



Biotecnia

E-ISSN: 1665-1456

biotecnia@ciencias.uson.mx

Universidad de Sonora

México

García-Puga, Julio Alfredo; Figueroa-Ibarra, Claudia; Quintana-Zavala, María Olga;
Padilla-Langure, Marcela; Salazar-Ruibal, Rosa Elena; Tinajero-González, Rosa María

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN DE MUJERES CON PREECLAMPSIA EN
HERMOSILLO SONORA

Biotecnia, vol. 18, 2016, pp. 39-43

Universidad de Sonora

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=672971114007>

- 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



TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN DE MUJERES CON PREECLAMPSIA EN HERMOSILLO SONORA

TRAJECTORIES OF ATTENTION OF WOMEN WITH PREECLAMPSIA IN HERMOSILLO, SONORA

Julio Alfredo García-Puga*, Claudia Figueroa-Ibarra, María Olga Quintana-Zavala, Marcela Padilla-Langure, Rosa Elena Salazar-Ruibal y Rosa María Tinajero-González

Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora. Blvd. Luis Encinas y Rosales S/N, Col. Centro, CP 83000. Hermosillo, Sonora, México.

RESUMEN

La preeclampsia es un padecimiento de alto impacto en la población de gestantes, con prevalencias que van de un 4 a 10 %, y entre ellas se presenta una alta mortalidad materna. Los estudios se han centrado en los aspectos médicos de la enfermedad, sin embargo es necesario conocer aspectos socioculturales en la atención de las mujeres. El objetivo de la investigación fue conocer las trayectorias de atención que siguieron un grupo de mujeres que padecieron preeclampsia y fueron atendidas en un Hospital de atención ginecoobstétrica de la localidad de Hermosillo, Sonora. El estudio fue de carácter cualitativo, para la recolección de datos se elaboró una entrevista semiestructurada y la selección de las mujeres se basó en el cumplimiento de características tipológica (paridad, escolaridad y nivel socioeconómico). El análisis de los datos se realizó de manera deductiva. Entre los principales resultados encontramos que las trayectorias están mediadas por las relaciones sociales que poseen las mujeres.

Palabras clave: Trayectorias de atención, carrera del enfermo, preeclampsia.

ABSTRACT

Preeclampsy is a condition of high impact on the population of pregnant women, with prevalence ranging from 4 to 10%, including high maternal mortality. Studies have focused on the medical aspects of the disease, however it is necessary to explore sociocultural aspects in the care of women. The aim of the research was to determine the trajectories of attention that followed a group of women who have had preeclampsy and were treated at a hospital in gynecological attention of the town of Hermosillo Sonora. The study was qualitative character, for data collection a semi-structured interview and selection of women was developed based on the fulfillment of typological characteristics (parity, education and socioeconomic status). The data analysis was performed deductively. The main results are that the paths are mediated by social relations that women have.

Key words: Trajectories of attention, Sick career, Pre-Eclampsia.

INTRODUCCIÓN

Una de las entidades mórbidas de mayor impacto en la salud de las embarazadas es la preeclampsia, la cual se de-

fine 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 (INSP, 2006).

Se presenta con una prevalencia que oscila entre el 4 y 10 % y tiene diferentes consecuencias para la salud de la madre y del hijo, que puede conducir a la muerte de uno o ambos. De hecho, la preeclampsia se constituye como una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial y en el caso de México representaba la primera causa con un 23.9% del total de muertes maternas, mientras que para Sonora la razón de muertes maternas fue del 40.2 % (Morales, 2011; OMS, 2014; Freyermuth et al., 2015).

Debido al impacto de esta enfermedad la mayor parte de los estudios se han focalizado en conocer diversas condiciones biomédicas de la enfermedad (etiología, factores asociados y tratamientos), pero poco se consideran los aspectos socioculturales de las mujeres que padecen la enfermedad, entre ellos, las prácticas y trayectorias de atención de las mujeres que padecieron esta afección.

Durante los procesos de salud enfermedad atención los sujetos utilizan y articulan diferentes saberes para resolver sus problemas e iniciar diversas prácticas de atención que expresan en trayectorias de atención empleadas dentro del contexto particular de los sujetos. Comprender estas prácticas y trayectorias ayuda a entender el uso real que hacen los sujetos de los sistemas de atención y no sólo desde la perspectiva del sistema biomédico (Menéndez, 2009).

