

**RAZONES PARA ASISTIR A LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL: UN
ANÁLISIS DE LA PERSPECTIVA DE HOMBRES, MUJERES Y PROFESIONALES
DE SALUD DESDE LAS CIENCIAS CONTEMPORÁNEAS.**

**REASONS TO ATTEND THE PRECONCEPTIONAL CARE: AN ANALYSIS OF
THE PERSPECTIVE OF MEN, WOMEN AND HEALTH PROFESSIONALS A VIEW
FROM CONTEMPORARY SCIENCES.**

MARIA JULIANA PORRAS MARTINEZ

Trabajo de Grado para optar al título de:

Magister en Salud Pública.

Asesor:

**CHANTAL ARISTIZABAL
MD, PhD**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DIVISIÓN DE POSGRADOS
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTA D.C.
Julio de 2019.**

RESUMEN

Con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, las organizaciones de salud pública a nivel mundial implementan un enfoque preventivo. Así crece la consulta o atención preconcepcional la cual plantea la necesidad de estrategias y recomendaciones que mejoren la salud de mujeres y parejas previa a la concepción.

Sin embargo, a pesar de los múltiples beneficios identificados por la comunidad médica acerca de la atención preconcepcional, son pocas las mujeres y/o parejas que asisten en búsqueda de asesoría. En una revisión de literatura que incluyó 672 artículos, se concluye que las estimaciones acerca de la prevalencia de compromiso con los servicios de atención preconcepcional oscilaron entre el 18,1% y el 45%. (Steel, Lucke, & Adams, 2015).

A raíz de esto, variados estudios se han realizado para identificar las razones por las cuales las mujeres y/o parejas no asisten a la consulta preconcepcional, dando origen a múltiples estrategias que buscan aumentar la adherencia a la consulta preconcepcional sin que hayan tenido el éxito esperado.

Este estudio busca identificar las razones de hombres, mujeres y profesionales de salud para asistir o no a la consulta preconcepcional, partiendo de una nueva perspectiva, un análisis del discurso de los participantes desde las ciencias contemporáneas como las ciencias cognitivas y la teoría de la acción, para buscar así entender su forma de pensar y por ende su actuar.

ABSTRACT

Having the purpose of reducing maternal and perinatal morbidity and mortality, public health organizations worldwide implement a preventive approach, Preconceptional care, which raises the need for strategies and recommendations that improve the health of women and couples prior to the conception.

However, despite the multiple benefits identified by the medical community about preconception care, there are few women and / or couples who assist in seeking advice. In a literature review that included 672 articles, it is concluded that the prevalence estimate of commitment to preconceptional care services ranged from 18.1% to 45%. (Steel, Lucke, & Adams, 2015).

As a result, various studies have been carried out to identify the reasons to why women and / or couples do not attend the preconceptional care, giving rise to multiple strategies that seek to increase adherence to the preconception care and consult, without having been successful as expected.

This study seeks to identify the reasons of men, women and health professionals to attend or not to preconceptional care, based on a new perspective, an analysis of the speech of participants, a view from contemporary sciences such as cognitive sciences and action theory, to seek understanding on their way of thinking and therefore their actions.

INTRODUCCIÓN

En el decenio de 1990, con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, incluida la reducción en las estadísticas de recién nacidos con bajo peso al nacer, las organizaciones de salud pública implementan un enfoque preventivo (Committee To Study the Prevention of Low Birthweight Division of Health Promotion and Disease Prevention Institute of Medicine, 1985). Así crece un movimiento desde las organizaciones internacionales y académico a nivel mundial, que plantea la necesidad de estrategias y recomendaciones que mejoren la salud de mujeres y parejas previa a la concepción. Desde entonces múltiples estudios se han realizado especificando los beneficios de la atención preconcepcional (Kay Johnson et al., 2006).

Existe un acuerdo generalizado en el mundo y las organizaciones internacionales, en el sentido que para reducir la mortalidad materna e infantil, se debe proporcionar un continuo de atención en salud antes y durante el embarazo, el parto y el período posnatal. En 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organiza una mesa de expertos para llegar a un consenso sobre un paquete de intervenciones de atención preconcepcional que podrían ser entregadas a través de programas de salud pública existentes en países de bajos, medianos y altos ingresos (World Health Organization Headquarters, 2012).

La atención preconcepcional parte de la premisa de que muchas adolescentes y mujeres jóvenes empiezan la maternidad sin el conocimiento, las habilidades o el apoyo que necesitan. Adicionalmente considera que con la promoción de la salud y las medidas de prevención, incluidos los métodos anticonceptivos, se logran mejores resultados en salud para ellas y sus hijos y se les brinda a las mujeres la oportunidad de decidir de manera autónoma cuándo y cómo tener sus gestaciones (Dean, Lassi, Imam, & Bhutta, 2014).

Existe múltiple evidencia de que las enfermedades o problemas de salud, las conductas problemáticas y los riesgos individuales y ambientales contribuyen a alteraciones de la salud materna e infantil. En segundo lugar, hay intervenciones biomédicas, conductuales y sociales que cuando se realizan antes de la concepción puede abordar efectivamente muchos de estos problemas de salud, problemas de comportamiento y factores de riesgo (Mason et al., 2014).

La atención preconcepcional puede dar como resultado grandes beneficios sociales y de salud, entre ellos, puede contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil, así como cuidar de la salud de los bebés como niños, y en su futuro en la adolescencia y en la edad adulta. Adicionalmente, favorece la toma de decisiones informadas y un ejercicio autónomo y saludable de la fertilidad de las mujeres. Esto podría contribuir al desarrollo social y económico de familias y comunidades (Mason et al., 2014).

