pero en la experiencia de Cecilia, su padre no propició y ni acompañó a su hija en la atención prenatal. Por lo tanto, se deben incluir en los estudios y las políticas públicas las relaciones e impacto de dichas redes en la vida de las pacientes.

Por ello, consideramos que las condiciones de vida material y simbólica que poseen las mujeres ante el evento de padecer preeclampsia, condicionan las estrategias de atención en cualquier nivel del sistema de salud, en su comunidad u hogar. Así, aquellas mujeres en mejores condiciones económicas y con redes sociales, especialmente cuando existe relación con el área biomédica, las condiciones de vulnerabilidad son menores que aquéllas con problemas económicos y poco apoyo de sus redes de apoyo.

Actividad física

La actividad física es vista como positiva en el embarazo pero su realización está condicionada por la percepción del grado de riesgo a la salud de la madre e hijo, por tanto, usualmente la mujer embarazada es vigilada y atendida en su hogar por las mujeres de su grupo familiar, quienes se encargan de realizar las labores domésticas; no obstante, estas condiciones socioeconómicas juegan un papel trascendental, ya que las mujeres con poca capacidad económica y sin apoyo de redes sociales, aunque fuese necesario que reposaran, se ven obligadas a realizar trabajos físicos que ponen en riesgo su salud y la del hijo, mientras aquéllas con mejores condiciones de vida pueden guardar reposo y reciben ayuda para el mantenimiento de su hogar.

Por lo tanto, el sistema de salud, en su función de protección a la salud y derecho de la población, debe identificar aquellas mujeres con mayores problemas económicos y carencia de redes sociales, para que ayuden a las mujeres en sus actividades familiares y monitorizar estrechamente la evolución del embarazo, y no limitarse al espacio institucional donde el personal médico y de enfermería desconocen diversos aspectos de la vida de las mujeres y son condicionantes de la salud del binomio madre/hijo.

Andamiaje entre representaciones y prácticas de atención

La biomedicina estudia los diferentes padecimientos de los sujetos dejando de lado la mirada y voz del actor, tomándolo como medio para obtener información, por lo cual han focalizado sus trabajos hacia la enfermedad y su tratamiento; por lo que este tipo de investigaciones proporcionan una mirada limitada, ignorando -al menos en forma parcial- la situación que viven las personas y la manera de atender sus padecimientos.

Para comprender cómo las mujeres atienden sus padecimientos, es necesario conocer cómo se articulan sus representaciones de los padecimientos y las prácticas de atención en pro de ayudar a solucionar, o al menos reducir, los problemas de salud que aquejan a este grupo. En concordancia con Menéndez (2006), consideramos que los sujetos concretan sus saberes mediante las trayectorias de atención al articular sus representaciones con las prácticas de atención, ya sea en el primer nivel real de atención (autoatención) como al utilizar algún curador profesional (atención), pero se consideran las condiciones socioeconómicas en sus decisiones.

Una vez que la mujer sospecha que está embarazada inicia una serie de prácticas encaminadas para confirmar su embarazo, en nuestro estudio fueron: a) comprar una prueba casera de embarazo, o b) consultar un médico SIMI. Esta situación devela un aspecto importante: *El sistema de salud público no es la primera opción que eligen las mujeres para confirmar su embarazo; no obstante, en nuestro medio se considera que la atención del embarazo debe estar bajo la vigilancia de personal médico a quien consideran como monopólico y experto del cuidado, vigilancia y atención del embarazo, al poseer mayor nivel de conocimientos y habilidades para su cuidado De su casa no puede parir [...] No es igual te digo [...] de que te chequen (Glenda); desacreditando o minimizando los saberes de curadores no profesionales,*

La mujer al identificar el cambio corporal suele establecer, en primera instancia, que no existe riesgo real para ella o su futuro hijo, al diagnosticar la situación de esta forma, no buscará la consulta médica como primera opción. Tal circunstancia está mediada por la idea del uso del servicio de salud, que será consultado sólo cuando la gravedad del síntoma sea percibida como amenazante, o en el caso de las mujeres embarazadas para continuar con la atención prenatal y asegurar un espacio al momento del parto.

Con relación a las prácticas de autoatención, las embarazadas regularmente siguen los consejos de las mujeres de su medio comunitario, especialmente sus madres, quienes son las “expertas” en cuestiones de embarazo y maternidad, por lo que seguirán la mayor parte de los consejos transmitidos. En la situación de no disponer de la familia sanguínea para el cuidado, la familia del esposo tomará su rol en el proceso de autoatención:

Como mi suegra si vive aquí pues ya lo íbamos más seguido nosotros para allá con ellos [...] vivíamos ahí con mi suegra y ya de ahí duramos como unos dos meses yo creo y mi suegra era que la que me hacía este las comidas [...] (Norma)

En nuestra investigación nos enfrentamos con el problema de tratar establecer relaciones entre representaciones sociales de preeclampsia y prácticas de atención, debido a que todas las mujeres supieron y se consideraron afectadas por la enfermedad una vez que el personal médico les dio el diagnóstico clínico médico, mientras que en términos legos se orientaron hacia la noción de hipertensión arterial; por lo que sus prácticas estuvieron determinadas por diversos aspectos, como las condiciones económicas y de redes sociales positivas.

Por lo tanto, en nuestro trabajo consideramos que en el caso de la representación social de la preeclampsia y las prácticas de atención, es el escenario quien condiciona dicha

relación, puesto que la información, con respecto a la enfermedad emitida en la comunidad, es limitada, con escasa difusión y poco accesible a la población leiga, quienes rescatan y articulan la noción de preeclampsia con el conocimiento social de hipertensión arterial y, por ende, las acciones llevadas a cabo por las mujeres responden a las condiciones enmarcadas en las estructuras de atención sanitarias donde viven y atienden sus padecimientos y los procesos simbólicos alrededor del padecimiento.

Limitaciones

Cabe señalar que la información y análisis presentadas en esta investigación deben ser ubicadas en su contexto sociocultural particular, la cual se desarrolló en el escenario urbano de la ciudad de Hermosillo, Sonora, con un grupo de mujeres que padecieron la enfermedad y fueron atendidas en el HIMES, lugar donde fue establecido el diagnóstico clínico de preeclampsia y resuelto el padecimiento; lo cual limitó la variedad de información que poseen las mujeres con características diferenciadas a las mujeres que participaron en nuestro estudio, y no nos permitió realizar contrastes entre grupos sociales amplios.

Con relación a las trayectorias de atención, no reconstruimos éstas desde los centros de salud, donde fueron atendidas en un primer momento durante sus primeros meses de embarazo; aspecto que puede ser interesante para comprender en forma más amplia el proceso de salud/enfermedad/atención de las mujeres. Por ello, en estudios posteriores consideramos necesario que se amplíe la reconstrucción de la trayectoria de atención desde estos espacios, para comprender holísticamente el proceso de atención de las embarazadas cuyo embarazo presente diversas alteraciones, así como de espacios diferentes al HIMES.

De igual forma, al realizar la construcción tipológica como estrategia metodológica para contrastar las representaciones y prácticas, visualizamos necesario incluir el concepto de vulnerabilidad, por lo que en estudios posteriores éste concepto ayudará a identificar a aquellas mujeres con mayor susceptibilidad ante los riesgos, y mediante su comprensión iniciar actividades de vigilancia focalizadas.

Por otro lado, en esta investigación se observó el módulo de enfermería para conocer la práctica técnica de toma y valoración de la presión arterial, así como las condiciones física-espaciales del módulo y, por último, la relación que se establece entre las enfermeras y pacientes; sin embargo, no observamos la relación médico paciente, por lo cual no obtuvimos información que nos permitiera comprender qué información es transmitida a las mujeres, bajo qué canales se trasmite y qué tipo de información reciben y procesan las mujeres.

