

## **Percepción del riesgo en mujeres con preeclampsia severa y baja adherencia a control prenatal**

Avila Mellizo, Greace Alejandra <sup>1</sup>  
Orjuela Tabares, Jose Franchesco <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud, Bogotá – Colombia, gaavilam@gmail.com

<sup>2</sup> Universidad Santo Tomas, Bogotá – Colombia, jose.orjuela@usantotomas.edu.co

**Resumen:** Objetivo: Identificar la percepción del riesgo de mujeres con preeclampsia severa y baja adherencia a controles prenatales, residentes en dos localidades de la ciudad de Bogotá. Metodología: Estudio cualitativo en donde la población en estudio correspondió a mujeres con diagnóstico de preeclampsia severa durante los meses de enero a marzo de 2015, baja adherencia a controles prenatales y residentes en Kennedy o Ciudad Bolívar. El tamaño de la muestra se definió bajo el criterio de saturación. La información se recolectó por medio de entrevistas y el análisis se realizó a la luz de las teorías de la complejidad. Resultados y discusión: Se realizaron cinco entrevistas y de su análisis surgieron cuatro categorías de análisis: gestación como fenómeno emergente, institución salud, percepción del riesgo y terminación de la gestación. La gestación se presenta como un fenómeno emergente, esencialmente aleatorio, incierto e indeterminado que se vive de acuerdo a las representaciones culturales de la mujer. Ellas construyen los riesgos potenciales basadas en experiencias previas y ante el acumulo de aciertos se cree que no hay riesgo. Mientras que para los servicios de salud prima la vida de la mujer, para ellas la decisión racional es que prime la vida de su hijo. Conclusiones: Existe una crisis paradigmática de visión de la realidad basado en la idealización en donde los profesionales de salud esperan un modo de pensar y actuar en una racionalidad perfecta, pero las acciones de las gestantes están dadas por racionalidad intuitiva y las decisiones se toman por emoción.

**Palabras clave:** Percepción de riesgo, gestación, morbilidad materna, preeclampsia

## I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal, tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados y es reconocida como la principal causa de muerte materna en Colombia. El concepto de trastorno hipertensivo del embarazo agrupa una amplia gama de procesos que tienen en común el aumento de las cifras tensionales (1), encontrando dentro de este grupo la preeclampsia, definida como el aumento en las cifras de tensión arterial acompañado de proteinuria después de las 20 semanas de embarazo y que puede evolucionar a una etapa superior de eclampsia, en la cual se evidencia la presencia de convulsiones y una mayor probabilidad de muerte tanto para la madre como para el feto (2).

La preeclampsia es una enfermedad de origen multifactorial que puede estar asociada a agentes de origen biológico, hereditario, psicológico, así como a la situación económica y cultural (3), en este sentido la atención prenatal representa una oportunidad para identificar e intervenir todas las características que pueden influir negativamente en el curso de la gestación y generar desenlaces fatales (4). Sin embargo, se considera que en el país los controles prenatales han sido deficientes, con consultas irregulares, larga espera y mala respuesta en el cuidado de las mujeres (5).

En este contexto, la respuesta actual de los servicios de salud debe concebir los procesos de salud enfermedad, en este caso particular de la gestación, de un modo que vaya más allá de la mirada convencional, incorporando visiones desde la cultura (6) y desde la interacción de las mujeres con su entorno, que se organiza en su red, bajo mecanismos concertados para afrontar el proceso de gestación, de acuerdo con el riesgo que perciba (3). El aporte de la teoría cultural establece que los individuos viven en un mundo construido a partir de sus propios conceptos, dados a partir de la interacción social, en donde se incluye el concepto de lo que es peligroso. De esta forma, las creencias, actitudes y valores compartidos por determinados grupos inciden en la selección de lo que se considera y no se considera como riesgo a temer (7).

De esta forma, por medio de la presente investigación se pretende identificar cuál es la percepción del riesgo de mujeres con diagnósticos de preeclampsia severa y baja adherencia a controles prenatales intentando establecer si uno de los factores que disminuyen la motivación para realizar conductas preventivas es la ausencia de riesgo (8).