Desde esta perspectiva, mejorar la salud preconcepcional, puede mejorar la salud reproductiva. De esta manera, el objetivo de los programas de consulta preconcepcional es promover la salud de la mujer en edad reproductiva antes del embarazo y así disminuir posibles complicaciones en el embarazo. Los programas de consulta preconcepcional se consideran un componente crítico en la atención en salud para mujeres en edad reproductiva (Kay Johnson et al., 2006). Un adecuado programa de atención

preconcepcional incluye un rango de intervenciones preventivas, terapéuticas y comportamentales (Bortolus, Oprandi, et al., 2017).

Al respecto el CDC de Atlanta establece en el 2006, diez recomendaciones para mejorar el cuidado de salud en los programas de atención preconcepcional: responsabilidad individual a lo largo de la vida, sensibilización del consumidor, consultas preventivas, intervenciones para los riesgos identificados, atención en los intervalos interconcepción, controles previos al embarazo, cobertura de seguro de salud para mujeres con bajos ingresos, programas y estrategias de salud pública, investigación y mejoras de monitoreo. (Kay Johnson et al., 2006).

“Estas recomendaciones son un plan estratégico para mejorar la Salud preconcepcional a través de la atención clínica, el comportamiento individual, los programas de salud pública basados en la comunidad y las campañas de marketing social para cambiar el conocimiento actitudes y prácticas de las personas” (Kay Johnson et al., 2006). Se entiende que la atención de salud preconcepcional es más amplia que la atención clínica previa al embarazo

Existen múltiples definiciones de atención preconcepcional; entre ellas “un conjunto de intervenciones que apuntan a identificar y modificar, riesgos biomédicos, de comportamiento y sociales para la salud de una mujer o el resultado del embarazo a través de la prevención y manejo” (Kay Johnson et al., 2006). El Ministerio de Salud Colombiana define la atención preconcepcional como: “Conjunto de intervenciones que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal. Para producir el mejor resultado posible, se requiere que estos riesgos se intervengan antes del embarazo” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014).

En la búsqueda de brindar la atención preconcepcional, se crea la consulta preconcepcional, definida por el Ministerio de Salud de Colombia como: “Proceso que se inicia con la entrevista que hace a una mujer o a una pareja, un profesional del equipo de salud, antes de la concepción, con el objetivo de detectar, corregir o disminuir factores de riesgo reproductivo”, en el marco del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014).

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia publicó la resolución 276 de 2019 en la cual se presenta la modificación de la Resolución 3280 de 2018, donde se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, previamente descritas en la Resolución 412 del 2000. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018)

En dicha resolución se especifica que “en condiciones ideales, la consulta preconcepcional se debe realizar al menos un año antes de planear la gestación” dado que “es el tiempo razonable para el procedimiento de la preparación del embarazo” Ello implica que a cualquier mujer que llegue a cualquier servicio se debe indagar acerca de sus deseos de embarazo en el presente o el futuro. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018)

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y el colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) han clasificado los principales componentes de la atención preconcepcional en cuatro categorías de intervenciones: evaluación física, tamizaje de riesgo, vacunaciones y asesoramiento. Y establecen ocho áreas de tamizajes de riesgo: conciencia reproductiva, toxinas y teratógenos ambientales, nutrición y suplemento de ácido fólico, factores genéticos, evitar el uso de sustancias, incluyendo tabaco y alcohol, antecedentes médicos y farmacológicos, presencia de enfermedades infecciosas y antecedentes de vacunación, y alteraciones psicosociales. (American College of Obstetricians and Gynecologists. 2013).

En la consulta preconcepcional se contemplan múltiples intervenciones para disminuir y tratar los factores de riesgo identificado en la mujer en edad reproductiva, las cuales han sido adaptadas según las particularidades médicas de las mujeres en múltiples guías de práctica clínica, realizadas por diferentes grupos de profesionales de la salud. Por ejemplo guías de práctica clínica con adaptaciones en cada país o estado específicamente. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014).

Dentro de las intervenciones a realizar en la consulta preconcepcional, el Ministerio de Salud de Colombia sugiere que la consulta tenga una duración de 40 minutos; en la cual deberá realizarse una adecuada historia clínica y un examen físico completo. Durante esta consulta se evaluarán como mínimo: las condiciones médicas preexistentes, nutrición, peso, existencia de trastornos alimenticios y actividad física, hábitos no saludables, estado de inmunizaciones, historia sexual y reproductiva, historia hereditaria o genética, ingesta de medicaciones, infecciones y condiciones psicosociales. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014).

Dichas intervenciones se encuentran en una lista de chequeo que debe ser seguida por los profesionales de salud que realicen la consulta preconcepcional. “En esta consulta se procede también a solicitar los exámenes básicos necesarios que incluyen: Antígeno superficie de hepatitis B, citología cérvicovaginal, frotis de secreción vaginal, glucosa en suero, hemoclasificación, hemograma, hemoparásitos (en zonas endémicas), concentraciones séricas de inmunoglobulinas contra toxoplasma, rubéola y varicela, serología para sífilis (RPR), urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI), prueba de anticuerpos contra el VIH. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014).

Sin embargo, a pesar de la importancia que se le ha dado a la atención y consulta preconcepcional, son pocas las mujeres y/o parejas que asisten en búsqueda de asesoría, En una revisión de literatura que incluyó 672 artículos, se concluye que las estimaciones acerca de la prevalencia de compromiso con los servicios de atención preconcepcional oscilaron entre el 18,1% y el 45%. Dependiendo de la condición de salud e historial de enfermedades crónicas de las mujeres que consulta. (Steel, Lucke, & Adams, 2015).

Es importante identificar que la consulta preconcepcional nace de una necesidad de la comunidad médica al identificar problemáticas de salud reflejados en estadísticas y datos epidemiológicos, sin embargo, no es una problemática identificada por la población. Por ende, el diseño de los programas de atención preconcepcional se realiza de forma lineal,

causal, unidireccional y con enfoque biomédico, sin tener en cuenta las necesidades percibidas por los individuos o los colectivos.