EL COLEGIO

Recomendaciones

Las recomendaciones que se desprenden de esta investigación las ubicamos en dos flancos:

a) investigación y b) política pública.

En los aspectos metodológicos será necesario incluir a la población de diferentes medios, tanto urbano como rural, ya que esto permitirá establecer diferencias que en nuestro estudio no se llevaron a cabo; también permitirá realizar estudios de redes sociales en embarazadas, con el fin de comprender cómo las mujeres, o su grupo comunitario, establecen estrategias en la búsqueda de atención, así como también vislumbrar cómo viven y atienden sus padecimientos en los diversos espacios.

Es importante observar la relación médico paciente en el escenario de la consulta obstétrica, lo cual nos arrojaría información relevante para entender cómo se establecen las relaciones entre estos actores y su influencia en la construcción de la representación y prácticas de atención; por otro lado, y dada la relevancia que tiene la consulta prenatal en los centros de salud, se debe considerar su inclusión en estudios posteriores.

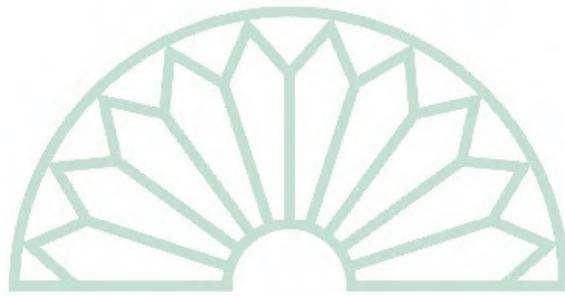
En esta investigación no abordamos la dimensión de construcción de la representación social dado el objetivo de la misma, pero consideramos necesaria su inclusión en estudios posteriores para obtener un panorama completo del fenómeno de la representación.

Por la naturaleza de nuestra investigación y los datos que pudimos reconstruir y analizar, nos enfocamos en recomendaciones de carácter *normativo-institucional*, es decir, centrado en las condiciones en las cuales se brinda atención a nivel de institución de salud, ya que diversos aspectos que apreciamos pueden subsanarse en el mismo ámbito, y a política.

En primer, lugar es necesario replantear el fortalecimiento del sistema de salud a través de diferentes estrategias:

- Uno de los hallazgos fue que las mujeres al presuponer estar embarazadas, sus prácticas iniciales se orientaron a buscar los servicios de la consulta SIMI o en su caso, comprar una prueba casera para embarazo en algún establecimiento comercial. Lo anterior denota problemas en el proceso de búsqueda de atención en los centros de salud, ya que las mujeres consideran más “complicado” conseguir una consulta en el centro de salud que en el SIMI. Por lo tanto, se debe replantear el proceso de consulta obstétrica hacia un sistema más amigable para las mujeres.

- Es necesario una mayor producción de conocimiento, pero no sólo de aspectos biomédicos, sino bajo un enfoque multidisciplinario, donde se dé voz a los actores significativos del proceso salud/enfermedad/atención.
- Atención del embarazo por personal capacitado, tanto del área de enfermería como de medicina. La capacitación en enfermería se debe establecer en dos puntos: a) estandarización de las prácticas-técnicas de cuidado, como son la toma y valoración de la presión arterial; y b) capacitación periódica de calidad con enfoque hacia la identificación temprana de signos-síntomas de la enfermedad y canalización de pacientes hacia espacios adecuados. Al mismo tiempo, se debe preparar el personal de enfermería como un medio/puente para hacer comprensible la información biomédica en términos adecuados a los legos.
- Mejorar las condiciones de la práctica de atención de enfermería, ya que actualmente se realiza la valoración de enfermería en condiciones inadecuadas.
- Puesto que uno de los factores de riesgo es el embarazo a temprana edad, se debe incidir en el sistema de educación, preferentemente secundaria y preparatoria.
- Una vez que la mujer establece contacto con el sistema de salud, se deben establecer protocolos de identificación y categorización de mujeres con base a los factores de riesgo y en relación a su condición de vulnerabilidad. Con ello se pueden focalizar las acciones tendientes a la prevención de complicaciones en el embarazo.
- Bajo el supuesto que la falta de información es una barrera en la identificación de problemas y, por ende, retraso de atención oportuna ante la enfermedad, es necesario que se establezcan canales adecuados por donde fluya la información hacia los legos y en términos culturalmente adecuados para cada grupo.



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Referencias

- Abric, Jean-Claude. 2001. Las representaciones sociales: Aspectos teóricos. En *Prácticas sociales y representaciones*, Jean-Claude Abric, 11-32. México: Ediciones Coyoacan.
- Almarales Pupo, Bárbara. 2003. Barreras que afectan la comunicación médico paciente. Hospital Lucia Íñiguez Landín. Febrero junio 2002. *Correo científico Médico de Holguín*. 7(2).
- Álvarez, Armando. 2004. Representación social del alcoholismo de personas alcohólicas. *Psicología emestud*. 9(22):151-62.
- Álvarez Ramírez, Leonardo Yovany. 2006. Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. *Med UNAB*.9:211-220.
- Aranda Gallegos, Patricia. 2005. Saberes relacionados con el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino: Estudio con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo Sonora. Tesis Doctorado en Antropología Social. El Colegio de Michoacán.
- Araya Umana, Sandra. 2002. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. *Cuaderno de Ciencias Sociales*. 127: 4-84.
- Barakat Carballo, Rubén. 2007. Ejercicio físico durante el embarazo. Programas de actividad física en gestantes. En *Educación corporal y salud: Gestación, infancia y adolescencia*, Editado por Diana Pilar Ceballos Lugo y Nery Cecilia Molina Restrepo, 65-93. Medellín: Funámbulos.
- Barragán Solis, Anabella. 2005. La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética. *Cuicuilco*. 12(033): 61-78.
- Barreto, S. 2003. Factores de riesgo y resultados perinatales en la preeclampsia severa: un estudio caso control. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda* 22(22): 116-20.
- Basani, Diego, Pamela Surkan y María Teresa A. Olinto. 2009. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: The role of maternal characteristics. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35(1): 15-20.
- Berezon, Shoshana y Francisco Juárez. 2005. Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. *Revista de Salud Pública*, 39(4): 619-26.

- Bronfman, Mario y Rodolfo Tuirán. 1984. La desigualdad social ante la muerte: Clases sociales y mortalidad en la niñez. En *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. México: UNAM-PISPAL.
- Bronfman, Mario, Roberto Castro, Elena Zúñiga, Carlos Miranda y Jorge Oviedo. 1997. Del "cuanto al porque": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 39(5): 442-45.
- Bronfman, Mario, Sergio López Moreno, Carlos Magis Rodríguez, Alejandra Moreno Altamirano, y Shea Rutstein. 2003. Atención prenatal en el primer nivel de atención: Características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública de México*; 45: 445-454.
- Boltanski, Luc. 1979. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Ediciones Graal.
- Bourdieu, Pierre. 2009. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cardoso Silva, Sandra Liliana. 2009. Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidados. *Avances de Enfermería*. 27(2): 82-91.
- Castro, Edgar, Sandra Muñoz, Gina Paola Plaza, Maricel Rodríguez y Janeth Sepúlveda. 2006. Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán. *Revista de infancia adolescencia y familia*. 1(1): 141-152.
- Castro, Roberto. 2011. *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, CRIM-UNAM.
- Cassella, Carlos Alberto, Vicente Guillermo Gómez y Domingo Maidana Roa. 2000. Puerperio normal. *Revista de posgrado de la cátedra VIa Medicina*. 100: 2-6.
- Ceballos Álvarez, Guadalupe Isabel. 2010. Cuidados prenatales y violencia doméstica durante el embarazo en la ciudad de Tijuana, Baja California. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. El Colegio de la Frontera Norte.
- _____. 2010. Cuidados prenatales y violencia domestica durante el embarazo en la ciudad de Tijuana, B.C. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Colegio de la Frontera Norte.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2012. *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*. http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf. (Consultado el 15 de junio de 2013).
- Cerón Mireles, Prudence. 2006. Detection and risk for preeclampsia. Tesis en epidemiología, Universidad de Michigan.

