



Enfermería Universitaria

ISSN: 1665-7063

rev.enfermeriauniversitaria@gmail.com

Universidad Nacional Autónoma de

México

México

Vega-Morales, E.G.; Torres-Lagunas, M.A.; Patiño-Vera, V.; Ventura-Ramos, C.; Vinalay-Carrillo, I.

Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México

Enfermería Universitaria, vol. 13, núm. 1, 2016, pp. 12-24

Universidad Nacional Autónoma de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358744857003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

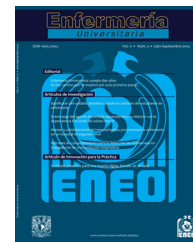
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Enfermería Universitaria

www.elsevier.es/reu



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México



E.G. Vega-Morales^a, M.A. Torres-Lagunas^{b,*}, V. Patiño-Vera^c, C. Ventura-Ramos^c
e I. Vinalay-Carrillo^d

^a Unidad de Investigación, Departamento de Enfermería, Coordinación de Guías de Práctica Clínica de Enfermería, Hospital Escuela Dr. Agustín O'Horán, Secretaría de Salud de Yucatán, Mérida, Yucatán, México

^b División de Estudios de Posgrado, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. México

^c División de Estudios Profesionales, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. México

^d Facultad de Enfermería, Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán, Minatitlán, Veracruz, México

Recibido el 13 de octubre de 2014; aceptado el 30 de noviembre de 2015

Disponible en Internet el 12 de enero de 2016

PALABRAS CLAVE

Preeclampsia;
Experiencias de vida;
Enfermería;
Embarazo;
Enfermería
obstétrica;
Investigación
cualitativa;
México

Resumen

Objetivo: Analizar la experiencia de vivir con preeclampsia en el contexto de la vida cotidiana de un grupo de mujeres del Estado de México que asisten al Hospital General de Chimalhuacán.

Método: Investigación cualitativa de abordaje fenomenológico, hermenéutico con enfoque teórico de Alfred Schütz. La muestra fue definida por medio del criterio de saturación teórica. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada y analizados con el método de van Manen. Seis criterios de rigor científico se utilizaron: credibilidad, transferibilidad, consistencia, confirmabilidad, relevancia y adecuación teórico epistemológica.

Resultados: Emergieron 5 categorías: 1) significado de la preeclampsia en la vida cotidiana; 2) experiencia de la dimensión física y emocional de vivir con preeclampsia; 3) interpretación del autocuidado en la vida cotidiana de la mujer con preeclampsia; 4) redes de apoyo que ayudan a sobrevivir la experiencia de tener preeclampsia; y 5) significado de los servicios de salud.

Conclusiones: La preeclampsia es una enfermedad del embarazo de origen multifactorial y una de las principales causas de muerte materna en México, con impacto significativo en los servicios de salud. Se demuestra que en las mujeres con preeclampsia se potencializa su vulnerabilidad y riesgo de morir, al vivir en crisis, pues se ve trastocada y alterada su vida cotidiana, no solo en los aspectos biológicos al sentir malestares físicos y corporales, sino también en la parte

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelestorres@comunidad.unam.mx (M.A. Torres-Lagunas).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

KEYWORDS

Pre-eclampsia;
Life experiences;
Nursing;
Pregnancy;
Obstetric nursing;
Qualitative research;
Mexico

PALAVRAS-CHAVE

Pré-eclâmpsia;
Experiências de vida;
Enfermagem;
Gravidez;
Enfermagem
obstétrica;
Pesquisa qualitativa;
o México

emocional. Se observó la capacidad de auto-eco-socio-organización para equilibrar su entorno y vida cotidiana. Se ratificó que las redes de apoyo familiar y social son dadoras de bienestar e indispensables para fortalecer el cuidado.

Derechos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

Daily life and pre-eclampsia: Experiences of women at the State of Mexico**Abstract**

Objective: To analyze the experience of living with pre-eclampsia among women at the State of Mexico who are attended at the General Hospital of Chimalhuacan.

Method: This is a qualitative research with a phenomenological and hermeneutic approach with the theoretical focus of Alfred Schütz. The sample was defined using the criteria of theoretical saturation. Data were collected through a semi-structured interview and analyzed using the Van Manen method. Six scientific rigor criteria were used: credibility, transferability, consistency, confirmability, relevance, and theoretical and epistemological adequacy.

Results: Five categories emerged: 1) meaning of pre-eclampsy in daily life, 2) physical and emotional experience of living with pre-eclampsy, 3) interpretation of self-care in the daily life of women with pre-eclampsy, 4) supporting networks which help women survive the experience of having pre-eclampsy, and 5) meaning of the Health Services.

Conclusions: Pre-eclampsy, a multi-factorial pregnancy illness with a high impact on Health Services, is one of the main causes of maternal deaths in Mexico. Because of their living in constant crisis, women with pre-eclampsy have higher vulnerability and risk of death, and their lives are affected both physically and emotionally. Here, it was ratified that supporting networks are critical to address this problem and strengthen these women's capacity to achieve a balance in their environment and daily life.

All Rights Reserved © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

Vida cotidiana e pré-eclâmpsia: Experiências de mulheres do Estado do México**Resumo:**

Objetivo: Analisar a experiência de viver com pré-eclâmpsia no contexto da vida cotidiana de um grupo de mulheres do Estado do México que assistem ao Hospital General de Chimalhuacán.

Método: Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, hermenêutica com enfoque teórico de Alfred Schütz. A amostra foi definida utilizando o critério de saturação teórica. Os dados foram coletados a través de uma entrevista semiestruturada e analisados com o método de Van Manen. Seis critérios de rigor científico utilizaram-se: credibilidade, transferibilidade, consistência, confirmação, relevância e adequação teórico epistemológica.

Resultados: emergiram 5 categorias: 1) significado da pré-eclâmpsia na vida cotidiana, 2) experiência da dimensão física e emocional de viver com pré-eclâmpsia, 3) interpretação do autocuidado na vida cotidiana da mulher com pré-eclâmpsia, 4) redes de apoio que ajudam a sobreviver a experiência de ter pré-eclâmpsia, e, 5) significado dos serviços de saúde.

Conclusões: a pré-eclâmpsia é uma doença de gravidez de origem multifatorial e uma das principais causas de morte materna no México com impacto significativo nos serviços de saúde. Mostra-se que nas mulheres com pré-eclâmpsia potencializa-se sua vulnerabilidade e risco de morrer, no viver em crise, pois vê-se modificada e alterada sua vida cotidiana, não só nos aspectos biológicos ao sentir mal-estares físicos e corporais, senão também na parte emocional. Observou-se a capacidade de auto-eco-sócio-organização para equilibrar o seu entorno e vida cotidiana. Ratificou-se que as redes de apoio familiar e social são dadoras de bem-estar e indispensáveis para fortalecer o cuidado.

Direitos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

Introducción

La mortalidad materna es un problema de salud pública y de justicia social reconocido mundialmente¹, considerado como indicador de desarrollo social de los países², vinculado al acceso de los servicios de salud³, a la calidad de atención⁴ y a las inequidades por razón económica y de género⁵. En México, en el 2013 la tasa de mortalidad materna fue de 38.2 por cada 100,000 nacidos vivos, equivalente a 861 muertes maternas⁶. Dentro de las principales causas de morbilidad se encontraron las enfermedades hipertensivas del embarazo como son la preeclampsia, la eclampsia y el síndrome de HELLP con un 24.9%.

La preeclampsia es una complicación multifactorial y multisistémica^{7,8} del embarazo, que se presenta después de la semana 20 de gestación en mujeres previamente normotensas, pero que puede desarrollarse antes en presencia de enfermedad trombotológica^{9,10}. Se caracteriza por hipertensión (presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg) y proteinuria (> 300 mg/24 h), aunque para el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología este dato clínico de proteinuria ya no es necesario para el diagnóstico¹¹. Esta enfermedad se vincula con la cobertura y calidad de los servicios de salud y afecta principalmente a poblaciones vulnerables desfavorecidas por su condición socioeconómica y social, que presentan alto riesgo de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio entre las que destacan la insuficiencia cardíaca (9%), insuficiencia renal aguda (5%) y coagulopatía (2%), entre otras¹².