En un metaanálisis que incluyó 13 estudios acerca de las actitudes y experiencias de las mujeres y los profesionales de salud en la prestación de servicios de atención preconcepcional “(4 reportaron las percepciones de las mujeres, 11 describieron las opiniones de profesionales de la salud y 2 artículos informaron hallazgos de ambos grupos)”. Se identificó que los profesionales de atención primaria entrevistados en el Reino Unido afirman que una barrera potencial para el éxito de los programas de atención preconcepcional es el bajo valor percibido que se otorga a la atención preconcepcional por parte de las mujeres en la comunidad. (Steel, Lucke, Reid, & Adams, 2016).

Estos profesionales de salud también manifestaron que las mujeres no suelen planear sus embarazos, por ende, la consulta preconcepcional no aplica para este grupo de mujeres. Adicionalmente la falta de conocimiento de las mujeres también fue señalada como una de las posibles barreras para una consulta preconcepcional efectiva ya que para muchas mujeres gestantes su primer contacto clínico con los profesionales es en la consulta prenatal. (Steel, Lucke, Reid, & Adams, 2016).

Al respecto de las razones por las cuales las mujeres no buscan atención preconcepcional, Bortolus, Et Al, condujeron un estudio cualitativo con mujeres en edad reproductiva y profesionales de salud en Italia. Los resultados indican la presencia de muchas barreras y la falta de conciencia sobre salud preconcepcional en mujeres y profesionales de la salud. Siendo estas en la mayoría de los casos las razones por la cual las mujeres no asisten en búsqueda de una atención preconcepcional (Bortolus, Oprandi, et al., 2017).

Poels, Et Al. realizan una revisión sistemática de la literatura en búsqueda del porqué las mujeres no utilizan la atención preconcepcional, en este estudio se revisan 22 artículos que cumplen criterios de inclusión y calidad. Encontrando como resultados, que las razones mas frecuentes para no buscar atención preconcepcional son: “la no planeación de los embarazos, la percepción de ausencia de riesgos, falta de conciencia y experiencias previas de embarazos”. (Poels, Koster, et al., 2016).

Otro resultado del estudio son los factores facilitadores para la búsqueda de atención preconcepcional percibido por las mujeres, entre los cuales se identifican creer en los beneficios y disponibilidad de los programas de consulta preconcepcional. Finalmente, los autores concluyen que las mujeres perciben más barreras que facilitadores para la búsqueda y acceso a la atención preconcepcional. Esto explicaría el poco uso de los programas de de atención preconcepcional (Poels, Koster, et al., 2016).

Al respecto Steel et al. identifican que existen brechas significativas en el conocimiento de las mujeres, entre las cuales se incluyen un conocimiento limitado de los riesgos de embarazo, bien sea asociados con condiciones médicas crónicas o como un riesgo general o los riesgos asociados con resultados adversos. Adicionalmente se identifica falta de conocimiento acerca de la existencia y acceso a servicios de atención preconcepcional (Steel, Lucke, & Adams, 2015).

Un estudio que involucra 12 grupos focales, de 72 participantes en total, de mujeres con enfermedades crónicas, tenía como uno de sus objetivos identificar el conocimiento de las mujeres acerca de los programas de atención preconcepcional, como resultados encuentran que más del 60% de mujeres que fueron atendidas en un hospital para servicios prenatales no tenían conocimiento de los servicios de atención preconcepcional que ofrecía el mismo hospital (Chuang, Velott, & Weisman, 2010).

Otra de las razones que se identifican en la literatura para explicar el bajo uso de los programas de atención preconcepcional, son las actitudes de las mujeres acerca de la consulta preconcepcional. Las mujeres reportan sentir estrés emocional al tratar de cumplir los requerimientos que se aconsejan en la consulta preconcepcional dependiendo del diagnóstico individual de cada mujer para disminuir los riesgos en el embarazo. Adicionalmente consideran que requieren disciplina para seguir las indicaciones de los profesionales de salud de atención preconcepcional. (Steel, Lucke, & Adams, 2015).

Otros grupos de mujeres con condiciones médicas crónicas como la diabetes tipo 1, refirieron que las recomendaciones médicas que reciben en la consulta médica preconcepcional generan miedo o ansiedad respecto a los posibles riesgos de su embarazo, por lo cual usualmente consideran mejor no contarle a su médico cuando planean tener un embarazo, pues hace más difícil tomar la decisión de embarazarse (Griffiths, Lowe, Boardman, Ayre, & Gadsby, 2008).

Como explicado previamente se han identificado múltiples razones por las cuales la asistencia a los servicios de salud de salud sexual y reproductiva es tan baja y para esto se han realizado múltiples estudios científicos para entender una de las dificultades más importantes de la implementación de la consulta preconcepcional. En este sentido también es importante analizar el diseño de los servicios, si estos se encuentran adaptados a las necesidades de la población y a su forma de pensar.

Hay múltiples pruebas científicas especificadas en la consulta preconcepcional, sin embargo, como fue mencionado previamente éstas se encuentran diseñadas desde la necesidad médica y no desde la necesidad percibida por la población usuaria. Intervenciones en el mismo sentido lineal, causal. Existen percepciones, actitudes y prácticas que muestran que los servicios de atención preconcepcional no han logrado lo planeado.

Puesto que hay una brecha entre teoría y práctica, que las múltiples explicaciones científicas alcanzadas, no son suficientes para saber que pasa en la mente de hombres y mujeres a la hora de planear o no un embarazo, acerca de la necesidad o no de una consulta prenatal. Se plantea una investigación que tenga en cuenta una nueva perspectiva. En este caso, desde ciencias cognitivas y teorías de la acción, buscando comprender el pensamiento de las personas y por ende las decisiones que toman y sus acciones a la hora de planear o no un embarazo.

“Las ciencias cognitivas abordan el estudio de la mente y la inteligencia desde una perspectiva interdisciplinaria que opera la filosofía, la psicología, la inteligencia artificial, la neurociencia, la lingüística y la antropología” (Thagard, Paul. 2010). Uno de sus representantes Paul Thagard en su libro la mente realiza una descripción y evaluación de la mente vista desde procesos y representaciones mentales.