- Chávez Álvarez, Rocío, María Josefa Arcaya Moncada, Gladys García Arias, Teresa Catalina Surca Rojas y María Virginia Infante Contreras. 2007. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres en una comunidad nativa en Perú. *Texto & Contexto Enfermagem*. 16(4): 680-687.
- Coffey, Amanda y Paul Atkinson. 2003. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia.
- CONAPO. 2013. Proyecciones de la población 2010-2050. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050. (Consultado el 5 de junio de 2103).
- _____. 2010. Principales resultados de población y vivienda 2010. www.inegi.gob.mx/.../poblacion/.../cpv2010_principales_resultadosVI.p... (Consultado el 28 de octubre de 2013).
- _____. 2010. Grado de marginación urbana por AGEB, 2010. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/marginacion_urbana/AnexoA/Mapas/24_Hermosillo.pdf. (Consultado el 19 de marzo de 2013).
- _____. 2010. Índice de marginación urbana. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Capitulo_1_Marginacion_Urbana_2010. (Consultado el 27 de mayo de 2013).
- Cortés, Beatriz. 1997. Experiencia de enfermedad y narración: El malentendido de la cura. *Nueva antropología*. 14(53): 89-115.
- Cnossen, Jeltsje, Rachel Morris, Gerber Ter Riet, Ben W.J., Joris Vander Post, Arri Coomarasamy, Aeikeh Zwinderman, Stephen C. Robson, Patric JE Bindels, Los Kleijhen y Khalid Khan. 2008. Use of artery Doppler ultrasonography to predict pre-eclampsia and intrauterine growth restriction: A systematic review and bivariable meta-analysis. *CMAJ*. 11 6(178): 701-11.
- De Souza Minayo, María Cecilia. 1995. Etapa de trabajo de campo. En *El desafío del conocimiento*, María Cecilia De Souza Minayo, 91-115. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Denman Champion, Catalina. 2001. Mujeres, maquila y embarazo, prácticas de atención de madres-trabajadoras en Nogales, Sonora, Hermosillo: El Colegio de Sonora.

- Denman Champion, Catalina y Armando Haro. 2002. Introducción: Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social. En *Por los rincones*, Compilado por Catalina Denman y Armando Haro, 9-56. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Diario oficial de la Federación. 2013. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013. (6 de noviembre de 2013).
- Díaz Barreiro, Luis y Ernesto Cardona Muñoz. 2005. Programa de actualización continua para cardiología. Tratamiento del paciente con hipertensión arterial sistémica. http://www.drscope.com/pac/cardiologia/a4/a4_pag8.htm (Consultado el 6 de abril de 2013).
- Dirección General de Epidemiología. 2013. Informe semanal de vigilancia epidemiológica: Defunciones maternas. <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/47-2013.pdf>. (11 de diciembre de 2013).
- EngenderHealth. 2007. Balancing the scales, expanding treatment for pregnant women with life-threatening hypertensive conditions in developing countries. <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/EngenderHealth-Eclampsia-Report.pdf> (Consultado el 12 de noviembre de 2011).
- El Imparcial. 2011. Preeclampsia y diabetes: peligros para las mamás. *El Imparcial*, 08, octubre. <http://www.elimparcial.com/EdicionEnLinea/Notas/VidayEstilo/08102011/546569.aspx>.
- Escalante Gómez, Carlos, Fernando Sánchez Zeledón y Ulate Montero Guido. 2006. Proteinuria, fisiología y fisiopatología aplicada. *Acta medica Costarricense* 49 (2): 83-89, <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v49n2/3452.pdf>.
- Esparza, Luis. 2003. Entrevista a Denise Jodelet. Realizada el 24 de octubre del 2002 por Óscar Rodríguez Cerda. *Relaciones* 24 (93): 115-134.
- Espinoza, R, M. García Vera y Sanz J. 2012. Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. *Hipertensión*, 29(2): 44-9.
- Estrada, Ariel; José Antonio Hernández y H. Vila. 2003. Definición y diagnóstico de la hipertensión arterial en el embarazo. *Revista de perinatología*. 18(1): 9-21.
- Farr, Robert. 1986. Las representaciones sociales. En *Psicología social*. Madrid: Paidós,

- Flores Cisneros, Carmen. 2003. Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, sierra norte de Oaxaca. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*. 17(1): 36-52.
- Flores Cisneros, Carmen y Aidé Rodríguez Saluaz. 2010. Saberes de mujeres zapotecas serranas en el embarazo y parto. Cambios y resignificación de prácticas en el contexto nacional *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*. 1-16.
- Galindo, Jesús. 1987. Encuentro de subjetividades, objetividad descubierta. La entrevista como centro de trabajo etnográfico. *Estudios sobre las culturas contemporáneas* 1(3): 151-83.
- Giménez, Gilberto. 2007. Estudios sobre la cultura y las identidades sociales. México: Consejo Nacional para las Cultura y las Artes.
- Gracia Arnaiz, Mabel. 2007. Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario. *Revista de Salud Pública de México*. 49(3): 236-42.
- Granados Oliveros, Lina Marça. 2011. Prácticas de cuidado que hacen las gestantes adolescentes y con el hijo por nacer. *MEDUNAB* 14(1): 9-14.
- Gómez Sosa, Elba. 1999. *Trastornos hipertensivos en el embarazo*. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 26(2): 99-114.
- Gómez Dantés, Octaviano, Sergio Sesma, Víctor Knaul, Feliciano Becerril, Héctor Arreola y Julio Frenk. 2011. Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México* 53: s220-32.
- Goffman, Erving. 1988. La carrera moral del paciente mental. En *Internados* Erving Goffman, 133-72. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guerrero Tapia, Alfredo. 2000. La noción de igualdad en la cultura mexicana. En *Develando la cultura: Estudios en representaciones sociales*. Coordinado por Denise Jodelet y Alfredo Guerrero Tapia, 187-219. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- González Daniel, Hugo y Luis Ruso Rodríguez Almada. 2010. Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación. *Revista médica de Uruguay*: 26(1): 25-31.
- Guimelli, Christian. 2001. La función de la enfermera. Prácticas y representaciones sociales. En *Prácticas sociales y representaciones*. Dirección de Jean Claude Abric, 75-96. México: Ediciones Coyoacán.
- Holst Schumacher, Federico y Diego Quiroz Morales. 2010. Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC. *Revista Costarricense de psicología*; 29(43): 35-46.

- Instituto Mexicano del Seguro Social. 2011. Guía práctica clínica: Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia. México: IMSS.
- Instituto Nacional de Salud pública. Preeclampsia eclampsia. *Boletín de práctica médica*. De <http://www.insp.mx/nls/bpme>. (Consultado el 3 de septiembre de 2010).
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. 2013. Tasa bruta de mortalidad 2010. <http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>. (Consultado el 27 de mayo de 2013).
- _____. 2012. Morbilidad hospitalaria. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal05&s=est&c=22464>. (Consultado el 25 de marzo de 2012).
- _____. 2012. Natalidad. <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>. (Consultado el 29 de diciembre de 2011).
- _____. 2011. México en cifras. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=26>. (Consultado el 29 septiembre de 2012).
- _____. 2012. Hombres y mujeres en México 2011. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2011/MyH2011.pdf. (6 de junio de 2013).
- _____. 2011. Demografía y población. <http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>. (Consultado el 27 de mayo de 2013).
- Jodelet, Denisse. 1984. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En *Psicología Social*. Madrid: Paidós.
- Knapp Elisa, María Suarez, y Magdalena Sesa. 2003. Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista Cubana de Psicología* 20(1): 23-34.
- Kübler Ross, Elisabeth. 1993. *Sobre la muerte y los moribundos*. (4ta ed.) México: Grijalvo.
- Kuklina Elena, Carma Ayala, William Callaghan. 2009. Hypertensive disorders and severe obstetric morbidity in the United States. *Obstetrician and Gynecology*; 113(6): 1299-306.
- Lozares, Carlos. 1996. La teoría de las redes sociales. *Papers*; 48: 103-26.