## II. MÉTODO

Estudio de corte cualitativo de tipo interpretativo- explicativo que hace un acercamiento a la explicación de las causas que conforman el fenómeno y cómo interactúan, buscando comprender la complejidad y significados de la experiencia de las mujeres frente a la gestación cuando se atraviesa por complicación obstétrica que pudo llevar a la muerte y cómo se percibe el riesgo en este proceso. La intención fue penetrar profundamente en la complejidad de este hecho social para comprender la realidad a través de métodos que producen datos narrativos.

### III. RESULTADOS

Se realizaron cinco entrevistas a mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión descritos en el estudio, específicamente se trató de mujeres que tuvieron un diagnóstico de preeclampsia severa en su última gestación y cursaron con complicaciones severas que casi las lleva a la muerte. Del análisis de los datos recolectados se lograron establecer las categorías de análisis.

La saturación de la información permitió la codificación y categorización de la información, identificando las similitudes y diferencias en el discurso de cada una de las mujeres, llegando a definir las siguientes categorías:

#### A. Gestación como fenómeno emergente

Los significados de la gestación se dan a partir de una construcción sociocultural narrada por las mujeres de acuerdo a sus vivencias, experiencias y condiciones del contexto en donde se encuentran inmersas. Se presenta como un fenómeno emergente que ocurre en el contexto de la cotidianidad y que trastoca la organización y la vida misma del individuo, generando a partir de este, cambios en las dinámicas cotidianas, planteamiento sustentado por Johnson en su libro *Sistemas Emergentes*, en donde establece que la novedad debe ser, y es en estos casos, el primer atributo de lo emergente (9) y apoyado por Capra quien afirma que la vida avanza constantemente hacia la novedad (10), y aun mas, el proceso de crear una nueva vida es aún más novedoso e indeterminado.

La idea central del concepto de emergencia se basa en la existencia de fenómenos complejos que no pueden ser explicados de forma reduccionista -el todo es la suma de las partes- y las relaciones entre causa y efecto no son del todo determinables, por lo cual se obtiene un resultado no-lineal que tiende hacia la auto-organización. En este sentido, la gestación como fenómeno emergente genera puntos críticos de inestabilidad, que en palabras de Capra, serán los precursores de acontecimientos dramáticos e impredecibles de donde el orden emerge espontáneamente (11). El principio de incertidumbre empieza a hacerse presente en el futuro de las mujeres, pero no como un estado de desconocimiento frente al suceso, sino reconociéndolo como una característica propia de la realidad (12).

[...] “al principio los dos primeros meses no fue como muy fácil, porque nosotros no esperábamos un embarazo 10 años después, pero cuando uno asimila que esta embarazado, que va a tener un bebe, pues obviamente nosotros súper contentos.” (C1)

Por medio del análisis del discurso se logra identificar que la gestación es un proceso muy sensible a las condiciones de partida, de tal modo que una diferencia mínima en el «impulso» inicial o en la forma en las mujeres se enteran del embarazo ocasiona una gran diferencia en cuanto a cómo va a acabar. Este análisis de noción de sensibilidad a las condiciones iniciales es consistente con la definición de caos, como teoría relacionada con la complejidad, que puede ser aplicado al proceso de gestación, ya que es un fenómeno no lineal, heterogéneo y se comporta de forma compleja, las decisiones siempre se darán en escenarios de incertidumbre, pero la incertidumbre puede llegar a ser menor a medida que se aumente la cantidad de información.

Lo que se encuentra en la realidad frente a la gestación es diferente al actual paradigma moderno predominante en donde se establecen relaciones de causalidad con un enfoque determinístico, en donde se establece que la reproducción debería ser un acto deseado y planeado (13). En contraposición la gestación es un evento esencialmente aleatorio, incierto, indeterminado y fluctuante que se vive de acuerdo a las representaciones sociales que cada mujer tiene de su entorno y del contexto donde transcurre su vida.