El concepto trayectorias de atención surge a partir de Goffman (1988), quien utilizó el término carrera para referirse 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.

Por su parte Osorio (2001) articula el concepto de carrera con la antropología médica, al considerar la trayectoria de atención como secuencias de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer, usualmente inicia en el

*Autor para correspondencia: Julio Alfredo García-Puga

Correo electrónico: alfredogarcia@enfermeria.uson.mx

Recibido: 05 de octubre de 2015

Aceptado: 16 de febrero de 2016

espacio del hogar, lugar donde los padecimientos son interpretados, elaborados y clasificados por las madres de familia, generándose estrategias de respuesta social que incluyen prácticas de curación, prevención y cuidado.

Mientras que Cortés (1997) encontró que las instituciones de salud suelen prolongar o profundizar la incertidumbre y fragmentación que la persona experimenta consigo misma a partir de su padecimiento a través de la construcción del padecimiento, y Berezon y Juárez (2005) devela que las trayectorias se suelen diferenciar en base al sexo, iniciando en la consulta general y continua con especialistas y, en caso de no encontrar solución a su problemática termina en medicina tradicional y alternativa.

Las trayectorias de atención suelen seguir tres niveles de acción: 1) diagnóstico inicial por el paciente e instrumentación de prácticas de auto curación, 2) consulta con expertos no técnicos y 3) consulta con expertos técnicos; por lo cual las trayectorias de atención de las mujeres se expresan como una sucesión de acontecimientos vividos por una mujer en un periodo determinado en donde se establecieron acciones encaminadas al cuidado en el embarazo (Barragán, 2005; Muñoz, 2015).

Por tanto el objetivo del presente trabajo fue conocer las trayectorias de atención de un grupo de mujeres que padecieron preeclampsia en la ciudad de Hermosillo, Sonora, México.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue de carácter cualitativo, la población se constituyó por mujeres que padecieron preeclampsia y fueron atendidas entre los años 2009 y 2010 en un hospital público de atención gineco-obstétrica de la localidad de Hermosillo, Sonora. Se entrevistaron a 16 mujeres seleccionadas en base a las características tipológicas: a) número de gestación, b) escolaridad y c) clasificación socioeconómica¹. Respecto a la paridad, se catalogó a las mujeres que tuvieron su primer parto (primipara) y aquellas con paridad igual o mayor de dos. Por escolaridad, se consideraron dos grupos en base a los años de estudio (menor o igual de 6 años y mayor de siete años), mientras que para el nivel socioeconómico se construyeron dos grupos (menor o igual a 19 y mayor o igual a 92). La combinación de estas variables derivó en tres grupos (A, B y C). El grupo A se integró por cinco mujeres con mayor riesgo al acceso oportuno a la institución de salud que el resto de los grupos, mientras el grupo B se conformó por siete personas y en el grupo C, con cuatro, estas últimas con menor riesgo.

A partir de los expedientes clínicos se elaboró una agenda con datos que permitiera localizar a las mujeres en sus hogares (direcciones y números telefónicos). Para facilitar su ubicación se utilizó el recurso digital de google maps[®]. Como criterios de inclusión fueron mujeres que cumplieran

¹ La clasificación socioeconómica utilizada es un índice construido por la institución hospitalaria para clasificar a las usuarias y establecer el pago por los servicios médicos, dicha índice va de menor o igual a 19 hasta 92 o más.

con las características de la tipología y que sus hijos no hubieran fallecido por las complicaciones de la enfermedad; mientras que como criterios de no inclusión, aquellas que no aceptaron participar en el estudio o no pudieran ser localizadas.

Para recolectar la información se elaboró una guía de entrevista semiestructurada cuyos ejes fueron la identificación de alteraciones corporales y los caminos que siguieron para resolver sus situaciones, las entrevistas se realizaron y audio grabaron en los hogares de las mujeres. Posteriormente se transcribieron en su totalidad utilizando el programa F4 con la cuales se construyó una base en el programa Nvivo versión 7 en el cual analizó la información de forma deductiva e inductiva, por lo que previamente se elaboró una base con códigos preestablecidos a partir de los supuestos teóricos que guiaron la investigación. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 50 minutos.