La investigación en el campo de la mortalidad materna y sus complicaciones se ha desarrollado fundamentalmente desde la perspectiva biomédica^{13,14}. Pocos son los estudios que han explorado los aspectos de la vida cotidiana de las mujeres que viven la experiencia de tener preeclampsia desde una perspectiva fenomenológica¹⁵ o los que vinculan la relación entre mortalidad y preeclampsia desde las circunstancias de las mujeres en desventajas sociales y culturales, en donde la mortalidad se ha asociado con ingreso bajo, analfabetismo, baja escolaridad, etnicidad y condición de migración¹⁶⁻¹⁸. Cuatro estudios cualitativos en el contexto colombiano relacionados con este padecimiento sirven como antecedente a esta investigación. En el primero Laza Vásquez y Pulido Acuña en el 2014¹⁹ describieron las experiencias vividas de 10 mujeres gestantes con preeclampsia severa, entre 20-42 años, la mayoría de bajo nivel socioeconómico, que viven en unión libre, provenientes de familia nuclear, con formación universitaria, embarazos no planeados y que experimentaron la preeclampsia por primera vez. Surgieron 3 categorías: a) la vivencia como una dura travesía; con subcategorías hospitalización y soporte. La estancia hospitalaria les generó afectación emocional, física y social, como tristeza, soledad, incertidumbre, desilusión, aislamiento familiar, estrés, temor; dolor, alteraciones del sueño, pérdida de orientación en tiempo, desvinculación familiar, percepción de falta de información, así como de ambiente frío y desagradable. El soporte espiritual contrarrestó la soledad, la incertidumbre y el miedo a la enfermedad. El apoyo de la familia en especial de la madre y el esposo fue significativo para el sostén emocional y físico. Ellos fueron mediadores de la conexión y

el cuidado de los hijos de casa y del recién nacido hospitalizado; hubo reciprocidad en la relación con los profesionales de enfermería en cuanto a información, orientación, apoyo y trato humano, mismos que fueron efectivos para mitigar la angustia, el miedo y la toma de decisiones. b) La vivencia de un hijo prematuro con subcategorías hospitalización en áreas críticas y cuidado en el hogar. c) Cómo enfrentar la preeclampsia. Las participantes que padecieron la enfermedad por primera vez reclamaron la falta de información que va más allá de la preparación para los signos y síntomas de alarma para la detección y enfrentamiento de la enfermedad, es decir, la falla en la implicación acerca de la prolongación hospitalaria, separación de la familia, resultado de niño prematuro; situaciones que deberían considerarse durante la consulta prenatal.

En el segundo estudio Pérez et al. 2009²⁰ determinaron 4 necesidades humanas para la vida y la salud desde la percepción de 8 gestantes con diagnóstico de preeclampsia leve. Las necesidades fisiológicas fueron primordiales (sueño, respiración, presión arterial, descanso, alimentación, variación de los síntomas: como cefalea y fosfenos) seguidas por las de seguridad (tranquilidad y evitar complicaciones), de amor (expresar las emociones, temores y necesidades con la familia y equipo de salud) y de autorrealización (satisfacer la curiosidad de información acerca de la enfermedad y hacer uso de los recursos disponibles como las instalaciones sanitarias). Se recalca el papel del profesional de enfermería para administrar el cuidado de la gestante con preeclampsia en las diversas áreas: promoción y protección específica, tratamiento oportuno y limitación del daño, con intervenciones precisas (educación, acompañamiento, supervisión, interpretación de las necesidades, ofrecimiento de ambientes favorables para llevar a cabo prácticas seguras).

En el tercer estudio, Pérez²¹, en el 2011, entrevistó a 10 mujeres puerperas, en su mayoría casadas, entre 24 y 35 años, con nivel de escolaridad mínima técnica, el 50% con actividades fuera del hogar y con seguridad social, con el fin de explorar el significado que le asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia. surgieron 4 categorías: a) embarazo como proceso normal (donde la cefalea y el edema son considerados normales), b) reacciones ante el diagnóstico (reaccionan con temor por el riesgo de morir y pesimismo manifestado por susto, llanto, desesperación, angustia, preocupación, miedo, rabia, impotencia, insomnio, anorexia, dolor y desgano), c) desinformación (exteriorizada por ignorancia de los signos y síntomas de alarma: edema, dolor, aumento de peso, alteraciones urinarias, fosfenos; creencias erróneas y automedicación), d) la esperanza ante la realidad (manifestada por optimismo, confianza, tranquilidad y fe en un ser supremo). En este estudio se evidencia la utilidad de las guías y normas técnicas de atención y la necesidad de incluir en ellas orientaciones para el cuidado de enfermería considerando los resultados obtenidos.

En la cuarta y última investigación, Laza et al.²², en 2014, estudiaron la preeclampsia severa y sus causas desde la perspectiva de 10 mujeres con edades entre 20-42 años; en su mayoría puerperas, de estrato socioeconómico bajo-medio, estado civil, unión libre, padecimiento de preeclampsia severa por primera vez y embarazos no planeados. Surgieron 2 categorías: a) *percepción de la preeclampsia*: la

apreciación fue de forma «inesperada y sin avisar», esperarla con resignación y angustia. El padecimiento se construyó desde las dimensiones de peligrosidad y capacidad de causar muerte y secuelas posteriores a la gestación. Además, como algo «ajeno» e imposible de controlar; que generó impotencia y resignación; y b) *percepción de la causa*, se evidenció con 3 elementos: 1) falta de cuidados durante la gestación. No disminuir las actividades cotidianas, conjugar actividades como trabajar y estudiar, jornadas laborales extendidas, no permitirse el descanso durante el día y acostarse a altas horas de la noche; no asistir a los controles prenatales, prácticas alimentarias como la disminución de la ingesta de sal, azúcar, grasas y las harinas, así como el aumento en la ingestión de las proteínas de origen animal y las verduras, fueron algunas que se llevaron a cabo; otras de tipo cultural que se consideraron de utilidad para la disminución de las cifras de la presión arterial, como es el caso de la infusión de perejil con ajo. 2) Predisposición a la enfermedad. Y 3) problemas familiares, personales y laborales: preocupaciones y dificultades en el seno del hogar fueron el origen de los más importantes. Se recomienda una atención y cuidado particular por parte de los profesionales de la salud, fomentar el diálogo y la escucha para conocer las percepciones y puntos de vistas, esto ayuda a disminuir la vivencia de gravedad y muerte. Se hace necesario preparar a las gestantes para el impacto emocional y asumir un cuidado de enfermería diferenciado e integral.

En este contexto, cada muerte materna, independientemente de su magnitud, trasciende a dimensiones no cuantificables debido al impacto que tiene en las familias que sufren la pérdida, por lo que es una prioridad prevenirla. En este sentido cuando la mujer asiste a consultas prenatales, es fundamental que conozca los factores facilitadores y las dificultades que pueden enfrentar en su vida cotidiana, por medio de los testimonios de otras embarazadas que presentaron preeclampsia para evitar riesgos e identificar experiencias de cuidado como: percibir las señales corporales de malestar, seguir una alimentación adecuada, descansar, evitar situaciones de estrés, asistir a las consultas prenatales y buscar ayuda en caso necesario, a través de movilización de redes sociales y familiares de apoyo, de tal forma que la mujer pueda estructurar en su vida cotidiana acciones de cuidado¹⁷.

A partir de los hallazgos de estos estudios podemos señalar que el estudiar la experiencia de presentar preeclampsia, de acuerdo con el testimonio de la propia protagonista, es de gran valor y hace posible y comprensible la búsqueda del significado de la enfermedad, al identificar el modo en que la persona experimenta el fenómeno. Nos acerca a su entorno físico y de salud desde la historia de la persona, en tiempo, espacio e interacción con otros, permitiéndonos identificar cómo influye el entorno en las conductas de salud-enfermedad y conocer cómo afronta las disrupciones de sus relaciones durante esta problemática de salud.

La perspectiva de enfermería en este contexto es esencial para prevenir las muertes maternas y las complicaciones por preeclampsia, pues el personal de enfermería es un recurso humano fundamental que favorece desde la prevención primaria la accesibilidad a los servicios de salud, al cuidado prenatal, a la consejería e información suficiente para el cuidado e identificación de síntomas de alarma, que

conduzcan a una atención oportuna y la construcción de intervenciones domiciliarias y educativas integrales cultural y socialmente apropiadas, con el fin de prevenir complicaciones en el embarazo y promover el propio cuidado, la monitorización de la salud y la movilización de redes de apoyo en caso necesario²³⁻²⁵.