## B. Institución salud

En la sociedad actual, las instituciones de salud son un modelo conceptual y analítico y no una realidad en si para los grupos sociales (14). Las instituciones se conciben desde una racionalidad perfecta, pero la realidad cultural y social dista de este modelo determinista y causal en donde se buscan las causas para ser atacadas.

En la institución de salud se medicalizan procesos naturales, inherentes al ciclo vital humano como los son la gestación y el parto, se desintegra al ser humano de acuerdo en sistemas u órganos y se remite a las mujeres en embarazo al hecho de la función biológica, extrapolando conceptos de atención desde la enfermedad y la atención centrada en órganos que sigue guardando los mismo roles de poder y jerarquías definidas desde tiempos inmemorables, con unas raíces muy arraigadas en el pensamiento de la idealización del ser humano perfecto y saludable, sin considerar que el ser humano se encuentra en una constante dualidad sano-enfermo que no necesariamente tendrán que ser mutuamente excluyentes.

Paralelamente no se logran establecer flujos de información y comunicación desde la institución con las mujeres, ya que hay un pensamiento simple, reduccionista y centrado en las partes, las mujeres cuando se encuentran en gestación pueden llegar a perder su rol de mujeres y ser catalogadas solo bajo el esquema de reproducción.

Juega un papel fundamental la credibilidad que las mujeres asignan a los profesionales de salud, a la información y las acciones realizadas por ellos, y de cómo estos actos se corresponden con la realidad. Por esta razón en algunas situaciones se requiere de escenarios o fuentes de validación que permiten, en último término, aceptar o no el contenido médico dado previamente, y en este caso particular, de las explicaciones acerca del diagnóstico de la complicación durante la gestación y el manejo instaurado. Por lo tanto, el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida del vínculo que se ha logrado generar entre médicos y pacientes (15).

En concordancia con lo anterior se identifica como una de las limitantes que influye en el acercamiento a los servicios de salud y en este caso particular en la adherencia de las gestantes a los controles prenatales está dada por la experiencia previa que tienen con las instituciones y con el equipo de salud.

Se identifica como hay cruce de diferentes racionalidades, el profesional de salud que espera una racionalidad perfecta, pero en la realidad las mujeres tienen una racionalidad imperfecta – intuitiva. Las decisiones frente a la asistencia al control prenatal son tomadas por racionalidad emocional o emotiva.

Para algunas mujeres la decisión racional es que prime la vida de su hijo, para los servicios de salud prima la vida de la mujer. En el discurso de la mujer se identifica que aún con el conocimiento del riesgo de complicación que implicaba su embarazo decide no asistir a los controles prenatales porque tiene la seguridad de que al asistir terminarían con la gestación. Para los profesionales de salud la decisión de la mujer de arriesgar su vida es irracional y fuera de toda perspectiva en el pensamiento médico hegemónico tradicional. Sin embargo, desde el contexto de la mujer la decisión es absolutamente racional ya que al mantener la distancia con los servicios de salud mantiene con vida a su hijo.

“[...] pues yo no quería ir al médico porque pues yo sabía que yo estaba sufriendo de la tensión, entonces yo no quería ir porque yo no quería que me sacaran la bebe todavía, porque tenía poquito tiempo, entonces pues yo espere un poquito de todas maneras y hay si ya empecé a ir y me encontraban la tensión alta y todo eso.” (C3)

### C. Percepción de riesgo

La percepción de riesgo de morbilidad durante la gestación ha sido identificada como un factor crítico de la búsqueda o no de atención prenatal, sin embargo desde el análisis del evento con una mirada desde las ciencias de la complejidad, se logra la visión cercana de la realidad de estas mujeres, para las cuales la percepción del riesgo depende del contexto y la información que circula por sus redes, alejada del ideal estático e idealizado con el que explica a menudo la forma de pensar y actuar de las mujeres.

En concordancia con la teoría del riesgo de Douglas, estos son contruidos a partir de nuestra identidad cultural y de la construcción cultural de futuro, básicamente se trata de construcciones sociales. De esta forma la percepción del peligro y la elección de las mujeres frente a los riesgos en la gestación se hacen bajo una estimación muy aproximada a los riesgos reales en donde se tienden a ser optimista acerca de los resultados: “se tiene un fuerte pero injustificado sentido de inmunidad subjetiva” y en escenarios cercanos y familiares se tiende a minimizar la probabilidad de malos resultados.