Por cuestiones éticas los nombres reales de las entrevistadas fueron cambiados, no obstante ninguna mujer objeto que se utilizará su nombre real en la investigación, ello en concordancia a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1984).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En esta sección se presentan aspectos generales de la trayectoria de atención de las mujeres que participaron en este estudio, así como un ejemplo de una trayectoria.

La edad promedio de las mujeres entrevistadas fue de 23.12 años, con un rango de 17 a 34. En relación a la escolaridad, el promedio de años de estudio fue de ocho, que corresponde a la educación secundaria (81 %). Todas contaban con pareja y 14 vivían en la ciudad de Hermosillo, una en Bahía de Kino y otra en un centro agrícola cercano al Poblado Miguel Alemán (Pocitos). De las mujeres entrevistadas el 31.25 % pertenecieron al grupo A, 43.75 % al grupo B, y el 25 % al C.

Las mujeres que fueron clasificadas en el grupo A presentaron 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. Las mujeres que pertenecieron al grupo C comparten la característica de poseer un nivel de mayor escolaridad que las del grupo A y B. Un aspecto importante en sus trayectorias de atención fueron las redes de apoyo, quienes estaban relacionadas con el sistema de salud privado o público. Estas redes sociales coadyuvaron a identificar 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 grupo B encontramos polarización en las condiciones de vida de las mujeres.

En términos generales las trayectorias iniciaron en el hogar de las mujeres al identificar la ausencia de menstruación, posteriormente suelen buscar una prueba de embarazo comercial, ya fuese en una farmacia o consulta de la farmacia similares, que en el caso de ser positivo posteriormente

acudieron al centro de salud que geográficamente les correspondía, en dicho centro llevaron entre tres y ocho consultas, previo a ser referidas al hospital de atención gineco-obstétrico, en dicho espacio les detectaron y diagnosticaron preeclampsia, y en todos los casos se resolvió mediante el procedimiento quirúrgico de cesárea.

Las mujeres en este estudio compartieron el hecho de ser diagnosticadas y atendidas en la institución hospitalaria, todas ellas acudieron a atención prenatal en los centros de salud, por lo que se presentaron algunas divergencias entre las mujeres con base en su grupo tipológico, especialmente entre los grupos A y C, mediados principalmente por dos variables: a) redes sociales, y b) condición económica.

Las trayectorias se organizaron en base a su evolución cronológica desde el momento de presunción del embarazo hasta el punto donde se estableció el diagnóstico biomédico y resolución de la enfermedad en el área institucional, esto mediado por instituciones y redes sociales, por lo cual se establecieron dos escenarios: a) comunitario y b) institución de salud, que se interrelacionan en la trayectoria de atención.

La trayectoria de atención se construye desde el momento de sospecha del embarazo, usualmente al identificar el retraso de la menstruación como el primer síntoma de embarazo y concluye al resolver su situación de salud en la institución hospitalaria.

Esta situación activa una de las primeras prácticas de atención, ya que las mujeres suelen adquirir una prueba de embarazo comercial al considerar que el tiempo para obtener una consulta en los centros de salud es excesivo, por lo cual, en la lógica de las mujeres es menos práctico utilizar estas instituciones como primera opción, no obstante que debido a sus condiciones socioeconómicas posteriormente buscarán re-confirmar su condición de embarazada en la consulta general e iniciar y continuar su atención prenatal.

Entonces ya fui al estero y le dije a él sabes que Josué le digo ocupo, ocupo dinero para hacerme un estudio de embarazo, entonces me dijo el, -pos no dice la doctora que no estas embarazada- te estoy diciendo que estoy embarazada le dije, y ya me dijo, bueno, es lo que tiene que el cuándo le pido dinero nunca me niega, en tenga o tenga el de todo me da, y entonces ya él se sacó 50 pesos y me dijo -ten es lo único que tengo- y ya me fui a la farmacia y me hice compré una prueba de embarazo, y ya me la hice y se la llevé a los dos días se la llevé al Sosa y le dije ¿Sosa que significa esto? - 'qué significa? - me dijo -que ya le pegaste al dedo gordo- me dijo, ya estas embarazada me dijo y ya entonces de ese mes me puse a estar deste yendo cada mes cada mes estoy yendo al hospital, y todavía deste cada cada mes la estoy llevando a ella para que a ver cómo va del peso y todo (Raquel).