El referencial teórico utilizado para este estudio se basó en la perspectiva fenomenológica de Alfred Schütz^{25,26}, quien refiere que la comprensión es la forma particular de cómo el pensamiento del sentido común conoce al mundo social y cultural; en donde la relación sujeto-objeto es subjetivista, pues las acciones y procesos humanos se explican a partir de las interpretaciones que hacen los sujetos de sus propias acciones; en donde se unen el sujeto y el objeto por medio de la idea de estar en el mundo y el investigador se dirige al mundo percibido porque entiende que la percepción permite el acceso a la vivencia²⁷. El sujeto^{28,29} realiza acciones cargadas de significados y sentido; aunque el actor no haya tenido intención de significar algo, su acción puede ser interpretada por el otro, de esta forma, la vida cotidiana se expresa en las relaciones de los actores sociales, en cómo estos comprenden y constituyen la realidad o espacio donde llevan a cabo actos y acciones definidas como experiencias que tienen sentido.

Etimológicamente, el término vida cotidiana se deriva del latín «quotidiānus, de quotidiē, quiere decir cada día, diariamente³⁰. Su adjetivo hace referencia a «algo que sucede o se hace de manera habitual, rutinariamente», algo que es «natural». Sus sinónimos son: diario, habitual, acostumbrado, usual, frecuente, ordinario, común y corriente. La vida cotidiana desde la teoría comprensiva fenomenológica social de Alfred Schütz^{26,27,29} implica la observación de actos y la comprensión de significados de ciertas acciones, que se dan en una realidad social subjetiva que se expresa en las relaciones de las y los actores sociales; y en cómo estos comprenden y constituyen la realidad o escenario básico de la acción e interacción denominado mundo de la vida cotidiana.

En el mundo social de la vida cotidiana³¹, los sujetos viven en una actitud natural, la materia prima es el sentido común y estos dos elementos están estrechamente ligados con la intersubjetividad. El aquí se define porque se reconoce un allí, donde está el otro. El sujeto puede percibir la realidad poniéndose en el lugar del otro, esto es lo que permite al sentido común reconocer a otros como análogos al yo. Es en la intersubjetividad donde podemos percibir ciertos fenómenos que escapan al conocimiento del yo, pues el sujeto no puede percibir su experiencia inmediata, pero sí percibe las de los otros, en tanto le son dadas como aspectos del mundo social. La vida cotidiana, entonces, evoca al mundo vivido, al sentido común, a la intersubjetividad, al mundo constituido por las acciones y actos humanos del día a día a partir de la biografía y experiencia inmediata vivida de cada persona^{17,32,33}.

El sujeto está determinado por su biografía y por su experiencia inmediata. Lo primero alude a que cada sujeto se sitúa de una forma particular y específica en el mundo; su experiencia es única e irrepetible y es ahí donde el sujeto capta y aprehende la realidad y desde ese lugar se significa a sí mismo³⁴, sus actos y acciones sociales conllevan a una comunicación concreta con otros como producto de sus retenciones y recuerdos anteriores, pero que incluye

pretensiones a futuro de sucesos relacionados con la experiencia presente²⁹. Para Schütz²⁶ solo una parte del conocimiento se origina dentro de la experiencia personal, pues en su mayor parte es de origen social, ha sido transmitida por otros sujetos, que enseñan a sus semejantes a significar el entorno. El mundo del sentido común, el mundo de la vida permite anticipar ciertas conductas para que el sujeto se desarrolle en su entorno.

La vida cotidiana, entonces, es nuestra realidad fundamental, suprema e inminente, el mundo de la vida diaria e intersubjetiva de las y los sujetos en el mundo del sentido común, en donde el ser humano actúa, interviene y modifica mientras opera en ella mediante su persona y la interacción con otros. Incluye la acción social o experiencia vivida; la realidad social o mundo de la vida socio-cultural dentro de la cual las personas transitan su día a día, la interacción social intersubjetiva definida por el sujeto en relación con otros a partir de su configuración biográfica que alude a que cada sujeto que vive en el mundo social, está determinado por su experiencia inmediata, la cual es única, singular y diferente a la de los otros sujetos. Las personas poseemos un repositorio de conocimiento disponible o almacenamiento pasivo de experiencias, que pueden ser recuperadas en el aquí y el ahora para constituir una nueva experiencia, y comprender nuevos fenómenos sin necesidad de experimentarlos o de iniciar un proceso reflexivo para ordenar cada una de las vivencias que transcurren.

El estudio de la vida cotidiana nos permite entonces acceder a la realidad de las acciones sociales e intersubjetivas que se establecen en el mundo cotidiano, para comprender y develar la vivencia de experiencias desde el contexto en el que se presentan, por lo tanto, se facilita con ello la investigación de comportamientos tanto individuales como de grupos sociales que viven en una situación típica en el mundo cotidiano, como es el caso de la vivencia que experimentan las mujeres que presentan preeclampsia.

La aproximación fenomenológica a través de la investigación cualitativa³⁵ es la herramienta idónea que nos permite el abordaje de la vida cotidiana para la comprensión de los procesos que experimentan las personas en relación con la atención a su salud, en particular para la comprensión de la vivencia de tener preeclampsia. Múltiples ejemplos han mostrado que: aspectos culturales, desconocimiento o insuficiente información e incompatibilidad de programación de los servicios con las circunstancias de vida de los usuarios o bien actitudes de los profesionales han impedido que acciones dirigidas a la atención prenatal puedan ser aplicadas y que los servicios disponibles sean utilizados³⁶. Es por esta razón que se hace necesario conocer la perspectiva de las mujeres embarazadas que presentan preeclampsia para conocer sus experiencias y significados, y a partir de ellos dirigir intervenciones integrales de enfermería que incorporen aspectos psicosociales y subjetivos de su vida cotidiana, además de los biomédicos. La perspectiva fenomenología abre caminos para la comprensión y análisis del conocimiento del mundo que tienen los sujetos. Es una perspectiva fundamentada en la vivencia y la intuición, más que en el análisis y la explicación^{29,37}. También, basada en la comprensión del sentido de las acciones y en la identificación de las motivaciones, para llegar a las dimensiones explicativas que nos permitan entender el sentido de la acción cuando se tiene una inaccesibilidad de la conciencia del otro²⁹.

Objetivo

Analizar la experiencia de vivir con preeclampsia, en el contexto de la cotidianidad de un grupo de mujeres del Estado de México que asisten al Hospital General de Chimalhuacán.

Metodología

Investigación cualitativa de abordaje fenomenológico, hermenéutico. Las participantes incluidas fueron 16 mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia adscritas al Hospital General de Chimalhuacán, con capacidad de 90 camas, ubicado en el Estado de México; fue elegido por la alta incidencia de preeclampsia. Las participantes fueron seleccionadas por conveniencia y el número de informantes se definió por el principio de saturación teórica³⁸. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada con duración de 45-60 min, la cual fue integrada por antecedentes sociodemográficos y 10 preguntas abiertas. Las informantes se identificaron por medio de los censos y registros de citas. Tres mujeres se contactaron en su domicilio y 13 en hospitalización (3 en la terapia intensiva y 10 en las áreas de obstetricia), donde se les solicitó de manera verbal su participación; se fijó fecha y lugar para la aplicación de la entrevista. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado por escrito para audio-grabar y difundir los resultados de la información proporcionada. Para identificar el origen de los discursos se utilizó un código nominal individual (nombres ficticios).

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el enfoque fenomenológico-hermenéutico de van Manen³⁹⁻⁴¹.

Para tal fin, se diseñó un cuadro con los siguientes elementos: a) empírico descriptivo, en donde se consideraron las preguntas y las entrevistas transcritas; b) análisis temático-reflexivo, para lo cual se utilizó reflexión temática y lingüística, en el cual se señalaron textos y temas esenciales mediante reducción eidética, por tanto, se concentró la reflexión e interpretación del material experiencial en un nivel más general con macrotemáticas (categorías). Los discursos de las entrevistas fueron transcritas literalmente, tal y como fueron expresadas por los sujetos (texto EMIC) para luego transformarlas lingüísticamente de manera creativa (texto ETIC); c) reducción eidética. Se desarrollaron microtemáticas donde se aplicó la aproximación selectiva y detallada, línea a línea para obtener el conjunto de frases que encierran los significados esenciales (ideas, supuestos, percepciones), d) dimensión vocativa. Se realizaron estrategias de escritura con las ideas críticas de reflexión de los autores que dieron lugar al texto fenomenológico final.