“[...] o sea, yo estaba bien, yo no tenía ni dolor de cabeza, ni pitos en los oídos, nada eso, solamente estaba muy hinchada... Normal sin ninguna complicación, normal todo, sino que a lo último ya me estaba hinchando mucho... pero yo pensé que era porque estaba trabajando, porque yo estaba trabajando y trabajaba todo el día de pie y se me hinchaban mucho las manos, se me hinchaban muchísimo las manos y los pies [...]” (C4)

Al mismo tiempo la percepción del riesgo se da a través de mecanismos de selección o filtro inconsciente de la información de los estímulos o sensaciones de las mujeres. Ellas seleccionan y procesan aquella información que es relevante o útil de acuerdo a pautas culturalmente aprendidas (16). Las mujeres y en general las comunidades piensan y actúan entorno a lo que les genera bienestar y seguridad, ante la ausencia de daño o probabilidad de daño no se percibe un riesgo.

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

#### D. Terminación de la gestación

Uno de los primeros pensamientos de la mujer en el momento agudo de la complicación, está relacionado con la muerte de su hijo. La situación llega a ser percibida como una pérdida inevitable. Esto se ve reflejado en una alta carga emocional, en donde sentimientos como miedo e incertidumbre se apoderan de ella. Se manifiesta su responsabilidad frente a la idea de protección de su hijo y se asume que la seguridad y el bienestar dependen directamente de ella y antepone la salud y el bienestar fetal al materno. Autores han descrito como los sentimientos de culpa, ansiedad, preocupación y frustración que se generan en la gestante ante la inminencia de muerte de su hijo por nacer provienen de la dimensión simbólica, dado el rol maternal y de cuidado otorgado culturalmente a la mujer (17).

La aparición súbita de una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la mujer y de su hijo por nacer genera un trastocamiento en su salud y en su cotidianidad. Sin embargo las mujeres no se sienten participes en la toma de decisiones sobre su cuerpo, estudios similares han llegado a establecer que las mujeres no son tomadas en cuenta por el personal sanitario que las atendió, dificultando aún más la vivencia del evento (18).

El hecho de que los profesionales de salud pasen de la atención tradicional centrada en la enfermedad y en signos y síntomas biológicos y facilitaran el diálogo y la creación de un vínculo con las mujeres entendiendo su entorno cultural podría llegar a reducir la incertidumbre y el temor frente a la situación (18).

La terminación de la gestación con diagnóstico de preeclampsia trajo consigo repercusiones para las mujeres y sus familias. Las secuelas se encuentran relacionadas con la aparición de enfermedades crónicas, pérdida de independencia y el abandono en la idea de embarazos posteriores.

“[...] porque realmente el doctor me dijo: tú no puedes volver a quedar embarazada, pero si de pronto quedas embarazada, muy posiblemente te va a pasar lo mismo... entonces es mejor que ya eliminé esa posibilidad [...]” (C1)

#### IV. CONCLUSIONES

La salud materna e infantil representa uno de los principales ámbitos de acción de la salud pública actual y es considerada como una prioridad en el país. El análisis de una complicación obstétrica severa como la preeclampsia, enfermedad con alto potencial de identificación e intervención temprana, desde

la perspectiva de las ciencias de la complejidad permite comprender el fenómeno desde la dinámica social y cultural de las mujeres, encontrando una nueva perspectiva del fenómeno que permite pensar nuevas formas de intervención a partir de una visión más cercana a la realidad y de la interpretación de la perspectiva de las mujeres, para en ultimas generar modelos de atención más efectivos que atiendan las necesidades de las mujeres y que se corresponda con las dinámicas culturales, ya que es a partir del territorio que se deben construir los modelos de intervención.