Paul Thagard explica que el pensamiento de las personas se encuentra formado por representaciones mentales más procesos de cómputo o procesos algorítmicos. El autor para explicar la conducta inteligente menciona seis enfoques principales de modelización de las representaciones mentales la lógica, las reglas, los conceptos, las analogías, las imágenes y las conexiones y tres enfoques de los procesos de cómputo la resolución de problemas, aprendizaje y el uso del lenguaje (Thagard, Paul. 2010).

El pensamiento inteligente se da entendiendo que las personas tienen representaciones mentales, los procesos algorítmicos operan sobre esas representaciones y dichos procesos aplicados a las representaciones generan la conducta (Thagard, Paul. 2010). Para poder entender las necesidades y deseos de las personas, primero debemos conocer y comprender sus representaciones mentales, pues son las que los llevan a actuar.

En este caso específico, de programas de atención y consulta preconcepcional es importante escuchar las representaciones mentales expresadas en lógica, creencias, analogías, reglas, imágenes y conexiones que tiene la población acerca de los embarazos deseados y no deseados, la planeación de estos, los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos, la atención de los profesionales de salud en tema de salud sexual y reproductiva, entre otros.

La acción humana ha sido objeto de estudio a través de la historia de múltiples disciplinas tales como la filosofía, la antropología, las ciencias naturales, entre muchas otras. Al respecto la teoría de la acción tiene como objetivo comprender las condiciones que hacen que el comportamiento pueda ser considerado como una acción. Para ello se debe definir inicialmente que toda acción tiene un objetivo definido y que, al ser así, es voluntaria. El fin es definido por el agente y esto es lo que le da sentido a su actuar. (Cruz, 1997).

El autor explica que toda acción voluntaria tiene como propósito solucionar un problema, un fin definido. Se encuentra directamente relacionada con la forma de pensar individual o colectiva de la persona (Cruz, 1997) es decir a sus representaciones mentales. En este orden de ideas es fundamental ver a los “pacientes” o “usuarios de los programas de salud” como agentes, es decir como entidades que deciden voluntariamente su actuar con un fin definido y esto les da sentido a sus acciones.

Mosterin manifiesta que para que exista una acción colectiva deben existir varios agentes que participen con una misma intención, si los agentes no tienen una misma intención no puede haber una acción colectiva. Sin embargo, para que la acción colectiva se lleve a cabo es necesario que cada agente realice una acción individual con el objetivo de lograr la acción colectiva. (Mosterín, 1987) Para lograr uno de los objetivos de la consulta preconcepcional que es la asistencia de las poblaciones, es importante crear servicios de salud que se adapten a la intencionalidad de los individuos y colectivos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las representaciones mentales de mujeres, hombres y personal de salud frente a la participación en la consulta preconcepcional?

OBJETIVO GENERAL

Analizar las representaciones mentales de mujeres, hombres y personal de salud, acerca de la participación en la consulta preconcepcional

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar las representaciones mentales de mujeres, hombres y profesionales de salud de consulta externa acerca de la planeación del embarazo

Comprender las representaciones mentales acerca de responsabilidad en el embarazo por parte de mujeres, hombres y profesionales de salud de consulta externa

Identificar las acciones para la participación en la consulta preconcepcional según mujeres, hombres y profesionales de salud de consulta externa.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo a partir de entrevistas individuales semiestructuradas con hombres, mujeres y profesionales de salud residentes en Cundinamarca, Colombia.

Los criterios de inclusión fueron:

- Hombres y Mujeres que fueran pareja, que desearan tener hijos en el futuro o que ya tuvieran hijos.
- Edades de 18 años a 35 años. El rango de edad fue decidido con base en la escala de riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado, la cual es recomendada en las guías de práctica clínica (Ministerio de Salud y Protección social. & Centro Nacional de Investigación en Evidencia y tecnologías en Salud, 2013); también se tuvo en cuenta, elegir grupos únicamente mayores de edad por consideraciones éticas.
- Profesionales de salud entre 1 y 20 años de experiencia laboral, que trabajan en consulta externa.

Los criterios de exclusión fueron parejas que no desean tener hijos en el presente o futuro.

Según Díaz-Bravo, la entrevista se define como “una conversación que se propone con un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Es un instrumento técnico de gran utilidad en la investigación cualitativa, para recabar datos” (Díaz-Bravo et al., 2013).

El diseño de la guía de la entrevista y sus categorías se realizó con base en marco teórico y revisión de antecedentes. Las guías de las entrevistas fueron revisadas por el grupo de investigadores para asegurar que las preguntas correspondiesen al objetivo. Se mantuvo el objetivo que los diferentes grupos dialogaran acerca de las mismas características desde sus perspectivas y así poder realizar una comparación de los hallazgos identificados en las entrevistas. (Suárez, et al.,2013)

Las categorías de análisis de información fueron

1. Planeación del embarazo.
2. Percepción de la responsabilidad del desarrollo del embarazo.
3. Razones para asistir a la consulta preconcepcional.
4. Representaciones mentales y acción individual y colectivo.

Se realizó una prueba piloto con una persona de cada grupo, con el fin de revisar que los instrumentos fueran comprensibles para quienes participarán posteriormente. A partir de los resultados de la prueba piloto se realizaron las mejoras necesarias a los instrumentos y según los cambios de enfoque que surgían en el estudio para lograr el objetivo del grupo de investigación.

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo teórico, se inició el muestreo mediante voluntarios, continuando con un proceso de muestreo en redes y posteriormente se avanzó a un muestreo deliberado de acuerdo con las necesidades de información para el estudio detectadas posterior a las primeras entrevistas realizadas. (Martínez-Salgado, 2012). (Martín-Crespo Blanco, Salamanca Castro & Salamanca Castro. 2007). Los participantes se identificaron con códigos M: para mujeres, H: para hombres y P: para profesionales de la salud.