Para el rigor científico se aplicaron 6 criterios: *credibilidad*, para aproximar los resultados frente al fenómeno observado, las transcripciones fueron leídas y reconocidas como verdaderas por las participantes; *transferibilidad*, se consiguió con la descripción de las características y contexto de las informantes, por el muestreo teórico y la recolección exhaustiva de los datos; *consistencia*, se alcanzó con la descripción, análisis e interpretación de los discursos, implicación y reflexividad de los investigadores para el análisis y conclusiones obtenidas, además los datos fueron sometidos a criterio de un evaluador externo; *confirmabilidad*, para garantizar la veracidad de las descripciones se realizó

la transcripción textual de las entrevistas y se contrastaron los resultados con la literatura; *relevancia*, se logró con la correspondencia entre los objetivos, la justificación y los resultados obtenidos; y *adecuación teórico epistemológica*, se alcanzó al contrastar la pregunta de investigación con la teoría existente³⁵.

La investigación se desarrolló considerando los aspectos éticos conforme a lo establecido en la Ley General de Salud y su reglamento en materia de investigación, se respetaron los principios de confidencialidad, anonimato y privacidad en todo momento³⁶. Este proyecto fue sometido al comité de investigación y ética de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México y del Hospital General Chimalhuacán del Instituto de Salud del Estado de México.

Hallazgos y discusión

A continuación se caracteriza a las participantes de este estudio y se especificarán algunos aspectos que tuvieron en común como población estudiada. Posteriormente, se presentan las 5 categorías encontradas: i. Significado de la preeclampsia en la vida cotidiana, ii. Experiencia en la dimensión física y emocional de vivir con preeclampsia, iii. Interpretación del cuidado en la vida cotidiana de la mujer con preeclampsia, iv. Redes de apoyo que ayudan a sobrevivir la experiencia de tener preeclampsia, y v. Significado de los servicios de salud.

Caracterización de las mujeres entrevistadas:

Edad: 5 mujeres tenían entre 20 y 30 años; 9 entre 31 y 40 años, una persona fue menor de 20 años y otra mayor de 41. Escolaridad: de nivel primario fueron 8, bachillerato 4, nivel técnico 3 y de licenciatura una; Ocupación: 11 estaban dedicadas a las faenas del hogar, 4 eran artesanas: repostería y costura y una empleada de gobierno. Estado civil: 10 eran casadas, 5 vivían en unión libre y una era madre soltera sin pareja. Hábitat: 10 vivían con sus padres y 6 en casas propias. Número de embarazos: 13 tenían entre 1-3 embarazos, 2 entre 4-6 embarazos y una más de 7 embarazos. Semanas de gestación y presencia de enfermedad: 7 tenían entre 20-30 Semanas de gestación, 8 entre 31-40 y una desconocía el tiempo de embarazo.

Categoría I. Significado de la preeclampsia en la vida cotidiana

Se presenta un ejemplo con la primera categoría surgida del método de van Manen, utilizado para el procesamiento y análisis de los discursos, de donde emergieron las 5 categorías y los marcos teóricos correspondientes (tablas 1 y 2).

Los siguientes discursos ejemplifican el significado de la preeclampsia en la vida cotidiana:

[...] *“Cuando te dicen que tienes preeclampsia, sientes nervios y piensas mucho. La preeclampsia es una enfermedad mala, porque se puede morir uno”* [Sra. María].

[...] *«Ya teniendo preeclampsia, estuve en terapia 6 días; me sentía desesperada porque a mis hijos no los dejaban entrar por ser menores... Otro*

embarazo aumentaría el riesgo aún más de tenerla, es una experiencia que viví y no deseo vivirla otra vez» [Sra. Guadalupe].

«La preeclampsia es silenciosa, no se siente ninguna molestia, solo hace que se te suba la presión» [Sra. Paula].

[...] *«Al principio yo me sentía muy bien de repente cuando cumplí siete semanas se me empezaron a hinchar los pies»* [Sra. Simona].

[...] *«La enfermedad ha generado algunos cambios, no me puedo parar, no puedo caminar mucho, no puedo comer ciertas cosas, como que llegas a desesperarte»* [Sra. Samanta].

[...] *«Cuando me dijeron que tenía preeclampsia sentí miedo y temor por mi bebé, que le fuera a pasar algo»* [Sra. Savalegui].

En los discursos, se evidencia que las mujeres con preeclampsia viven en crisis, teniendo que enfrentar una realidad llena de incertidumbre constante, de donde deriva la esencia de la expresión humana, las condiciones, los hechos reales, suposiciones, sensaciones, deseos, males-tares, emociones, imprevistos, ilusiones y una serie de conocimientos que desempeñan un rol importante para generar temor como mecanismo de defensa y de supervivencia que le permite responder ante situaciones adversas porque aportan riquezas para un acercamiento hacia las determinantes de salud-enfermedad vividas. Aquí se expresa la vivencia de lo cotidiano experimentada de forma única, original, cultural, espiritual, política, donde existen alteraciones y sufrimientos característicos.

Desde la perspectiva de Schütz²⁹, el experimentar *temor, miedo e incertidumbre* por parte de este grupo de mujeres está determinado por su biografía y experiencia inmediata, la cual es única e irrepetible; y es desde ahí en donde ellas comprenden y captan su realidad cotidiana y se significan a sí mismas, a través de acciones de cuidado, las cuales pueden ser percibidas por otras mujeres por la interacción socio-cultural e intersubjetiva, que se da propiciando con ello la anticipación de ciertas conductas de la experiencia vivida de las mujeres que presentaron la enfermedad.

Ante los discursos presentados se percibe que existe desinformación (el profesional de la salud tiene falla en este sentido), sobre los signos y síntomas de alarma y los factores de riesgo de la preeclampsia, debido a que cuando se les diagnostica la enfermedad se percibe como un padecimiento grave, malo, mortal, silencioso, que les genera ansiedad y temor; la persona no se percata de los síntomas, ya que no reconoce cuándo inician, ni cómo evolucionan. Al respecto Pérez²¹ y Laza et al.²² también refirieron la falta de información respecto a los signos y los síntomas de alarma, más allá de ellos para que las puerperas y las mujeres con preeclampsia leve pudieran enfrentar la enfermedad. Por su parte, la Guía de práctica clínica⁴² recomienda que se debe informar sobre los síntomas de preeclampsia: cefalea, visión borrosa, vómitos y edema; de los intervalos entre embarazos que se asocian y el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular en etapas posteriores a la vida.

Sería bueno reflexionar en estas realidades que deberían ser consideradas como aporte fundamental para el cuidado integral de enfermería, durante la etapa prenatal, y se utilicen estos conocimientos para brindar la información