Hasta este momento las acciones desarrolladas en salud para lograr disminuir la muerte materna en el país no han logrado cambios en el comportamiento del evento. La mortalidad materna aún sigue siendo un importante problema de salud pública y la principal causa continúa siendo el trastorno hipertensivo del embarazo. Frente a esto se logra identificar que existe una crisis paradigmática de visión de la realidad cuya raíz es el pensamiento de la idealización, los profesionales de salud esperan de las gestantes un modo de pensar y actuar basado en una racionalidad perfecta, sin embargo las acciones de las gestantes están dadas por una racionalidad intuitiva y las decisiones se toman por emoción de acuerdo a su contexto.

Para las instituciones el riesgo es biológico pero para las mujeres el riesgo es cultural. El contenido del contexto cultural es un elemento crucial en el comportamiento de la mujer frente al cuidado del embarazo de acuerdo a lo que considere o no como riesgo. En este sentido, el acercamiento a las gestantes desde la atención prenatal no debe limitarse solo a la experiencia biológica, sino que debe darse desde una visión integral, comprendiendo a la gestante como una unidad inseparable de su entorno, con necesidades particulares y con la comprensión de la vida como un proceso complejo identificando las diferencias en aquellos patrones de normalidad para de esta forma generar situaciones de emergencia que posibiliten un cambio.

Para estas mujeres prevalece una gran expectativa con relación a la vida de sus hijos, todas ellas sobreponían la vida y bienestar de ellos. Esto obedece a mecanismos de afrontamiento y del rol de cada uno dentro de la sociedad, los profesionales de salud tienen la obligación de salvaguardar la vida de la mujer a toda costa en busca del cumplimiento de metas y objetivos establecidos y la mujer cumple con el papel protector y dador de vida que física y culturalmente les ha sido asignado.

La importancia de conocer y reconocer desde la percepción de la mujer el significado del cuidado prenatal va más allá de lo que medicamente se considera como riesgo. Se debe reconocer los aspectos sociales y culturales que influyen en la toma de decisiones de la mujer.

## REFERENCIAS

1. Gómez, E. (2000). Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 26(2), 99-114.
2. Vazquez, A., Reina, G., Roman, P., & Guzman, R. (2005). Trastornos hipertensivos del embarazo. *Revista Cubana De Medicina*, 44(3-4).

3. Romero, I., Sanchez, G., Romero, E., & Chavez, M. (2010). Muerte materna: Una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. *Perinatol Reprod Hum*, 24(1), 50.
4. Lima, N., Pinheiro, A., Dantas, G., Bezerra, S., Barbosa, L., & Sousa, N. (2007). Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. *Revista De Saúde Pública*, 41(5) Retr
5. Cáceres, F. (2009). Prenatal care: an urgent reflection. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(2), 170.
6. Douglas, M., & Martínez, V. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
7. Douglas, M., & Wildavsky, A. (1983). *Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers* (Reprint.; 1 ed.). Berkeley: University Of California Press.
8. Sánchez, F., Rubio, J., Páez, D., & Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín De Psicología*, 58, 7-17.
9. Johnson, S., & Florencia, M. (2003). *Sistemas emergentes: o qué tienen en común hormigas, neuronas, ciudades y software*. Madrid: Turner.
10. Capra, F., & Sempau, D. (2003). *Las conexiones ocultas: implicaciones sociales, medioambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo*. Barcelona: Editorial Anagrama.
11. Capra, F., & Sempau, D. (1996). *Trama de la vida: una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Anagrama.
12. Morin, E., & Malaina, Á. (2011). *Hacia dónde va el mundo?*. Barcelona; Buenos Aires; México: Paidós. R
13. Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 11(3), 192-204.
14. Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Anthropology, health and illness: An introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 18(3), 466.
15. Alarcón, A., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista medica de Chile*, 131(9), 1061-1065.
16. Wildavsky, A., & Dake, K. (1990). Theories of risk perception: Who fears what and why? *Daedalus*, 119(4), 41-60.
17. Pinho, A., Pamplona, V., & Garcia, C. (2010). Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 18(6), 1194.
18. Barlow, J., Hainsworth, J., & Thornton, S. (2008). Women's experiences of hospitalisation with hypertension during pregnancy: Feeling a fraud. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(3), 157-167.