Previa la realización de las entrevistas se le explicó a cada uno de los y las entrevistados y entrevistadas los propósitos de la entrevista, la inexistencia de respuestas correctas o incorrectas, la facilidad de negarse o detener la entrevista en cualquier momento si así lo desearan. Se realizó la toma de datos básicos, explicándoles a los participantes que podían decidir no poner sus nombres reales si quieren reservar su identidad, se solicitó autorización para grabar la entrevista en audio y se realizó la firma del consentimiento informado.

Se realizó seguimiento posterior a algunos participantes para complementar información encontrada en las entrevistas realizadas, dado el hallazgo de categorías emergentes en los resultados del estudio. La saturación de información se alcanzó en 6 entrevistas de parejas, hombres y mujeres que cumplían con los criterios de inclusión y 6 profesionales de salud.

El análisis de los datos se realizó por medio de codificación abierta, axial y selectiva (San Martín Cantero, D. 2014), manteniendo las categorías iniciales del estudio 1. Planeación del embarazo, 2. Percepción de la responsabilidad del desarrollo del embarazo, 3. Razones para asistir a la consulta preconcepcional y 4. Representaciones mentales y acción individual y colectivo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Dentro de las consideraciones éticas se tuvo en cuenta la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (Ministerio de Salud de Colombia, 1993). Los participantes firmaron consentimiento informado previo a su participación. Este estudio se considera sin riesgo.

RESULTADOS

Los participantes entrevistados fueron 6 parejas (hombre y mujer) que cumplieran los criterios de inclusión y 6 profesionales de salud de consulta externa en Cundinamarca (4 profesionales de medicina general y 2 enfermeras profesionales: P05 y P06)

La información se presenta según las categorías de análisis de información iniciales para una explicación más detallada.

Planeación del embarazo.

De las parejas entrevistadas tres de ellas tenían hijos o embarazos no planeados, dos de ellos no tenían embarazos o hijos en la actualidad, pero tenían planes a futuro y una de ellos tuvo hijos con embarazos planeados.

De los profesionales de salud entrevistados en su experiencia personal, tres de ellos tenían hijos producto de embarazos no planeado, dos no tenían hijos y una de ellas tuvo un embarazo planeado.

Al indagar acerca de la planeación del embarazo, era frecuente encontrar a hombres mujeres y profesionales de salud, referirse a esta situación como desorden, inmadurez o irresponsabilidad.

Participante M04: "la persona también muy inmadura de no cuidarse"

Participante H05 "Desorden, digamos que un embarazo no deseado es simple falta de planificación"

Participante H06 "Pues creo que eso genera mucho conflicto a la hora de cuando ya pues se lleva todo el proceso del embarazo"

Participante P05 "Me parece muy irresponsable por parte de las personas porque es que ahorita tenemos muchas facilidades de planificar"

Otros hombres expresaron que el embarazo no planeado es algo que se debe asumir, sin necesidad de ser algo malo.

Participante H02 "No creo que sea algo malo, creo que pues hay veces que simplemente se da, lo que sí me parece malo digamos el hecho de abandonarlo"

Participante H04 "pienso que es algo que debe asumirse con responsabilidad"

También se identifica que los entrevistados consideran que el embarazo no planeado es algo frecuente, de predominio en mujeres y en profesionales de salud.

Participante M05: "Yo creería que son más comunes que los planeados"

Participante M06: "Opino que es lo que se presenta, es lo que generalmente se presenta hoy en día, ósea es, no sé en qué porcentaje, pero ocurre mucho"

Participante P03 "Yo creo que eso ya es muy común más hoy en día tantas adolescentes embarazadas y todo, yo creo que uno nunca piensa que va a quedar en embarazo cuando no lo está planeando"

Una analogía identificada en los resultados de las entrevistas es el símil que realizan los entrevistados de los embarazos no planeados o no deseados con desorden,

irresponsabilidad e incluso inmadurez. Algo que genera conflicto y disrupción en la vida diaria de las personas, Uno de los entrevistados incluso considero el embarazo planeado como embarazo no deseado de forma automática.

Al preguntar en las entrevistas, por los factores necesarios para planear un embarazo, las respuestas más frecuentes en las parejas entrevistadas eran tener una estabilidad económica, una pareja estable, una estabilidad profesional.

Participante H02 “una estabilidad económica, y obviamente yo diría que para mejorar la estabilidad económica estudio, eh pues estudiar, terminar al menos así sea una carrera profesional, y luego si tener hijos y para mi es fundamental la parte del matrimonio, si osea no es como tener un hijo y ya”.

Participante H04 “pues tener en cuenta el tema económico, tener en cuenta el tema profesional y dependiendo de eso pues ya se elegiría una fecha para quedar embarazados”.

Participante H06 “creo que hoy en día se piensa mucho desde el lado económico, desde el lado del tiempo, que voy a dejar de hacer o que puedo hacer digamos o que me voy a limitar a hacer”

Participante M06: “Cuando digamos que tienes una estabilidad pues económica para tener un hijo, cuando realmente tienes amor para darle a ese hijo, yo pienso que ese es el momento, tanto como la edad”

Participante M04: “Como pareja cuando ya tiene una pareja estable”

Participante M02: “Yo siempre pensé en tener hijos cuando ya tuviera una estabilidad financiera, entonces cuando ya tuviera mi apartamento, cuando ya terminara mi carrera, cuando tuviera un trabajo estable... y obviamente con mi pareja estable, eso importan mucho.”

Según los relatos de los participantes se puede identificar una regla en sus representaciones mentales, tal es: para planear tener hijos es necesario tener una pareja estable, una estabilidad económica, educación. Sin embargo, es contra factico: pues “existen abundantes pruebas que las tasas de fecundidad tienden a disminuir cuando aumenta el poder económico de las mujeres” (Sen, 1999).