Tabla 1 Análisis de los discursos con el método de van Manen

Empírico-descriptivo		Reflexivo-análisis temáticos		Reducción eidiética (microtemáticas)
Entrevista (preguntas)	Reflexión temática (macrotemáticas)	Reflexión lingüística		
		EMIC	ETIC	
¿Cuál es el significado de vivir con preeclampsia según su experiencia?	«Significado de la preeclampsia en la vida cotidiana»	[...] « <i>Cuando te dicen que tienes preeclampsia, sientes nervios y piensas mucho. La preeclampsia es una enfermedad mala, porque se puede morir uno</i> » [Sra. María]	La preeclampsia se vive de manera intensa, y con ansiedad extrema. Desde el momento del diagnóstico es sumamente estresante	La preeclampsia es una enfermedad mortal
		[...] « <i>Ya teniendo preeclampsia, estuve en terapia 6 días; me sentía desesperada porque a mis hijos no los dejaban entrar por ser menores... Otro embarazo aumentaría el riesgo aún más de tenerla, es una experiencia que viví y no deseo vivirla otra vez</i> » [Sra. Guadalupe]	Tener preeclampsia se experimenta como una enfermedad grave que implica estar alejada o aislada del entorno social y familiar. Esta condición médica produce sentimientos y deseos de no revivir la misma situación con otro embarazo	Enfermedad grave que produce aislamiento social y familiar
		« <i>La preeclampsia es silenciosa, no se siente ninguna molestia, solo hace que se te suba la presión</i> » [Sra. Paula]	La preeclampsia no hace ruido aparente, se inicia y evoluciona sin que la persona se percate de los síntomas, pero al mismo tiempo no es tan silenciosa como parece ya que a menudo ofrece signos como la hipertensión y el edema de miembros pélvicos, que simplemente no se quieren reconocer	Es sigilosamente ruidosa, evoluciona sin que la persona se percate de los síntomas
		[...] « <i>Al principio yo me sentía muy bien de repente cuando cumplí siete semanas se me empezaron a hinchar los pies</i> »[Sra. Simona].	La persona percibe que la enfermedad le ha originado algunos cambios en su vida diaria relacionados con las actividades, el ejercicio y la alimentación. Esta situación de cambio le produce ansiedad	Origina cambios en la vida cotidiana: actividades, ejercicio y alimentación
		[...] « <i>Cuando me dijeron que tenía preeclampsia sentí miedo y temor por mi bebé, que le fuera a pasar algo</i> » [Sra. Savalegui]	La preeclampsia produce emocionalmente temor, una sensación desagradable por la percepción al supuesto peligro o amenaza de pérdida	Emocionalmente produce temor por amenaza de pérdida

Dimensión vocativa

La preeclampsia para algunas mujeres es bien conocida dentro de la vida cotidiana, social, cultural y popular. En ella se describen, explican e interpretan los escenarios de vivencia con la enfermedad y experiencias de su realidad vivida, observada y percibida. El significado de vivir con preeclampsia en el contexto de la vida cotidiana desde la experiencia de un grupo de mujeres del Municipio de Chimalhuacán del Estado de México de acuerdo con los testimonios es el siguiente: En general, la experiencia de tener preeclampsia se percibe como una enfermedad grave, mala, mortal, silenciosa y amenazadora para la vida de la persona y la del bebé. La preeclampsia se vive de manera intensa, crítica y con ansiedad extrema; desde el momento del diagnóstico es sumamente estresante. La preeclampsia aparentemente no hace ruido, se inicia y evoluciona sin que la persona se percate de los síntomas, pero al mismo tiempo no es tan silenciosa como parece ya que a menudo ofrece signos como la hipertensión y el edema de miembros pélvicos, que simplemente no se quieren reconocer. Tener preeclampsia se experimenta como una enfermedad grave que implica estar alejada o aislada del entorno social y familiar. La persona percibe que la enfermedad origina algunos cambios en su vida diaria, principalmente relacionados con las actividades, el ejercicio y la alimentación. La preeclampsia emocionalmente produce temor, una sensación desagradable por la percepción del supuesto peligro o amenaza de pérdida. Esta condición médica produce sentimientos y deseos de no revivir la misma situación con otro embarazo (ver tabla 2).

Tabla 2 Significado de la preeclampsia en la vida cotidiana

Es una enfermedad mortal
Es grave y se experimenta sin deseo de revivir;
genera aislamiento social y familiar
Es sigilosamente ruidosa; evoluciona sin que la
persona se percate de los síntomas
Origina cambios en la vida cotidiana: actividades,
ejercicio y alimentación
Emocionalmente produce temor por amenaza de
pérdida

Fuente directa de los testimonios de un grupo de mujeres del
Municipio de Chimalhuacán del Estado de México, México, 2014.

suficiente a la mujer embarazada, para cuidarse de forma holística y pueda detectar, de manera temprana, los signos y síntomas de alarma, acudir al servicio de salud oportunamente, además de estar preparada para la posibilidad de una larga hospitalización, separación de la familia y cuidados de prematuridad del recién nacido.

Categoría II. Experiencia en la dimensión física y emocional de vivir con preeclampsia

Las mujeres explican que el embarazo cambia cuando se presenta la preeclampsia, pues el cuerpo se trastoca, ya que presenta diversos malestares físicos y emocionales. Posterior al nacimiento se sigue experimentando incomodidad localizada en el cuerpo manifestada por alteraciones físicas como hipertensión y fosfenos, pero con la tendencia de no ser reconocida como una afectación, ya que para la persona estos efectos no son de importancia. Aunado al malestar físico propio de la enfermedad como la hipertensión y el edema, existe también pérdida del equilibrio de la energía vital, manifestada por la falta de vigor y la sensación de debilidad, cansancio o agotamiento, provocados por el gasto de energía del embarazo mismo y la enfermedad adyacente. Entre otras cosas, se experimenta preocupación y miedo constante por la pérdida latente de la existencia del ser, exteriorizado por culpa, por el desinterés y descuido de su salud. Las mujeres también sufren de tristeza por la continua incertidumbre, la falta de seguridad, de confianza y de certeza sobre lo que pudiera suceder con ella y el bebé (tabla 3).

Los siguientes discursos ejemplifican la experiencia en la dimensión física y emocional de vivir con preeclampsia:

Tabla 3 Experiencia de la dimensión física y emocional de vivir con preeclampsia

- La preeclampsia causa hipertensión y fosfenos de efecto tardío y de poco valor
- La preeclampsia produce pérdida del equilibrio de la energía vital
- La preeclampsia origina preocupación miedo y culpa por la posible inexistencia del ser y descuido
- La preeclampsia provoca tristeza por la incertidumbre que se vive continuamente

Fuente directa de los testimonios de un grupo de mujeres del
Municipio de Chimalhuacán del Estado de México, México, 2014.

[...] «Aunque me manejaban una presión alta, nunca sentí mareos, ni vi lucecitas, ni nada de eso. Tuve hinchazón de pies... sentí mucha flojera; el embarazo como que me dio mucho cansancio» [Sra. Simona].

[...] «Lo de la presión es una preocupación que me da todos los días y tengo miedo porque se puede morir mi bebé... y siento culpa porque cuando me sentía mal no iba a consultar y por eso me puse peor; ahorita mi hija está en terapia intensiva.» [Sra. María].

[...] «Me dio tristeza porque sentía que probablemente se me iba a interrumpir el embarazo. Al principio me preocupé, me puse triste y estaba pensando todo el día, ¿ahora qué pasará? que salga bien mi bebe, que salga completo... que este sano» [Sra. Simona].

[...] «Días previos, me habían dicho que tenía alta la presión, pero no hice mucho caso porque no me sentía mal... Aunque ya tuve a mi bebé, de vez en cuando, sigo viendo lucecitas, pero pues no me siento mal» [Sra. Isela].

Los discursos enmarcan vivencias reales e históricas, cargadas de objetividad y subjetividad de modos de vivir con preeclampsia, que han trastocado el diario vivir de un embarazo originalmente fisiológico y la vida diaria en su contexto externo e interno de las personas. Es decir, la enfermedad no solo se refleja en los aspectos biológicos de las personas con malestares corporales, físicos, objetivos, visibles y notorios, sino también se manifiesta en la subjetividad a través de sus emociones, sentimientos y actitudes que les genera el tener preeclampsia. Esta situación también es expresada en el estudio de Pérez²¹ del 2011, donde un grupo de mujeres puérperas sufren situaciones de debilidad, miedo, preocupación y tristeza. Todas estas expresiones de sentimientos y emociones evocan al mundo vivido, al sentido común y a la subjetividad de las mujeres con preeclampsia como señala Schütz.

Además de la falla de información sobre los signos y síntomas de alarma por parte del profesional de la salud, valdría la pena reflexionar sobre la relevancia de familiarizarse con los malestares emocionales experimentados: preocupación y miedo constante, culpa, tristeza e inseguridad, entre otros. Es posible que estos sentimientos sean desconocidos por el proveedor de salud, ya que no son enmarcados dentro de los signos o síntomas de la preeclampsia, tampoco son considerados como factores de riesgo en la Guía de práctica clínica⁴² ni en el Sistema de Evaluación del Riesgo Perinatal PreviGEN⁴³, donde exclusivamente se contemplan aspectos biológicos, pero actualmente existen factores psicosociales asociados a preeclampsia como son los casos de violencia, estrés y depresión, mismos que no son considerados como parte del tratamiento ni de los cuidados.