Si bien el hospital es el escenario donde se establece el diagnóstico médico de la preeclampsia, es en los hogares donde las mujeres suelen identificar alteraciones corporales que no fueron interpretados por los médicos de la consulta prenatal en los centros de salud como indicativos de la enfermedad y por tanto no se iniciaron medidas de control específicas a la misma.

Lo anterior, y de acuerdo a Flores y Rodríguez (2010) dichas 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 auto atención. 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.

Pues haz de cuenta. .. si... mes por mes me hinchaba poquito no pero ya en el octavo ya has de cuenta la mano la traía así [...] gruesa, unos brazones, aquí en los pies se me pintaban la raya aquí (Luvia).

A mí me dijo el doctor que por eso que porque tenías retención de líquidos porque yo le pregunté [...] lo que te decían nomás era que estabas reteniendo líquidos no, tenías retención de líquidos por eso tabas hinchada (mamá de Luvia)

Situación que puede estar mediada por falta de capacitación de los médicos generales que atienden a las mujeres en los centros de salud, y por ende obvian sintomatología fina que puede derivar en el diagnóstico de la enfermedad.

Respecto a la forma en que las mujeres responden ante los síntomas percibidos, pueden ellas o algún integrante del núcleo familiar decidir contactar al médico -dependiendo de su valoración inicial y respecto a la gravedad o normalidad de los síntomas percibidos- lo que las conducirá 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.

Para ello los sujetos sociales utilizan y articulan sus diferentes saberes para resolver sus problemas de salud, los cuales instrumentan y materializan a través de sus prácticas de atención durante su camino de padecer y atender su salud, esto es, a partir de un diagnóstico de presunción los sujetos buscarán solucionar sus problemas de salud bajo su marco económico, cultural o social en su contexto de vida; camino que cambia en función del cumplimiento de las expectativas de dichos actores (Menéndez, 2003; Menéndez, 2009; Del Mónaco, 2013).

La historia de Raquel

Finalmente, presentamos a modo de ejemplo la trayectoria de atención de Raquel, quien vive en Bahía de Kino, población que se encuentra a 107 kilómetros de la ciudad de Hermosillo, en un asentamiento que si bien cuenta con servicios básicos de agua y electricidad, hay falta de pavimentación y recolección de basura, lo cual provoca que el lugar se aprecie sucio con polvo en diferentes lugares.

Raquel tiene 35 años, aunque su apariencia física la hace ver mayor a esta edad, es bajita de estatura, gordita, la primera vez que la visitamos estaba vestida con short, playera, y andaba descalza. 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, por lo cual dependía económicamente de Josué, su actual pareja de 37 años de edad, quien trabaja en forma ocasional en diferentes actividades como son la pesca. Raquel ha tenido cinco embarazos, de ellos un aborto, tres de sus hijas nacieron por parto y la última por cesárea. Actualmente vive dos de sus hijas: Dulce de 1 año y Guadalupe de 15 años -quien dejó la escuela hace poco porque de acuerdo a ella no le gustó estudiar-, mientras que las hijas mayores (16 y 21 años de edad) ya no viven en su hogar porque de acuerdo a Raquel no se llevaban bien y fueron ellas quienes decidieron irse a vivir con otros parientes.

Raquel y su familia viven en condiciones materiales desfavorables, su casa está constituida por una habitación construida de madera, el baño se encuentra fuera de la vivienda, la cual es un cuarto de cartón y madera que tiene como puerta una cobija. El patio de la casa se aprecia sucio, ya que hay basura dispersa en él, como son papeles, pañales, botellas, aquí se encuentra un lavabo que es donde lavan tanto los utensilios de cocina como la ropa. Por otro lado el entorno material de vida de Raquel no han sido fácil, su situación económica ha limitado su desarrollo en diferentes aspectos de su vida.