Esto significa que dicha representación mental individual y colectiva se encuentra expresada en el ideal de las personas, pero no en su actuar y por ende no en la realidad. Sin embargo, a la hora de planear un embarazo las personas consideran que debe haber un momento “ideal” en la vida, un tiempo de estabilidad o equilibrio.

Percepción de la responsabilidad del desarrollo del embarazo.

Al preguntarle a los hombres, acerca de la responsabilidad en el embarazo, concuerdan en decir que la carga física en su mayoría es de la mujer pero que el hombre debe ser compañía permanente y estar atento a las necesidades que se hagan evidentes en el proceso

Participante H06 “la mamá es la que lleva el bebé y demás, pero digamos el papá es el que acompaña es el que está en las citas y demás y ese fue mi caso”

Participante H04 “la mujer es la más implicada, uno es el hombre es el apoyo durante todo ese tiempo para la mujer”.

Participante H02 “si se habla pues del embarazo como tal, en efecto la mujer... uno no tanto pero yo creo que uno lo hace desde un punto de vista más apoyo”

Las mujeres y los profesionales de salud concuerdan que la carga de responsabilidad la asume la madre en la mayoría de los casos y expresan una necesidad de mayor apoyo por parte de los padres.

Participante M03: “muchas veces la carga se le pone a la mamá, muchas veces el papá de pronto se hace a un lado o cumple con lo que él cree que es suficiente... pero un papá debe estar muy hombro a hombro con la mamá porque son muchísimas las cosas que acarrear y que significan tener un bebé”

Participante M04: “uno es como más empoderado y más comprometido con su hijo, a veces los papás son como un poco perezosos, y le cargan la responsabilidad a la mamá... yo creo que esa es una de las responsabilidades que uno tiene como padre, enseñarle a sus hijos que un hijo es responsabilidad de los dos en cuanto a cuidar de él, levantarse, madrugar, trasnochar, ósea todo”

Participante M05: “La mujer, pues yo creo que siempre la mujer va a querer ser mamá y el hombre lo piensa mucho, porque es una responsabilidad muy grande”

Participante P05: “La mujer, primero porque la planificación generalmente el 90% de la planificación es para la mujer, y dos porque los hombres los veo que son desarraigados en ese tema”

Participante P06: “Las mujeres, porque la mujer es la persona a la que le toca todo el proceso de la crianza... realmente los papás no ayudan, es una obligación y una responsabilidad que ellos tienen pero es muy difícil encontrar a un padre que realmente también sienta y asuma la paternidad como debe ser”

En este caso los hombres mencionan que tienen un rol de “apoyo” durante el embarazo y la planeación de este, pero las mujeres sienten precisamente “falta de apoyo” en todo el proceso. En esta idea existe la misma creencia en todos: el apoyo masculino es necesario, pero no se materializa en acciones o puede haber disparidad en lo que implica apoyo para los hombres y las mujeres.

Otra creencia identificada en esta categoría es la responsabilidad de la madre, en los resultados de las entrevistas se identifica que se considera que la responsabilidad de la preconcepción, concepción e incluso periodo postnatal y crianza es de la madre; esto forma una regla en las representaciones mentales, dado que la madre es la responsable, es la madre quien debe asistir a las consultas preconceptionales y cuidar de su salud.

Razones para asistir a la consulta preconceptional.

De las parejas entrevistadas con hijos, solamente una de ellas había asistido a consulta preconceptional. De las dos parejas entrevistadas que no tenían hijos una de ella considera asistir a consulta preconceptional en el futuro y la otra pareja no lo ha considerado, en ese caso, el hombre considera que esa parte debe ser responsabilidad de la mujer.

Participante H05 “yo digo que digamos que esa es parte del trabajo de la mujer y es en sus consultas es que ella le digan que es lo que deba hacer”

Las parejas que no asistieron a una consulta preconcepcional antes de sus embarazos expresaron que consideraban importante asistir a una y que si tuvieran una nueva oportunidad en el futuro lo harían.

Participante H04 “nunca asistí a alguna pero cuando pensamos en programar quedar embarazados si teníamos planeados asistir a una”

Participante H02 “Pues digamos que desafortunadamente no fui previo al embarazo, pero yo creo que si planeara otro hijo yo creo que si lo haría para como para tomarlo de una manera diferente, para abordarlo mejor”

En la mayoría de los casos al indagar en razones por las cuales no asistieron a consulta preconcepcional, las parejas referían que se debía a que no habían planeado sus embarazos o al menos no tan rápido como sucedieron, no consideraron que fuera una posibilidad quedar en embarazo en ese momento.

Participante H06 “pues dejo de planificar y vamos a ver, a ver que, igual de todas maneras no pensamos que hubiese sido tan rápido”

Participante M04: No pensamos que podríamos quedar embarazados no vimos la posibilidad, porque decíamos, pues llevábamos tantos años, pues en cierta forma uno planificando que uno se confía

Los profesionales de salud todos consideraron importante que las personas asistan a consulta preconcepcional idealmente en pareja y con tiempo suficiente para poder impactar los factores de riesgo identificados.

Participante P02: “Si es importante, porque hay personas que a veces cuando desean tenerlo físicamente su cuerpo no está preparado para un embarazo”

Participante P04: “Muy importante es la manera de encaminar ese embarazo, prevenir y generar conciencia sobre la nueva responsabilidad que se asume”.

Participante P05: “yo no puedo decir si yo me embarazo mañana ósea si yo quiero tener un hijo en un año deberían ir a la consulta preconcepcional desde el momento en que ya tomen la decisión e ir los dos, apoyar el hombre siempre a la mujer en ese tema”.

Participante P06: “Porque es que es muy diferente ehh saber que dejé de planificar y quiero quedar embarazada el siguiente mes, pero lo que pasa es que en un mes no se prepara el cuerpo para ese estado”

De todos los profesionales de salud entrevistados solamente una de ellas refirió haber sido capacitada en consulta preconcepcional. Al ser entrevistados acerca de las razones por la cual las personas no asisten a consulta preconcepcional el desconocimiento fue la respuesta más frecuente.