También, es viable que estas señales pudieran ser transmitidas al servidor de salud, si en la consulta prenatal se fuera más asertivo durante el interrogatorio y se profundizase más en la parte emocional y social. Esto puede ser importante para que el control prenatal sea percibido como un encuentro beneficioso entre la enfermera y la gestante, donde el profesional reconozca y comprenda además de los aspectos físicos y biológicos, los emocionales para el cuidado, sin hacer de ellos una condición completamente inoperable.

Categoría III. Interpretación del cuidado en la vida cotidiana de la mujer con preeclampsia

Las mujeres embarazadas con preeclampsia, a través de su experiencia explican la forma de cómo se cuidan a sí mismas, para lograr equilibrar su entorno social, cultural, político y espiritual. Ellas entrelazan las actividades que deben llevar a cabo por la enfermedad que ha trastocado su salud y sus actividades ordinarias de su vida cotidiana. Las mujeres embarazadas interiorizan como algo importante el cuidado cultural, por lo tanto, los servidores de salud deberían valorarlo como un modo de vida para lograr la integralidad del cuidado de la preeclampsia. Para reducir la tensión física, mental y emocional, expresada por las mujeres como búsqueda de tranquilidad, llevan a cabo acciones que producen relajación como: actividades manuales espaciadas con descanso, tienen pensamientos motivacionales, ejercicios respiratorios y frecuentemente llevan a cabo lecturas en libros y revistas. Entre otras actividades para cuidarse, asisten a sus consultas prenatales, esparcen sus tiempos de actividad y descanso e incorporan alimentos más saludables a su dieta, comen verduras, alimentos con proteínas, agua y restringen la sal y la cafeína. Otro cuidado alimenticio consiste en incluir entremeses, es decir, alimentos ligeros entre comidas. El baño es otro cuidado practicado, ya que le proporciona al cuerpo sensación de descanso, alivio y frescura. Con el descanso se mejora la circulación del cuerpo. Seguir consejos del personal de salud acerca del cuidado que tiene relación con la medicación, alimentación, actividades, descanso, ejercicio, tratar de mantener un estado de ánimo óptimo y acudir de urgencia en caso necesario, ayudan también a su cuidado. Entre otras estrategias también la mujer usa masajes mecánicos para aliviar la lumbalgia. En general tratan de auto-eco-socio-organizarse con nuevos estilos de comportamientos y pensamientos (tabla 4).

De acuerdo con Pérez et al.²⁰, es primordial satisfacer las necesidades fisiológicas y de seguridad para la vida y la salud de estas mujeres. Sin embargo, en algunos de estos

aspectos cabría reflexionar, ya que al parecer fueron transmitidos de manera errónea. De acuerdo con la Guía de práctica clínica con relación a los líquidos, estos deberían ser limitados, no se debe de recomendar la restricción de sal en la dieta, ni el reposo o reducción de la actividad física, ya que existe evidencia insuficiente. Con base en esto, se considera importante que el profesional de enfermería y de salud se apoye de los recursos disponibles para una práctica basada en evidencia con las mejores decisiones.

Los siguientes discursos ejemplifican las actividades de cuidado en la vida cotidiana de la mujer con preeclampsia:

[...] «Me levanto temprano por la mañana, tomo agua y como una fruta, continuo descansando y trabajando por espacios de tiempo. Hacer manualidades me produce relajación y tranquilidad. Realizo respiraciones para tranquilizarme. Pensar en el bebé me hace sentir mejor» [Sra. Marilú].

[...] «Iba a mi control prenatal, tuve que cambiar mi dieta con verdura, agua, leche, pan y me quitaron la sal. Después de mi quehacer me acosté a descansar un rato» [Sra. Jenny].

[...] «Iba para que me sobe la partera cada mes, con él doctor lo mismo, cada mes» [Sra. Nery].

[...] «Me dijo la doctora para que no se me suba más la presión: tome el medicamento, evite comer grasas, hacer algo de ejercicio... reposo... tratar de no estar triste ni preocupada para que mi bebé este bien, aguante adentro lo más que se pueda; en caso de sangrado me vaya a urgencias para que me chequen» [Sra. Sol].

[...] «Al mes y medio, inicié mi control prenatal, tomé ácido fólico y fumarato ferroso. Trabajaba, me iba a hacer la comida y descansaba y volvía a trabajar por ratitos... Después de cenar, a caminar... para distraerme leía, dibujaba, hacía alguna manualidad» [Sra. Adriana].

[...] «Mis hijos me sobaban todo el vientre; cuando el dolor de la espalda era insoportable me tomaba algo; cuando me sentía mal, no acudía a consulta... por temor a quedarme... pero cuando me puse mal el bebé se movía muy lento, por eso fui al doctor... es difícil, pero pensaba en el bebé para sentirme mejor y estar bien; hago lo que me dicen para que nazca bien» [Sra. María].

A través de los siguientes discursos las mujeres con preeclampsia demuestran que para proveerse espacios de cuidado tienen que comenzar a reorganizarse, modificar su forma de vida, realizar actividades que el embarazo y la enfermedad le permiten llevar a cabo, para sentir bienestar físico, mental y emocional. Es de esta forma como lo expresan los discursos.

[...] «Antes trabajaba, con el embarazo dejé de trabajar. Hago de todo, lavar trastes, ropa, barrer» [Sra. Nery].

[...] «No me puedo parar, caminar mucho; dejé de cocinar, de ir a comprar, ¡ya no salgo!» [Sra. Samanta].

[...] «Dejé de andar con mi esposo porque se me hinchaban los pies» [Sra. Savalegui].

[...] «Dejas de trabajar, ya no puedes alzar cosas pesadas, estar parada... sólo te dedicas hacer el quehacer del hogar... El dinero ya no alcanza y eso te hace sentir mal» [Sra. Adriana].

Tabla 4 Interpretación del autocuidado en la vida cotidiana de la mujer con preeclampsia

- Realizar actividades manuales, ejercicios respiratorios y tener pensamientos motivacionales ayudan a la relajación física y mental
- Integrar el control prenatal y cambiar los modos de alimentación ayudan al cuidado de la mujer con preeclampsia
- Considerar y respetar el autocuidado intercultural brinda integralidad y bienestar en las mujeres embarazadas
- El cuidado mediante el baño diario, produce al cuerpo sensación de alivio, frescura y descanso
- El descanso favorece la circulación del cuerpo
- Dar continuidad a la consejería del personal de salud, forma parte del autocuidado
- Los masajes relajan y descontracturan los músculos, ayudando a aliviar la lumbalgia y mejorando las condiciones físicas de la persona

Fuente directa de los testimonios de un grupo de mujeres del Municipio de Chimalhuacán del Estado de México, México, 2014.

[...] «Me daba dolor de espalda, de vientre, de cabeza, pero no podía dejar de hacer mis responsabilidades» [Sra. María].

Desde la perspectiva de Schütz²⁶, el mundo del «sentido común», de las «acciones» permite anticipar ciertas conductas, implica ponernos en el lugar del otro a partir de lo que conocemos de ese otro y de lo que sabemos de él. Así, las mujeres con preeclampsia pueden anticipar ciertos riesgos y daños a partir de «experiencias previas» de otras mujeres, si aplican este «repositorio de conocimientos disponibles» en el aquí y en el ahora al considerar una nueva experiencia en el presente, mediante un proceso de reflexión de la vivencia previa.

Categoría IV. Redes de apoyo que ayudan a sobrevivir la experiencia de tener preeclampsia

Las redes de apoyo son de suma importancia para las mujeres embarazadas que viven la experiencia de preeclampsia. Los vínculos de ayuda les permiten a estas mujeres afrontar la enfermedad, contar con un soporte emocional al recibir cuidados por parte de otros. El apoyo lo reciben de sus familiares primarios, principalmente de la madre, los hijos y las hermanas; de forma habitual de la pareja sentimental y parientes secundarios, de manera especial de los tíos y las suegras. Las mujeres explican que entre otros soportes se encuentran las instituciones de salud, la comunidad y los amigos. Adoptan acompañamiento, auxilio y trabajo de otros, aporte económico, consejos, visitas; acogen cariño y afecto, palabras de motivación, de consejos, de asesoramiento, de exhortación, mismos que le producen motivación, fortalecimiento, seguridad y protección, lo que les genera sensación de bienestar (tabla 5).