- León Maru, Darío Pérez y Benito Díaz Díaz B. 2003. Representaciones de la enfermedad estudios psicosociales y antropológicos. *Boletín de Psicología* (77): 39-70.
- Lugo Sánchez, Ana, Vivian Álvarez Ponce y Alfredo Rodríguez Pérez. 1998. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. *Revista Cubana de ginecología y obstetricia* 25(1): 61-65.
- Magallanes Gonzales, Ana María, Fernando Limón Aguirre y Rafis Ayús Reyes. 2005. *Nutrición de cuerpo y alma: Prácticas y creencias alimentarias durante el embarazo en Itiscao Chiapas*. <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/64/pr/pr7.pdf>. (Consultado el 11 de junio de 2013).
- Mayer, María Laura, Andrea Carolina Barrias y Silvia Beatriz Barbosa Galeano. 2006. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías. *Revista de posgrado de la VIa cátedra de medicina*; 160: 1-4.
- Martínez González Lidia, Sandra Reyes, y María del Carmen García. 1996. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México* 38(5): 341-351.
- Mayan, María. 2001. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiante y profesionales. <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf> (Consultado el 7 de marzo de 2010).
- Medina Ibáñez, Armando y Julio Mayca Pérez. 2009. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas de Awajun y Wampis. *Construyendo Nuestra Interculturalidad* 5(4): 1-18.
- Mechanic, David. 1996. Factors in illness behavior. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1(1): 11-20.
- Mendoza González, Zuanilda. 2005. ¿Dónde quedó el árbol de las placentas? Transformaciones en el saber acerca del embarazo/parto/puerperio de dos generaciones de Triquis migrantes a la ciudad de México. *Salud colectiva* 1(2): 225-236.
- Menéndez Eduardo y René Di Pardo. 1996. *De algunos alcoholismos y algunos saberes atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- _____. 1994. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4 (7): 71-83.

- _____. 2009. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: *Lugar Editorial*.
- Minjarez Sosa, Betina y Patricia Aranda Gallegos. 2008. Acceso y atención médica en el embarazo, parto y puerperio en mujeres migrantes de estación Pesqueira. En *Achicando futuros: Actores y lugares de la migración*. Compilado por Gloria Ciria Valdez Gardea. 211-27. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Molerio Pérez, Osana y Georgina Garcia Romagosa. 2004. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial. *Revista Cubana de medicina (On line)*. 43(2-3).
- Mora, Martín. 2002. La teoría de las representaciones sociales. *Athenea Digital* 2 (1):1-25.
- Morales Hernández, María de los Ángeles. 2008. Representaciones sociales sobre la detección oportuna de cáncer cervicouterino en un contexto multicultural y de migración en Estación Pesqueira, Sonora. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Morales Ruiz, Carlomagno. 2011. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Abril a junio de 2010. *Revista Peruana de Epidemiología* 15 (1): 1-5.
- Moreno Zoila, Sixto Sánchez, Fernando Piña, Antonia Reyes y Michelle Williams. 2003. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. *Anales de la facultad de medicina* 64 (2): 101-6.
- Morgan Ortiz Fred, Sergio Alberto Calderón Lara, Jesús Israel Martínez Félix, Aurelio González Beltrán y Everardo Quevedo Castro. 2010. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecología y Obstetricia de México* 78(3): 153-159.
- Mural Sonorense. 2012. Disminuye la muerte materna en Sonora.
<http://www.muralsonorense.com/sonora/social/12365-disminuye-en-sonora-la-muerte-materna>. (Consultado el 20 de enero de 2014).
- National Heart, Lung, Blood, Pressure. 2010. Qué es preeclampsia.
<http://www.nhlbi.nih.gov/hbp/issues/preg/preclamp.htm>. (Consultado el 15 de junio de 2012).
- National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program. 2000. Report of the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy. *American journal of obstetrical and gynecological* 183(1): 1-22.

National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program. 2001. NHLBPEP report on high blood pressure in pregnancy: a summary for family physicians. *American Family Physicians* 64(2): 263-70.

Niven, Neil. 2009. *Psicología en enfermería*. México: Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud. 2012. Mortalidad materna. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. (Consultado el 17 de diciembre de 2013).

_____. 2011. Reducir los riesgos en el embarazo: Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/mdg/es/index.html. (Consultado el 13 de diciembre de 2011).

_____. 2010. Mortalidad materna. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html. (Consultado el 29 de septiembre de 2010).

Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial. 2008. Mortalidad materna en 2005. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf. (Consultado el 15 de septiembre de 2011).

Organización de las Naciones Unidas. 2010. Objetivos del Desarrollo del Milenio: Informe 2010. http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf#page=32. (Consultado el 10 de junio de 2013).

Organización Panamericana de la Salud. 2002. Perfil del Sistema de Salud México. De new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task... (Consultado el 15 de octubre de 2012).

Osorio Carranza, Rosa María. 2001. Entender y atender la enfermedad. En *Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, Rosa María Osorio Carranza; 21-48. México: INI, CIESAS, CONACULTA, INAH.

Palacios, Ana. 2009. Los estudios de representaciones en ciencias sociales en México: 1994-2007. *Época II*. 15 (29): 91-109.

Pelcastre-Villafuerte, Blanca, Francisco Garrido-Latorre y Verónica León Reyes. 2001. Menopausia: Representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública de México* 43(5): 408-14.

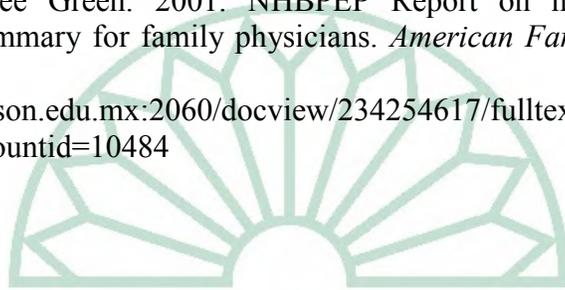
Parales-Quenza, Carlos José y Milciades Vizcaíno Gutiérrez. 2007. Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual. *Revista latinoamericana de psicología* 39 (2): 351-61.