Participante P05: “Porque ellas creen que un embarazo como que es algo normal y yo ya dejo de planificar y planeo mi embarazo, osea ellas no ven el riesgo durante los 9 meses que puede generarse durante un embarazo”.

Participante P06: “Desconocimiento de la misma ósea muchas personas en muchas IPS básicas no se sabe que existe una consulta preconcepcional y también lo digo, muchos de los profesionales de la salud no sabemos que existe una consulta preconcepcional”

Participante P04: "Muchas veces por desconocimientos, el médico no se toma el tiempo para explicarles o simplemente no tienen en planes entonces ya llegan simplemente a control prenatal"

Participante P03: "Pues yo creo que uno es como desconocimiento y dos es que no es necesario, es que ya quiero tener un hijo y lo hacen y ya"

No hay conexión entre la vida diaria, la vida sexual, las posibilidades reproductivas y la necesidad de consultas y de atención médica. Todos los profesionales de salud recomiendan la asistencia de los pacientes a la consulta preconcepcional, pero en la mayoría de sus casos personales no tuvieron consulta preconcepcional ni embarazos planeados. Sugieren que las personas no asisten a consulta preconcepcional por falta de conocimiento o información, pero es contradictorio en sus casos.

Al preguntarle a los profesionales de salud por actos que pudieran tener para estimular la consulta preconcepcional, todos refieren que podrían dar más y mejor información a los pacientes acerca de las opciones que tienen los pacientes al momento de planear un embarazo.

DISCUSION

En Colombia "Para el 2017 se notificaron 513 casos de muertes maternas, al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), de los cuales 333 corresponden a muertes maternas tempranas, 132 muertes tardías y 48 muertes maternas por causas coincidentes. Se evidencia una disminución en las muertes maternas tempranas en el 2017 con respecto al 2015 en el 3,2 %". (Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2018)

Sin embargo, "existe deficiencia en la inducción a la demanda de servicios preventivos en 156 casos (74,3 %), se presentaron fallas en la calidad de la atención durante el control prenatal en 82 casos (39 %), el sistema de salud no brindó información suficiente sobre señales de riesgo en el 31,4 % de los casos". Lo cual podría significar que la disminución de la mortalidad materna en Colombia se debió a otras estrategias diferentes a las preventivas. (Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2018)

En Colombia "Según resultados de la Encuesta nacional de demografía y salud, ENDS 2010 (Profamilia, 2010), el 52% de los nacimientos en el país se reportan como no planeados o no deseados". Lo cual puede llevar a la no asistencia a las consultas de atención preconcepcional. Sin embargo, estos datos son coherentes con la visión medicalizada tradicional del embarazo, que las personas no asisten a consulta preconcepcional por falta de conocimiento de los programas de atención o del riesgo. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014).

En dicha la resolución 3280 de 2018 se especifica que "en condiciones ideales, la consulta preconcepcional se debe realizar al menos un año antes de planear la gestación" Ello implica que a cualquier mujer que llegue a cualquier servicio se debe indagar acerca de su proyecto de vida. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018). En ese orden de ideas es importante identificar que como mencionado previamente todos los entrevistados en este estudio tenían deseos futuros de embarazos.

Sin embargo, aunque en su proyecto de vida existían los planes del embarazo, no existía un tiempo específico, o al menos no se llegó a ese momento antes de quedar en embarazo, razón por la cual no asistieron a consulta preconcepcional. Esto podría significar la necesidad de replantear la idea de “planeación del embarazo”, si es algo que se puede planear de forma certera o es un evento emergente de la vida que usualmente sucede en los momentos más inesperados.

Es importante comprender que tener un embarazo no planeado no necesariamente significa que sea no deseado, sin embargo, en las personas entrevistadas, la idea de un embarazo no planeado se identificó como analogía mental con desorden, inmadurez, imprudencia, e incluso uno de los entrevistados no encontró diferencia entre embarazo no planeado con embarazo no deseado.

Otro de los factores que pueden limitar el cumplimiento de lo descrito en la resolución 3280 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, es la división administrativa que existe a la hora de la atención en la práctica actual, es decir, los profesionales de salud aunque indaguen por los deseos de embarazo en la actualidad o en el presente, no puede realizar la consulta preconcepcional en ese momento sino que debe explicarle a la paciente la ruta de acceso para la solicitud de la cita de valoración preconcepcional.

Teniendo en cuenta que muchas pacientes no tienen el deseo de embarazo presente a corto plazo, en el momento que se remite a la paciente a una nueva cita para poder realizar la asesoría preconcepcional, puede perder interés en la realización del trámite administrativo y la necesidad de realizar una nueva consulta. Sin embargo, en la práctica, el profesional de salud por el tiempo asignado a la consulta y por los requerimientos administrativos para la codificación de la consulta y los paraclínicos no tiene otra opción.

Como recomendación para aumentar la asistencia a la consulta preconcepcional es importante que la formulación de las políticas y protocolos de atención en el futuro se realice de forma más horizontal y participativa, teniendo en cuenta a la población usuaria, especialmente teniendo en cuenta sus representaciones mentales y por ende su actuar, creyendo y entendiendo que los usuarios son agentes de acción voluntaria y su acción responde a un objetivo y no necesaria al desconocimiento.

Se deben realizar más estudios que relacionen las representaciones mentales y el actuar de la población con los programas de atención en salud. Especialmente en aquellos aspectos de salud que a pesar de múltiples esfuerzos y estrategias no se han logrado los resultados esperados, una nueva perspectiva podría dar nuevas ideas que permita la creación de estrategias que logren el objetivo buscado.