En el estudio de Laza et al.²² se encontró que los problemas familiares en el seno del hogar desfavorecieron la salud de las mujeres con preeclampsia severa. De igual forma, la progenitora de la gestante fue el principal sostén socioemocional. A su vez, Pérez et al.²⁰ expresaron que el amor o la necesidad del apoyo familiar y equipo de profesionales fue esencial para mantener la vida y la salud de las mujeres con preeclampsia leve.

Los siguientes discursos ejemplifican las redes de apoyo que ayudan a sobrevivir la experiencia de tener preeclampsia:

Tabla 5 Redes de apoyo que ayudan a sobrevivir la experiencia de tener preeclampsia

- El esposo acompaña, cuida, da cariño y afecto
 - Los familiares cercanos apoyan económicamente
 - Los hijos realizan actividades domésticas, dan cariño y motivan con palabras que transmiten seguridad
 - La comunidad participa advirtiéndolo, asesorando y aconsejando
 - De la madre, es de quién más se recibe la ayuda
 - Las amigas auxilian con el cuidado de los hijos, dan muestras de cariño, proporcionan consejos y motivan para el bienestar de la mujer con preeclampsia

Fuente Directa de los testimonios de un grupo de mujeres del Municipio de Chimalhuacán del Estado de México, México, 2014.

[...] «Todos me ayudan, pero la que más lo hace es mi mamá» [Sra. Sol].

[...] «Mi esposo, me acompaña a mis citas, me cuida, ha sido una persona muy cariñosa conmigo» [Sra. Simona].

[...] «Mis hijos me apoyan con abrazos, besos y me dicen que no me preocupe» [Sra. Nery].

[...] «Mis hermanos, mis tías, me apoyan económicamente, me van a ver, me han ayudado mucho.» [Sra. María].

[...] «Mi niña me ayuda en el quehacer de la casa... mi vecina dice que no debo de cargar cosas pesadas» [Sra. Aurelia].

[...] «Mis amigas siempre han estado conmigo apoyándome; me ayudan mucho con mis hijos» [Sra. Paula].

[...] «Me siento muy apapachada por algunas personas, me dicen: hay que bonita te ves con tu pancita...» [Sra. Isela].

Los discursos describen efectos dinámicos que la propia mujer con preeclampsia va construyendo con las redes de apoyo complejas, donde se consigue un encadenamiento de situaciones cotidianas de vida, de relaciones estrechas existenciales, de poder, que principalmente se experimentan y ocurren en el ambiente de las familias, donde existen deseos solidarios de compartir miedos, angustias, afectos, mismos que generan el sustento y fortalecimiento necesario en las mujeres, para sobrevivir con la enfermedad debido a que envuelven sentimientos y actitudes que las hace sentir protegidas, apoyadas, queridas, comprendidas y cuidadas. Por lo tanto, las familias, los amigos y la comunidad para las mujeres con preeclampsia son dadores de bienestar y deberían ser considerados como indispensables para el cuidado, ya que hacen la función de factor protector para el equilibrio físico, psicológico y emocional de la persona que sufre esta enfermedad. Desde la visión de Schütz, es el mundo del «sentido común» lo que les permite a las mujeres con preeclampsia anticiparse a ciertas conductas. Vale la pena señalar que una recomendación de la Guía de práctica clínica⁴² al profesional de enfermería es que, durante la atención prenatal debe estimular la participación de la familia como red de apoyo social.

Categoría V. Significado de los servicios de salud

Las mujeres embarazadas con preeclampsia explican el significado que para ellas tienen los servicios de salud en algunos aspectos del cuidado como son: la seguridad, información, orientación, el trato amable y cortés, los procedimientos, apoyo de las enfermeras y médicos y el acompañamiento de la familia. Cuando una mujer es ingresada en un nosocomio, se vuelve vulnerable, se siente desprotegida, rodeada de gente extraña, de normas instituidas, lo que conlleva a que perciba de manera diferente la atención, ya que muchas veces se ve obligada a desatender el espacio de su hogar para asistir al hospitalario, donde no siempre se siente a gusto, debido a que se aleja de su vida cotidiana y se le prohíbe tener la cercanía de su familia (tabla 6).

De igual forma, Laza y Pulido señalan en su estudio que la información, orientación, apoyo y trato humano de los servicios de salud fue percibida positivamente por las mujeres con preeclampsia severa.

Tabla 6 Significado de los servicios de salud

Los servicios de Salud proporcionan:

- Orientación por parte del profesional de la salud
- Seguridad
- Información
- Trato digno
- Acompañamiento
- Hospitalidad
- Apoyo del personal de salud, en especial del personal de enfermería

Fuente directa de los testimonios de un grupo de mujeres del Municipio de Chimalhuacán del Estado de México, México, 2014.

A continuación se explican estas vivencias de la realidad en los siguientes discursos:

[...] «No me trató bien la Ginecóloga, no me explicaba, regañaba decía que no me cuidaba y por eso me dio preeclampsia y a veces salía llorando. Las que me orientaban mejor eran las enfermeras.» [Sra. Marilú].

[...] «El cuidado que he recibido esta bien, me tratan bien, estoy acompañada y me siento tranquila» [Sra. Nery].

[...] «Me apoyaban, decían que no me preocupara, que con los estudios que hicieron el bebé no corría riesgos y podía llegar a su término» [Sra. Sol].

[...] «Todos son buena onda, los doctores, las enfermeras, son las que están más con uno» [Sra. Paula].

[...] «Me recibió alguien, no tuve el gusto con quien trataba, pero me tomó mis datos y todo. Primero las enfermeras me dieron la explicación de la consulta general y de ahí me pasaron con la ginecóloga» [Sra. Diana].

[...] «El doctor le dijo a mi esposo: no sé si la atiendan, creo que sí porque lleva la presión alta, usted llévela y ya». Mi esposo consiguió un carro y me trajo a este hospital y si me atendieron, luego, luego, me recibieron» [Sra. Guadalupe].

[...] «La atendieron desde que llegó. Le hicieron cesárea y todo salió bien» [Sra. Isela].

Es importante reflexionar respecto de que los hospitales y clínicas de salud son centros hospitalarios hechos con capacidad de acoger a las personas, con trato gentil, amable y generoso. Son lugares donde debe existir trato digno, decoroso y de respeto, donde las personas usuarias de los servicios deben ser tratadas como seres humanos con respeto a sus derechos y como usuarias de los servicios de salud. De ahí el papel fundamental del personal de salud y en particular el de la enfermera (o), para favorecer la hospitalidad y el ejercicio de derechos de las mujeres. La vida cotidiana hospitalaria de acuerdo con Schütz²⁶ es la realidad fundamental, suprema e inminente que experimenta la mujer embarazada que presenta preeclampsia; es decir, el espacio hospitalario se convierte en su diario vivir, en su intersubjetividad y sentido común, en donde actúa, interviene y modifica mientras vive e interactúa con otros²⁶ (tabla 6).

Conclusiones

La preeclampsia es una enfermedad multifactorial del embarazo y los factores psicosociales son un componente

fundamental a considerar en su etiología. Es un problema de salud pública en México pues continúa siendo una de las principales causas de muerte materna, tiene alta prevalencia en los servicios sanitarios e impacto psicológico, social y económico en la población que vive cotidianamente con la enfermedad.

Con este estudio se explica por qué en las mujeres con preeclampsia se potencializa la vulnerabilidad y el riesgo de morir al vivir en crisis, pues se ve trastocada y alterada su vida cotidiana, no solo en los aspectos biológicos al sentir malestares corporales, físicos, sino también en la dimensión emocional.

Asimismo, en esta investigación se observa la capacidad de auto-eco-socio-organización que tienen las mujeres embarazadas con preeclampsia, para equilibrar su entorno y vida cotidiana mediante nuevos estilos de comportamiento y pensamiento.

Se ratifica que las redes de apoyo familiar y social son dadoras de bienestar e indispensables para fortalecer el cuidado, ya que hacen la función de factor protector para el equilibrio físico, psicológico y emocional de la persona que vive la experiencia de preeclampsia.

Se corrobora que la vida cotidiana con preeclampsia se experimenta con alteraciones físicas y emocionales características, las mujeres comprenden su realidad y se identifican a sí mismas a través de acciones de cuidado.