- Peña Dehesa, Héctor, Margarita Camacho Díaz y Fernando Escobedo Aguirre. 2008. Velocimetría Doppler de las arterias uterinas en el embarazo. *Revista de especialidades médico quirúrgicas* 13(4): 177-80.
- Preeclampsia Foundation. 2000. <http://www.preeclampsia.org/>. (Consultado el 4 de octubre de 2012).
- Preeclampsia Survivors. <http://www.facebook.com/groups/2214545005/?fref=ts>. (4 de octubre de 2012).
- Ramírez Zetina, Richardson, V., Ávila, H., Caraveo, V., Salomón, R., Bacardi, M y Jiménez, C, A. 2000. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México. *Revista Panamericana de Salud Pública* 7(2): 97-101.
- Ramos, Miguel y Raúl Choque. 2007. La educación como determinante social de la salud. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/cuaderno0017/indice.pdf>. (Consultado el 6 de septiembre de 2012).
- Rocha Rivero, Gloria Isabel. 1995. Las representaciones sociales de la enfermedad. Una mirada sociológica a la perspectiva lega. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. El Colegio de México.
- Rodríguez Gómez, Gregorio, Javier Gil Flores y Eduardo Jiménez García. 1999. Observación. En *Metodología de la investigación cualitativa*, Gómez Gregorio Rodríguez, Flores Javier Gil y Jiménez Eduardo García, 149-66. Málaga: Ediciones ALJIBE.
- Rodríguez Castellanos, Francisco. 2006. Hipertensión arterial sistémica y sensibilidad a la sal. *Archivos de Cardiología de México* 76 (S2): S161-63.
- Rojas Pacheco, S. y Jesús Eduardo Angulo Ibarra. 2009. Prevalencia de estados hipertensivos del embarazo en el Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastélum”. *A S Sin* 3(3): 55-58.
- Rosell Duarte Ernesto, Raquel Brown Bonora y Alejandro Hernández. 2006. Factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. *Archivo Médico de Camaguey*; 10 (5): 1-9.
- Rouquette, Michel-Louis. 2010. La teoría de las representaciones sociales hoy: Esperanzas e impases en el último cuarto de siglo (1895-2005). *POLIS* 6(1): 133-40.
- Ruiz Olabuenaga, José Ignacio. 1999. La entrevista. En *Metodología de la investigación cualitativa*, José Ignacio Ruiz Olabuenaga; 165-89. Bilbao: Universidad de Deusto.

- Ruiz Morales, Álvaro y Luis Enrique Morillo Zárata. 2004. *Epidemiología clínica: Investigación clínica aplicada*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Ruiz Vargas, José María. 2006. Trauma y memoria de la Guerra Civil y de la dictadura Franquista. *HISPANIA NOVA*. <http://hispanianova.rediris.es/6/dossier/6d012.pdf> (Consultado el 13 de mayo de 2013).
- Saidman, Natalia, María Gabriela Raele, Mariana Basile, Luciana Barreto, María José MacKinonn, Mabel Susana Poy, Raúl Terrasa y Laura Beatriz López. 2012. Conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes. *Dieta* 30(139): 18-27.
- Salviz, Manuel, Luis Cordero y Pedro Saona. 1996. pre-eclampsia: factores de riesgo: Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista médica Hered.* 7 (24): 24-31.
- Secretaría de Salud del Estado de Sonora. 2011. Es hipertensión durante el embarazo una de las tres principales causas de muerte. <http://www.saludsonora.gob.mx/nota.php?id=933>. (Consultado el 30 de octubre de 2012).
- _____. 1986. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México: Secretaría de Salud. http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/reglamentos/regla_05.pdf.
- _____. 2007. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. Lineamiento técnico. México: Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/preeclampsia.pdf>. (Consultado el 14 de octubre de 2010).
- _____. 2008. Programa de acción de arranque parejo en la vida (APV) 2007-2012, México: Secretaría de Salud.
- _____. 2012. Ofrece Hospital de la Mujer una alternativa para cuidar la salud de las sonorenses. México: Secretaría de Salud. <http://www.saludsonora.gob.mx/nota.php?id=1168>. (Consultado el 12 de marzo de 2012).
- _____. Año. Plan Nacional de Salud 2007-2011. México: Secretaría de Salud. www.portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf. (Consultado el 13 de diciembre de 2011).
- _____. 2002. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. Lineamiento técnico. México: SS. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/preeclampsia.pdf>. (Consultado el 10 de octubre de 2011).

- Seieh, Carlos y Edda Lagosmarsino. 2008. Hipertensión arterial y consumo de sal en pediatría. *Revista Chilena de Pediatría* 80 (1): 1-20.
- Sesia, Paola. 2011. El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas oaxaqueñas durante la maternidad. Aportes desde una epidemiología social y una antropología médica crítica. En *Epidemiología sociocultural. Un dialogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, compilado por Jesús Armando Haro, 241-69. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Shennan, Andrew y Kate Duhig. (SF). Can pre-eclampsia be prevented?. *Gynecology & obstetrics*; 13(2): 45-51.
- Sibai, Baha, Gus Dekker, y Michael Kupferminic. 2005. Preeclampsia. *Lancet* 365: 785-99. <http://ape.med.miami.edu/Doc/Resident%20Web%20Site%20Articles/HTN%20and%20preg/Preeclampsia/Preeclampsia%202005.pdf>. (Consultado el 29 de diciembre de 2012).
- Strauss, Ansel y Juliet Corbin. 2002. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Tobal, Juan José Miguel, Antonio Cano Vindel, María Isabel Casado Morales y Amalia Escalona Martínez. 1994. Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología* 10(2): 199-216.
- Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. Diccionario de la medicina tradicional mexicana: Chincual. <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=chincual>. (Consultado el 18 de octubre de 2012).
- United Nations Development Programme. 2011. Indicadores internacionales sobre desarrollo humano. Disponible en <http://hdrstats.undp.org/es/indicadores/103106.html>. (22 de junio de 2012).
- Yu Tang, Jorge. 2000. Complicaciones puerperales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías, 1995-1997. *Anales de la facultad de medicina*; 61(1): 46-50.
- Vela Peón, Fortino. 2001. Un acto metodológico básico de la investigación social: La entrevista cualitativa. En *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, coordinado por María Luisa Tarrés, 63-130. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, El Colegio de México.

- Velasco, Ortiz M. Laura. 2001. Un acercamiento al método tipológico en sociología. En *Observar, Escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, coordinado por María Luisa Tarrés, 289-323. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, El Colegio de México.
- Vergara Quintero, María del Carmen. 2009. Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes Manizales, Colombia. *Revista Latinoamérica de ciencias sociales niñez y juventud* 7 (1): 105-33.
- Zambrano Plata, Gloria Esperanza. 2004. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismos y con el hijo por nacer las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal. *Revista Ciencia y Cuidado* 5 (1): 61-73.
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2884815.pdf>.
- Zamorski, Mark y Lee Green. 2001. NHBPEP Report on high blood pressure in pregnancy: a summary for family physicians. *American Family Physicians*; 64 (2): 263-70.
<http://cso07.colson.edu.mx:2060/docview/234254617/fulltextPDF/1339E30DCF265E0C1AF/1?accountid=10484>



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Anexos

Anexo 1. Clasificación socioeconómica

Para determinar el nivel socioeconómico de las mujeres, la institución hospitalaria utiliza un instrumento diseñado por el servicio de Trabajo Social de la Secretaría de Salud, este instrumento pretende medir las condiciones socioeconómicas del paciente y se integra por cinco dimensiones: 1) ingreso familiar en salarios mínimos relacionados con el número de dependientes económicos, 2) porcentaje del ingreso familiar destinado para la alimentación, 3) tipo de vivienda, 4) área geográfica, y 5) número de enfermos en el núcleo familiar. La suma de las puntuaciones de estas dimensiones ubica a la mujer en alguno de los 10 niveles socioeconómicos preestablecidos por la institución que se usan para estimar el pago que deben de realizar las pacientes por los servicios recibidos; en el caso de las mujeres que tienen seguro popular, igualmente se aplica el instrumento para realizar el cobro al Seguro Popular

La dimensión ingreso familiar en salarios mínimos relacionados con el número de dependientes económicos, tiene una puntuación mínima de 0 puntos y una máxima de 65 puntos. Se usa una tabla de doble entrada para poder ubicar la puntuación: por un lado, está una columna con nueve opciones, donde hay incrementos de un salario entre cada opción, las opciones van desde menos de 2 salarios mínimos hasta 16 y más; por otro lado, se encuentra el número de dependientes económicos que van de 1-2 hasta más de nueve dependientes (Tabla 32).

Tabla 32. Dimensión 1.