Hablando del ultimo del embarazo de Raquel su trayectoria de atención inicio cuando en compañía de su pareja fueron a Sinaloa, estado de donde es originario Josué, lugar donde en una ocasión después de un paseo en caballo al bajarse del mismo sintió que algo se le movía en la panza, "como una vborita"; esto se lo platicó a Josué quien le pidió que fueran con una partera local para ver si estaba embarazada. Después de revisarla la partera le comentó que se tomará un té de barro como una forma de saber si estaba embazada, ya que la mujer que están embarazadas al comer barro su niño se moverá por el sabor del barro.

Pese a que en un inicio se resistía a tomárselo, accedió a la solicitud de la partera, y efectivamente sintió movimiento en su abdomen, situación que confirma la partera como embarazo.

Ya con el diagnóstico de embarazo Raquel volvió a Kino para continuar con su vida, de la cual su embarazo era parte, y por sus problemas de diabetes previos decidiendo llevar atención prenatal tanto en el centro de salud de Kino como en una institución hospitalaria de Hermosillo. En el centro de salud fue atendida en cuatro ocasiones y en Hermosillo seis veces. En todas las ocasiones la acompañó su pareja a las consultas, tanto en Kino como en Hermosillo.

La vida de Raquel transcurrió de manera normal para ella, con problemas económicos y en ocasiones con su pareja e hijas. Pero 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 y le platicaron que se había desmayado porque su presión sanguínea estaba muy alta, situación que según recuerda el médico le comentó la gravedad en su estado de salud y de su bebé, por lo cual tenía que reunir los papeles necesarios para que la atendieran en Hermosillo, para lo cual la trasladaron la misma noche en ambulancia, donde a su ingreso le informaron que padecía preeclampsia y para salvar su vida necesitaban operarla de cesárea. Una vez que nació su hija, debido a la condición clínica de la niña, fue internada en el servicio de neonatología del Hospital Infantil del Estado de Sonora, donde estuvo por diez días; durante este tiempo fue Josué quien se encargó de estar pendiente de su hija, mientras que 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.

CONCLUSIONES

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.

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.

Por lo tanto, y en concordancia con Lavielle et al. (2008) 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 concluye con la obtención del diagnóstico y una prescripción terapéutica.

REFERENCIAS

- Barragán, S.A. 2005. La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética. Cuicuilco. 12(33): 61-78.
- Berezon, S. y Juárez, F. 2005. Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. Revista de Salud Pública, 39(4):619-26.
- Cortés, B. 1997. Experiencia de enfermedad y narración: El malentendido de la cura. Nueva antropología. 14(53): 89-115.
- Del Mónaco, R. 2013. Dolor crónico y narrativa: experiencias cotidianas y trayectorias de atención en el padecimiento de la migraña. 23(2): 489-510.

- Freyermuth, G. Luna, M. y Muños J. 2015. Numeralia 2013. Mortalidad Materna en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), Organización Panamericana de la Salud en México (OPS). México, 62 pp. Disponible en <http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia%202013,%20OPS.pdf>.
- Flores, C.C. y Rodríguez S.A. 2010. Saberes de mujeres zapotecas serranas en el embarazo y parto. Cambios y resignificación de prácticas en el contexto nacional. 1-16.
- Goffman, E. 1988. La carrera moral del paciente mental. En Internados Erving Goffman. Buenos Aires: Amorrortu.
- Instituto Nacional de Salud Pública. 2006. Preeclampsia/Eclampsia. Recuperado de http://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme_06.pdf.
- Lavielle, P. Clark, P.M. Homero, M.F. y Ryan, G. 2008. Conducta del enfermo ante el dolor crónico. Salud Pública de México, 50(2), 147-154.
- Secretaría de Salud. 1984. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- Mechanic, D. 1996. Factors in illness behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1(1):11-20.
- Menéndez, E.L. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Salud Colectiva*. 8(1): 185-207.
- Menéndez, E.L. 2009. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Morales R.C. 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.
- Muñoz, G.G. 2015. Maternidad juvenil en situación de calle: trayectorias reproductivas y des-atención materna. *CONAMED*; 20(2): 64-69.
- Organización Mundial de la Salud. 2014. Muerte materna. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
- Osorio, C.R.M. 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.