A su vez, se demuestra la necesidad de favorecer la orientación, información, apoyo, trato humano: amabilidad, cortesía, hospitalidad y ejercicio de los derechos de las mujeres. Se fundamenta la relevancia de utilizar los recursos disponibles para la práctica, hacer recomendaciones a las mujeres con las mejores evidencias disponibles: Guías de práctica clínica, lineamientos técnicos, modelos de evaluación del riesgo obstétrico, Normas Oficiales mexicanas; para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la preeclampsia para ayudar a las mujeres a enfrentar la enfermedad, por lo tanto, se deberán considerar los factores psicosociales y culturales como: estrés, violencia, ansiedad, depresión, etc., aspectos que han sido poco estudiados, así como orientaciones para el cuidado integral no solo en el aspecto biológico, sino en las dimensiones emocionales, sociales, culturales, políticas y espirituales, para que la mujer embarazada pueda cuidarse a sí misma, detectar tempranamente los signos y síntomas de alarma, acudir al servicio de salud de manera oportuna, además de estar preparada por la posibilidad de una larga hospitalización, separación de la familia y cuidados de prematuridad del recién nacido.

A pesar de los nuevos esfuerzos para contener la enfermedad, se requiere más investigación a través de estudios cualitativos para continuar explorando la vida cotidiana de las mujeres con preeclampsia, con la finalidad de desarrollar modelos de atención integrativos, sensibles y adaptativos a las diversas comunidades mexicanas, que ayuden tanto a la salud física como mental.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Las autoras declaran que los procedimientos seguidos se apegaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Las autoras declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Las autoras han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder de la autora de correspondencia.

Financiamiento

- Investigación financiada por el Programa de Apoyos a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México, No. IN308814-3 titulada: Intervención integral de enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia.
- Con financiamiento institucional de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Red Multicultural de Género y Salud en Poblaciones con Alta Vulnerabilidad aprobada en septiembre del 2014.
- Con apoyo institucional de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México de los proyectos 056 y 081 del Grupo de Investigación de Estudios de Género y Salud de las Mujeres.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*. 2010;295:1609–23.
2. Benhamou D. Maternal mortality from eclampsia in developing countries: Some progress, but still a major challenge. *Can J Anesth*. 2008;55:398–401.
3. Pazmiño S, Guzmán N. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2009;60:12–8.
4. Carmona-Guirado A, Escaño-Cardona V, García-Cañedo F. Nursing practice in maternity intensive care units. Severe preeclampsia in a primigravida. *Enferm Intensiva*. 2015;26:32–6.
5. Anderson F, Morton SU, Sujata N, et al. Maternal mortality and the consequences on infant and child survival in rural Haiti. *Matern Child Health J*. 2007;11:395–401.
6. Freyermuth G, Luna M, editores. Observatorio de Mortalidad Materna en México, Numeralia 2012. México, D.F: OMM; 2014. p. 14.
7. Gonzalez R, Requejo JH, Nien JK, et al. Tackling health inequities in Chile: Maternal, newborn, infant, and child mortality between 1990 and 2004. *Am J Public Health*. 2009;99:1220–6.
8. Ali AA, Adam I. Lack of antenatal care, education, and high maternal mortality in Kassala hospital, eastern Sudan during 2005-2009. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;248:1077–8.
9. BIREME. DeCS. Definición de preeclampsia. BVS.Br. [Internet]. 2015 [consultado 23 Mar 2015]; Disponible en: <http://bit.ly/1lIgTyO>
10. National Library of Medicine. MeSH. Definición preeclampsia. PubMed [Internet]. 2015. [consulta 23 Mar 2015]; Disponible en: <http://1.usa.gov/1S6n235>
11. Lambert G, Brichant J, Hartstein G, et al. Preeclampsia: An update. *Acta Anæsthesiol Belg*. 2014;65:137–49.
12. Curiel-Balsera E, Prieto-Palomino M, Muñoz-Bono J, et al. Análisis de la morbilidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica. *Med Intensiva*. 2011;35:478–83.
13. Hasbún H, Sepulveda-Martinez A, Cornejo R, et al. Intensive care admissions due to severe maternal morbidity. *Rev Med Chil*. 2013;141:1512–9.
14. Mendoza-Sassi R, Béria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2001;83:43–60.
15. Cowan J. Women's experience of severe early onset preeclampsia: A hermeneutic analysis.[Tesis]. Auckland: University of Technology; 2005.
16. Haeltermann E, Qvist R, Barlow P, et al. Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe preeclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;11:25–32.
17. Torres MA, Luna-Victoria FM, García MA. Trastocamiento de la salud en la cotidianidad de las mujeres embarazadas con preeclampsia. *Enferm Univ*. 2012;9:35–44.
18. Tanaka M, Jaamaa G, Kaiser M, et al. Racial disparity in hypertensive disorders of pregnancy in New York State: A 10-year longitudinal population-based study. *Am J Public Health*. 2007;97:163–70.
19. Laza Vásquez C, Pulido Acuña GP. La vivencia de la preeclampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2014;46:159–68.
20. Pérez M, Prieto OL, Triviño CDB, et al. Preeclampsia leve: cuidados en casa. *Repert Med Cir*. 2009;18:218.
21. Pérez BL. Significado que las puerperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia.[Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
22. Laza C, Pulido G, Castiblanco RA. Hazard, death and sequels: Perception on severe preeclampsia by those who lived it. *Enferm Glob*. 2014;13:481–92.
23. Streubert H, Rinaldi D. Phenomenology as method. En: Streubert H, Rinaldi D, editores. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
24. Black DK. Stress, symptoms, self-monitoring confidence, well-being, and social support in the progression of preeclampsia/gestational hypertension. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36:419–22.
25. Schütz A, Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2001.
26. Schütz A. El problema de la realidad social. 3.ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 1995.
27. Leal R. La sociología interpretativa de Alfred Schütz. Reflexiones entorno a un planteamiento epistemológico cualitativo. *Alpha*. 2006:201–13.
28. Popim RC, Boemer MR. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. *Rev latino-am enfermagem*. 2005;13: 677–85.
29. Schütz A, Mèlich J-C. La construcción significativa del mundo social: introducción a la sociología comprensiva. Barcelona: Paidós; 1993.
30. RAE. Diccionario de la lengua española. Definición de cotidiana. RAE [Internet]. 2014 [consulta 23 Mar 2015]; Disponible en: <http://bit.ly/1NJaMRy>
31. Tedesco JC. Paradigmas do cotidiano: introdução de un campo de análise social. Brasil: EDUNISC; 1999. p. 27.
32. Piña JM. La interpretación de la vida cotidiana escolar: tradiciones y prácticas académicas. México: Plaza Valdez; 1998.

33. Terra MG, Padoin SM, Goncalves LH, et al. O dito e o não-dito do ser-docente-enfermeiro/a na compreensão da sensibilidade. *Rev. bras. enferm.* 2008;61:558–64.
34. Kuhn R. Perspectives of an existential interdisciplinary body theory. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother.* 1990;38:376–96.
35. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública, métodos cualitativos. Pub Cient n.º 614. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2006.
36. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título Segundo. De los aspectos éticos de la Investigación. Capítulo I [internet] México: SSA, 1988 [consultado 13 May 2015]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>
37. Leal R. Aportes teórico-metodológicos de la fenomenología al desarrollo cualitativo de las ciencias sociales en Alfred Schütz. *Alpha.* 2007:215.
38. Polit D, Hungler B. *Nursing research. Principles and methods.* 6th edition Philadelphia: Lippincott; 2001. p. 205–300.
39. Ayala Carabayo R. La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *RIE.* 2008;26:409–30.
40. Dowling M. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *Int J Nurs Stud.* 2007;44:131–42.
41. Van Manen M. Investigación educativa y experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad. Barcelona, España: Idea Books; 2003.
42. Romero-Arauz JF, Morales-Borrego E, García-Espinosa M, et al. Guía de práctica clínica. Preeclampsia-eclampsia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012;50(5):568–79.
43. CIMIGEN Asociación Hispano Mexicana A. C. Grupo de Estudios al Nacimiento. Sistema de evaluación de riesgo perinatal PreviGen. Nueve guías para detectar y clasificar riesgos: PREViGen I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII y IX, PREViGen 77, PREViGen 88 y PREViGen 99. México, Distrito Federal; 1989.