Ingreso familiar en salarios mínimos	Número de dependientes económicos				
	1-2	3-4	5-6	7-8	>9
PUNTUACIÓN					
Menos de 2	20	15	10	5	0
3-4	25	20	15	10	5
5-6	30	25	20	15	10
7-8	35	30	25	20	15
9-10	40	35	30	25	20
11-12	45	40	35	30	25
13-14	50	45	40	35	30
15-16	55	50	45	40	35
16 y más	65	60	55	50	45

Fuente: Instrumento de clasificación socioeconómica HIES-HIMES.

En la segunda dimensión se considera el porcentaje del ingreso económico que la familia destina para alimentación, los cuales van desde 21 por ciento hasta 71 por ciento. Los puntajes que se pueden establecer van de 1 a 10, donde a mayor ingreso dedicado a la alimentación, menor puntaje es asignado. Así, un punto equivale al 71 por ciento o más del ingreso familiar destinado a la alimentación, 2 puntos de 61 por ciento a 70 por ciento, y así sucesivamente hasta la puntuación de 10 que corresponde del 21 por ciento a 30 por ciento del ingreso (Tabla 33).

Tabla 33. Dimensión 2.

Porcentaje de ingreso familiar para la alimentación	Puntuación
71% o más	1
61% -70%	2
51%-60%	4
41%-50%	6
31%-40%	8
21%-30%	10

Fuente: Instrumento de clasificación socioeconómica HIES-HIMES.

La tercera dimensión está integrada por cinco indicadores: propiedad, acceso a servicios, material de construcción, hacinamiento y zona urbana; se les aplica un puntaje de uno a tres, siendo el puntaje total menor de la dimensión 5 y el más alto 15 (Tabla 34).

Tabla 34. Dimensión 3.

Tipo de vivienda	Puntuación
Rentada	1
Prestada	2
Propiedad pagada	3
Servicios públicos: agua, luz, drenaje, etcétera.	
0-1	1
2	2
3 o más	3
Material de construcción	
Lámina de cartón	1
Madera-lámina de asbesto	2
Cemento o ladrillo	3
Número de personas por dormitorio	
4-más	1
3	2
1-2	3
Zona de ubicación	
Rural	1
Sub-urbana	2
Urbana	3

Fuente: Instrumento de clasificación socioeconómica HIES-HIMES.

La cuarta dimensión está constituida por dos indicadores: la selección de área geográfica, que implica si la usuaria procede del área urbana o rural; la puntuación que se puede asignar es 6 o 15, dependiendo del área geográfica de donde procede la mujer (Tabla 35).

Tabla 35. Dimensión 4.

Área geográfica	Puntuación
Del municipio y su zona conurbana	15
Otros municipios y entidades federativas	6

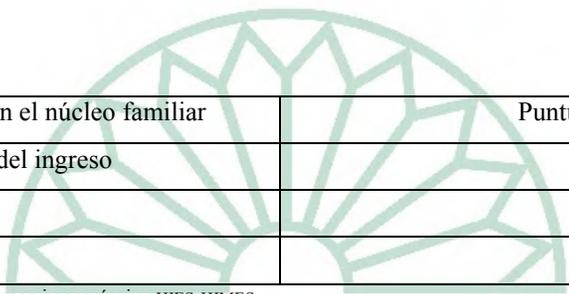
Fuente: Instrumento de clasificación socioeconómica HIES-HIMES.

Finalmente, la quinta dimensión cuestiona sobre la cantidad de enfermos en el hogar de la persona, el puntaje mínimo es cero y el máximo es cinco (Tabla 36).

Tabla 36. Dimensión 5.

Número de enfermos en el núcleo familiar	Puntuación
Tres o el portador principal del ingreso	0
Dos	2
Uno (incluye al paciente)	5

Fuente: Instrumento de clasificación socioeconómica HIES-HIMES.



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Anexo 2

Carta de consentimiento informado de las mujeres

Hermosillo, Sonora a _____ de 201_

Título del Estudio

Representaciones sociales de mujeres sobre la preeclampsia en Hermosillo, Sonora, 2009-2010.

Introducción y Propósito

Entiendo que se me ha solicitado participar en un estudio de investigación titulado “Representaciones Sociales de mujeres sobre la preeclampsia en Hermosillo, Sonora, 2009-2010”. Se me ha explicado que el propósito del estudio es conocer mi opinión con respecto a los cuidados que llevé durante mi embarazo, parto y puerperio; así como el conocimiento que tengo acerca de la enfermedad que padecí. Este estudio trata de comprender cómo las mujeres nos cuidamos en el embarazo, parto y puerperio, y las acciones que realizamos al llevar a cabo tales cuidados. Esta investigación permitirá ampliar el conocimiento con respecto a los cuidados que llevamos a cabo las mujeres, y con esta información se ayudará a otras a cursar su embarazo, parto y puerperio en forma más segura, con los menores riesgos posibles para la salud de la madre y su hijo

Sé que voy a ser entrevistada por el investigador principal y me realizará una serie de preguntas relacionadas con mi experiencia durante el embarazo, parto y puerperio, así como la enfermedad llamada preeclampsia que padecí.

Procedimiento

Comprendo que seremos mujeres a las que se nos entrevistará, la cual será contestada dependiendo de mi disponibilidad de tiempo.

Riesgos

Se me ha explicado que este estudio no tendrá riesgos, ya que únicamente se me harán preguntas relacionadas con los cuidados de mi embarazo, parto y puerperio, y no se realizará ningún procedimiento a mi persona; así mismo, entiendo que no habrá ningún tipo de represalia por las repuestas que se generen en detrimento de a mi persona o mis familiares, en lo concerniente a la futura atención médica que se requiera en cualesquier institución de salud.

Participación Voluntaria/Abandono

Tendré derecho a terminar a mi participación en cualquier momento, si así lo decido sin que se tomen represalias en mi persona.

Preguntas

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio, podré comunicarme a El Colegio de Sonora con la Doctora Patricia Aranda Gallegos, al teléfono 2 50 53 00, extensión 2424, en un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 AM a 2:00 PM. O al correo electrónico pag@colson.edu.mx.

Confidencialidad

Se me explicó que ningún dato personal será revelado a ninguna persona, de tal forma que no podré ser identificada por ningún medio; así mismo, las respuestas que se generen durante la entrevista no se darán a conocer, salvo a mi previa autorización.

Consentimiento para participar en el estudio de investigación

El MCE Julio Alfredo Garcia Puga me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio, incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación, así como optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma y nombre de la participante

Firma y nombre del cónyuge

Firma y nombre del investigador

Firma y nombre del primer testigo

Firma y nombre del segundo testigo

EL COLEGIO

DE SONORA

BIBLIOTECA

GERARDO CORNEJO MURRIETA

Anexo 3. Guías de observación

Guía de observación sala de espera de consulta externa

Objetivo: Observar cuál es el itinerario institucional de las mujeres para acceder a consulta externa, y la dinámica en la sala de espera de la consulta ginecoobstétrica

Lugar: Sala de espera HIMES

Hora:

Entrada al campo

- Mis movimientos en el lugar

Descripción del escenario y actividades

- Condiciones ambientales
- Dimensiones
- Distribución
- Rasgos de la sala de espera

Descripción de los actores (enfermería, medicina, administrativo, usuarios)

- Posición de los actores
- Características de los actores

Itinerario institucional de la mujer

- Compañía de la mujer
- A dónde fue primero
- Qué hizo
- Con quién se dirigió
- Qué pasó después
- Cuánto tiempo tardó: los puntos de la trayectoria

Salida del campo

Guía de observación consulta de urgencias

Objetivo: Conocer la trayectoria de las mujeres que acuden a consulta de urgencias

Hora:

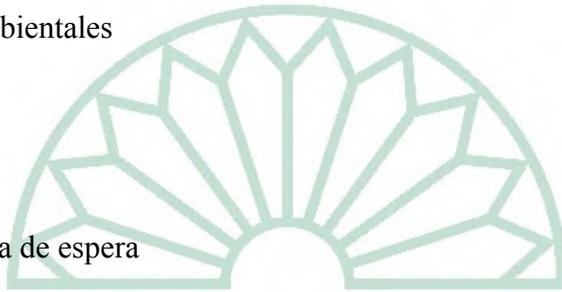
Lugar: Consulta de urgencias HIMES

Entrada al campo

- Mis movimientos en el lugar

Descripción del escenario y actividades

- Condiciones ambientales
- Dimensiones
- Distribución
- Rasgos de la sala de espera



Descripción de los actores

- Posición de los actores
- Características de los actores

Itinerario institucional de la mujer

- Compañía de la mujer
- A dónde fue primero
- Qué hizo
- Con quién se dirigió
- Qué pasó después

Salida del campo

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Guía de observación del módulo de enfermería

Objetivo: Conocer cuáles son las prácticas que desarrollan las enfermeras en el módulo de enfermería

Lugar: Módulo de enfermería HIMES

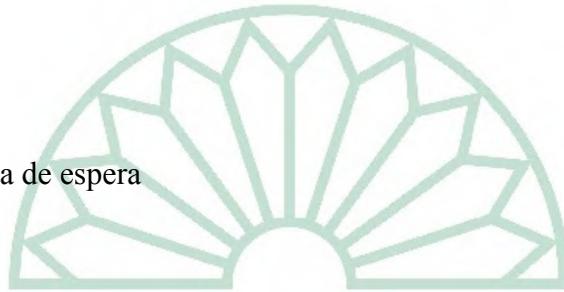
Hora:

El escenario:

- Condiciones ambientales
- Dimensiones
- Distribución
- Rasgos de la sala de espera

Los actores

- Descripción de los actores
- Prácticas de los actores
- Interacción de las mujeres y las enfermeras
- Cuestiones técnicas de toma de peso y presión arterial
- Comunicación entre las enfermeras y las mujeres



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Anexo 4

Guía entrevista semi-estructurada para mujeres

Fecha: _____

Tipología: _____

Cedula de identificación

Nombre: _____

Edad: _____

Escolaridad

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Dirección: _____

Servicio médico: _____

Gesta: Para: Aborto: Cesárea: _____

Antecedentes hipertensión: si ___ no ___ quién: _____

Antecedentes preeclampsia: si: ___ no: ___ quién: _____

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación

Representaciones sociales

1. Si le tuviera que platicar a una amiga lo que es la preeclampsia, ¿qué le diría?
2. ¿Por qué las mujeres se enferman de preeclampsia?
3. ¿Cómo puede saber una mujer si tiene preeclampsia?
4. ¿Qué se siente en el cuerpo tener esta enfermedad?
5. ¿Cómo se puede prevenir la preeclampsia?
6. Cuando supo que tenía esta enfermedad, ¿qué pensó que pasaría?
7. ¿Qué opina acerca de esta enfermedad?
8. ¿Quién le dio información acerca de la enfermedad?
9. ¿Qué fue lo que le dijo?

Prácticas de autoatención

1. ¿Me podría platicar cómo se cuidó durante su embarazo?
 - a) *Alimentación:*
¿Cuáles alimentos debe de consumir?
¿Cuáles alimentos debe de evitar?
 - b) *Ayuda de redes sociales*
¿Quién te ayudó a cuidarte durante tu embarazo?
¿En qué te apoyó tu –mamá, suegra, etcétera- para cuidarse en su embarazo?
 - d) *Ejercicio-reposo-sueño*
 - e) *Higiene*

Prácticas de atención

1. ¿Dónde llevó su control prenatal?
2. ¿Qué cuidados –tratamiento- le indicó el personal de la institución que llevara a cabo?
3. De los cuidados que le dijeron, ¿cuáles realizó?
4. ¿Por qué –sí o no- los llevó a cabo?

Trayectoria de atención

1. ¿En qué momento usted se dio cuenta o pensó que algo podría estar pasando con su salud o que tenía la enfermedad?
2. Al saber que tenía la enfermedad, ¿qué hizo para tratar de curarse?
3. Saber que tuvo la enfermedad, ¿en qué cambió la forma en que cuidaba su salud?
4. ¿Llevó algún tratamiento alternativo al médico? ¿Cuál?

Anexo 5

Guía de entrevista personal de enfermería

ID: _____

Sexo: masculino: ___ femenino: ___

Años de experiencia laboral como enfermera: _____

Institución (Universidad) donde cursó la carrera de enfermería: _____

Tiene preparación académica en enfermería obstétrica: si ___ no ___

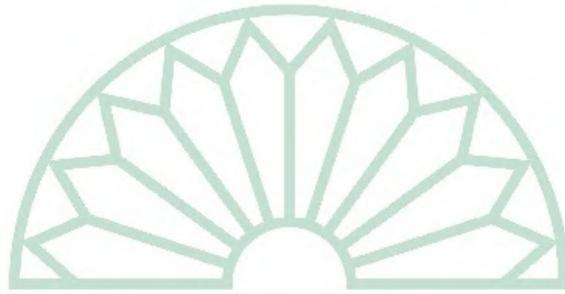
¿Ha tomado cursos específicos de actualización en obstetricia?

¿Cuáles? _____

¿Hace cuánto? _____

1. ¿Qué es la preeclampsia?
2. ¿Por qué se presenta este problema, cuál es su causa?
3. ¿Cómo se clasifica la preeclampsia?
4. ¿Cuáles son los criterios para diagnosticar preeclampsia?
5. ¿Cuál es el tratamiento de la preeclampsia?
6. ¿En su formación en qué semestre le enseñaron sobre la preeclampsia?
7. ¿Qué es lo que una mujer debe hacer en caso de que padezca preeclampsia?
8. ¿Qué es lo que no debe hacer una mujer que padece preeclampsia?
9. ¿Hay alguna forma de evitar las complicaciones de la preeclampsia?
10. ¿Cómo afecta al hijo el hecho de que la madre padezca preeclampsia?
11. ¿Cómo afecta a la madre el hecho de padecer preeclampsia?
12. ¿Cómo puede identificar la mujer que padece preeclampsia cuando se están presentando complicaciones?
13. ¿Podría decirme qué es lo que hace usted cuando llega una mujer con preeclampsia?
14. ¿Qué les recomienda a las mujeres que padecen preeclampsia?
15. ¿Cuáles son los síntomas o signos de alarma en una mujer que padece preeclampsia?
16. ¿En qué situaciones una mujer con preeclampsia debe acudir al servicio médico?
17. ¿En base a qué (organismo o bibliografía) se basa el diagnóstico de preeclampsia?
18. ¿Cómo considera que son las condiciones donde se desarrolla su práctica?
19. ¿Falta algo?
20. ¿Qué podría mejorarse?
21. ¿Cómo podría mejorarse?
22. ¿Qué es lo que debe hacer una mujer para tener una consulta?

23. ¿Hay alguna limitante para que las mujeres accedan a la consulta?
24. Si una mujer es referida por preeclampsia, ¿qué se hace?
25. Si se detecta una mujer con preeclampsia, ¿qué se hace?
26. ¿Hay alguna diferencia en los trámites que debe hacer una mujer si cuenta con seguro popular o si no tiene? ¿Cuál es la diferencia?
27. ¿Podría platicarme cuál es la trayectoria que recorre una mujer desde que llega a la sala de espera hasta que entra a la consulta?
28. ¿Cómo se canaliza una mujer?
29. ¿Cuál es la técnica con la cual toma la presión arterial?