CONCLUSIONES

La consulta preconcepcional responde a una necesidad de disminuir la mortalidad y morbilidad materno perinatal, pero el diseño de su prestación se ha hecho de forma vertical y lineal sin tener en cuenta la forma de pensar y actuar de los usuarios, responde a una necesidad de las representaciones mentales de la institución médica pero no responde a una necesidad representada en las representaciones mentales de la sociedad.

Se han realizado múltiples estrategias y esfuerzos desde salud pública para aumentar la asistencia a la consulta preconcepcional, pero a pesar de los múltiples beneficios documentados y de los esfuerzos de sector salud la asistencia sigue siendo muy baja, e incluso en los entrevistados se evidencia que hay otras prioridades más importantes tales como la economía y la situación laboral en el momento de planear un embarazo antes de asistir a una consulta preconcepcional.

Es hora de pensar desde una nueva perspectiva las estrategias para aumentar la asistencia a consulta preconcepcional, se propone una vista desde las ciencias cognitivas y teorías de la acción, buscando entender las representaciones mentales de la población y por ende las razones de su actuar, esto podría dar ideas para la modificación de los programas que se adapten a las necesidades de la población.

BIBLIOGRAFÍA

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion number 313, September 2005. The importance of preconception care in the continuum of women's health care. *Obstet Gynecol* 2005;106:665–6.

Bortolus, R., Oprandi, N. C., Rech Morassutti, F., Marchetto, L., Filippini, F., Agricola, E., . . . Mastroiacovo, P. (2017). Why women do not ask for information on preconception health? A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 5. doi:10.1186/s12884-016-1198-z

Chuang, C. H., Velott, D. L., & Weisman, C. S. (2010). Exploring knowledge and attitudes related to pregnancy and preconception health in women with chronic medical conditions. *Maternal and child health journal*, 14(5), 713–719. doi:10.1007/s10995-009-0518-6

Cruz, M. (1997). *Acción humana* (1. ed. ed.). Barcelona: Ariel. Cap 1,2.

Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: Promoting reproductive planning. *Reproductive Health*, 11 Suppl 3(Suppl 3), S2. doi:10.1186/1742-4755-11-S3-S2

Díaz-Bravo, Laura; Torruco-García, Uri; Martínez-Hernández, Mildred; Varela-Ruiz, Margarita. La entrevista, recurso flexible y dinámico *Investigación en Educación Médica*, vol. 2, núm. 7, julio-septiembre, 2013, pp. 162-167. Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México.

Committee To Study the Prevention of Low Birthweight Division of Health Promotion and Disease Prevention Institute of Medicine. (1985). *Preventing low birthweight*. ISBN: 0-309-54207-3, 296 pages. Retrieved from <http://www.nap.edu/catalog/511.html>

Griffiths, F., Lowe, P., Boardman, F., Ayre, C., & Gadsby, R. (2008). Becoming pregnant: exploring the perspectives of women living with diabetes. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 58(548), 184–190. doi:10.3399/bjgp08X277294

Instituto Nacional de Salud de Colombia. Informe quincenal epidemiológico Nacional, Factores identificados en las unidades de análisis de los casos de Mortalidad Materna en Colombia, 2017. Vol. 23 Número 20 - Bogotá, D.C. - (2018)

Kay Johnson, Samuel F. Posner, Janis Biermann, José F. Cordero, Hani K. Atrash, Christopher S. Parker, . . . Michele G. Curtis. (2006). Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care — United States. A Report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care, 55(6), 4. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/24842326>

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. doi:10.1590/S1413-81232012000300006

Martín-Crespo Blanco, M^a Cristina , & Ana Belén Salamanca Castro. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *NURE Investigación*, 4(27) Retrieved from <https://doaj.org/article/bcf8eccd2c464518ac3d3a8d247eddb9>

Mason, E., Chandra-Mouli, V., Baltag, V., Christiansen, C., Lassi, Z. S., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: Advancing from ‘important to do and can be done’ to ‘is being done and is making a difference’. *Reproductive Health*, 11 Suppl 3(S3), S8. doi:10.1186/1742-4755-11-S3-S8

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). Protocolo de atención preconcepcional. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección social., & Centro Nacional de Investigación en Evidencia y tecnologías en Salud. (2013). Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. . Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución número 8430 de 1993 ; Resolución.U.S.C. (1993).

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución número 3280 de 2018; Resolución.U.S.C. (2018).

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución número 276 DE 2019; Resolución.U.S.C. (2019).

Mosterin, J. Racionalidad y acción humana, Madrid, Alianza, 1987. Capt 5. la acción humana.

Poels, M., Koster, M. P. H., Boeije, H. R., Franx, A., & Stel, H. F. (2016). Why do women not use preconception care? A systematic review on barriers and facilitators

San Martín Cantero, D. (2014). Teoría fundamentada y atlas.ti: Recursos metodológicos para la investigación educativa. Revista Electrónica De Investigación Educativa, 16(1), 104-122. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412014000100008&lng=en&tlng=en

Sen, A. Desarrollo y libertad (E. Rabasco, L. Toharia Trans.). (Primera edición ed.). Barcelona, España: Editorial Planeta, S.A. 1990

Steel, A., Lucke, J., & Adams, J. (2015). The prevalence and nature of the use of preconception services by women with chronic health conditions: An integrative review. BMC Women's Health, 15(1), 14. doi:10.1186/s12905-015-0165-6

Steel, A., Lucke, J., Reid, R., & Adams, J. (2016). A systematic review of women's and health professional's attitudes and experience of preconception care service delivery. Family Practice, 33(6), 588-595. doi:10.1093/fampra/cmw094

Suárez Relinque, Cristian; del Moral Arroyo, Gonzalo; González Fernández, Manuel Tomás Consejos prácticos para escribir un artículo cualitativo publicable en Psicología. Psychosocial Intervention, vol. 22, núm. 1, 2013, pp. 71-79. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid, España

Thagard, Paul. *La Mente*, Buenos Aires, Katz, 2008. Cap 1, 9 y 11.

World Health Organization Headquarters. (2012). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. WHO Library.