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Anexo 6

Guía de entrevista personal médico

ID: _____

Sexo: masculino: ___ femenino: ___

1. Médico adscrito: sí ___ no ___

2. Médico residente: sí ___ no ___

3. Médico interno: sí ___ no ___

Grado de residencia: R1 ___ R2 ___ R3 ___

Experiencia laboral previa a la residencia: sí ___ no ___

Años de experiencia laboral como ginecoobstetra : _____

Institución (universidad) donde cursó la carrera de medicina: _____

¿En su formación en qué semestre le enseñaron sobre la preeclampsia? _____

Lugar donde realizó la residencia medica de obstetricia y ginecología: _____

Tiene preparación académica en enfermería obstétrica: sí ___ no ___

¿Ha tomado cursos específicos de actualización en obstetricia-preeclampsia? _____

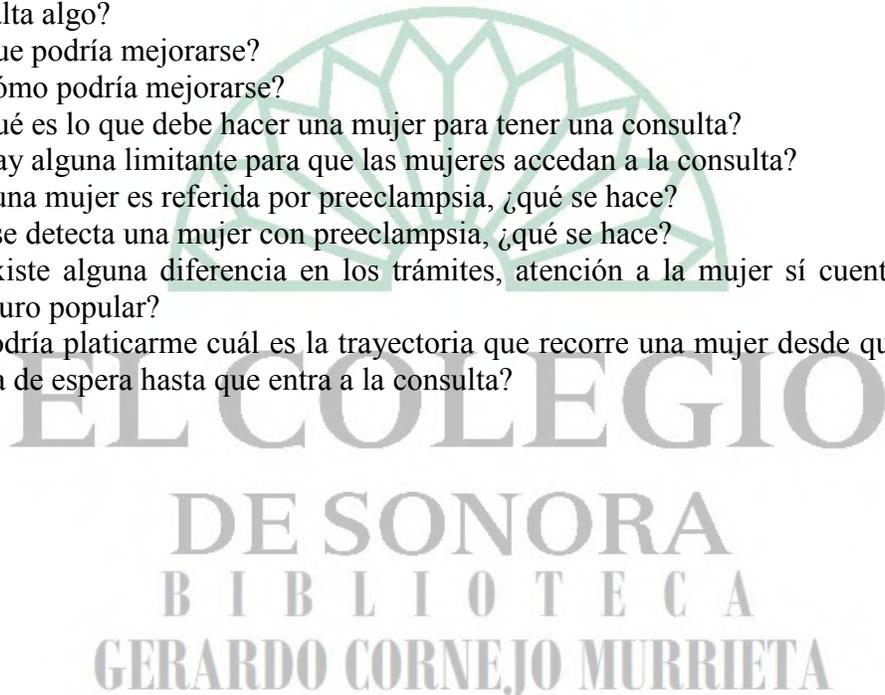
¿Cuáles?

¿Hace cuánto?

¿Qué se estudió en ese curso?

1. ¿Qué es la preeclampsia?
2. ¿Por qué se presenta este problema, cuál es su causa?
3. ¿Cómo se clasifica la preeclampsia?
4. ¿Cuáles son los criterios para diagnosticar preeclampsia?
5. ¿Cuál es el tratamiento de la preeclampsia?
6. ¿Qué es lo que una mujer debe hacer en caso de que padezca preeclampsia?
7. ¿Qué es lo que no debe hacer una mujer que padece preeclampsia?
8. ¿Hay alguna forma de evitar las complicaciones de la preeclampsia?
9. ¿Cómo afecta al hijo el hecho de que la madre padezca preeclampsia?
10. ¿Cómo afecta a la madre el hecho de padecer preeclampsia?

11. ¿Es posible que una mujer que padece preeclampsia sepa cuándo se están presentando complicaciones?
12. ¿Podría decirme qué es lo que hace usted cuando llega una mujer con preeclampsia?, ¿describirme su práctica médica?
13. ¿Qué les recomienda a las mujeres que padecen preeclampsia?
14. ¿Cuáles son los síntomas o signos de alarma en una mujer que padece preeclampsia?
15. ¿En qué situaciones una mujer con preeclampsia debe acudir al servicio médico?
16. ¿Cómo considera que está el sistema de salud para atender a las mujeres que padecen preeclampsia, es suficiente, adecuado?
17. ¿Se difunde suficiente información con respecto al problema de la preeclampsia?, ¿cree que debería darse más información al público o considera que es adecuado lo que actualmente se maneja?
18. ¿Cómo considera que son las condiciones donde se desarrolla su práctica?
19. ¿Falta algo?
20. ¿Que podría mejorarse?
21. ¿Cómo podría mejorarse?
22. ¿Qué es lo que debe hacer una mujer para tener una consulta?
23. ¿Hay alguna limitante para que las mujeres accedan a la consulta?
24. Si una mujer es referida por preeclampsia, ¿qué se hace?
25. Si se detecta una mujer con preeclampsia, ¿qué se hace?
26. ¿Existe alguna diferencia en los trámites, atención a la mujer sí cuenta o no con seguro popular?
27. ¿Podría platicarme cuál es la trayectoria que recorre una mujer desde que llega a la sala de espera hasta que entra a la consulta?

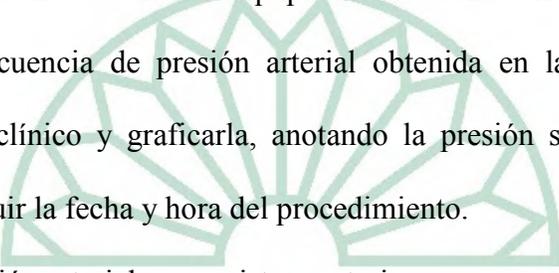


Anexo 7. Técnica de toma de presión arterial⁹⁶

1. Trasladar el equipo a la unidad del paciente.
2. Verificar datos de identificación del paciente. Llamarle por su nombre.
3. Lavarse las manos.
4. Explicar el procedimiento al paciente.
5. Colocar al paciente en posición sedente o decúbito dorsal y descubrirle el brazo y el antebrazo.
6. Colocar el brazalete alrededor del brazo 2.5 cm arriba del espacio antecubital (arriba del codo), verificando que el brazalete esté totalmente sin aire (desinflado). El indicador de la presión debe marcar cero.
7. Localizar el pulso braquial (arteria braquial) con la yema de los dedos índice y medio (situados en la parte interna del espacio antecubital).
8. Colocarse las olivas del estetoscopio en los oídos y colocar la cápsula del estetoscopio sobre la arteria braquial en el brazo del paciente elegido para la toma.
9. Cerrar la válvula de la perilla insufladora del esfigmomanómetro, utilizando el tornillo.
10. Insuflar el brazalete hasta que el indicador de presión (columna de mercurio o manómetro) marque 200 MmHg.
11. Desinflar gradualmente el brazalete, abriendo lentamente la válvula de la perilla del esfigmomanómetro y dejar salir el aire a una velocidad aproximada de 2 a 3 MmHg.

⁹⁶ Existen diferentes fuentes de consulta para la toma y valoración de signos vitales, sin embargo, retomamos las recomendaciones del laboratorio PISA. Signos vitales, tomado de http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_1.htm.

12. Escuchar el primer latido que corresponde a la presión sistólica o máxima (fase I de Korotkoff).
13. Continuar disminuyendo la presión del brazalete hasta que se deje de escuchar el latido del pulso, el último latido o cambio brusco de la intensidad corresponde a la presión diastólica o mínima (fase V de Korotkoff).
14. Desinflar por completo el brazalete y el estetoscopio del sistema de toma de presión.
15. Limpiar las olivas y cápsula del estetoscopio con una torunda humedecida en solución desinfectante. Guardar el equipo en su estuche correspondiente.
16. Registrar la frecuencia de presión arterial obtenida en la hoja correspondiente del expediente clínico y graficarla, anotando la presión sistólica, diastólica y la diferencial. Incluir la fecha y hora del procedimiento.
17. Compare la presión arterial con registros anteriores.



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA