

11278
1
209

**EL EFECTO DEL APOYO PSICOSOCIAL DURANTE EL EMBARAZO
SOBRE SALUD PERINATAL**

**TESIS DE MAESTRIA EN CIENCIAS SOCIOMEDICAS
AREA DE
EPIDEMIOLOGIA**

ALUMNA: DRA. CECILIA GARCIA BARRIOS
DIRECTORA: DRA. ANA LANGER GLAS
ASESORES: DR. CARLOS MENDOZA
DRA. TERESA LEIS
DR. DAVID OLDS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Páginas
INTRODUCCION.....	2 a 12
CAPITULO II HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....	13 a 15
CAPITULO III ANTECEDENTES.....	16 a 24
CAPITULO IV MARCO CONCEPTUAL.....	25 a 49
CAPITULO V DISEÑO DEL PROGRAMA DE APOYO PSICOSOCIAL.....	50 a 61
CAPITULO VI METODOLOGIA DEL ESTUDIO.....	62 a 89
CAPITULO VII VALIDEZ DEL ESTUDIO.....	90 a 99
CAPITULO VIII ETICA.....	100 a 102
CAPITULO IX RESULTADOS.....	103 a 135
CAPITULO X DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	136 a 148
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	

CAPITULO I

INTRODUCCION

En nuestro país, como en la mayoría de los países del llamado "tercer mundo", cientos de mujeres se enfrentan durante el embarazo a una serie de condiciones biológicas, psicológicas, económicas, sociales y culturales, que pueden interferir en la salud integral de la madre y en el crecimiento y desarrollo del producto de la concepción.

De hecho, para el año 2000, aproximadamente el 85% de los nacimientos y 95% de las muertes perinatales, ocurrirán en los países subdesarrollados (1). Esta situación es inaceptable sobre todo partiendo del hecho de que la gran mayoría de estas muertes son prevenibles.

En las últimas décadas, se ha avanzado mucho en el conocimiento médico de los aspectos biológicos que pueden explicar los resultados perinatales. Como consecuencia de este conocimiento y debido a la implementación de tecnologías innovadores para su prevención y tratamiento, se ha observado una disminución creciente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, (2, 3, 4, 5, 6,7).

Por este motivo, desde hace varios años, se ha postulado la atención prenatal y la atención adecuada del parto como los ejes de las intervenciones encaminadas a la prevención y manejo de las complicaciones relacionados con la salud perinatal.

Sin embargo, a pesar del avance de la tecnología, persisten cifras elevadas de morbimortalidad asociadas al proceso reproductivo, no sólo en la población que no tiene acceso a los servicios de salud, sino aún entre el grupo de mujeres que sí reciben atención profesional durante la etapa prenatal y el parto, y que no se explican a través del análisis de los factores biológicos de la mujer y/o del niño.(1)

Muchos otros son los factores que pueden influir negativamente en este proceso. Entre ellos la mala calidad de la atención que se brinda a la mujer. A pesar de que vivimos en una época en la que se refuerza constantemente el que los servicios de salud ofrezcan una atención de alta calidad, ésta, en innumerables ocasiones dista mucho de ser la óptima posible.

Hasta la fecha, el proceso de atención prenatal y del parto no sólo en nuestro país, sino en la mayoría de los países del mundo, continúa caracterizándose por ser biologicista, curativo, incompleto, orientado sobre todo al monitoreo del bienestar fetal, por realizar prácticas de dudosa efectividad cuando no francamente nocivas, por usar tecnologías no siempre validadas científicamente

y por abusar de tecnologías que ofrecen en muchos casos pocos beneficios comparados con los riesgos. Asimismo, se caracteriza por no incluir suficientes programas de promoción a la salud y medidas preventivas. Si bien, en ocasiones puede basarse en un enfoque de riesgo, éste no contempla los riesgos psicológicos y sociales, por lo que se dejan de ofrecer a la embarazada cuidados que son altamente beneficiosos. Por otro lado, la rigidez de las características estructurales del sistema de salud (tiempo de consulta, rotación de médicos en la consulta externa, horarios etc.) no permite que la atención sea capaz de adaptarse a las necesidades individuales de las mujeres que atiende (8).

En cuanto a la relación interpersonal, frecuentemente se da la atención en el seno de una relación médico-paciente, vertical, fría, impersonal, en la que los únicos valores culturales que se aceptan son los del médico; en la que no se fomenta por falta de tiempo o por desinterés, la aclaración de las dudas de la embarazada; en la que la educación de la mujer y de la pareja juega un papel mínimo y lo que es más grave aún, es una relación que un gran porcentaje de mujeres perciben como atemorizante. En muchas ocasiones, esta relación está cargada de agresión consciente o inconsciente hacia la embarazada. Estas características contribuyen de una manera importante a la falta de aceptación y por lo tanto de utilización de los servicios de salud. Esto se explica, ya que algunos de los obstáculos para la aceptación de los servicios, como son los de tipo psicológico y cultural, están íntimamente relacionados no sólo

al contenido biologicista y reduccionista de la atención que se ofrece actualmente, sino también, a la forma tan inadecuada en que el personal de salud se relaciona con la paciente embarazada. (8) Por último, y sobre todo en países pobres, su cobertura no es suficiente para atender a las poblaciones más necesitadas.

Ahora bien, si adaptamos la definición de "Calidad de la Atención" de Avedis Donabedian a la salud gestacional, consideraremos una atención de buena calidad como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar a la embarazada el máximo y más "completo bienestar", después de haber uno tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que componen el proceso de la atención en todas sus partes. (9)

Esta definición nos remite forzosamente a dos conceptos: por un lado al concepto de "bienestar" que incluye aspectos de las tres esferas del hombre biológicos, psicológicos y sociales; y por otro, al concepto de "proceso de atención" del embarazo y parto, que debe incluir el manejo "integral" de la paciente con un enfoque eminentemente preventivo.

El concepto de atención integral del embarazo y parto, así como el enfoque preventivo, no han surgido recientemente. Han sido difundidos en todos los niveles de atención y por todas las instancias nacionales e internacionales relacionadas con la salud. Sin embargo, el concepto del hombre como un ser "biopsicosocial "

sólo es aceptado desde un punto de vista teórico. En la práctica, aún existe una gran resistencia a incorporar el manejo de factores psicológicos y sociales a manera que se produzca un cambio sustancial en la atención prenatal. (10,11)

Por todas estas condiciones que caracterizan la atención prenatal y del parto, últimamente se ha cuestionado mucho su eficiencia como ejes preventivos y reestablecedores de la salud integral de la mujer y el niño. (12)

Debido a las limitaciones que plantea el modelo biologicista, en la última década ha aumentado el interés de los investigadores y de algunos proveedores de salud del área perinatal, por los factores psicosociales que pueden influir en el resultado del embarazo. Se ha demostrado que algunos de estos factores presentan una fuerte asociación con complicaciones que se presentan durante el embarazo, el parto y el puerperio, por lo que se reconocen como factores de riesgo. Entre los factores psicológicos, sociales y psicosociales de riesgo más estudiados están: las malas condiciones materiales de vida, conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio inadecuados, hábitos higiénico dietéticos nocivos (tabaquismo, alcoholismo, trabajo físico después de las 28 semanas de gestación, mala nutrición, higiene inadecuada), edad menor de 18 años, desnutrición materna pregestacional, falta de asistencia a la consulta prenatal, falta de red social adecuada, falta de compañero

estable, antecedente de abortos, muerte fetal o muerte neonatal (aspectos psicológicos), antecedente de recién nacidos con bajo peso (aspectos psicológicos), personalidad ansiosa, altos niveles de ansiedad de estado y embarazo no deseado. (9,10,11,12 13, 14,15,16,17,18,19,20,21,22) Estos factores actúan a través de la interrelación ,con mayor o menor peso ,de mecanismos psicológicos, económico y 'sociales.

Asociadas a los factores psicológicos, sociales y psicosociales de riesgo, se encuentran complicaciones durante la gestación (hiperémesis gravídica, hipertensión arterial, eclampsia, desnutrición y altos niveles de ansiedad) que pueden provocar daños irreversibles en la salud de la madre y repercuten en el feto, ya que ocasionan su muerte o el nacimiento de un niño con bajo peso al nacer (23, 24,25,26).

El bajo peso al nacer (menor de 2500 grs.) ya sea debido a retraso en el crecimiento intrauterino o a prematuridad, se presenta en 22 millones de bebés al año en todo el mundo y es la condición que, por sí sola, produce mayor riesgo de morbilidad en el neonato. Se considera que el riesgo de morir es de 4 hasta 10 veces mayor que en niños que no presentan bajo peso. (2,23,27)

Por otro lado, el bajo peso expone al niño a complicaciones, tanto en el período neonatal, como en el transcurso del crecimiento y desarrollo que pueden dejar secuelas de tipo neurológico. Estas repercuten en el nivel de aprendizaje, por lo tanto, en una menor

productividad, creatividad y nivel de ingresos, lo que condiciona una baja calidad de vida.(2,,27)

Por lo tanto, el bajo peso al nacer se considera una de las condiciones más importantes a combatir en las mujeres que tienen un embarazo con alto riesgo, debido a factores psicológicos y sociales.

No obstante, existen otros resultados perinatales que pueden estar afectados por factores psicológicos y sociales y que pueden provocar alteraciones importantes en la madre o en el niño. Entre éstos se encuentran los resultados del parto (duración del trabajo de parto, sufrimiento fetal, uso de forceps etc.) , aquellas que se presentan después del nacimiento: (depresión puerperal, insatisfacción de la madre, mala relación madre-hijo,etc.). Estas no permiten que, tanto la madre como el hijo, se desarrollen en toda su potencialidad biopsicosocial. (16,27,28)

Aún no se conoce a ciencia cierta el mecanismo íntimo de la forma de actuar de la mayoría de estos factores psicológicos, sociales y psicosociales , pero debido a la fuerte asociación encontrada con diversas complicaciones, es necesario desarrollar, implantar y evaluar programas de prevención y/o control que aminoren el impacto de éstos sobre la salud de la madre y del niño.

Muchos de estos factores no pueden ser prevenidos en nuestro país, con una intervención de índole psicosocial que se desarrolle exclusivamente durante el embarazo. Para lograr su prevención se necesitaría de un programa que contemplara fases del desarrollo de la mujer anteriores al embarazo, donde se manejaran aspectos tales como: desnutrición de la niña, embarazo en mujeres adolescentes, personalidad ansiógena, falta de apoyo social antes del embarazo, desnutrición pregestacional etc. Para ésto se requerirían recursos y programas inexistentes actualmente en nuestro país. Lo mismo sucede con el intento de controlar los factores que influyen durante el embarazo como son: malas condiciones materiales de vida o la falta de compañero estable. Sin embargo, el apoyo psicosocial puede ayudar a la mujer a responder de una manera más positiva ante los estos factores ya que, como se mencionó anteriormente, tiene un efecto sobre su dimensión psicológica. Por otra parte, existen otros factores en los que sí se puede incidir directamente y de manera realista con nuestros recursos y a través de un programa de apoyo psicosocial durante la gestación, entre éstos están: el nivel de conocimientos sobre reproducción humana, los hábitos higiénico dietéticos, el nivel de ansiedad, la utilización de los servicios prenatales de salud, utilización de recursos sociales comunitarios (guarderías, conasupo, DIF), y ampliación de las redes de apoyo de la embarazada.

Al incidir sobre estos factores, se esperaría disminuir el grado de riesgo en los embarazos y neonatos considerados de alto

riesgo, según la definición de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia que dice:

"Embarazo de alto riesgo es aquel que tiene, o probablemente tenga, estados concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre o de su hijo, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario con o sin alteraciones circunstanciales"; "El neonato de alto riesgo es aquel que tiene probabilidad de presentar un impedimento físico, intelectual, social o de personalidad que puede dificultar el crecimiento y desarrollo normales y la capacidad de aprender como consecuencia de eventos perinatales, de influencias hereditarias o ambientales por separado o en combinación. (29)

Se han realizado estudios sobre el impacto que tienen los programas de apoyo psicosocial en algunas poblaciones del mundo. No obstante, es importante mencionar que todos los estudios referidos anteriormente (38,39,45,47,48.49. 54.55.56.57.58.59), menos uno, (37) se han realizado en poblaciones de países desarrollados (algunos, sin embargo, se llevaron a cabo en poblaciones minoritarias o con desventajas sociales (38,39) que difieren importantemente en su contexto psicológico y social de países subdesarrollados, en los que la situación de las mujeres con respecto a nivel de sociabilización, creencias y condiciones materiales de vida y su repercusión sobre la alimentación, actividad, reposo , conocimientos sobre salud reproductiva,

percepción de riesgos, aceptación y acceso a los servicios de salud etc. son de otro tipo y para las cuales el contenido del programa de apoyo psicosocial y su efecto sobre la salud podría ser muy diferente.

Parece razonable pensar que una intervención de tipo psicosocial, tendría un efecto mayor sobre mujeres que presentan mayores necesidades y que viven en condiciones de vida más estresantes. Por lo tanto, los resultados no son necesariamente aplicables ni comparables, si las poblaciones son diferentes en estos aspectos.

Debido a estas razones, creímos necesario realizar la evaluación de un programa de apoyo psicosocial que se adaptara a las necesidades de nuestro país, en especial, y a América Latina en general, para determinar si ocurre el mismo efecto protector sobre el desarrollo del embarazo, parto y puerperio, en nuestra población que en otras poblaciones del mundo que difieren en su contexto social, cultural y psicológico, con el fin de, si así fuera, poder ofrecer a los tomadores de decisiones, un modelo más eficiente de atención prenatal que integre a varias áreas del conocimiento y se logre el objetivo de proteger la salud física, mental y social del bimomio madre-hijo.

Para lograr ésto, se llevó a cabo un ensayo aleatorizado multicéntrico, en el que participaron varios países (México,

Brasil, Argentina y Cuba) que pretendió responder a la siguiente pregunta:

- Cuál es el efecto sobre la incidencia de complicaciones emocionales y físicas en la madre durante el embarazo , el parto y el puerperio y sobre el estado de salud del recién nacido, de la aplicación de un programa de apoyo psicosocial en el contexto de la atención prenatal actual , que incluya apoyo emocional, ampliación y fortalecimiento de las redes naturales de apoyo, educación para la salud en el área de la reproducción humana y promoción de la utilización de los recursos sociales comunitarios y de los servicios de atención prenatal.

CAPITULO II

HIPOTESIS Y OBJETIVOS

HIPOTESIS:

El apoyo psicosocial durante el embarazo de alto riesgo, debido a la presencia de factores psicológicos y, sociales o tales como edad menor de 18 años ,sin compañero estable ingreso insuficiente (mínimo o menos del mínimo) ,escolaridad menor de 3 años, talla < 1.50 Mts., peso < 50 kgs., antecedentes de recién nacidos con peso < de 2500 grs. antecedentes de 2 o más abortos, antecedentes de muerte fetal o neonatal ,antecedentes de parto prematuro ,tabaquismo ,hacinamiento etc. tiene un efecto positivo sobre el desarrollo de la gestación, del parto y del puerperio, así como, sobre el estado de salud del bebé. Como consecuencia se provocará un descenso en las tasas de morbimortalidad, tanto materna, como perinatal, así como, de los niveles de ansiedad en la madre y un aumento de la satisfacción de la mujer en estas tres etapas de la maternidad.

CONSECUENCIAS VERIFICABLES DE LA HIPOTESIS

- Los grados de ansiedad de estado de un grupo de mujeres embarazadas a quienes se les brinde apoyo psicosocial, serán menores que los de un grupo testigo a quien no se le brinde éste.

- La incidencia de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, será menor en el grupo experimental que en el grupo testigo.

- Los hijos de las mujeres del grupo experimental, presentarán una media de peso al nacer mayor que la del grupo control , menor proporción de recién nacidos con peso menor de 2500 grs, menor proporción de niños con sufrimiento fetal, mayor calificación de Apgar y menor puntuación en la valoración de Silverman Andersen.

- Habrá menor proporción de partos prematuros (antes de 37 semanas de gestación) entre las mujeres del grupo experimental, que entre las mujeres del grupo testigo.

- Las tasas de morbilidad y mortalidad materno-perinatales, serán menores en el grupo experimental que en el grupo testigo.

- Habrá una menor proporción de cesáreas y de uso de forceps en el grupo experimental.

- La satisfacción con el hecho de estar embarazada , con el parto y el puerperio y con los servicios de salud será mayor entre las mujeres del grupo experimental que entre aquellas del grupo testigo.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- Determinar cuál es el impacto sobre el peso al nacimiento, la edad gestacional en el momento del parto y la morbilidad materna-perinatal de una intervención de apoyo psicosocial" durante el embarazo.

El diseño más apropiado para llegar a una conclusión adecuada, es el ensayo aleatorizado en el cual se tomó una población que reunía los criterios de inclusión y que no presentara los criterios de exclusión y se escogió aleatoriamente dos subgrupos. A uno se le brindó apoyo psicosocial y al otro no.

Durante el seguimiento, se valoraron "a ciegas" las variables en estudio en ambos subgrupos y se buscó aceptar o rechazar la hipótesis.

CAPITULO III

ANTECEDENTES

La importancia de los factores psicológicos , sociales y el efecto de los eventos vitales negativos sobre la salud, han sido ampliamente documentados en diversos campos de la salud, sobre todo en relación con las enfermedades crónicas (31,35). En el campo de la salud reproductiva, se realizaron estudios observacionales desde los 60, con el fin de determinar cuáles eran las condiciones psicosociales que rodean con mayor frecuencia a la madre de un niño prematuro. Gunter (41) demostró que, entre otros, el apoyo emocional y económico, las buenas relaciones interpersonales, y una historia con pocos antecedentes de abandono y muerte, protegían a la mujer de presentar un parto prematuro.

Sin embargo, los conceptos de "apoyo psicosocial" y "red de apoyo", no fueron abordados en la literatura sociomédica y epidemiológica, sino hasta la década de los 70 ,(35) por Cassel (34). En esta misma década, Nuckolls escribió sobre el efecto protector de los llamados "recursos psicológicos de la mujer" (42). A partir de entonces, varios autores estudiaron la relación entre factores psicológicos , sociales y psicosociales, entre ellos la red de apoyo natural de la mujer y los resultados de la gestación. (43,44,45,46,47,48,49)

Nuckolls y Cols. evaluaron la correlación entre eventos vitales estresantes, apoyo psicosocial y complicaciones durante el embarazo y parto y variables del recién nacido, como bajo peso al nacer. Estos autores encontraron que las mujeres con altos niveles de estrés, pero con un importante apoyo, presentaban 33% de complicaciones, en comparación con un 99% de complicaciones que se presentaron en mujeres, que teniendo altos niveles de estrés, no tenían apoyo psicosocial natural. (42)

En el estudio de Ramsey y cols (50). y Reeb y cols (51) se encontró, que el funcionamiento familiar que está íntimamente relacionado con el apoyo que recibe la embarazada, fue la variable que por sí sola predijo con mayor sensibilidad y especificidad el bajo peso al nacimiento.

Pascoe y Cols (1987) (52) encontraron, que tanto para primigestas, como multigestas, la ayuda que reciben las mujeres con las tareas cotidianas intra y extradomiciliarias, está relacionada con el peso del niño al nacer.

Los estudios de Williams y de Norbeck y Tilden (1983) (53) apoyan las conclusiones anteriores. Además, en el segundo de estos trabajos, se evaluaron diferentes variables psicológicas, como la ansiedad y el apoyo psicosocial en mujeres embarazadas sanas y se relacionaron con la evolución del trabajo de parto y la salud del recién nacido. Los autores encontraron asociaciones significativas,

entre apoyo psicosocial insuficiente y presentación de complicaciones obstétricas.

Koniak y Griffin encontraron, al trabajar con adolescentes, que el apoyo recibido durante la gestación y la estructura de la red de apoyo (número de componentes de la red y quiénes componían la red) eran las variables que predecían con mayor fuerza el grado de vínculo en la relación madre-hijo. (43)

En conclusión, los estudios observacionales muestran una asociación entre estrés, ansiedad y falta de apoyo psicosocial durante el embarazo y resultados perinatales negativos. También muestran que el apoyo puede disminuir la intensidad y el número de eventos vitales negativos. Asimismo, una red de apoyo adecuada puede ayudar a la mujer a desarrollar sus capacidades para mediatizar los efectos del estrés.

Sin embargo, la posibilidad de que exista confusión en estos hallazgos, no debe ser soslayada en este tipo de estudios. En efecto, las condiciones sociales, económicas y psicológicas de la mujer, pueden estar relacionadas, tanto con el grado de apoyo, como con el estado de salud.

En algunos de los estudios anteriores, los resultados se describieron después de controlar por algunas variables, posiblemente confusoras tales como edad de la madre, nivel

socioeconómico, tabaquismo , alcoholismo, antecedentes ginecobstétricos etc. ,pero en algunos otros, no se llevó a cabo ningún control.

La mejor manera de llegar a conclusiones válidas sobre el tema, es mediante la implantación de estudios de intervención experimentales, en los que a las mujeres se les asigna aleatoriamente diferentes tipos y grados de apoyo.

Entre las investigaciones que valoran programas de apoyo psicosocial, un estudio muy importante, por su posible generalización a poblaciones como la de México, es el que realizó Sosa y Cols en Guatemala (54). Ellos evaluaron los resultados de una intervención de apoyo psicológico durante el trabajo de parto y encontraron tasas más altas de complicaciones obstétricas, así como de necesidad de cuidados intensivos neonatales en las mujeres que no tuvieron acompañamiento durante el parto.

David Olds llevó a cabo un ensayo aleatorizado en una región altamente marginada de los E.E.U.U. Con un programa de visitas domiciliarias llevadas a cabo por enfermeras y encontró un incremento significativo de 395 g. al nacer, sólo en el grupo de adolescentes o fumadoras que recibían las visitas. Por otra parte, encontró que las mujeres que recibían la visita domiciliaria, hacían mayor uso de los servicios comunitarios de salud y eran acompañadas más frecuentemente, por un conocido, durante el trabajo de parto, que aquellas del grupo testigo (38).

Otro estudio interesante es el de Henry Heins, quien evaluó un programa de visitas domiciliarias de apoyo psicosocial para adolescentes. El apoyo era brindado por una "madre sustituta" elegida entre las mujeres de la comunidad. Durante la visita se comentaba sobre las conductas que debía observar la embarazada y se organizaba la manera en que acudiría al control prenatal. Además la "madre sustituta" debía ofrecer a la adolescente compañía y transporte a la consulta médica y estar disponible en cualquier momento en que la embarazada pudiera necesitarla. Heins encontró que el grupo testigo tuvo un número de recién nacidos con bajo peso, significativamente mayor que el grupo experimental, así como, tasas de retardo del crecimiento intrauterino mayores. (55)

En el estudio de Janet B. Hardy, se evaluó el programa de visitas domiciliarias para adolescentes embarazadas de John Hopkins, el cual tiene un gran contenido psicosocial. En esta evaluación encontraron diferencias importantes con respecto a complicaciones en el embarazo y mortalidad materno neonatal, así como en el peso del recién nacido. Los resultados más favorables se detectaron en el grupo de adolescentes que recibieron el apoyo psicosocial. (56)

Sokol y cols. llevaron a cabo la evaluación de un programa de este tipo para mujeres que vivían en áreas marginadas con el fin de mejorar el pronóstico fetal y neonatal. El programa consistió en un

"paquete" de atención constituido por: educación para la salud y visitas domiciliarias en las que se ofrecía a la mujer apoyo emocional. Los autores encontraron una reducción en las tasas de mortalidad neonatal y de parto pretérmino, así como, mayor peso al nacer en el grupo experimental. (57)

Con respecto al elemento cognoscitivo de este tipo de apoyo, se revisaron los estudios de los fundadores del método psicoprofiláctico y de otros como Lard y Hogan, Tazer y cols, Begstron y Walan, Emhir y cols, y Huttel y cols. Todos éstos citados y descritos en el trabajo de Cogan y cols.(59). Estos autores han sugerido que el conocimiento de aspectos relevantes del embarazo, parto y puerperio disminuyen el miedo y la ansiedad durante el embarazo y el parto, así como, la duración del trabajo de parto; el uso de forceps; de analgésicos, anestésicos y sedantes, aumentan la satisfacción de la madre.

Pero en estudios posteriores ej. Barclay y cols.(60) Y Melvin Zax y cols.(61), no se encontró una asociación significativa entre nivel de preparación cognoscitiva y duración del trabajo de parto y niveles de ansiedad de la madre, aunque Zax, sí encontró una relación entre menor uso de anestésicos y una actitud de la madre más favorable hacia el parto.

La Dra. Ann Oakly llevó a cabo una revisión amplia de la literatura sobre apoyo psicosocial y los resultados del embarazo y

concluye que existen datos considerables que sugieren que los programas destinados a mejorar los aspectos psicológicos y sociales de la mujer embarazada, son capaces de afectar el peso al nacer y otras variables "duras" del desempeño reproductivo, y que los programas de atención prenatal para el futuro, deberán contemplar este aspecto tan importante para el bienestar de la mujer y de su hijo. (62)

Asimismo, Elbourne y cols (44) realizaron un meta-análisis, en el que se analizaron el efecto de programas de apoyo psicosocial sobre los resultados biológicos y psicológicos del embarazo. (cuadro 1) El meta-análisis incluyó, tanto estudios publicados, como estudios que no se habían publicado, pero que ya habían concluido.

A pesar de que el significado del "apoyo psicosocial" no fue el mismo en los diferentes estudios, en términos generales, la intervención consistía en visitas domiciliarias a embarazadas. Estas visitas eran realizadas por enfermeras, parteras adiestradas o personas de la comunidad. En estas visitas, se ofrecía a la embarazada algún tipo de apoyo emocional, psicoterapia y educación para la salud (38,39,45,46,47,55,57). Sólo uno de estos estudios, incluyó apoyo durante el trabajo de parto y parto (57) y en otro, la intervención tenía además un componente financiero y transportación gratuita al centro de consulta prenatal. (38)

Los criterios de inclusión en la mayoría de los estudios era ser primípara (38,57) y en algunos se aceptaban también a mujeres que habían tenido un hijo con bajo peso previo.

(39,45,46,47)

En relación a los resultados psicológicos y conductuales, se encontró que las mujeres del grupo experimental tenían menos sentimientos de infelicidad, preocupación y nerviosismo durante el embarazo, que las mujeres del grupo control. Asimismo, se comunicaban mejor con los proveedores de atención prenatal y del parto, tuvieron mayor control de sí mismas en el momento del parto y sentían más satisfacción con los servicios prenatales de atención. (cuadro1) (39,48,58 59)

La proporción de mujeres que fueron acompañadas durante el trabajo de parto, fue mayor en el grupo experimental, que en el control. Asimismo, estuvieron más satisfechas con los cuidados intraparto y presentaron menor grado de preocupación.

Las mujeres que recibieron apoyo durante el embarazo, amamantaron inmediatamente a su bebé y durante las siguientes seis semanas con más frecuencias, que las del grupo que no recibió el apoyo.

Por otro lado, entre las mujeres del grupo experimental, hubo menor grado de molestias postparto y estuvieron menos preocupadas por el bienestar de su bebé. (38,46,39,48,60)

Con respecto a las variables biológicas del recién nacido, (parto prematuro y bajo peso al nacer) no se pudo demostrar ningún efecto con el estudio de meta-análisis. Sin embargo, algunos de los estudios mostraron resultados positivos modestos. (tabla 1 del 1). Por otra parte, algunos de los estudios mostraron, que a las mujeres del grupo experimental se les administró con menor frecuencia sedantes y anestésicos, además, presentaron una menor incidencia de partos prolongados y de cesáreas. (46,39,48)

En conclusión, los estudios experimentales sobre intervenciones de apoyo psicosocial durante el embarazo, revelan efectos positivos sobre las variables psicológicas y conductuales. Con respecto al impacto sobre las condiciones del trabajo de parto y las características del recién nacido, no se pudo llegar a una conclusión contundente.

Pensamos que algunos problemas de índole conceptual y metodológico, pueden estar participando en esta situación .

CAPITULO IV

MARCO CONCEPTUAL

-Concepto de Apoyo Psicosocial en Salud

Si bien, aún no existe consenso con respecto al concepto del "apoyo psicosocial", se han propuesto algunas definiciones:

Caplan lo define en 1974 como "El apoyo emocional, cognoscitivo y material que se recibe de las relaciones formales e informales y que el individuo necesita para enfrentar situaciones estressantes". (30)

En 1983 Berkman y Breslow lo definen de la siguiente manera: "El apoyo emocional y práctico que una persona recibe de su red social, es decir, de los vínculos que se mantienen con otros individuos y/o la comunidad". (31)

Posteriormente en 1986, Jacobson lo define como "Un moderador del estrés cotidiano y sus consecuencias sobre la salud". (32)

Por último, Cohen y Syme, (33) quienes editan un libro que integra las principales corrientes en el desarrollo del concepto lo definen sencillamente como "Los recursos brindados por otros".

Cabe mencionar que la formulación de este concepto, su inclusión entre los determinantes del proceso salud enfermedad, de la búsqueda de atención a la salud y los esfuerzos por medirlo, surgen de ciertas observaciones, entre otras:

1- La ausencia de apoyo psicosocial como parte de la etiología de procesos no infecciosos (enfermedad coronaria, cáncer, artritis, problemas durante el embarazo) y de la susceptibilidad variables ante agentes infecciosos. (34)

2- El papel del apoyo psicosocial en el éxito o fracaso de programas de tratamiento y rehabilitación. En efecto, generalmente estos programas requieren la interrupción de ciertas conductas o hábitos y la adquisición de otros nuevos, proceso en el cual el apoyo psicosocial juega un rol fundamental. (35)

3- Una razón adicional que explica el interés en este concepto, es que el apoyo psicosocial permite integrar gran parte del conocimiento acumulado sobre factores psicosociales y salud. El concepto de "apoyo psicosocial es interesante porque permite suponer que muchos de estos factores afectarían negativamente la salud a través de su efecto destructor sobre la red de apoyo".

(33)

-Efecto del apoyo psicosocial sobre la salud

A la fecha, no se ha identificado con certeza, cuál es el proceso a través del cual el apoyo psicosocial produce un efecto sobre la salud. La falta de un modelo causal lo suficientemente sólido y convincente, es en parte explicado por la complejidad inherente de las interrelaciones entre factores biológicos psicológicos y sociales, que influyen sobre el bienestar del individuo y sobre las cuales el apoyo psicosocial tendría un efecto. Sin embargo se han propuesto dos hipótesis centrales: la hipótesis de efecto directo y la hipótesis de efecto amortiguador.

La hipótesis del efecto directo del apoyo psicosocial sobre el bienestar del individuo, sostiene que el apoyo psicosocial repercute sobre la salud como resultado de la percepción de éste de ser parte de un grupo social del cual recibirá ayuda en circunstancias en la que ésta sea necesaria. Esta percepción influye sobre el bienestar a través de elevar la autoestima, la estabilidad y la sensación de control sobre el ambiente. A su vez, este estado psicológico afecta la susceptibilidad del individuo hacia la enfermedad física a través de sus efectos sobre el funcionamiento de los sistemas neuroendócrino e inmunológico y/o a través de cambios en conductas relacionadas con la salud (disminución de tabaquismo y alcoholismo, mejoras en la dieta etc.). Desde el punto de vista sociológico, esta hipótesis sugiere un vínculo entre el desempeño de roles sociales y la salud. Desde esta visión, la relación interpersonal

desde los diferentes roles, provee al individuo de una identidad, puede ser una fuente de autoevaluación positiva y conforma la base de la sensación del individuo de tener un control sobre su propia vida.

La involucración con los demás miembros del grupo social le da un sentido y propósito a la vida del individuo y por lo tanto reduce la posibilidad de que éste experimente desesperación y ansiedad profundas. En contraste con la hipótesis de efecto directo, la de efecto indirecto sostiene que el apoyo psicosocial brindado por otros en situaciones estressante o percibidas como tal, actúa como amortiguador, protegiendo al individuo contra los efectos nocivos del estrés y la ansiedad que producen estas situaciones. Esto último lo puede hacer mediante dos caminos: eliminando o atenuando la situación estressante y/o previniendo la aparición de altos niveles de estrés y ansiedad, ya que la percepción de apoyo facilita al individuo desarrollar mecanismos para enfrentar y manejar estas situaciones. A su vez la reducción de eventos estressantes y del estrés y la ansiedad desarrollados ante éstos, protege al individuo de la adopción de conductas nocivas para la salud, relacionadas con altos niveles de ansiedad, y a los sistemas neuroendócrino e inmunológico de los efectos nocivos del estrés y la ansiedad.

Una tercera postura, que es la adoptada en este estudio, propone que el apoyo psicosocial afecta al individuo tanto de

manera directa a través de mejorar la percepción que tiene el individuo sobre sí mismo y del control que tiene sobre su vida, y también como amortiguador tanto de los eventos estresantes como de la respuesta física, psicológica y conductual del ser humano ante estos eventos.

A pesar de las limitaciones para construir un marco conceptual comprensivo, claro, y preciso, en algunos países se han llevado a cabo estudios sobre el impacto que tiene el apoyo psicosocial, ya sea a través de la red social natural de la mujer, o, a través de programas de atención prenatal en los que se presta mayor atención a las necesidades de esta índole, individuales de cada mujer. (19, 37, 38, 39, 40, 45, 47, 48, 49, 54, 55, 56, 57, 58, 59,)

Sin embargo, al revisar la literatura y la opinión de otros investigadores al respecto (36), se puede establecer que los estudios realizados no conducen a conclusiones generalizables, a pesar de ser en muchos casos metodológicamente válidos, debido probablemente a que :

1- El concepto "apoyo psicosocial" no está claramente establecido en la literatura: las definiciones que existen resultan poco precisas, lo que representa un serio obstáculo al pretender realizar comparaciones entre estudios o llevar a cabo una revisión exhaustiva del tema.

2-El apoyo psicosocial tiene una connotación y denotación amplias, por lo que el contenido del apoyo varía en diferentes contextos culturales.

3- Por otra parte, las explicaciones sobre el mecanismo íntimo de la asociación entre apoyo psicosocial y sus efectos es contradictorio en la literatura.

- Interrelación entre los Factores Biológicos, Psicológicos y Sociales durante el embarazo

En las últimas décadas, se han llevado a cabo esfuerzos para dar explicaciones plausibles sobre el mecanismo íntimo de acción y la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la salud reproductiva . Sin embargo, existen limitaciones conceptuales y metodológicas para su estudio. A continuación, se analizan algunos de los problema metodológicos con que se ha enfrentado la ciencia para ahondar en el conocimiento de estas interrelaciones.

En primer lugar, la mayoría de los autores aún enfocan el problema considerando que cada grupo de factores actúan de manera aislada. Este enfoque parece impreciso, ya que existe una estrecha interrelación entre los diferentes factores que ejercen una influencia en el embarazo y parto. (12)

"Las condiciones psicológicas de la embarazada, dependen del entorno social en el que ésta se desenvuelve antes y durante el embarazo. Asimismo, la percepción y el efecto de muchas de las condiciones sociales y económicas en que está inmersa la embarazada, están matizados por los recursos psicológicos de que ésta dispone para hacerles frente. A su vez, tanto los factores psicológicos, como los socioeconómicos, interactúan con variables biológicas específicas, produciendo resultados perinatales diversos."(13) (FIGURA 1)

En segundo término, se dispone de pocos datos empíricos que permitan llegar a conclusiones contundentes sobre los mecanismos de acción de los diversos factores. Esto se debe, en primer lugar, a que existen dificultades para la medición de la mayoría de las variables. Por ejemplo: la ansiedad, que es un factor psicológico muy importante por el efecto nocivo que puede tener sobre la madre y el feto, es una variable que tiene muchas fluctuaciones durante el embarazo.

No existen métodos ni fisiológicos ni psicométricos 100% confiables y válidos para su medición. Por otra parte, sus repercusiones no son las mismas si se presenta en el primer, segundo o tercer trimestre, así como, durante el parto o el puerperio. Por lo tanto, para llegar a conclusiones válidas, es necesario realizar estudios en los que se logre llevar a cabo mediciones frecuentes y validez del nivel de ansiedad, estudiar los

FIGURA #1

CONDICIONES

SOCIOECONOMICAS

CULTURALES

BIOLOGICAS

PSICOLOGICAS

EMBARAZO

APOYO PSICOSOCIAL

EVENTOS
NEGATIVOS

ANSIEDAD

HABITOS

SISTEMA NEUROENDOCRINO
E INMUNOLOGICO

ALIMENTACION

REPOSO

UTILIZACION
DE SERVICIOS
DE SALUD

ADICCIONES:
TABAJISMO
ALCOHOLISMO

CATECOLAMINAS E
INMUNOGLOBULINAS

SALUD MATERNA

Y

SALUD PERI NATAL

MORBILIDAD

PESO AL NACER

ANSIEDAD

EDAD GESTACIONAL

SATISFACCION

MORBILIDAD

posibles cambios fisiológicos que se producen cuando ésta se exacerba, así como la asociación con complicaciones perinatales.

(13)

Finalmente, no existe consenso en la forma de definir e interpretar factores, tales como, nivel socioeconómico, educación de la madre, hábitos higiénico dietéticos adecuados , aceptación del embarazo. Este problema dificulta el llevar a cabo comparaciones fidedignas entre los diferentes estudios.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, se han encontrado evidencias de que la presencia de algunos factores, está altamente relacionada con diversas complicaciones del embarazo, por lo que se les define como "factores de riesgo" y se ha planteado la necesidad de que sean contemplados en el proceso de atención prenatal.

En los párrafos siguientes, se describen los planteamientos científicos relacionados a los aspectos psicológicos y sociales más relevantes durante el embarazo y su posible interacción con los factores biológicos. Posteriormente, se analiza el alcance que puede tener un programa de apoyo psicosocial sobre el manejo de estos factores y por lo tanto en la prevención de sus efectos nocivos.

Durante la gestación la mujer sufre cambios, tanto en el terreno físico (crecimiento del abdomen, alteraciones hormonales,

alteraciones fisiológicas, etc.), como en el psicológico ("personalidad de la embarazada" que consiste en introversión narcisismo y regresión) y en el social (cambios en sus actividades laborales, recreativas etc.) que exigen de ella y de su pareja una adaptación eficiente en un lapso muy corto. Estos cambios implican la satisfacción de un mayor número de necesidades emocionales, materiales y de apoyo social para las que en ocasiones , la "pareja embarazada" no se encuentra preparada .13

Ante estos cambios, la mujer presenta una respuesta más o menos adaptativa que está regulada por cuatro tipos de factores íntimamente relacionados entre sí: factores psicológicos, factores culturales, factores socioeconómicos y factores relacionados con el apoyo psicosocial que la embarazada recibe y percibe de su red natural de apoyo .13

En función del nivel de adaptación que la mujer logre, vivirá este proceso y los eventos vitales que pudieran suceder durante la gestación con menor o mayor grado de "ansiedad". Asimismo satisfecerá las necesidades de cuidados prenatales de una manera más o menos adecuada. 13

A) FACTORES PSICOLOGICOS DE LA EMBARAZADA

Comprenden, tanto antecedentes pregestacionales de la mujer, como el estado emocional de ésta durante la gestación.

La historia de vida de la mujer determina su actitud ante el embarazo. Uno de los puntos más estudiados, es la calidad de la relación de la embarazada con su propia madre. Varios estudios, han encontrado que las mujeres que tienen una identificación positiva con la imagen materna, presentarán menos complicaciones durante el embarazo, que aquéllas que no la tienen. Asimismo, según Langer, 1971, (14) las mujeres criadas en un ambiente en el que la madre se refiere al embarazo y al parto como eventos negativos, tienden a tener embarazos y/o partos más difíciles, que aquéllas que han recibido una imagen positiva por parte de su madre.

Los antecedentes emocionales de la mujer, también influyen sobre este proceso. Las mujeres que han presentado labilidad emocional o personalidad ansiosa, presentarán con más facilidad problemas de adaptación o franca sintomatología de alteración psicológica.

Otro factor importante, es la experiencia que la mujer haya tenido con embarazos previos. Si en éstos se presentaron complicaciones, sobre todo aquellas que ponen en riesgo la vida de la mujer o de su hijo, o en el caso de que hayan sufrido la pérdida del niño durante o después del nacimiento, aumentará la probabilidad de vivir el embarazo con un alto grado de ansiedad por temor de que se repita la misma situación dolorosa. (13).

El estado emocional durante el embarazo, es una de las condiciones que más afectan, tanto a la madre, como al niño. Existe evidencia de que los factores psicológicos preembarazo (historia de vida de la embarazada), los eventos vitales que sucedan durante el embarazo, el grado de apoyo psicosocial que reciba o las condiciones socioeconómicas ya sean positivas o negativas, actúan como buffers durante el embarazo previniendo o en su caso precipitando la aparición de niveles altos de ansiedad, ya sea crónica o aguda 13. Se conoce como ansiedad al estado de desequilibrio interno, tanto fisiológico, como emocional provocado por la percepción real o fantaseada de falta de capacidad de responder adecuadamente a las demandas del medio físico, psicológico o social. Lo que representa para el individuo un peligro real o imaginario para su organismo. (16,61,62). La ansiedad, ya sea aguda o crónica, puede producir a través de cambios fisiológicos o por adopción de hábitos insalubres, un número importante de enfermedades. (3,4,13,16,17,63).

Con respecto al embarazo, algunos autores sugieren que los altos niveles de ansiedad pueden desencadenar: alteraciones hormonales; cambios a nivel inmunológico; hábitos higiénicos inapropiados, como tabaquismo, alcoholismo y exceso de trabajo; hábitos nutricionales precarios y falta de asistencia a la consulta prenatal. Estas alteraciones tienen como consecuencia un aumento en la probabilidad de aparición de diversas complicaciones en las madres (hiperémesis gravídica, hipertensión arterial, eclampsia,

desnutrición, etc.) que se reflejan también en la salud del feto y que varían dependiendo del trimestre del embarazo en que se produzcan. (2,13,16,18,19,20).

No se sabe a ciencia cierta, cuál es el camino a nivel biológico a través del cual la ansiedad de la madre afecta al feto. Se han realizado estudios sobre nivel de ansiedad y liberación de angiotensina, ACTH y catecolaminas. Se sugiere que estas hormonas están relacionadas con la posible producción de estados hipertensivos agudos y/o crónicos que pueden desencadenar, ya sea, una hipoxia placentaria crónica y mala nutrición fetal, lo que se traduciría en bajo peso al nacer, o hipoxia aguda que aumentaría la probabilidad de parto pretérmino (2,62).

Reeb y cols (1987), (51) por su parte, elaboraron un indicador predictivo para valorar riesgo de bajo peso al nacimiento y complicaciones durante el parto. Estos autores encontraron que las variables que mejor predecían el bajo peso eran, en primer lugar, un pobre funcionamiento familiar, seguido de eventos estresantes durante el embarazo.

No obstante, como se mencionó en párrafos anteriores, existen otras variables que pueden estar afectadas por factores psicológicos y/o sociales y que pueden provocar alteraciones importantes en la madre o en el niño. Entre estas variables se encuentran aquéllas relacionadas con el parto (duración del trabajo

de parto, sufrimiento fetal, etc.) aquéllas que se presentan después del nacimiento (depresión y puerperal, mala relación madre hijo, etc.)

Con respecto a la relación entre ansiedad y complicaciones durante el trabajo de parto, se ha visto que una alta concentración de catecolaminas en plasma, está asociada con una menor contractilidad uterina y con una mayor duración del trabajo de parto, lo que se traduce en hipóxia fetal y mayor uso de forceps y nacimientos de niños por cesárea (Lederman) (221). En varios estudios, se reporta una relación significativa entre nivel de ansiedad y un aumento del uso de sedantes y anestésicos, lo que repercute en la madurez motora del recién nacido . (13,22,23,24,25,26,27).

Ahora bien, la ansiedad durante el embarazo y el parto, no sólo repercute en los aspectos biológicos del recién nacido.

Existe una relación importante entre el grado de ansiedad durante el embarazo y el grado de depresión postparto. El estado emocional de la madre es vital para una buena relación madre-hijo. Esta relación tendrá una repercusión directa en el desarrollo psicomotor del niño y en el desarrollo emocional de la mujer como madre quien, al no realizarse como tal, sufrirá de un empobrecimiento emocional que afecta profundamente no sólo ésta, sino otras áreas de su vida (20,31).

En algunas ocasiones, el estado emocional de la madre afecta la lactancia al seno materno, debido a una actitud negativa hacia ésta. La falta de lactancia materna, cuando es el resultado de un sentimiento de insatisfacción de la madre con el embarazo, el parto, o con los cuidados del hijo, puede producir sensaciones de abandono en éste, que difícilmente superará en su vida posterior, ya que es muy probable, que esta situación de mala relación madre-hijo, se reproduzca durante las diversas etapas de desarrollo del infante (6,14). El análisis anterior, nos conduce a la conclusión que estos factores, por una u otra vía no permiten que, tanto la madre como el hijo, se desarrollen en toda su potencialidad biopsicosocial.

Por otro lado, el estado emocional de la paciente, afecta su demanda y utilización de los servicios de atención prenatal. Esto se produce de diferentes maneras. Influye en la percepción de la embarazada, tanto sobre la necesidad de cuidar su salud y prevenir complicaciones, como de la presencia de signos de alarma. Actúa también, sobre el grado de asertividad en la búsqueda de atención médica. Una vez que la atención se utiliza, influye en la satisfacción de la paciente con la calidad de la atención y en la adherencia de la embarazada a la consulta prenatal, así como, a las indicaciones del médico y por supuesto, en el logro de una buena relación médico-paciente.

B) FACTORES CULTURALES DE LA EMBARAZADA

El medio cultural está determinado por las creencias, valores y prácticas que son contemplados por un grupo de individuos que pertenecen a la misma población.

El contexto cultural en el que la mujer haya crecido, también influye en el nivel de adaptación de la mujer en este proceso. Existen culturas donde se espera que la mujer sufra durante el embarazo, se queje, etc. y otras en las que se vive el embarazo como un proceso natural, agradable y sin peligro. En estas últimas los embarazos suelen transcurrir con facilidad sin menores incidentes. Asimismo, ciertas creencias (mágico-religiosas) a las que se enfrentan desde pequeñas las embarazadas de muchas culturas, predisponen a la mujer a desarrollar temores ante situaciones que no puede controlar (efecto de los eclipses sobre el embarazo, el mal de ojo contra el recién nacido, relación entre ver ciertos animales y la personalidad del niño, etc.)(15). Todos estos factores repercutirán forzosamente en el grado de tranquilidad de la mujer.

Por otro lado, las creencias culturales aunadas a la baja escolaridad, impiden a la mujer observar hábitos alimenticios favorables, cuando no, la orillan a llevar a cabo prácticas alimenticias francamente nocivas, como son, la pica (comer tierra, ladrillos, etc.), que producen parasitosis intestinales o comer poco por temor a que el niño crezca demasiado y se produzca un partó obstruído. (15)

Uno de los aspectos importantes a tomar en cuenta en este proceso, es el rol desventajoso que desempeña la mujer en algunas sociedades por el cual, en muchas ocasiones, recibe los alimentos que sobran después de haber sido alimentado el marido y los hijos.

Un aporte calórico insuficiente, aumenta las probabilidades de ganancia de peso materno inapropiado durante el embarazo. Con una ganancia de peso materno por debajo de 7 kgs., aumenta al doble la probabilidad de que el feto sufra un retardo en el crecimiento intrauterino. (63)

Un aspecto muy importante relacionado con el acceso y utilización de los servicios de atención prenatal, y que frecuentemente es soslayado por los servicios de salud, es el choque sociocultural entre las expectativas de la paciente con respecto a lo que espera de la atención (comunicación en el mismo idioma, calidez en el trato, respeto a los valores, prácticas congruentes con sus valores, esclarecimiento de dudas, retrolimentación etc.) y lo que los servicios realmente le ofrecen.

B) FACTORES SOCIOECONOMICOS .

El nivel socioeconómico actúa en diferentes momentos de la vida de la mujer y a través de diferentes caminos, sobre los resultados perinatales:

Actúa sobre el crecimiento y desarrollo de la mujer en la niñez y adolescencia. Cuando este desarrollo no ha sido el adecuado, aumenta la probabilidad de tener características antropométricas, tales como talla baja, cadera estrecha, desnutrición pregestacional etc. Condiciones que están asociadas a complicaciones como son el retardo en el crecimiento intrauterino y el parto obstruido.

Actúa sobre el nivel de ansiedad de la mujer durante el embarazo, ya que dependiendo del nivel socioeconómico que se tenga, existirán mayores o menores posibilidades de cubrir ciertas necesidades materiales. La percepción de falta de recursos para cubrir estas necesidades, puede producir alteraciones importantes en el estado emocional de la paciente. (27).

Actúa sobre el acceso que tiene la mujer a los satisfactores necesarios para el desarrollo adecuado del embarazo y parto:

* Acceso a la alimentación adecuada.

El ingreso familiar precario, repercute sobre la posibilidad de la embarazada de proveerse de los alimentos adecuados, tanto en cantidad, como en calidad.

* Acceso al conocimiento sobre el proceso que se está viviendo y sobre educación para la salud en esta área.

La falta de acceso a lo anterior, se traduce por un lado, en hábitos nutricionales inadecuados, como se señaló en el párrafo anterior, que aunados a otros, como fatiga física por trabajo excesivo y/o poco reposo, aumentan la probabilidad de gasto calórico desproporcionado para la ingesta. Estos hábitos aumentan aún en mayor proporción el retardo del crecimiento del feto. (63)

Por otro lado, los hábitos higiénicos deficientes, predisponen a la mujer a adquirir infecciones vaginales, cervicales y urinarias. Esto se refleja en mayores tasas de prematuridad, debido al aumento en el nivel de prostaglandinas, lo que produce contracciones uterinas de parto prematuras. (18, 19,29).

Existen otros hábitos que pueden estar relacionados con falta de conocimiento sobre educación para la salud en esta área. El tabaquismo es uno de ellos. Sin embargo, no es exclusivo de condiciones socioeconómicas negativas. Obedece, más bien, a medios culturales en los que se ve con normalidad que la mujer fume. Por otro lado, está fuertemente determinado por el estado psicológico de la mujer.

El alcoholismo antes y durante el embarazo, está muy difundido en algunos sectores. Aunque no es exclusivo de medios socioeconómicos precarios, se da en mayor proporción en algunos sectores en donde el alcohol (pulque sobre todo) trata de sustituir, en muchas ocasiones, la falta de acceso a ciertos

alimentos y en peores casos el acceso al agua. Es bien conocido el efecto nocivo del alcohol sobre el desarrollo neurológico del niño, cuando no sobre la sobrevivencia de éste, ya sea durante el embarazo o al nacimiento.

* Acceso a buenas condiciones de trabajo.

El nivel socioeconómico bajo, está muy relacionado con la ocupación de la mujer en trabajos eminentemente de tipo manual, repetitivos, en los que existe contacto con sustancias tóxicas, periodos de descanso muy cortos, ruido, etc. En estos empleos, el estrés laboral, tanto físico, como mental y emocional son muy altos, lo que puede perjudicar la salud de la madre y el feto.

Por otro lado, existen evidencias de que la posición de pie o sentada durante muchas horas, puede disminuir el flujo sanguíneo uterino y por lo tanto el aporte de oxígeno al niño. Esto último se puede traducir en bajo peso al nacimiento.

Está documentado que cuando la mujer trabaja después de las 37 semanas de gestación, la probabilidad de infartos placentarios es 5 veces mayor que si no lo hace. Los infartos placentarios grandes, están asociados a muerte perinatal, por lo que las pérdidas perinatales pueden incrementarse si la mujer trabaja durante las últimas semanas de gestación. (63)

*Acceso a servicios médicos de atención prenatal y del parto.

El nivel socioeconómico también influye de una manera importante sobre el acceso que tiene la embarazada a los servicios de atención prenatal. La falta de acceso relacionada a condiciones socioeconómicas negativas, puede deberse a la presencia de varios factores, como son, problemas económicos, de transporte, falta de tiempo disponible, ignorancia de la necesidad de una buena atención médica etc.

C) APOYO PSICOSOCIAL

El grado de apoyo psicológico y social (emocional, material, informativo y de retroalimentación) que recibe la embarazada, es uno de los factores determinantes para que ésta logre adaptarse a los cambios y necesidades que se presentan durante la gestación.

El contar con una red de apoyo amplia y segura (pareja, familiares, amigos) que le brinde seguridad emocional y económica y ayuda con las actividades cotidianas, fuera y dentro del hogar y con el cuidado de los otros hijos, aminora muchos de los problemas con los que se enfrenta la mujer, eleva su autoestima y la sensación de control sobre su vida, lo que en sí mismo mejora el funcionamiento del sistema neuroendócrino e inmunológico y le permite cuidar su salud y la del bebé de manera más adecuada. Por otro lado, las mujeres que cuentan con este tipo de apoyo, tienden

a percibir el embarazo y los eventos vitales que se producen en éste, como situaciones menos estressantes que aquellas mujeres que no cuentan con él. (13,42) Este fenómeno protege a la mujer de los efectos nocivos que el estrés produce sobre el funcionamiento inmunológico y neuroendócrino. Asimismo sobre la adquisición, por parte de la embarazada, de hábitos tales como el tabaquismo y el alcoholismo tendientes a reducir el estrés, pero que repercuten negativamente sobre la salud de la madre y del niño.

Ante este panorama, no cabe la menor duda de que son muchas las acciones preventivas que se debían emprender para asegurarle a la embarazada y al niño la "protección de la salud".

-Efecto del programa de Apoyo Psicosocial sobre la salud de la madre y de su hijo.

El marco conceptual de este estudio, está basado en el modelo ecológico de Olds y Kitzman (64) (figura 2). De acuerdo a estos autores, "El modelo ecológico trata de explicar cómo es que los factores, con diferentes grados de proximidad a la madre y al niño (ej conductuales, biológicos, psicológicos, sociológicos y económicos), interactúan para formar un sistema o red de influencias sobre el funcionamiento materno. En el terreno práctico, el modelo ecológico dirige al visitador a examinar simultáneamente los recursos maternos, el apoyo psicosocial, el nivel de estrés existente en el hogar, en la familia o comunidad

que puedan interferir con la adopción de conductas de salud adecuadas durante el embarazo."

En este estudio, la población de mujeres a las que se les brindó el programa, presentaban alto riesgo de estar en condiciones de estrés durante el embarazo, como resultado de experiencias perinatales previas, condiciones socioeconómicas precarias, hábitos de salud muy deficientes y/o falta de una red de apoyo adecuada, todos ellos relacionados entre éstos.

La definición de "apoyo psicosocial" adoptada en este estudio, fue la de Caplan (30). Esta definición comprehensiva y explícita, permitió medir las redes naturales de apoyo y desarrollar la intervención.

Con base en lo anterior, la intervención tuvo cuatro componentes básicos: reforzamiento de las redes naturales de apoyo, apoyo emocional, educación para la salud y el fomento de la utilización de los servicios de atención prenatal.

Los mecanismos a través del cual se esperaba que la intervención influyera sobre los resultados perinatales, era el fomento de redes de apoyo, el descenso de sufrimiento psicológico (ansiedad, sentimientos de impotencia etc.) de la mujer y el incremento de los conocimientos de la mujer, acerca de promoción a la salud y sobre los signos de alarma que pueden presentarse

durante el embarazo y el trabajo de parto y de cómo actuar en cada caso.

Estas modificaciones tendrían un efecto sobre las condiciones de la madre y del recién nacido, a través de elevar la autoestima y el control de la embarazada sobre sí misma y disminuir la ansiedad.

Ambas acciones influirían, de manera directa y/o indirecta, sobre los sistemas neuroendócrino e inmunológico mejorando su funcionamiento y/o sobre las conductas de la mujer relacionadas con la salud. A su vez, los sistemas neuroendócrino e inmunológico y las conductas positivas (utilización adecuada de los servicios de salud, dejar de fumar, no realizar actividades físicas extenuantes, mejorías en la nutrición etc.), afectarían las variables biológicas del embarazo y elevarían la satisfacción de la madre con el proceso reproductivo y con la atención perinatal.

El descenso en el sufrimiento psicológico, tendría una repercusión directa sobre los resultados psicológicos y de acuerdo a la hipótesis de Cohen y Syme (33), sobre los mecanismos a través de los cuales, el apoyo psicosocial ejerce su acción sobre la salud, podría también tener una repercusión directa sobre las variables biológicas.

Las bases racionales para incluir la estrategia de educación para la salud, como un componente del apoyo psicosocial, no es nueva. Pensamos al igual que Israel y Shurman, que "Los programas pueden ser más efectivos si se enfocan a reducir el estrés y a enseñar a los individuos a manejar las situaciones difíciles.

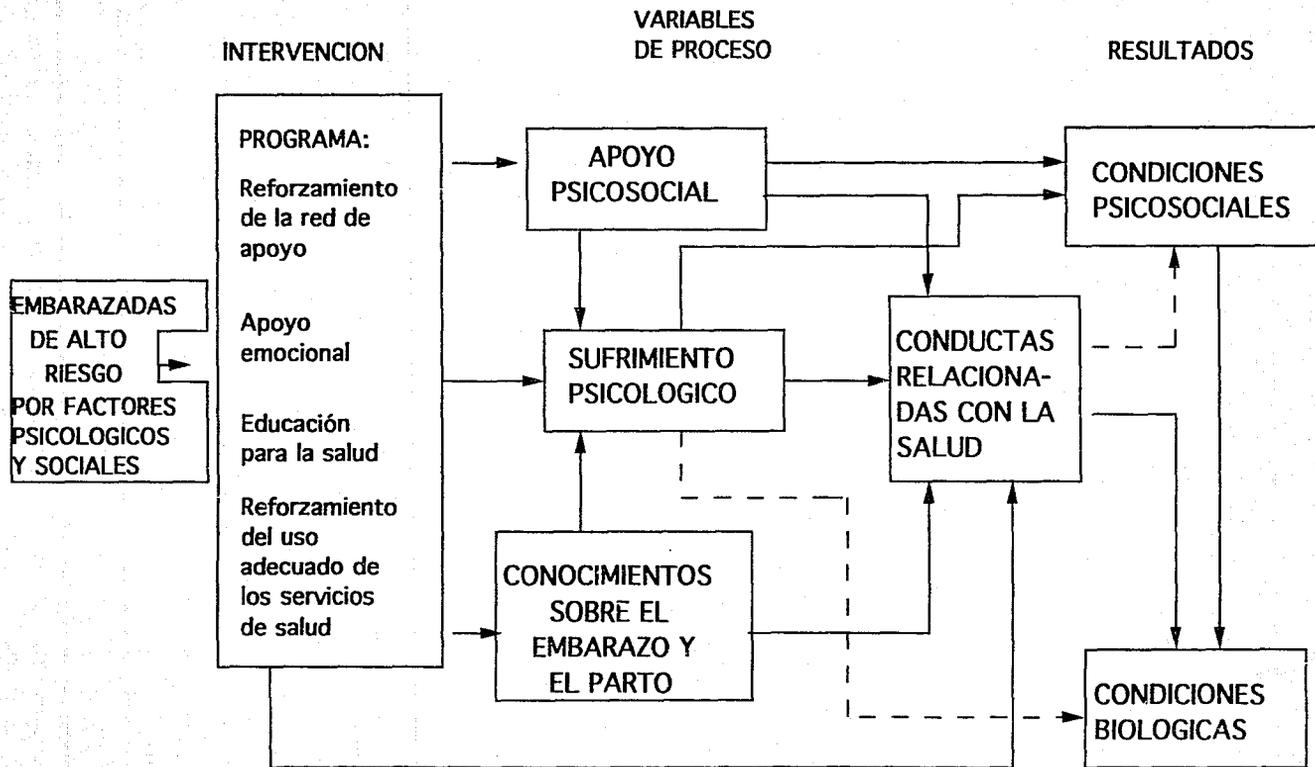
Por otra parte, las intervenciones de educación para la salud, también pueden dirigirse a reforzar los factores moderadores del apoyo psicosocial y del control de los individuos sobre las situaciones estressantes, lo que da como resultado mejoras en el estado de salud." (65). Ambos ingredientes actúan sinérgicamente y refuerzan el programa. Por lo tanto, puede resultar inútil tratar de identificar cuál es el componente más importante (64) .

Debido a que la relación entre ansiedad y bajo peso al nacimiento, puede estar mediada o confundida por las hábitos relacionados con la salud (62) Olds y Kitzman (64), buscaron evidencias empíricas del efecto de integrar la educación para la salud como componente de los programas de apoyo psicosocial: Estos autores analizaron cuatro ensayos aleatorizados (38,33,47,67,) para tratar de entender cuáles son las características basales de las poblaciones estudiadas y cuáles hábitos son más sensibles a ser cambiados con un programa de apoyo psicosocial. Encontraron que el componente de educación para la salud, era fundamental para lograr resultados positivos.

A pesar de los efectos tan limitados que se encontraron en otras intervenciones de apoyo psicosocial (44,68), pensamos que existían dos elementos que podrían incrementar las probabilidades de tener éxito en este proyecto:

La presencia de factores psicosociales de alto riesgo en la población de mujeres seleccionadas para el estudio , y la combinación de apoyo emocional, reforzamiento de redes de apoyo y educación para la salud en la misma intervención.

FIGURA 2
MARCO ANALITICO Y CONCEPTUAL



CAPITULO V

DISEÑO DEL PROGRAMA DE "APOYO PSICOSOCIAL"

ESTUDIO ETNOGRAFICO

Al referirnos al concepto de apoyo psicosocial, se comentó que éste no tiene una connotación y denotación precisas. Tampoco las condiciones y problemas con los que se enfrenta nuestra población, se pueden generalizar a otras poblaciones que difieren en su contexto psicológico, social y cultural. Debido a lo anterior, nos enfrentamos a la necesidad de conocer las características psicológicas y sociales de las mujeres que íbamos a atender en el proyecto, con el fin de diseñar una intervención de apoyo psicosocial que se adecuara, no a las creencias y preconcepciones del equipo de investigación, sino a las necesidades reales de la población. Con este objetivo se realizó un estudio etnográfico, en el que se llevó a cabo una entrevista abierta de tipo eminentemente psicológico a 25 mujeres seleccionadas al azar, que reunían los criterios de inclusión de las mujeres que entrarían al proyecto y que no presentaban criterios de exclusión.

Los aspectos más importantes que se analizaron fueron los siguientes:

Imágen materna, carencias afectivas, carencias de apoyo práctico, temor con respecto al parto y a la salud del recién nacido,

expectativas con respecto al bebé, crisis externas y actitud ante una posible intervención.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

La información que se obtuvo en el estudio etnográfico, aunada a las ideas del equipo de investigación, sobre los temas y estrategias del programa, condujeron al diseño de la intervención que se describe a continuación:

El eje de la intervención fue un programa de cuatro visitas domiciliarias, aproximadamente a las semanas 22,26,30 y 34 de la gestación. (figura 3) El número de visitas podía incrementarse a seis cuando se considerara necesario.

Este programa fue desarrollado por trabajadoras sociales, especialmente seleccionadas y entrenadas para tal efecto. Las visitadoras fueron todas mujeres y se escogieron en base a dos criterios: su perfil profesional, y su empatía y calidez.

Antes de comenzar las visitas, se realizaba un primer sondeo sobre las condiciones psicosociales de la embarazada. Este se llevaba a cabo a través de una entrevista precodificada, la cual incluía áreas psicológicas, red social existente, hábitos higiénico dietéticos, atención prenatal y las preguntas pertinentes sobre conocimientos. Se establecieron puntos de corte para determinar si

la embarazada tenía o no un problema o deficiencia en cada área de la entrevista. De acuerdo a dichos resultados, y tomando en cuenta la estructura general de la intervención, la visitadora planeaba el contenido de las visitas domiciliarias. Esta planeación debía hacerse con la participación de la supervisora de las visitadoras, antes de iniciar la primera sesión de intervención.

En las entrevistas domiciliarias participaban la visitadora, la embarazada y una persona seleccionada libremente por esta última durante el reclutamiento, a la que denominamos "figura de apoyo". Esta persona podía ser su esposo, madre, suegra, amiga etc. y su función era acompañar a la mujer durante las visitas y otras actividades que se desarrollaran, como parte de la intervención. La participación activa de esta persona, garantizaría que la embarazada recibiera el apoyo emocional y material necesarios. Para ello, durante la visita, se exhortaba a la "figura de apoyo" a comprender las necesidades de la embarazada, a participar en el proceso de toma de decisiones, a promover hábitos adecuados de salud y la utilización de los servicios de atención prenatal. La duración de las visitas fluctuaba entre una y dos horas. Los temas discutidos durante cada sesión, se adaptaban a la edad gestacional correspondiente. Sin embargo, el plan de visitas era extremadamente flexible. En cada entrevista, la visitadora desarrollaba actividades específicas, relacionadas a los cuatro componentes de la intervención. (Figura 4)

COMPONENTE DE LA INTERVENCION

A) APOYO EMOCIONAL

La primera parte de todas las vistas, consistía en estimular a la mujer y a la "figura de apoyo" a hablar sobre la evolución del embarazo y a expresar sus dudas y preocupaciones. Asimismo, desde la primera entrevista, la visitadora debía explorar sobre las condiciones psicológicas y culturales en las que la mujer se desarrolló, qué rasgos de personalidad la caracterizaban, los valores que imperaban en su medio social con respecto al embarazo y a la maternidad. Los eventos vitales negativos que le habiann sucedido en los 2 últimos años antes del embarazo, la historia de sus embarazos previos, sobre la relación de pareja y la actitud de la embarazada y de su pareja ante el hecho de ser padres, sobre su estado emocional actual y la aceptación de su nueva imagen corporal, acerca de sus temores con respecto al embarazo y posteriormente al parto y al bienestar de su bebé y de sí misma, sus expectativas con respecto al rol de madre y al futuro de la pareja, etc.

Una vez que se tenía una visión clara de estos aspectos, la visitadora estaba en posibilidades de hacer un diagnóstico acerca del nivel de adaptación y bienestar psicológico de la embarazada. Con este diagnóstico, podía diseñar una estrategia de atención individualizada que involucrara, en caso necesario, a los otros

miembros del equipo de salud (médico, enfermera, trabajadora social, psicólogo, etc.). De esta manera, se podría ofrecer a la mujer los beneficios del apoyo emocional que le brindaba la visitadora y, en caso de ser necesario, de un tratamiento psicológico oportuno (mediante la utilización de servicios de atención psicológica prenatal) que le previniera la aparición de complicaciones relacionadas con la ansiedad u otros estados emocionales negativos, tanto durante el embarazo, como en el parto y en el puerperio.

Ahora bien, cuando se pretende ofrecer un apoyo psicosocial con un enfoque preventivo, la relación interpersonal cobra una importancia capital, ya que ésta no sólo influye sobre los resultados del manejo técnico al incrementar la adherencia a las indicaciones o como elemento de apoyo emocional, sino que la relación con la paciente embarazada, se vuelve en sí un elemento técnico para la exploración, diagnóstico y tratamiento de sus problemas biopsicológicos.

Una relación horizontal, armoniosa, en un ambiente de confianza y retroalimentación, donde exista un interés real de parte de la visitadora o de los otros miembros del equipo de salud hacia la paciente, en la que se involucren aspectos psicológicos y sociales, en la que se discutan posibles alternativas de solución a los problemas, etc. Ayuda a la mujer a expresar con más libertad sus problemas, temores y dudas y por lo tanto, permite a la

visitadora a hacer un mejor diagnóstico de su situación. Por otro lado, facilita que la embarazada acepte con mayor agrado las sugerencias y acuerdos a los que haya llegado con la visitadora con respecto a las conductas que debe seguir para cuidar su salud y a la de su hijo.

Uno de los puntos más importantes a considerar, además de los anteriores, es que este tipo de relación ayuda a la embarazada a adaptarse y a tomar decisiones más asertivas con respecto a las necesidades que enfrenta durante el embarazo y el parto. Le ayuda directamente a través de mejorar su estado emocional y por ende, a la disminución de la ansiedad, tanto a través del apoyo que siente al ser escuchada, comprendida y aceptada, como también a través del sentimiento de autosuficiencia y seguridad que desarrolla al ser tomada en cuenta para las decisiones que se tomen a cerca de ella y/o de su bebé.

Desde esta perspectiva, en la relación interpersonal no sólo se trataba de cumplir con ciertos valores y normas socialmente definidas que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares como expresa el Dr. Avedis Donabedian (9) sino como dice el Dr. José Cueli "Se trataba de acompañar a la paciente en un viaje a través de cada visita en el que la paciente y como reflejo, también, la visitadora va descubriendo diferentes zonas de su naturaleza tanto externa como interna."

B) REFORZAMIENTO DE LA RED SOCIAL DE APOYO

En los encuentros se conversaba también sobre la estructura y dinámica familiar, la relación con vecinos y amigos y se identificaban modos concretos en que estas personas de la "red de apoyo natural de la embarazada" pudieran ayudarla. La opinión de la figura de apoyo era muy importante. La visitadora sugería tipos de asistencia práctica que podían apoyar a la embarazada: ayuda con las actividades domésticas, cuidado de los otros hijos de la embarazada, cuidado de la casa y de los hijos al momento en que la embarazada debía ir al hospital etc.. En algunos casos, el reforzamiento de la red de apoyo se conseguía mediante la discusión sobre problemas de comunicación familiar y mejorando las relaciones intrafamiliares. Cuando esta "red natural" no existía o parecía insuficiente, se sugería el establecimiento de vínculos con otra gente como, por ejemplo, compañeros de trabajo, vecinos y parientes, entre otros. En algunos casos en que los esfuerzos para reforzar o crear una red de apoyo para la embarazada no funcionaban, la visitadora misma se convertía en la "figura de apoyo".

C) CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO EL PARTO Y PUERPERIO

Al reflexionar sobre el impacto de la intervención sobre los aspectos socioeconómicos de la paciente, nos percatamos que si bien, la visitadora no podía resolver los problemas económicos de la paciente, ni suplir las carencias de educación en general que

FIGURA 4

COMPONENTE Y ACTIVIDADES DE LA INTERVENCION

COMPONENTES	ACTIVIDADES
- APOYO EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none">. EMPATIA DE LA T.S.. INTERES DE LA T.S.. ROL DE VINCULO DE LA T.S. ENTRE LA MUJER Y EL HOSPITAL
- REFORZAMIENTO DE LAS REDES NATURALES DE APOYO	<ul style="list-style-type: none">. 4-6 VISITAS DOMICILIARIAS INCLUIAN A LA PACIENTE, A SU "FIGURA DE APOYO" Y A LA T.S.. CONVERSACION ACERCA DE LA RED NATURAL DE APOYO Y DE LAS NECESIDADES DE LA MUJER. INVOLUCRACION DE LA RED DE APOYO EN ACTIVIDADES CONCRETAS DE AYUDA
- CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO Y PARTO	<ul style="list-style-type: none">. TEMAS ESPECIFICOS. PROGRAMAS ANTI-TABAQUISMO Y ANTI-ALCOHOLISMO. POSTER. FOLLETO
- FOMENTO DE LA UTILIZACION ADECUADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none">. INFORMACION SOBRE CARACTERISTICAS Y REGLAS DEL HOSPITAL. LINEA TELEFONICA DE EMERGENCIA. TOUR GUIADO POR EL HOSPITAL. SERVICIO DE CONSULTA

ésta pudiera tener, si podía ayudar de una manera importante a aminorar el efecto nocivo que producen estas condiciones, a través de brindar a la embarazada educación en el área de la salud reproductiva.

El objetivo de este componente de la intervención, era ofrecer a la mujer embarazada y a su figura de apoyo la información adecuada con respecto a los procesos fisiológico psicológicos y patológicos del embarazo, parto, puerperio y lactancia con el fin de aclarar dudas, mejorar los hábitos higiénico dietéticos y reducir la ansiedad.

En todas las visitas, se discutían temas generales relacionados con la salud durante el embarazo, tales como evolución del embarazo normal, y los riesgos relacionados con el tabaquismo, alcoholismo, actividad física extenuante, falta de reposo, nutrición inadecuada etc. Asimismo, se explicaban los signos de alarma más comunes de las complicaciones gestacionales (sangrado, contracciones de parto prematuras, signos físicos de preclampsia) y se comentaba sobre las conductas más adecuadas en cada situación.

Por otra parte, para ciertos problemas específicos como tabaquismo o alcoholismo, se implementaban programas especiales.

Todas estas acciones de educación, podrían tener un impacto positivo, siempre y cuando se llevaran a cabo de manera acertiva,

por lo que los temas abordados estaban adaptados a la etapa del embarazo en que la visita tenía lugar y a las necesidades específicas de cada mujer. Pensamos, que no bastaba con que se le dijera a la mujer lo que debía o no hacer, sino que la participación de la mujer y de la figura de apoyo, eran cruciales para lograr los objetivos de este componente. Por este motivo, debía analizarse en conjunto: cuáles eran las conductas actuales de la embarazada con respecto a los cuidados que se deben tener en el embarazo, por qué creía la embarazada que tenía esas conductas, la importancia que tenía el mejorarlas o cambiarlas en caso de que fuera necesario, cuáles eran sus posibilidades reales de hacerlo, qué alternativas de solución existían, qué dudas o temores podían existir al respecto, cuáles eran los efectos secundarios que podían surgir de cambiar un hábito, etc.

Por otro lado, la visitadora debía ser muy cautelosa en no infundir sentimientos de culpa a la embarazada por no poder cumplir con las expectativas que se tenían sobre su conducta. Cambiar una conducta no es una empresa fácil. Sin embargo, valía la pena utilizar todos los recursos que estaban a nuestro alcance para ayudar a la mujer a lograrlo.

La información se apoyaba en un póster en el que el embarazo estaba representado como un camino y se señalaban claramente las conductas de promoción y prevención, así como la ayuda que la "figura de apoyo" podía ofrecer. Además se entregaba un folleto en

el que se brindaba información sobre signos de alarma, el nombre de la visitadora y el número telefónico de la "línea de emergencia" con la que contaba el proyecto.

En síntesis, estas actividades contribuirían a que se realizaran cambios positivos en las conductas relacionadas con la salud, a reconocer oportunamente complicaciones que podían ser tratadas, y a mejorar la comprensión de cómo manejar situaciones estresantes. Entre los beneficios adicionales esperados, estaba el reforzar la habilidad de las mujeres para preguntar a los médicos de manera precisa, sobre sus dudas y preocupaciones y a capacitar a las "figuras de apoyo" para participar en la "toma de decisiones" con respecto a la salud de la embarazada.

D) REFORZAMIENTO DEL USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La compleja organización institucional, la falta de información y algunos factores psicológicos, entre otros, son factores que obstaculizan la utilización adecuada de los servicios de salud. En este proyecto intentamos mejorar esta situación, brindando información sobre las características y reglas del hospital y ofreciendo una "línea telefónica de emergencia" para consultas, junto con un "servicio de aclaración de dudas" relacionadas con el uso de servicios. Además, se pretendía servir de vínculo con el fin de mejorar la comprensión de las indicaciones y prescripciones médicas, favoreciendo la aceptación y cumplimiento

de éstas y de mejorar la relación entre la mujer embarazada y los proveedores de servicios.

Asimismo, en un esfuerzo por disminuir el miedo ante situaciones desconocidas, el programa incluía también una "visita guiada" a través de los servicios de la institución, durante la cual se reproducía el "camino" que la embarazada habría de seguir al iniciarse el trabajo de parto.

Finalmente, en cada visita se estimulaba a las mujeres a preguntar a médicos y enfermeras, todo lo que necesitaban saber y a exigir sus derechos como usuarias de la institución.

CAPACITACION DE LAS ENTREVISTADORAS Y ESTANDARIZACION DE LA INTERVENCION

Para la capacitación y estandarización de las entrevistadoras, se preparó un curso y el manual correspondiente, en el que se describieron con gran detalle, los tópicos a abordar en cada encuentro. Esta parte teórica se complementaba con una sección práctica, que incluía simulaciones de casos imaginarios, puntos de índole práctica, discusión de eventuales obstáculos a superar, etc.

Para cada situación que eventualmente podrían tener que enfrentar las visitadoras durante la implantación del programa, se elaboró un "árbol de decisiones" con instrucciones clara, específicas y detalladas, que servía como guía para que todas las

visitadoras respondieran de un modo semejante ante problemas similares.

Al finalizar el curso de capacitación se supervisó el desempeño de las visitadoras a través de entrevistas que se realizaban a mujeres embarazadas voluntarias, ya sea en el hospital o en el domicilio de la mujer. En el caso de las entrevistas en el hospital, se supervisaba a través de cámara de Hessel y en el caso de la visita domiciliaria, la visitadora iba acompañada de algún miembro del equipo de investigación. Cabe aclarar que todos los miembros del equipo eran mujeres.

Durante el transcurso de la intervención, el equipo de investigación formado por psicólogas, perinatólogas, ginecólogas, epidemiólogas y licenciadas en trabajo social, se reunía semanalmente con el grupo de investigadoras. En estas reuniones se analizaba cada una de las visitas que las trabajadoras sociales habían realizado esa semana. Estas sesiones grupales tenían el objetivo de supervisar las visitas y apoyar a la visitadora a planear estrategias para abordar los casos difíciles. Además, se revisaban los posibles problemas de organización y administración que hubieran surgido en el proyecto y por último y tal vez el más importante, es que constituían un espacio de catársis en el que la visitadora podía descargar sus propias angustias con respecto a las visitas que realizaba, ya que en ocasiones la problemática de las mujeres era tan intensa, que los sentimientos de impotencia y frustración de las trabajadoras sociales, podían llegar a ser muy importantes.

CAPITULO VI

METODOLOGIA DEL ESTUDIO

Este estudio fue realizado entre enero de 1989 y marzo de 1991 en las ciudades de Rosario (Argentina), Pelotas (Brazil), la Habana (Cuba) y México, Distrito Federal (México). En México, el estudio fue llevado a cabo en forma colaborativa entre el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Perinatología.

Este proyecto fue aprobado por las comisiones de investigación y ética de ambos Institutos.

1. TIPO DE ESTUDIO

El diseño adoptado para este estudio fue el ensayo clínico aleatorizado (69) (Figura 3)

A continuación se describe la metodología de cada fase del proyecto.

2. POBLACION

Después de llevar a cabo un estudio de factibilidad (ver estudio de factibilidad) entre las usuarias del Instituto Nacional de Perinatología, se decidió que fuese allí donde se llevara a cabo el estudio.

Considerando que las mujeres , en México y otros países en desarrollo, no acuden a la atención prenatal antes del segundo trimestre del embarazo, se decidió que las mujeres que entraran al estudio tuvieran entre 15 y 22 semanas de gestación. Al establecer este punto de corte, perdimos inevitablemente al grupo de mujeres que acuden posteriormente a la consulta prenatal y que por lo tanto podrían estar en mayor riesgo de no detectar oportunamente sus complicaciones y realizar acciones de prevención primaria. Sin embargo, por otro lado, existen evidencias de que hay una alta asociación entre la percepción de la mujer de presentar riesgos y el hecho de acudir a los servicios de salud. En este caso muchas de las mujeres que acuden a los servicios tempranamente podrían ser en efecto las que se encuentran en mayor riesgo de presentar complicaciones .

Por otro lado, un punto de corte más tardío, no hubiese permitido que se aplicara la intervención con un tiempo e intensidad suficientes para provocar cambios significativos.

3. TAMIZAJE Y SELECCION DE LA POBLACION

La selección de la población, se realizó mediante la aplicación de un cuestionario de tamizaje a todas las mujeres que asistían a la consulta prenatal del INPer. A las embarazadas que incluían al menos uno de los criterio de inclusión (factores psicológicos y sociales de riesgo) y que no presentaban criterios de exclusión, se les incorporó al proyecto.

3.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Menos de 18 años de edad
- Sin compañero estable
- Ingreso en su hogar insuficiente (mínimo o menos del mínimo)
- Escolaridad menor de 3 años
- Talla < 1.50 Mts.
- Peso < 50 kgs.
- Antecedentes de recién nacidos con peso < de 2500 grs.
- Antecedentes de 2 o más abortos
- Antecedentes de muerte fetal o neonatal
- Antecedentes de parto prematuro
- Fumadora.
- Hacinamiento (4 ó más personas que duerman en la misma habitación)

3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Cualquier enfermedad c condición crónica que pudiera aumentar la probabilidad de complicaciones durante la gestación y que requiera de una intervención médica más continua con la que pudiera interferir el programa de apoyo psicosocial. (cardiopatías, tensión diastólica por arriba de 100 mm hg, falla renal, infecciones renales crónicas, diabetes mellitus, malformaciones uterinas, incompetencia ístmico-cervical, antecedente de isoimmunización materno-fetal.)

A las mujeres que reunían los criterios anteriores, se les aplicaba un cuestionario de línea basal mediante el cual se profundizaba y ampliaba la información obtenida en el tamizaje.

A continuación, se solicitaba a la embarazada su consentimiento por escrito para participar en el estudio. Una vez seleccionadas las pacientes, se procedía a su aleatorización para determinar quiénes serían incluidas en el grupo experimental que recibiría el programa de apoyo psicosocial, y quiénes por el contrario, formarían parte del grupo control.

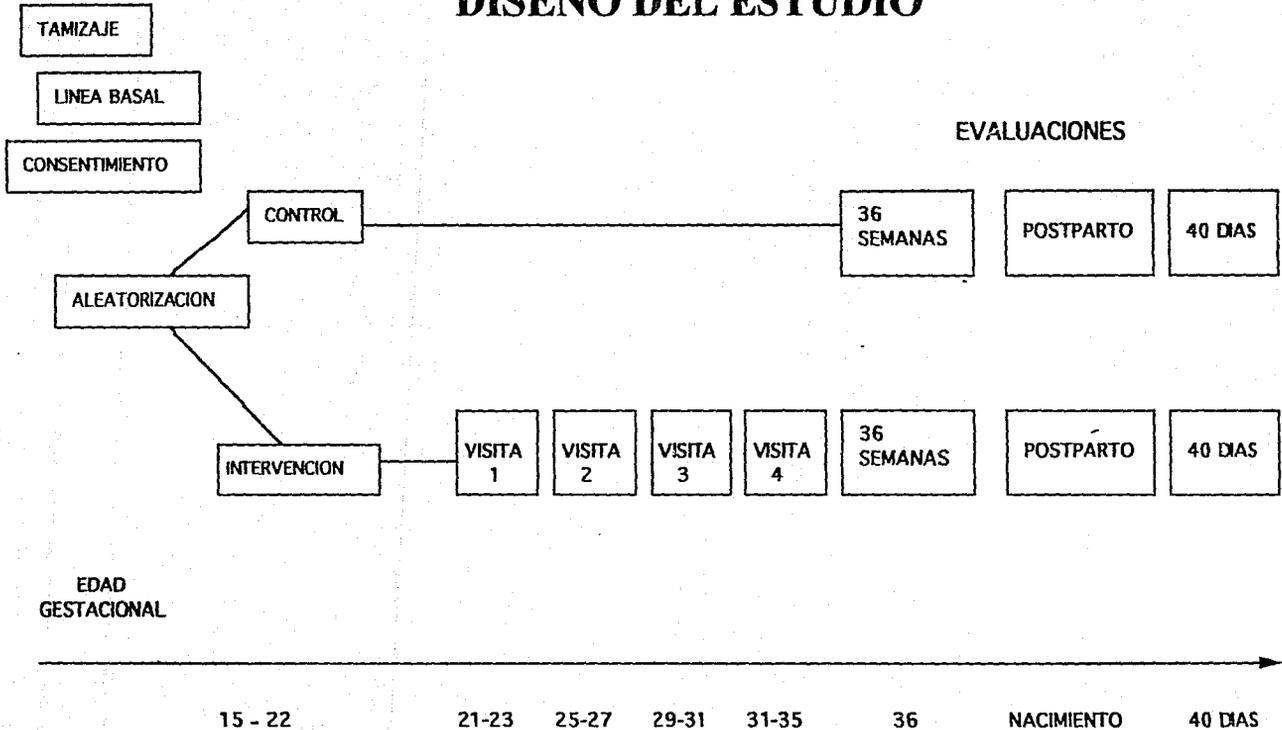
Con anterioridad se preparó un listado expreso para la aleatorización. Con este listado, se prepararon sobres cerrados que sólo se abrían luego de aplicar el cuestionario de línea de base y obtener el consentimiento de la paciente.

Unicamente las trabajadoras sociales que llevaban a cabo las visitas domiciliarias y la supervisora del proyecto, conocían qué grupo pertenecía cada una de las mujeres reclutadas.

El riesgo de contaminación entre los dos grupos, fue improbable debido a que el hospital de Perinatología tiene una consulta prenatal muy concurrida, por lo que las oportunidades de interacción entre las mujeres que acuden a este centro son escasas.

FIGURA 3

DISEÑO DEL ESTUDIO



4. TAMAÑO DEL ESTUDIO.

El tamaño de muestra se calculó con base en la proporción esperada de bajo peso al nacimiento de la población en riesgo. Este se encuentra en un 20% aproximadamente en poblaciones de niños, cuyas madres presentan factores psicosociales de riesgo. Se determinó que con un alfa de 0.05 y una beta de 0.10 una muestra de 2060 mujeres (1030 para el grupo experimental y 1030 para el grupo control) eran necesarias para detectar una reducción en la incidencia del bajo peso al nacer del 20 al 15%. Por lo tanto, se requerían 516 mujeres en cada país ya que la muestra se dividió entre los cuatro países que participaron en el proyecto.

Considerando una tasa de deserción entre el 15 y el 20%, era necesario reclutar 600 mujeres por centro. Este número debía ser suficiente para demostrar un incremento de 65 g en la media de peso al nacer y mostrar diferencias en los resultados psicosociales entre el grupo de intervención y el grupo control. En México fueron reclutadas 620 pacientes, 310 en el grupo de intervención y 310 en el grupo control.

Error tipo I (alpha) =.05,

Error tipo II (beta)=.10,

Probabilidad de detectar diferencias estadísticamente
significativas (potencia)=.90

Riesgo relativo mínimo detectable de 1.3

FORMULA UTILIZADA

$$n = \frac{(Z_A + Z_B)^2 \times \frac{R+1}{R} \times P(1-P)}{2(P_1 - P_2)^2}$$

DONDE

$$P = \frac{P_2 + R(P_1)}{1 + R}$$

SUSTITUYENDO EN LA FORMULA

$$n = \frac{(1.96 + 1.28)^2 \times \frac{1+1}{1} \times (.18)(.82)}{2(.2 - .15)^2}$$

n= 1008

5. ESTUDIOS DE FACTIBILIDAD

5.1 1er ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

Se llevó a cabo un estudio de factibilidad en la población del Instituto Nacional de Perinatología, con el fin de conocer si este centro cumplía con los requisitos necesarios para implementar la intervención en una muestra de usuarias.

El primer requisito que se estudió, fue si la proporción de niños con bajo peso al nacer, en embarazos con factores psicosociales de riesgo, alcanzaba el 20% que se reporta en algunos estudios a nivel internacional. En segundo término se estudió el porcentaje de usuarias que reunían los criterios de inclusión y que no presentaban criterios de exclusión, con el fin de conocer en qué tiempo máximo se podría reunir la muestra necesaria.

El estudio se llevó a cabo mediante una entrevista en la que se aplicó un cuestionario a las 168 mujeres que habían tenido un hijo en el INPer entre uno y tres días antes de la entrevista, y que habían recibido atención prenatal en el Instituto. El cuestionario incluyó datos sobre edad, estado conyugal, escolaridad, nivel socioeconómico, antecedentes obstétricos, embarazo actual, estado de salud del recién nacido, estado emocional durante el embarazo y problemas psicosociales específicos de cada mujer. Algunos de estos datos se obtuvieron a través de la revisión de expedientes.

Al finalizar las entrevistas, se llevó a cabo el análisis de los datos y los resultados fueron los siguientes:

168 PACIENTES CAPTADAS DURANTE 2 SEMANAS

EXCLUYENDO 56 (33%)

CON MAS DE 24 SEMANAS

DE GESTACION EN LA

PRIMERA CONSULTA

132 (67%)

EXCLUYENDO 36 (21.4%)

CON ENFERMEDADES O CON

DICIONES CRONICAS

96 (57.14%)

EXCLUYENDO 56 (33.3%)

CON AUSENCIA DE CRITE

RIOS DE INCLUSION.

40 (23.80%) POSIBLES

CANDIDATAS

9 CON R/N DE BAJO PESO

El bajo peso al nacer se presentó en 9 de los 40 niños, cuyas madres reunieron los requisitos necesarios. Estos 9 representaron el 23% de esta población.

Extrapolando los resultados de este estudio, era probable con un 95% de confianza, que la muestra requerida (610) se reuniera en 259 + 58 días, lapso que no rebasa el límite propuesto por la coordinadora internacional del proyecto.

Los resultados obtenidos en este estudio llevaron a la siguiente conclusión:

La población del Instituto Nacional de Perinatología, reunía los requisitos necesarios para que el estudio de apoyo psicosocial se realizara en las usuarias que asistían a dicho centro.

5.2 2do. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

Tres meses más tarde se llevó a cabo un segundo estudio de factibilidad con el fin de:

1.- Conocer con mayor exactitud:

- a.- El tiempo en que se reuniría la muestra
- b.- Las características de la población que asistía en ese momento a la consulta prenatal del Instituto Nacional de Perinatología. Este aspecto se tomó en cuenta, en ocasiones

cambian los criterios de entrada al Instituto y queríamos cerciorarnos de que no hubiera cambiado demasiado el perfil de las mujeres que ingresaban.

2.-Calcular el numero de visitadoras y encuestadoras necesarias.

3.- Presupuestar con mayor precisión.

Se entrevistaron 73 pacientes que ingresaron, previo exámen clínico, al INPer. (Se les aplicó el cuestionario de tamizaje)

De las 73 pacientes, 29 pacientes reunían las características necesarias para ser incluidas en el estudio.

Esta muestra se reunió en 4 días. Extrapolando las cifras anteriores, las 608 pacientes se reunirán en 83.86 días.

La proporción de pacientes con las características era de .397 + -.057 (1.96), o sea que el número de pacientes podía fluctuar entre 21 hasta 37 con 95% de confianza. (Límites de confianza) suponiendo que encontramos el número de pacientes que corresponde al límite inferior (21), reuníamos la muestra en 115.8 días.

Diariamente se podrían captar 5 pacientes y la muestra total se reunirá aproximadamente en 24.32 semanas (5 meses y 2 semanas) como máximo.

Descripción de las 29 pacientes que reunieron los criterios de inclusión.

5 Primigestas 17.24%	24 Multigestas 82.7%
2 Menores de 18 años 6.8%	27 Mayores de 17 años 93.1%
6 Solteras 20.68%	23 Casadas y unión libre 79.3%
19 Ingreso mínimo o menos 65.51%	10 Más del mínimo 34.4%
2 Peso < 54 kgs. 6.8%	27 Peso 50 o mas 93.1%
8 Talla < 1.50 Mts. 27.5%	21 Talla 150 o menos 72.4%
4 Hacimiento 13.79%	25 Sin hacimiento 86.2%
6 Ant. Parto prematuro 20.68%	23 Sin ant. Part. 79.3%
3 Ant. Muerte fetal 10.34%	26 Sin ant. 89.65%
4 Ant. Muerte neonatal. 13.79%	25 Sin ant. 86.20 %

Después de analizar los datos anteriores, pensamos que la mayor parte de la muestra estaría formada por embarazadas con bajo nivel socioeconómico y que un alto porcentaje tendría antecedentes ginecobstétricos negativos (44.81%).

El estudio de factibilidad mostró además que se requerirían tres entrevistadoras que realizaran 2 entrevistas diarias durante aproximadamente 12 meses.

6. EVALUACION DE LA INTERVENCION

La evaluación de la intervención tuvo tres componentes diferentes:

El primero consistió en la evaluación operativa del logro de las metas del proyecto, el segundo evaluó los efectos de la intervención sobre las variables de interés y el tercer componente fue una evaluación cualitativa de la percepción de la mujeres, con respecto a la efectividad del programa.

6.1 EVALUACION OPERATIVA DEL ESTUDIO

6.1.1 EVALUACION DEL FLUJO DE LA POBLACION A TRAVES DEL ESTUDIO

Se llevó un registro detallado del número de mujeres que participaron en el estudio en cada una de sus fases. Se calculó el porcentaje de deserción en cada etapa y se comparó este porcentaje entre los dos grupos. Además, se compararon las características de las desertoras del grupo de intervención con las del grupo control, con el fin de evaluar la validez interna del estudio. Asimismo, y con el mismo objetivo, se compararon algunas de las características basales de las mujeres que desertaron para conocer si presentaban un perfil particular con respecto a las que continuaron en el proyecto.

Por otro lado, se analizó el porcentaje de mujeres que recibió cada una de las cuatro visitas para conocer la intensidad con que se aplicó la intervención en la población.

6.1.2 EVALUACION DEL PROCESO DE INTERVENCION

Con el fin de realizar esta evaluación, las visitadoras entregaban un reporte precodificado después de cada visita. Estas formas permitían llevar un control de la calidad de la intervención y planear las visitas subsecuentes. En estas formas, la visitadora anotaba los temas que había tratado en la visita, si había acudido o no la "figura de apoyo", y el grado de participación e interés de la embarazada y de la "figura de apoyo".

6.1.3. CONTROL DE CALIDAD DE LA INFORMACION SOBRE EL PROCESO DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS

Se realizó una supervisión de la calidad de la información, con el fin de probar la confiabilidad de los reportes post-visita, y para asegurar que las visitas se desarrollaban como se había planeado. Para ello, el supervisor de campo asistió sin previo aviso a una muestra aleatoria del 5% de las visitas y completó una versión duplicada del reporte post-visita el cual se comparó con el reporte de la trabajadora social.

6.2 EVALUACION DE LOS EFECTOS DE LA INTERVENCION

6.2.1 DIAGNOSTICO BASAL

El diagnóstico de las características basales de las embarazadas, se realizó a través de la aplicación de los cuestionarios de tamizaje y de línea basal. La información del cuestionario basal estaba relacionada con las siguientes variables:

* condiciones sociales y económicas

-años de escolaridad

-hacinamiento

-ingreso

* características biológicas

-edad

-talla

-peso

* antecedentes ginecobstétricos

-No de embarazos

-No de abortos

-No de partos

-No de cesáreas

-No de muertes fetales

-No de muertes perinatales

-No de muertes infantiles

-No de niños prematuros

-No de niños con bajo peso al nacimiento

- intervalo intergenésico
- evaluación del último parto
- duración de lactancia materna previa
- *Utilización previa de servicios de salud
 - No de consultas prenatales
 - evaluación de los servicios de salud
- *Embarazo actual
 - fecha de última menstruación
 - edad gestacional
 - altura uterina
 - embarazo único o gemelar
- * Sentimientos hacia el embarazo de ella y de su pareja
 - iniciales
 - actuales
 - razones para sentirse bien , mal o regular con el embarazo
- *percepción de estado físico
- *Utilización actual de los servicios de salud
 - No de visitas hasta ahora
 - evaluación de los servicios de salud
- * Hábitos
 - tabaquismo
 - alcoholismo
 - uso de medicamentos
 - nutrición
 - reposo

*Trabajo asalariado

- tipo de trabajo
- frecuencia
- condiciones adversas
- satisfacción con el trabajo

*Trabajo doméstico

- quién lo realiza
- qué tan pesado es
- necesidad de cargar cosa pesadas
- necesidad de cargar niños
- aparatos domésticos con los que cuenta en el hogar *

estuctura familiar

* relación con la pareja

- vive con él?
- relación antes del embarazo
- relación después del embarazo
- preocupación acerca del futuro de la relación

* Apoyo psicosocial del padre

- actitud del padre hacia el embarazo
- la acompaña a la consulta médica
- le brinda compañía
- la apoya económicamente
- le ayuda con las tareas domesticas
- compra cosas para el bebé
- le ayuda a transportarse
- cuida a los otros hijos

- le dá consejos y apoyo emocional
- le consciente sus antojos
- cuida de su salud y hábitos
- carga cosas pesadas

*satisfacción de la mujer con el apoyo recibido

* Apoyo psicosocial de otros familiares y amigos

- la acompañan a la consulta médica
- le brindan compañía
- la apoyan económicamente
- le ayudan con las tareas domesticas
- compran cosas para el bebé
- le ayudan a transportarse
- cuidan a los otros hijos
- le dan consejos y apoyo emocional
- le conscienten sus antojos
- cuidan de su salud y hábitos
- cargan cosas pesadas

*satisfacción de la mujer con el apoyo recibido

*Espectativas de la madre con respecto al parto

- dificultades durante el parto
- dolor en el parto

*Espectativas con respecto al rol de madre

- temor a no ser buena madre
- razones para tener temor

*Espectativas de la madre con respecto a la lactancia

- intención de lactar

-duración de la lactancia

-razones para no lactar

*Conocimientos sobre signos de alarma

-edema

-mareos, acúfenos, fósfenos y cefalea frecuente

-sangrado

-ruptura prematura de membranas

-disminución de los movimientos del bebé

-contracciones dolorosas antes de tiempo

-fiebre

-traumatismos

-ausencia de trabajo de parto a las 42 semanas

*Conocimientos sobre signos de inicio de trabajo de parto

-contracciones dolorosas

-ruptura de membranas

-salida de tapón mucoso

Para finalizar se le aplicaba a la embarazada la escala de Spielberguer para medir ansiedad IDARE (70). Esta escala ha sido validada en poblaciones hispanas.

La información obtenida a través de este cuestionario, fue usada como medida basal para la evaluación de la intervención y como se dijo anteriormente, para planear las visitas domiciliarias de cada mujer embarazada.

6.2.2 EFECTO DE LA INTERVENCION

El efecto de la intervención se evaluó en tres diferentes momentos del proceso reproductivo:

6.2.2.1 EVALUACION A LAS TREINTA Y SEIS SEMANAS DE GESTACION

Esta fase se realizó a través de la aplicación de un cuestionario, con el fin de conocer los posibles cambios en algunos "variables de proceso": nivel de ansiedad, sufrimiento psicológico, relación de pareja, apoyo psicosocial, conocimientos sobre el embarazo y el parto, conducta relacionadas con la salud, y satisfacción con el embarazo y el apoyo recibido. Esta visita se llevó a cabo paralelamente a la intervención.

Las variables que se estudiaron fueron prácticamente las mismas que en el cuestionario de línea basal. Sólo se eliminaron aquellas que no cambian en el tiempo y de las cuales ya se tenía la información necesaria y se añadió un módulo referente a morbilidad materna y hospitalización.

6.2.2.2 EVALUACION POSTPARTO

Los resultados relacionados a las variables biológicas del parto y del recién nacido fueron recolectadas de los expedientes por una enfermera del INPer.

A continuación se enlistan las variables del cuestionario postparto:

***Trabajo de parto y parto**

- fecha
- edad gestacional
- modo en que empezó
- vía de nacimiento
- uso de anestésicos
- causas de cesárea
- duración de periodo expulsivo
- días de estancia en el hospital

***Variables biológicas del recién nacido**

- sexo
- peso al nacer
- talla al nacer
- circunferencia cefálica
- edad gestacional (Técnica de Capurro)

***Estado de salud del recién nacido**

- estado al nacimiento
- muerte fetal
- apgar al minuto
- apgar a los 5 minutos
- cuidados intensivos neonatales
- morbilidad neonatal
- muerte neonatal

-causas de muerte

-días de estancia en el hospital

6.2.2.3. EVALUACION 40 DIAS POST PARTO

A los 40 días del post-parto, se hizo una última evaluación a través de la aplicación de un cuestionario a la madre en su domicilio. En esta evaluación se estudiaron las condiciones de salud emocional y física de la madre y físicas del niño. Asimismo, se evaluaron conductas maternas relacionadas a la lactancia, ablactación y satisfacción de la mujer con la relación madre-hijo y con la atención prenatal y del parto.

Lista de variables de la evaluación postparto:

*Experiencia del parto

-grado de temor experimentado

-grado de dolor

-deseo de repetir la experiencia

-satisfacción con el trabajo de parto

* Satisfacción con los servicios de salud

-con el médico

-con la trabajadora social

-con otros profesionales

- con la atención prenatal

-con la atención del parto

-despues del parto

-cuidados al niño

***Relación madre-hijo**

- satisfacción con los cuidados al recién nacido
- sentimientos de seguridad en su rol de madre

***Alimentación al niño**

- inicio de lactancia al pecho materno
- alimentación actual
- fecha de introducción del biberón
- razones para introducir leche en biberón
- horario de alimentación
- ablactación

***Prueba de ansiedad de estado de Spielberger (IDARE)**

***Morbilidad materna durante el puerperio**

- causas de morbilidad
- necesidad de hospitalización
- motivos de hospitalización

***Morbilidad del recién nacido en los primeros cuarenta días**

- enfermedades del recién nacido
- necesidad de hospitalización
- causas de hospitalización
- causas de muerte del niño
- edad del niño al morir

***Relación con el padre del niño después del nacimiento**

***Apoyo psicosocial del padre del niño**

- actitud del padre hacia el recién nacido
- la acompaña a la consulta médica
- le brinda compañía

- la apoya económicamente
- le ayuda con las tareas domésticas
- compra cosas para el bebé
- le ayuda a transportarse
- cuida a los otros hijos
- le dá consejos y apoyo emocional
- cuida de su salud y hábitos
- carga cosas pesadas
- cambia pañales al niño
- va al mercado
- cuida al niño de noche

*satisfacción de la mujer con el apoyo recibido

* Apoyo psicosocial de otros familiares y amigos

- la acompañan a la consulta médica
- le brindan compañía
- la apoyan económicamente
- le ayudan con las tareas domesticas
- compran cosas para el bebé
- le ayudan a transportarse
- cuidan a los otros hijos
- le dan consejos y apoyo emocional
- le conscienten sus antojos
- cuidan de su salud y hábitos
- cargan cosas pesadas
- cuidan al recién nacido

*satisfacción de la mujer con el apoyo recibido

Todas las mediciones se llevaron a cabo "a ciegas" por entrevistadores entrenados exprofeso.

La evaluación se realizó de manera idéntica, tanto al grupo de intervención, como al grupo control.

6.2.3. CONTROL DE CALIDAD DE LAS VISITAS DE EVALUACION

Con el fin de probar la confiabilidad de la información recolectada en los cuestionarios de evaluación, se reaplicó "a ciegas" a una muestra aleatoria del 5% de mujeres, los cuestionarios de 36 semanas y 40 días postparto .

6.3 EVALUACION CUALITATIVA DE LA PERCEPCION DE LAS MUJERES CON RESPECTO A LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA.

Para llevar a cabo esta evaluación, se utilizó una metodología de tipo cualitativa. Para ello, un supervisor con entrenamiento, observó las visitas numero 2 y 4 de 15 mujeres y aplicó una lista de cotejo durante cada visita. Esta lista de cotejo fue comparada con el plan de acción que previamente se había diseñado para cada una de las 15 visitas y con el reporte post-visita que entregaba la trabajadora social. A estas 15 mujeres se les entrevistó aplicando un instrumetno semi-estructurado despúes de que se les aplicó el cuestionario postparto. Durante esta entrevista se trataba de obtener información sobre la percepción de la mujer acerca del

programa y sobre los efectos que este había producido en el desarrollo de su embarazo, parto y puerperio.

7. METODOLOGIA DE ANALISIS

El plan de análisis de esta investigación se estructuró alrededor de los siguientes objetivos:

1. Verificar la calidad de la información y conocer la distribución de la muestra de acuerdo a cada variable. Para ello, se calcularon las frecuencias simples de todas las variables de interés.

2. Evaluar el efecto del programa de apoyo psicosocial sobre el embarazo y sus productos. Para realizar esta evaluación fue necesario:

a) Comparar los valores de las mujeres de los grupos de intervención y control en las variables incluidas en los cuestionarios de tamizaje y de línea basal. Esta comparación tuvo por objeto verificar que la aleatorización hubiese sido efectiva y que no hubiera diferencias en las características de las mujeres integrantes de ambos grupos.

b) Comparar los resultados de las mujeres de los grupos de intervención y control en las variables de los cuestionarios de 36

semanas, post-parto y 40 días después del nacimiento. Este análisis permitió detectar diferencias atribuibles al programa de apoyo psicosocial.

Para alcanzar el objetivo anterior, se llevaron a cabo los siguientes análisis estadísticos:

1) **análisis bivariados** : Se elaboraron tablas de contingencia y se obtuvieron medidas de asociación (Ji-cuadrada) entre las variables de interés del grupo experimental y control. En el caso de las variables continuas, se compararon las medias de ambos grupos utilizando "pruebas de T".

2) **análisis multivariados**: Se introdujeron un grupo de variables potencialmente confusoras consideradas a priori. Los valores de las variables biológicas, en todos los casos, se obtuvieron del cuestionario post- parto. Los valores de las variables psicosociales, por su parte, se calcularon a partir del cuestionario de las 36 semanas y 40 días post-parto.

En el análisis multivariado, las variables que se consideraron como posibles confusoras fueron las siguientes:

Nuliparidad

Edad < 18 años

Antecedente de bajo peso al nacimiento

Antecedentes de muerte fetal

Cesáreas anteriores

Intervalo intergenésico

Alcoholismo

Apoyo psicosocial natural

Las variables continuas, se analizaron a través de análisis multivariado, usando el procedimiento de ANOVA del programa SPSS/PC +, y se incluyeron todas las variables mencionadas como posibles confusoras.

Las variables dicotómicas se analizaron a través de una regresión logística múltiple incondicional y se utilizó el programa EGRET. Se incluyeron las mismas variables como potenciales confusoras.

3) Por último, se tomó la decisión a priori de llevar a cabo análisis estratificados en cinco subgrupos de embarazadas que se consideraron de mayor riesgo y sobre los cuales la intervención podría actuar de manera particular. Estos grupos fueron: adolescentes (menores de 17 años), mujeres sin pareja, mujeres con bajo nivel socioeconómico (con base en el nivel socioeconómico que da el INPer) y mujeres con historia reproductiva adversa (bajo peso previo y/o muerte perinatal o infantil previa) y mujeres con alto nivel de sufrimiento psicológico y bajo apoyo psicosocial.

La metodología descrita fue la que se aplicó para el análisis

de la muestra multicéntrica. En este informe nos limitaremos, sin embargo, a presentar exclusivamente los resultados de la muestra de México.

CAPITULO VII

VALIDEZ DEL ESTUDIO

Este capítulo trata de algunos de los principales sesgos metodológicos que se tomaron en cuenta en el diseño, implantación evaluación e interpretación de los resultados de este proyecto.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Uno de los aspectos importantes a considerar en este estudio, es la validez de dos constructos alrededor de los cuales gira la investigación. Uno es el constructo "apoyo psicosocial" y otro es "ansiedad".

El apoyo psicosocial es un concepto sin una connotación y denotación precisas, por lo que en las conclusiones de este trabajo, deberá tomarse en cuenta que lo que se entiende por apoyo psicosocial y que las necesidades que justifican la implantación de programas de este tipo, están restringidos a un contexto específico, que por ningún motivo es generalizable a todas las poblaciones

Existen dos perspectivas con respecto a la conceptualización y medición del apoyo psicosocial. La primera mide el nivel de apoyo en términos de la estructura de las relaciones interpersonales y de la red de apoyo (estado marital, personas con quien uno vive, número

de amistades etc.). La segunda lo plantea en términos de la funcionalidad que tiene esta red. (quiénes le dan apoyo emocional , práctico y material, qué tipo de apoyo recibe, satisfacción con el apoyo etc) .Consideramos que mientras que la estructura de la red de apoyo es una medida objetiva de las características de la red social, la medición del funcionamiento es subjetiva y nos permite conocer la percepción que tiene el individuo sobre la disponibilidad y lo oportuno y adecuado del apoyo brindado por otros.

Por otra parte, la ansiedad es un concepto que incluye, tanto reacciones emocionales, como fisiológicas. En este trabajo mediremos ansiedad, sólo a través de sus manifestaciones psicológicas, por lo que podríamos estar midiendo sólo un aspecto muy parcializado del fenómeno. Con el fin de aminorar este problema, se utilizó el Inventario de Evaluación de la Ansiedad de Spielberger (IDARE) (70). Esta prueba psicológica está validada ,entre otras poblaciones, en mujeres embarazadas de latinoamérica.

Esta prueba psicológica está compuesta por dos grupos de preguntas, uno que mide ansiedad de estado y otro que mide ansiedad de rasgo. La ansiedad de estado es conceptualizada por Spielberger como "Una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo".

Por otra parte la ansiedad de rasgo, según el mismo autor, se refiere a "las diferencias individuales, relativamente estables, en la prepensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad de estado.

Se podría anticipar en general, que quienes califican alto en A-Rasgo, exhibirán elevaciones de A-Estado más frecuentemente que los individuos que califican bajo en ansiedad de rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes.

Ahora bien, el embarazo es una situación transitoria que puede ser percibida como amenazante en diferentes grados dependiendo de cada mujer. El apoyo psicosocial durante el embarazo sólo puede actuar sobre los niveles de ansiedad provocados por esta situación que demanda tanto de la mujer. Por lo tanto, la escala que se aplicó en este caso, fue la que mide la ansiedad de estado. La ansiedad de rasgo no se midió, ya que se esperaba que la aleatorización de las mujeres repartiera homogéneamente los niveles de ansiedad de rasgo entre el grupo control y el grupo de intervención y por lo tanto no se necesitaría controlar los resultados de la ansiedad de estado por esta variable estable que no es modificable por el programa.

La mayor parte de las variables --sobre todo las biológicas-- eran puntuales y de medición sencilla. Algunas de las variables psicosociales, por el contrario, requirieron ser construídas a partir de diversas preguntas incluídas en los cuestionarios. Este fue el caso para "Red de apoyo psicosocial", "Ansiedad" y "Sufrimiento psicológico". A continuación, se describirá brevemente la metodología seguida para la construcción de estas variables.

Cabe mencionar que para la construcción tanto "conceptual" como "estadística" de las variables compuestas, se recibió la asesoría directa de David Olds, quien es uno de los más importantes expertos a nivel internacional en el área de investigación sobre programas apoyo psicosocial.

Red de apoyo psicosocial: Se construyó a través de un análisis, primero conceptual y posteriormente factorial, en el que se incluyeron variables relativas a la pareja, como el número de tareas en que apoya a la mujer la satisfacción de ésta, con el apoyo recibido y con su relación de pareja. Variables similares respecto a otras personas, se analizaron de un modo semejante.

Así, se construyeron dos factores principales: "Apoyo psicosocial del padre" y "Apoyo psicosocial de otros". Se consideró que las mujeres con valores comprendidos en el último cuartil de ambos constructos, representaban al grupo con "bajo apoyo psicosocial".

Ansiedad: El índice de ansiedad se construyó a partir de la primera revisión traducida y validada de la escala de ansiedad de Spielberger, denominada IDARE. Esta escala está compuesta de 20 preguntas y sus valores están comprendidos entre 20 y 80. Los valores del tercio superior representan el grupo con altos niveles de ansiedad.

Sufrimiento Psicológico: Este índice fue conformado por dos variables a las que se les dió el mismo peso: el valor del Idare y el del "Sufrimiento psicológico relacionado con el embarazo". Este último es un índice que incorpora con pesos iguales los valores normales de las siguientes variables:

Actitud inicial de la madre hacia el embarazo

Temor al parto

Expectativas de dolor durante el parto y preocupación acerca de su capacidad para ser una buena madre

Los índices se calcularon a partir de los valores de cada variable, tanto para el análisis de la línea de base, como del instrumento de las 36 semanas de gestación. Los factores que se obtuvieron se comportaron de manera muy similar en ambas evaluaciones.

VALIDEZ INTERNA

a) sesgo de comparabilidad

En este estudio no existe este sesgo, ya que los grupos se formaron a través de un procedimiento de aleatorización que distribuyó en forma similar las características de la población que podían influir sobre la variable dependiente. Con ésto, se logró que las variables confusoras o modificadoras de efecto se controlaran a través del diseño.

b) Sesgo por pérdida de los sujetos.

Las pérdidas se podían producir por las siguientes condiciones:

-por deseo de la mujer embarazada de no continuar participando en el estudio.

-Por no hallarse la mujer en casa cuando se lleve a cabo la visita domiciliaria

Estas pérdidas podían afectar seriamente la precisión y validez del estudio si representaban más del 20% de la población o si las características de las mujeres que desertaran (ansiedad, patrones de formación familiar etc.) fueran muy diferentes a las de aquellas que no lo hicieran.

Con el fin de evitar estos posibles sesgos, se aumentó el tamaño del estudio en un 20%, se repitieron las visitas

domiciliarias hasta en dos ocasiones más, en el caso de no encontrar a la mujer en estudio, y por último se analizaron las características de las desertoras para hacer comparaciones posteriores en el análisis.

c) Sesgo de membresía

Si bien, este sesgo afecta la generalización de las conclusiones a otras poblaciones diferentes, no afecta la validez interna del estudio, ya que tanto el grupo experimental, como el grupo control, pertenecen al Instituto de Perinatología y presentan las mismas características no generalizables. Podría repercutir en la validez externa del estudio, ya que tiende al valor nulo.

d) Sesgo de detección en el grupo experimental.

Debido a la intensa sensibilización a la que estuvieron expuestas las mujeres del grupo experimental, muy probablemente existió, en este grupo, una mayor probabilidad de detectar las alteraciones psicológicas o biológicas que pudieran presentarse.

En este caso habría un sesgo diferencial importante. Debido a que éste tiene una direccionalidad hacia el valor nulo, su presencia reforzaría la verificación de las hipótesis en el caso de que ésta sea corroborada. Sin embargo, en los casos en que no se pudiera encontrar efectos positivos o que éstos fueran muy débiles, este sesgo podría afectar seriamente las conclusiones del estudio.

e) Sesgo de "hawthorne"

Este sesgo se produce cuando el grupo experimental es monitorizado y el grupo testigo no, ya que el simple hecho de saberse participante de una investigación, altera las actitudes, conductas, etc. de los seres humanos. Este sesgo se trató de evitar, llevando a cabo evaluaciones periódicas en el grupo control, por lo que probablemente no influyó de manera importante en los resultados de la investigación.

f) Sesgo de diagnóstico en el grupo testigo

Este sesgo se puede producir en el momento de llevar a cabo la evaluación de las variables dependientes, ya que inevitablemente se diagnosticará desfavorablemente a los controles, si el evaluador conoce cuál es la población índice y cuál es la de referencia.

Debido a que consideramos que no es pertinente ocultar los objetivos de la investigación al personal involucrado en ella, el método más adecuado para evitar este sesgo tan importante es llevar a cabo el estudio "a ciegas" .

g) Sesgo de mala clasificación.

Este sesgo no debió presentarse en este estudio, ya que se aplica sólo a la clasificación inadecuada de la exposición y debido a que este estudio es experimental, la exposición se controlará con el diseño. Sin embargo, al interior del grupo experimental, pudieron existir diferencias importantes en la exposición, ya que

el apoyo psicosocial fue otorgado por diferentes personas que variaban en interés, personalidad, motivación, etc. Con el fin de evitar que estas diferencias pudieran influir importantemente, se llevó a cabo la capacitación y se trató de estandarizar al máximo al grupo de trabajadoras en salud perinatal .

h) Sesgo de información

Nuevamente, debido a la sensibilización de las mujeres del grupo experimental, pudieron existir diferencias importantes en la información sobre las variables psicológicas. Podría suceder que existiera mayor probabilidad de falsear la información en el grupo testigo, ya que la falta de confianza puede producir respuesta "socialmente esperadas". En el grupo experimental, la probabilidad de información correcta es mayor . Para conocer de una manera cualitativa, qué tanto peso podía ser este sesgo, se analizó la confiabilidad de la información basal de las mujeres del grupo experimental, con la información que obtuvo la trabajadora social durante las visitas.

Este sesgo tiene una dirección hacia la nulidad, por lo que puede afectar la contrastación de la hipótesis, en el caso de que ésta sea falsa y en el caso de que sea verdadera la reafirma.

Errores en la medición de las variables dependientes biológicas. Se explicitaron con toda precisión los criterios diagnósticos de cada una de las entidades a medir durante el

adiestramiento de los evaluadores. Se dieron criterios que tuvieran el mayor grado de objetividad posible (peso al nacimiento, edad gestacional, cesáreas etc.).

Se procuró que se midieran con exactitud y que los instrumentos de medición tuvieran el menor error aleatorio y sistemático. Hubo supervisiones continuas para controlar la calidad de los datos.

VALIDEZ EXTERNA DEL ESTUDIO

Debido a que las mujeres del Instituto Nacional de Perinatología presentan ciertas características especiales, entre ellas características de tipo iatrotópico, es muy probable que el impacto del apoyo psicosocial sobre las variables en estudio, sea menor que en la población general de mujeres expuestas a factores psicológicos y sociales de alto riesgo durante el embarazo. Esta diferencia podría repercutir en un sentido negativo sobre la fuerza de asociación entre la exposición a apoyo psicosocial y el resultado del embarazo, ya que las diferencias en los resultados entre el grupo experimental y el grupo testigo, se verán disminuidas en esta población. Debido a que la dirección de la asociación irá hacia el valor nulo, este problema puede tener implicaciones importantes en la interpretación de los resultados, si éstos no muestran efectos positivos contundentes.

CAPITULO VIII

ETICA

Este estudio plantea varios problemas que pueden ser incluidos dentro de este rubro y para los cuales existen las siguientes soluciones o explicaciones:

- Confidencialidad con respecto a la información:

Este aspecto es muy importante, ya que la información que se maneja es de carácter íntimo. Esto se explicó muy claramente en la carta de consentimiento de ingreso al estudio.

- Tratamiento aleatorizado:

Como principio, los investigadores confiábamos plenamente en nuestra hipótesis, por lo que consideramos que la intervención resultaría positiva para la embarazada y su hijo. A pesar de esto, no teníamos la certeza de que así sería, por lo que a aquellas mujeres a las que no se les brindó apoyo psicosocial, podríamos estarles evitando un perjuicio en vez de un beneficio.

Por otro lado, en la actualidad, la atención prenatal no contempla el manejo de los problemas de tipo psicosocial de la mujer embarazada, por lo que no existe ninguna alternativa sólida

de tratamiento que pudieramos ofrecer al grupo testigo. Por otra parte, la atención prenatal tradicional se ofreció a los dos grupos.

- Posibles daños a la salud que pudieran suscitarse a raíz de la intervención:

Podría haber sucedido, aunque es muy remoto, que la problemática de alguna mujer sea tan grave que la intervención removiese conflictos no resolvibles por este medio y que esto aumentara el nivel de ansiedad de la mujer a tal grado, que no sería ético continuar sometiéndola a este tipo de apoyo. En estos casos, se canalizaría a la paciente a los servicios especializados en psicología del INPer.

- Divulgación de la información:

Esta investigación tiene como meta la implantación de un programa de atención prenatal, a nivel estatal o nacional, que contemple no sólo aspectos biológicos, sino aspectos psicosociales de la mujer embarazada que pueden afectar, tanto a la madre, como al niño en sus áreas biopsicosociales. Es por lo tanto obligación de los investigadores, hacer todo lo que esté en sus manos por difundir la información que se obtenga y que ésta llegue al público en general, con lo cual se cumple con "el derecho a la información" que tienen los seres humanos; a los prestadores de servicios de

salud, con el fin de que se sensibilicen ante estos problemas e incorporen su manejo dentro de sus posibilidades, como parte de sus actividades cotidianas de servicios y, por último a los tomadores de decisiones para promover cambios en los programas de atención prenatal y que implementen las estrategias para que se cumpla con " la protección de la salud", a lo cual tenemos derecho por ley todos los mexicanos.

CAPITULO IX

RESULTADOS

I) RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DEL ESTUDIO

A continuación se presentan los resultados de la evaluación en la población de México. Asimismo se presentan los resultados del estudio multicéntrico con el fin de tener una referencia de comparación. Para todas las variables la información que se presenta en primer término corresponde a México y la segunda al multicéntrico. Algunos análisis sólo se realizaron con los datos de la población de México por lo que no aparece mas que una cifra. Por último, los cuadros que se presentan en este trabajo corresponden únicamente a la población mexicana.

a) Evaluación de flujo de pacientes en el estudio

Se captaron 621 mujeres y tuvimos una sola negativa a participar. Más del 70% de las mujeres del grupo de intervención (inicial) recibieron 4 o más visitas. Cuando no fue así, se debió generalmente a cambios de domicilio no notificados, o a que las mujeres presentaron parto pretérmino antes de la semana 34 de gestación. Más del 85% de las mujeres completaron el cuestionario de las 36 semanas y el posparto inmediato. Para la evaluación de

los 40 días posparto, la proporción de mujeres entrevistadas descendió al 70%; en otras palabras, las pérdidas fueron algo superiores a la tasa prevista (20%). Es importante destacar, sin embargo, que las pérdidas fueron prácticamente idénticas en los grupos experimental y control y sus características basales no siguieron ningún patrón específico, por lo que consideramos que no introducen ningún sesgo en los resultados de la investigación.

Sin embargo, es importante tener presente que en la evaluación final participaron 224 del grupo de intervención y 214 del grupo control. (cuadro 2)

En el estudio multicéntrico la deserción de pacientes fue de 15% o sea se mantuvo por debajo del 20% previsto. Al igual que en México, las pérdidas no presentaron diferencias basales con respecto a la población que permaneció en el estudio. En la evaluación a los 40 días postparto participaron 953 mujeres del grupo de intervención y 949 del grupo control.

b) Características de las visitas domiciliarias

El porcentaje de mujeres del grupo de intervención (final) que recibió la intervención de manera completa fue del 88.2%. Esta cifra se calculó sin tomar en cuenta a las mujeres que fueron desertando el proyecto durante sus diferentes fases y que por lo tanto, no fueron evaluadas con el cuestionario post parto.

Con tres visitas, el porcentaje, sin tomar en cuenta las pérdidas, fue de 7.45. La mayoría de estas mujeres presentaron trabajo de parto antes de las 36 semanas de gestación, por lo que no hubo oportunidad de realizar una cuarta visita. Cabe mencionar que a muchas de estas mujeres se les trató de hacer una visita intrahospitalaria de apoyo en el postparto mediato. Esta visita no fue registrada .

Las mujeres que sólo recibieron dos visitas fueron el 3.1% y tan sólo una fue el 1.17 %. Estas mujeres presentaron abortos o partos inmaduros o prematuros antes de la semana 30 de gestación.

En promedio el grupo de intervención de México recibió 3.8 visitas por embarazada (cuadro 3) comparado con 3.9 visitas en promedio que recibió el grupo multicéntrico.

La "Figura de Apoyo" estuvo presente en el 71.9% de las visitas.

Este porcentaje se distribuyó de la siguiente manera: En la primera visita se encontró presente en el 81.6% de los casos, en la segunda en el 73.7%, en la tercera en el 67.5 y en la cuarta y última se encontró presente en el 65.1 % de las visitas. Por lo tanto, en general, podemos suponer que el efecto de vínculo y apoyo por parte de esta figura faltó en el 28% de las visitas.

Al analizar la distribución nos podemos percatar que la falta de "figura de apoyo" fue aumentando paulatinamente y para la 4a. visita, que es cuando la mujer requiere de más apoyo, esta proporción había alcanzado cifras hasta del 35% aproximadamente. (cuadro 3)

En general ,la presencia de la "figura de apoyo" fue mayor en México que en la población total. En esta última el porcentaje de visitas en las que este personaje estuvo presente fue de 56.6%.

Al igual que en México el porcentaje fue disminuyendo paulatinamente hasta llegar a un 52% en la cuarta visita.

Con respecto a qué persona estuvo presente en las visitas en las que participó una "figura de apoyo", encontramos las siguientes cifras: La pareja estuvo presente en el 42.25 % de las visitas de México y en el 26.6 % de las visitas del multicéntrico , la madre de la embarazada siguió en orden de importancia en ambas poblaciones con un porcentaje de presencia del 16.85% y 17.4 respectivamente. La hermana de la embarazada estuvo presente en el 16.32 % y 14.8% de las visitas.

Las siguientes personas, suegra, otros parientes y amigos, se encontraron presentes en proporciones mucho menores que las anteriores 6.8%, 7.2 % y 3.38% respectivamente en el caso de México y 6.3% ,9.9% y 5.4% en el multicéntrico. (cuadro 3)

El interés mostrado por la "figura de apoyo" durante la visita fue muy alto tanto en México como en el multicéntrico. Asimismo, fue el interés mostrado por la embarazada. En general, la impresión de las trabajadoras sociales fue que las mujeres participaban de una manera muy entusiasta en una actividad que representaba para ellas la ocasión de comentar, obtener consejos y ser escuchadas. (cuadro 3)

Con el objeto de monitorear el desarrollo del programa, se registraron en el reporte post-visita ciertos puntos con respecto a los temas planteados en la visita. El número de temas tratados en cada visita fue en promedio de 17.9 en México y 17.8 en el multicéntrico, lo que corresponde a un 52.7% y 52.5% respectivamente, de todos los posibles temas a tratar.

Esto coincide con el supuesto de que las visitadoras debían adecuar el contenido de las visitas a las circunstancias específicas de cada mujer y no plantear todos los temas indiscriminadamente.

En los siguientes párrafos, se describe el porcentaje de visitas en que se discutió cada tema incluido en el programa. "Discusión" en este contexto se refiere a escuchar, preguntar, informar aconsejar o hacer sugerencias.

Los temas referentes a **comunicación** con la pareja, familiares y amigos etc., fueron tratados en una alta proporción de las visitas tanto en México como en el multicéntrico. El mayor porcentaje en ambas poblaciones fue durante la segunda visita 96.8% vs. 95.6%, seguida de la tercera y cuarta con cifras de 81.9 vs. 87.2% y 78.6 % vs 85.5% respectivamente . A pesar de que éste era un tema central, las cifras no alcanzaron el 100%, por que cuando no se identificaba un problema de comunicación en ese momento de la gestación, el tema sólo era mencionado. (cuadro 3)

El tema sobre **organización de actividades domésticas, trabajo y familiar**, fueron cruciales para definir formas concretas de dar apoyo a la embarazada. Este tema se manejó en promedio en el 94.2% en México y en 90.2% en el multicéntrico, o sea, en la gran mayoría de las visitas en ambas poblaciones. (cuadro 3)

De manera semejante al anterior, se manejó el tema de "**redes de apoyo de la embarazada**" Por su propia naturaleza, este tema se abordaba junto con el anterior, por lo que las proporciones entre los dos fueron muy semejantes. En promedio se trató en el 96% de las visitas en México y en el 86.3% de las visitas del multicéntrico (cuadro 3)

Los temas relacionados con **cambios biopsicosociales durante el embarazo** se dividieron en dos ,aquellos del primer y segundo trimestres que debían tratarse en las primeras dos visitas, ya que

la mujer embarazada estaba atravesando en ese momento por dichos trimestres y la intervención debía adaptarse a las necesidades de la embarazada ,y aquellos cambios correspondientes al tercer trimestre que debían ser tratados durante la tercera y cuarta visitas.

Estos temas correspondían al tercer componente de la intervención "conocimientos sobre el embarazo y parto". Sin embargo, también los consideramos como parte del componente de "apoyo emocional" y "fomento de redes de apoyo", ya que el tratar estos temas, era una de las estrategias fundamentales para que la "figura de apoyo" comprendiera el proceso por el que transitaba la embarazada y de esta manera pudiera involucrarse con ella de una manera más acertiva. Por otra parte, el discutir estos temas, disminuía la ansiedad de la embarazada al comprender que una gran parte de sus molestias, tanto físicas, como psicológicas, obedecían a cambios normales durante el embarazo.

Al analizar las cifras, vemos que los cambios durante el primer y segundo trimestres, se trataron principalmente en la primera y segunda visitas en el 96.4 y 53.2% respectivamente. Sin embargo, a diferencia de lo esperado, encontramos que este tema se siguió discutiendo en porcentajes importantes 43.2% y 30.8% respectivamente, durante la tercer y cuarta visitas.

Probablemente, ésto sucedió porque se tomaba como referencia el primer y segundo trimestres para explicar los cambios del tercero.

(cuadro 3)

COMPONENTE Y ACTIVIDADES
DE LA INTERVENCION

COMPONENTES

ACTIVIDADES

- APOYO EMOCIONAL

- . EMPATIA DE LA T.S.
- . INTERES DE LA T.S.
- . ROL DE VINCULO DE LA T.S.
ENTRE LA MUJER Y EL HOSPITAL

- REFORZAMIENTO DE LAS REDES
NATURALES DE APOYO

- . 4-6 VISITAS DOMICILIARIAS
INCLUIAN A LA PACIENTE, A SU
"FIGURA DE APOYO" Y A LA T.S.
- . CONVERSACION ACERCA DE LA RED
NATURAL DE APOYO Y DE LAS
NECESIDADES DE LA MUJER
- . INVOLUCRACION DE LA RED DE
APOYO EN ACTIVIDADES CONCRETAS
DE AYUDA

- CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO
Y PARTO

- . TEMAS ESPECIFICOS
- . PROGRAMAS ANTI-TABAQUISMO Y
Y ANTI-ALCOHOLISMO
- . POSTER
- . FOLLETO

- FOMENTO DE LA UTILIZACION
ADECUADA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD

- . INFORMACION SOBRE CARACTERIS-
TICAS Y REGLAS DEL HOSPITAL
- . LINEA TELEFONICA DE EMERGENCIA
- . TOUR GUIADO POR EL HOSPITAL
- . SERVICIO DE CONSULTA

Las cifras del estudio multicéntrico varían un poco con respecto a las de México. Los valores encontrados fueron los siguientes: primera visita 96.9%, segunda visita 64.3% y 29.4% y 15.6% para la tercera y cuarta visitas respectivamente.

La identificación de problemas durante el embarazo (de relación con la pareja, entre ellos el abuso físico, problemas con otros hijos y/o con familiares, problemas en el trabajo, económicos, problemas de vivienda, toxicomanías etc.) fue particularmente común (95%) en ambas poblaciones durante la primera visita, en la cual la trabajadora social debía identificar las áreas problemáticas principales de la embarazada.

En las demás visitas se siguió discutiendo sobre este aspecto de manera importante, 84%, 85.2 y 87.3% respectivamente para el grupo de México y 84%, 81% y 80% respectivamente para el grupo multicéntrico, lo que muestra que la identificación de problemas y seguramente también de posibles soluciones se iba actualizando en cada visita. (cuadro 3)

Los temas relacionados con conductas saludables durante el embarazo (alimentación, actividad y reposo e higiene corporal y bucal) se trataron en la gran mayoría de las visitas. Los porcentajes fluctuaron entre 70% (promedio en las cuatro visitas) (cuadro 3) en el caso de higiene hasta un 98.65% y 98.45% respectivamente, en los casos de actividad y reposo y dieta. (cuadro 3)

Los valores en el caso del multicéntrico no variaron sustancialmente.

Con respecto a las conductas insalubres, (tabaquismo y alcoholismo) la proporción de visitas en las que se trataron estos temas es significativamente menor que las anteriores 17.8% y 11.8% respectivamente. Estas cifras coinciden con la poca necesidad que tenía esta población de reforzamiento en estas áreas, ya que la frecuencia de tabaquismo y alcoholismo entre las embarazadas fue muy baja. (cuadro 3)

Sin embargo, las cifras del multicéntrico, a pesar de ser también mucho más bajas que las anteriores, son un poco más altas que en el estudio de México. En el caso del tabaquismo la proporción asciende a 30% y 20% en el caso del alcoholismo. Esto se explica debido a que el porcentaje de mujeres que presentaron estos problemas en la población mexicana fue menor que en la población que reunía a los cuatro países. El hábito de fumar se presentó en un 7.9% en México vs un 22.8% en la muestra total. Por otro lado el porcentaje de mujeres que bebía alcohol por lo menos una vez a la semana fue de 0.8% vs 6.7% respectivamente.

Con respecto a medicación, en ambas poblaciones observamos que el porcentaje se mantuvo más o menos estable alrededor del 50% de las entrevistas en las cuatro visitas. (cuadro 3)

El tema de la **sexualidad** se trató en promedio de las cuatro visitas en un 44% de ellas en México y en un 48.5% en la muestra multicéntrica. Esta cifra se mantuvo también muy estable. Tomando en cuenta la idiosincracia de la población de este estudio, no se esperaba una respuesta tan amplia hacia este aspecto.

Posiblemente existe un prejuicio infundado por parte del equipo de investigación hacia el grado de aceptación de este tema, por parte de la población, o bien, las actitudes de las mujeres están cambiando de manera importante y rápida con respecto a la posibilidad de tratar temas relacionados con la sexualidad.

En más de un 80% (promedio de la cuatro visitas) de las sesiones en ambas poblaciones, se trató el tema relacionado con **estrategias para reducir el estrés de la mujer**. La investigación acerca de las situaciones que producían estrés a la embarazada sobre sus miedos y expectativas, permitían a la visitadora el establecer un vínculo más cercano con ella. De esta manera podía brindar ayuda específica a la mujer a través del apoyo emocional que ésta requería de la trabajadora social y sugerir qué tipo de apoyo podía ofrecer la figura de apoyo y la red natural de apoyo con que contaba la embarazada. Este tema estaba íntimamente relacionado con los componentes de "apoyo emocional" y "reforzamiento de redes de apoyo".

La discusión sobre experiencias de parto previas se incrementó hacia el final del embarazo, (de 17.1% en la primera visita, manteniéndose estable en esta cifra en las dos siguientes sesiones y con un incremento sustancial 75.9% en la cuarta visita), lo cual resulta lógico, debido a que en ese momento la atención de la mujer está muy dirigida hacia el trabajo de parto.

El manejo de este tema en las visitas de la población total siguió el mismo patrón descrito para el grupo de México. Los valores fueron los siguientes 21.8% en la primera visita, 17.6% en la segunda, 20.1% en la tercera y 66.4% en la cuarta visita.

Muy probablemente, las mujeres que comentaban sobre este tema desde las primeras visitas, era porque habían tenido alguna experiencia negativa en sus partos anteriores y ésto provocaba en ellas una gran preocupación desde los primeros meses del embarazo, que se repitiera la misma experiencia dolorosa. Cabe recordar, que un grupo importante de mujeres del proyecto eran primigestas, por lo que no tenían experiencias previas con el trabajo de parto y parto. Sin embargo, en algunas ocasiones se trataba el tema enfocándolo a las experiencias de la "figura de apoyo" o de personas conocidas de la embarazada que posiblemente habían tenido algún problema o contratiempo y que por lo tanto, había infundido temores a la embarazada. En la sesión se aclaraban sus dudas y se sugerían alternativas para que la situación mencionada no se produjera en el parto de la mujer.

De manera similar, en ambas poblaciones, se comportó la distribución de visitas en que se trataron los temas referentes a **expectativas sobre el trabajo de parto, preparación para la lactancia (cuadro 3), preparación para el parto ,(cuadro 3) experiencias de postparto previas y preparación para el postparto.**

El manejo de **La Integración del recién nacido al núcleo familiar**, se consideró una estrategia útil para mitigar el posible efecto desadaptador que puede crear la presencia de un nuevo miembro en el seno familiar. Por lo tanto, la discusión sobre expectativas acerca de los cambios psicológicos, sociales, con la pareja y en la organización familiar que implican la integración de un nuevo miembro, se trataron de abordar en avance. Este tema se trató en todas las visitas sin embargo, durante la tercera y cuarta visitas cobró mucha mayor importancia 92.1 % y 76.3 %, respectivamente para México y 71.3 % y 90 % respectivamente para el grupo multicéntrico.

Los temas relacionados con **signos de alarma y complicaciones durante el primer,segundo y tercer trimestres del embarazo y complicaciones durante el trabajo de parto**, se trataron en casi todas la visitas. No hubo diferencias sustanciales entre las dos poblaciones que aquí se analizan. El contenido se adecuó a la etapa gestacional en que se encontraba la embarazada en cada entrevista. **(cuadro 3)**

En términos generales, los temas relacionados a conductas y signos de alarma, fueron abordados de manera más frecuente que aquellos referentes a dudas médicas, problemas psicológicos y a apoyo psicosocial. Esto puede haber estado influido por un "sesgo profesional" por parte del grupo de visitadoras: éstas tendían a sentirse más seguras hablando sobre temas concretos, que acerca de los miedos, angustias, dudas y las necesidades de apoyo no satisfechas que tenía la embarazada.

Por último la importancia de la atención prenatal, utilización de servicios de urgencias y "línea telefónica de emergencia", se trató en un porcentaje muy alto de entrevistas durante toda la intervención. El porcentaje promedio en las cuatro visitas en la población de México y en la multicéntrica fue de 97.5% vs 96.42% en el caso de la atención prenatal, de 97.9 vs. 96 % en el caso de utilización de servicios de urgencia y 98% vs 95.4 con respecto al uso de la línea telefónica de emergencia del proyecto.

El fomento de la utilización adecuada de los servicios de salud, constituía uno de los componentes de más peso para la obtención de resultados biológicos positivos. Uno de los factores que pudo haber contribuido a que estos temas se trataran con tanta frecuencia, es que las visitadoras eran identificadas como miembros del equipo de salud institucional. Como consecuencia, la visita era una oportunidad excelente para la embarazada y su figura de apoyo

para resolver las dudas que no se atrevían a preguntar durante sus consultas o que no les resolvían satisfactoriamente las enfermeras y médicos del hospital .

II RESULTADOS DE LA ALEATORIZACION: COMPARACION ENTRE EL GRUPO DE INTERVENCION Y CONTROL

A continuación se describirán las características basales de las embarazadas de los grupos de intervención y control. Estas se obtuvieron a partir de los cuestionarios de tamizaje y línea basal.

a) Características de las mujeres según los criterios de inclusión.

El cuadro 4 muestra la distribución de mujeres de los grupos de intervención y control de acuerdo a sus características de inclusión (condiciones sociales y económicas como su edad, si contaban con pareja o no, tabaquismo, nivel socioeconómico, escolaridad y hacinamiento, antecedentes de pérdidas, bajo peso a nacimiento etc.) Al comparar los valores del grupo de intervención con los del grupo control, se encontró que no existían diferencias significativas en ninguna de estas características, lo que indica que la aleatorización distribuyó homogéneamente a las mujeres de acuerdo a estas variables.

La proporción de mujeres con antecedente de bajo peso al nacimiento fue de 31% en la muestra de México. (32.4% en el grupo de intervención y 29.9% en el control).

La muerte fetal previa se presentó en el 17.5% ,(18.3% en el grupo de intervención y 16.7% en el grupo control.)

En relación a muerte infantil previa, se encontró que 19.8% de la población tenía este riesgo (19.6% en el grupo de intervención y 19.9% en el grupo control).

Las cifras de los antecedentes previos contrastan con los valores de la muestra total en la que se encontró un porcentaje menor de antecedente de bajo peso 21.7%, un 9.6% de antecedente de muerte fetal y un 11.2 % de muerte infantil. En general, estas diferencias tan importantes se pueden deber a que el hospital de México recibe un gran número de pacientes, que sin tener una patología manifiesta, han tenido problemas de diferente índole con sus embarazos y partos por lo que los porcentajes descritos anteriormente para la población de mujeres mexicanas no representan a la población hospitalaria de este país. Por otro lado, los porcentajes de la muestra total son , en general menores, debido a la influencia de las cifras de Cuba quien tiene mejores niveles de salud que los otros tres países.

El porcentaje de mujeres con menos de 18 años de edad fue de 14.2% (14.8% en intervención y 13.5% en el control) en México , y de 16.3% en la muestra multicéntrica.

La talla baja < de 1.50 mts. y el bajo peso materno < de 50 Kg. se incluyeron en el tamizaje como factores de riesgo social, ya

que la desnutrición en la niña o adolescente se puede reflejar en una talla baja. Asimismo un peso materno menor de 50 kg. entre el cuarto y quinto mes de embarazo puede reflejar un problema de desnutrición pregestacional. Debido a estas razones se les consideró como proxies de los factores socioeconómicos. En México la talla baja se registró en el 28.2% de las mujeres (26.6% en el grupo de intervención y 29.7% en el grupo control.) en comparación con un 15.2% de talla baja en la muestra multicéntrica.

El bajo peso materno se encontró en el 16% de las mujeres de México (18.4% en el grupo de intervención y 13.7% en el control.) En la muestra multicéntrica, este riesgo se presentó en el 27.7% de las mujeres.

El bajo nivel socioeconómico, medido a través del ingreso total mensual en el hogar, se encontró presente en el 54% de la muestra mexicana (54% en el grupo de intervención y 54% en el control) y 55 % en la muestra total. Este riesgo fue el que más se presentó en el grupo de mujeres de este estudio, tanto en México como en los demás países excepto Cuba quien solo presentó un 20% de mujeres con esta problemática.

Por otro lado, si consideramos por separado el hacinamiento (4 ó más personas por habitación) encontramos que el 20.1% de la población tenía esta característica en México (20.4% en intervención y 19.7% en el grupo control.) y el 23.5% de las mujeres lo presentó en la población total.

En México, el riesgo relacionado con baja escolaridad se registró en el 6.5% de los casos (4.5% en el grupo de intervención y 8.4% en el grupo control). La media de años cursados entre la población fue 9.71 con una desviación estándar de 3.90. En la muestra multicéntrica el 15% de las mujeres tenían menos de 3 años de escolaridad. Cabe señalar la diferencia entre los porcentajes de mujeres con este tipo de riesgo entre la población de México y la muestra total ya que la escolaridad es un elemento importante para la comprensión de algunos mensajes y adopción de ciertas conductas relacionadas con el cuidado de la salud como es la utilización oportuna y adecuada de los servicios de salud. Esto nos podría ayudar a explicar el porqué se encontraron en México ciertos resultados perinatales positivos que no se detectaron en la muestra multicéntrica.

El porcentaje de mujeres sin pareja fue muy similar entre las dos poblaciones , 18.9% (19.4% en intervención y 18.4% en control). en México y 16.6% en la muestra total.

Con respecto a conductas nocivas durante el embarazo, el hábito de fumar estaba presente, en México, en 6.6% de las mujeres (7.7% en el grupo de intervención y 5.5% en el control.). En la población multicéntrica este hábito se presentó en el 22.8 % de las mujeres. Esta diferencia pudo influir de manera importante en los resultados perinatales de uno y otro grupo ya que el tabaquismo es una de las variables que mejor explica el bajo peso al nacimiento.

El número de riesgos que presentaron las mujeres del proyecto en promedio fue de 2.35 en México y 2.1 en la muestra total. La distribución de mujeres por número de riesgos en la población mexicana se describe en el (cuadro 4.A)

El perfil de riesgo de la muestra de México se caracterizó por una proporción considerable de mujeres de bajo nivel socioeconómico, de baja estatura, con antecedentes perinatales negativos (bajo peso, prematurez, abortos y óbitos); y con cesárea previa, además de una baja frecuencia de fumadoras.

b) Características de las mujeres según línea basal

Al comparar las variables de línea basal de las mujeres de los grupos de intervención y control tanto de la muestra de México como de la población total, se observó que la distribución de las características fue muy semejante. Esta similitud de ambos grupos demuestra que la aleatorización fue efectiva, condición imprescindible para que los resultados del proyecto sean considerados válidos.

b.1) Variables Biológicas

Se compararon los grupos de intervención y control de acuerdo a una serie de variables biológicas que pudieran tener efectos sobre los resultados del embarazo.

No se encontraron diferencias en ninguna de estas variables entre los grupos de intervención y control ni de la población de México ni del multicéntrico.

El cuadro 5 muestra la distribución de México según paridad, intervalo intergenésico, antecedentes de: parto normal, aborto, nacido vivo, bajo peso al nacer, parto pretérmino, mortinatos, muertes infantiles y cesáreas previas. También se compararon el número de consultas de control prenatal al que acudieron las mujeres durante el embarazo anterior. En conclusión, podemos decir que los resultados de este programa no estuvieron influenciados por los antecedentes obstétricos de las mujeres que participaron en el estudio. Si bien, la distribución fue homogénea, es interesante destacar que en México el 48% de las mujeres tuvieron antecedentes de aborto, el 31% de bajo peso al nacer y el 29% de parto pretérmino. De igual forma, el 20% tuvo antecedentes de muerte infantil y el 37% de cesárea previa, lo que nos indica que nuestra población estuvo constituida en una elevada proporción por mujeres con alto riesgo reproductivo.

b.2) Variables Psicosociales

No se encontraron diferencias entre los grupos de intervención y control en cuanto a niveles de ansiedad y sufrimiento psicológico, el apoyo psicosocial de la pareja y de otras personas (Cuadro 6).

La misma situación se encontró en al comparar los grupos de intervernción y control del estudio multicéntrico.

b.3) Variables Conductuales

Con el cuestionario basal se exploraron variables relacionadas con hábitos higiénico-dietéticos que pueden tener efectos sobre el embarazo, como el tabaquismo, consumo de alcohol, dieta y reposo durante el día (Cuadro 7). No se encontraron diferencias significativas para ninguna de estas variables. En la muestra multicéntrica los grupos de intervención y control tampoco mostraron diferencias relevantes con respecto a estas variables. Como se señaló en párrafos anteriores, destaca el hecho de que en México sólo el 6.6% de las mujeres fumaba en el momento en que se aplicó este cuestionario (fuma actualmente) y que el 14.4 % de las mujeres refirieron consumir alcohol pero en cantidades menores de un vaso por semana por lo que se concluyó que no había mujeres alcohólicas en la muestra de nuestro país.

También se comparó el esfuerzo físico desarrollado por las mujeres de los grupos de intervención y control. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos, en cuanto a trabajo asalariado, trabajo doméstico, cargar cosas pesadas o a hijos pequeños ni en la población de México ni en la muestra total. El (Cuadro 8) resume la información de México.

Variables Cognoscitivas

Se analizaron los conocimientos que tenían las mujeres sobre signos de alarma durante el embarazo y signos y síntomas de trabajo de parto (cuadros 9 y 10). No se encontraron diferencias entre los grupos de intervención y control. Cabe señalar que un gran porcentaje de mujeres en México (62%) y en el multicéntrico (77%) , tiene un nivel de conocimientos bastante pobre acerca de signos de alarma durante el embarazo. Este hallazgo apoya uno de los objetivos importantes de la intervención: dar educación para la salud en esta área.

II) RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL EFECTO DE LA INTERVENCION SOBRE LAS VARIABLES DE INTERES

En este apartado se describirán los resultados de los análisis de los cuestionarios de 36 semanas, post-parto y 40 días, mismos que permitirán conocer los efectos de la intervención.

c) Efecto de la intervención en la semana 36 de gestación, en el parto o en los 40 días post-parto

Una vez que se verificó que no había diferencias entre los grupos de intervención y control en cuanto a las características basales, se procedió al análisis de los resultados de la intervención. Los resultados de los cuestionarios de 36 semanas,

post-parto y 40 días proporcionaron la información necesaria para llevar a cabo la evaluación del programa.

Variables Biológicas

Estas variables fueron obtenidas del cuestionario de post-parto inmediato que fue completado para más del 88% de las mujeres reclutadas en el estudio de México y más del 93% en la muestra total.

En el caso de la media de peso al nacer, en México, ésta fue mayor en el grupo de intervención (3,102 g) que en el grupo control (2,991 g, $p=.02$). En el Cuadro 11 se puede observar que la media de peso al nacimiento fue 111 gramos mayor en el grupo de intervención que en el control, siendo esta diferencia estadísticamente significativa $p=.02$. Sin embargo una diferencia de aproximadamente 100 gramos, si se limita al grupo de recién nacidos eutróficos podría no modificar importantemente su pronóstico. En el caso del grupo de niños con bajo peso al nacimiento, < 2500 g. en los que cualquier aumento puede ser significativo desde el punto de vista clínico, la diferencia fue de 130 g. a favor del grupo de intervención. Sin embargo, este valor no alcanzó diferencia significativa .

En la muestra multicéntrica la media de peso al nacer no mostró diferencias entre el grupo de intervención y el control

(3118 g vs.3099g).El análisis de la media de peso al nacer en diferentes grupos de peso al nacimiento no se llevó a cabo en la muestra total.

En México , a diferencia del grupo multicéntrico, el promedio de edad gestacional sí fue superior en el grupo de intervención (38.7 semanas) que en el grupo control (38.2 semanas, $p=.04$). Esta diferencia, aunque estadísticamente significativa, en términos clínicos y de pronóstico es poco importante. En el caso de los recién nacidos prematuros, se observa una diferencia de 1.9 semanas en la media de edad gestacional (34.0 vs. 32.1); esta diferencia si bien no alcanzó significancia estadística $p=.054$ I.C. (-0.1 , 3.91), es muy importante desde el punto de vista clínico ya que en grupos de baja edad gestacional una diferencia de pocos días puede modificar el pronóstico.

En el Cuadro 12 se observa que para México las proporciones de recién nacidos con peso inferior a 2500 g, edad gestacional por debajo de 37 semanas, Apgar menor de 7 a los 5 minutos, así como la proporción de niños que requirieron de cuidados intensivos, los óbitos y muertes perinatales no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos. Las diferencias en la proporción de mortinatos es sustancial, si bien, no alcanza significancia estadística probablemente debido al número reducido de casos. En la muestra total tampoco se encontraron diferencias en este grupo de variables.

Análisis multivariado: De acuerdo a la metodología ya descrita, tanto para la muestra de México como para la multicéntrica se realizó un análisis de regresión logística con las variables biológicas citadas en el párrafo anterior. Como puede observarse, para la muestra de México, (cuadro 12) el control por las variables potencialmente confusoras (tabaquismo, edad materna, historia reproductiva adversa, intervalo integenésico, apoyo de pareja y otros) no altera los resultados que continúan siendo no significativos.

Estas proporciones, analizadas como razones de momios ajustadas, no mostraron diferencias significativas en ningún caso en ninguna de las dos poblaciones.

Con el objeto de identificar grupos de riesgo que pudieran ser especialmente sensibles a la intervención, En la muestra de México se analizó la distribución de peso al nacer y edad gestacional en siete estratos (Cuadro 13). Se puede observar que, con excepción de las adolescentes, la media de peso al nacimiento fue consistentemente mayor en el grupo de intervención, (156 g de diferencia entre fumadoras, 255 g entre las mujeres con antecedente de B.P.N., 250 g entre las que tenían antecedente de parto pretérmino, 78 g entre las primigestas, 125 g entre multigestas, 126 g entre mujeres con pareja, y 115 g en mujeres con bajo nivel socioeconómico) alcanzando significancia estadística en las mujeres menores de 18 años, con antecedentes de bajo peso y prematurez, las unidas y las de bajo nivel socioeconómico.

Al analizar la información por subgrupos de riesgo en el caso de la media de edad gestacional, (cuadro 13) se encontró que sólo las mujeres con pareja y con un nivel socioeconómico medio o alto, mostraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico. Sin embargo, desde el punto de vista clínico no se encontraron diferencias de importancia en la edad gestacional de ninguno de los estratos.

Tanto para la muestra de México como para el multicéntrico se analizaron algunas otras variables biológicas en los grupos de intervención y control. El cuadro 14 muestra los resultados de estas comparaciones en la muestra de mujeres mexicanas.

Se analizó el porcentaje de parto vaginal normal y con forceps, y cesárea. No se encontraron diferencias significativas en estas variables. Diferencias semejantes se encontraron en la muestra multicéntrica.

Con respecto a la morbilidad neonatal, tampoco se encontraron diferencias entre los grupos de intervención y control de las dos poblaciones con respecto a diarreas, alimentación inadecuada, deshidratación y hospitalización (cuadro 15).

El cuadro 16 muestra la comparación entre los grupos de intervención y control respecto a morbilidad materna. No se encontraron diferencias en la frecuencia de cicatriz de episiotomía.

dolorosa, incontinencia urinaria, polaquiuria, hemorroides, absceso de mama, agrietamiento de pezón, mastitis, complicaciones de cesárea ni hospitalización.

En el análisis multicéntrico tampoco se encontraron diferencias en estas variables.

El análisis de las principales variables biológicas según grupos de alto riesgo (adolescentes, fumadoras , sin pareja etc.) mostró resultados parecidos a los análisis anteriores tanto en la población de México como en la multicéntrica.

El cuadro 17 muestra la distribución de mujeres mexicanas del grupo de intervención y control según los subgrupos por los que se decidió estratificar la muestra, según ya describimos. Para cada uno de estos estratos se compararon algunas variables importantes como la media de duración del período expulsivo, el porcentaje de uso de forceps, cesáreas, trabajo de parto espontáneo, Apgar, retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, parto pretérmino, muertes fetales, muertes perinatales y admisión del recién nacido a cuidados intensivos.

Adolescentes: No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables (cuadro 18). Sin embargo, cabe subrayar una tendencia a una duración menor del período expulsivo en el grupo de intervención, así como una mayor frecuencia de parto

pretérmino, de retardo en el crecimiento intrauterino y admisión a cuidados intensivos neonatales en el grupo de intervención. Ninguna de estas diferencias fue significativa y la muestra fue muy pequeña, por lo cual no se pueden sacar conclusiones. Por el contrario, todas las muertes fetales o perinatales de adolescentes pertenecieron al grupo control.

El análisis de la información del grupo multicéntrico tampoco mostró diferencias en ninguna de las variables anteriores.

Fumadoras: Las variables biológicas de este estrato no mostraron diferencias. Sin embargo, tanto en México como en la muestra multicéntrica se observa una tendencia a una menor proporción de retardo en el crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer en el grupo de intervención. Por el contrario, la proporción de recién nacidos que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos fue menor en el grupo control. Esta diferencia ,en México ,alcanza significancia (cuadro 19). En todos los casos, el tamaño de la muestra no es suficiente, por lo que resultaría arriesgado extraer conclusiones.

Primigestas: Este grupo reproduce las tendencias de la muestra general tanto de México como del multicéntrico. En efecto, no se encuentran diferencias en las variables biológicas de este estrato (cuadro 20).

Historia reproductiva adversa y "alto sufrimiento y -bajo apoyo":
En estos dos últimos estratos, tampoco se encontraron diferencias en las variables biológicas de ninguna de las dos poblaciones. Los cuadros 21 y 22 describen la información de México. (cuadros 21 y 22).

Variables Psicosociales

Estos resultados se obtuvieron de los cuestionarios de 36 semanas y 40 días post-parto. A las 36 semanas de embarazo no se encontró ninguna diferencia en el nivel de ansiedad, sufrimiento psicológico, apoyo psicosocial del padre, apoyo psicosocial de otros, apoyo psicosocial total, ni en el porcentaje de mujeres con bajo apoyo y alto sufrimiento psicológico ni en México (cuadro 23) ni en la muestra multicéntrica. Tampoco se encontraron diferencias en el número de tareas en las que las mujeres son ayudadas ni en su satisfacción con la ayuda recibida. Sin embargo, cabe mencionar que el número de tareas en las cuales las mujeres recibieron ayuda (en ambos grupos) fue menor cuando ésta procedía de personas diferentes al compañero. Aunque las diferencias no fueron significativas, se puede observar una tendencia en este sentido en ambas poblaciones estudiadas.

Con respecto a las expectativas sobre el parto, al temor y dolor durante éste, variables evaluadas en el cuestionario de 40 días post-parto, no se encontraron diferencias entre los grupos de

intervención y control ni de México (cuadro 24 y 25) ni del estudio multicéntrico total. Al analizar las variables psicosociales a los 40 días post-parto, tampoco se encontraron diferencias en ninguna de las dos poblaciones. Estas variables incluyeron apoyo del compañero y de otros en el post-parto y satisfacción de la mujer con el apoyo recibido (cuadro 26).

Asimismo, se analizaron los niveles de ansiedad y no se encontraron diferencias significativas (cuadro 27). Cabe aclarar que los promedios de puntuación en la escala de ansiedad encontrados en ambos grupos, (34.1% para intervenciones y 35.6% para controles de México y 38.85 y 39.67 respectivamente para la población multicéntrica) no son altos si los comparamos con otras aplicaciones de esta escala, en la cual se han encontrado valores promedio de 30.5 para estudiantes en condiciones normales y de 43.2 para estudiantes en períodos de exámenes (70).

También se compararon los grupos con respecto a sus sentimientos de seguridad en su papel de madre. Ni en México ni en la muestra total se encontraron diferencias significativas a este respecto (cuadro 28).

Análisis de las principales variables psicosociales según grupos de riesgo

Adolescentes

Para este grupo, no se encontraron diferencias en las variables psicosociales en ninguna de las dos poblaciones (cuadro 29).

Fumadoras

Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a las variables psicosociales (cuadro 30).

Primigestas

Tampoco se encontraron diferencias en las variables psicosociales (cuadro 31).

Mujeres con historia reproductiva adversa

No se encontraron diferencias significativas (cuadro 32)

Mujeres con "alto sufrimiento psicológico " y "bajo apoyo psicosocial"

No se encontraron tampoco diferencias significativas en este grupo (Cuadro 33)

Variables Conductuales

Se compararon los grupos de intervención y control con respecto a la modificación de hábitos a las 36 semanas de embarazo. No se encontraron diferencias en cuanto a tabaquismo, consumo de alcohol, dieta y horas de descanso ni en México (cuadro 34) ni en el estudio multicéntrico.

En relación al esfuerzo físico desarrollado por la embarazada, no se encontraron diferencias en la proporción de mujeres que realizaban trabajo asalariado al final del embarazo. La situación es similar en cuanto a trabajo doméstico, cargar cosas pesadas y cargar a otros hijos en ambas poblaciones (cuadro 35).

El cuadro 36 muestra los resultados de México con respecto a la alimentación del niño a los 40 días post-parto. A pesar de que no hay diferencias significativas entre los grupos de intervención y control, hay una tendencia del grupo de intervención a alimentar exclusivamente con leche materna y a utilizar menos sustitutos como alimentación exclusiva.

En el estudio multicéntrico no hubo diferencias y no existen tampoco estas tendencias.

Con respecto a la alimentación con horario fijo, En México, a diferencia del estudio multicéntrico, se encontró una diferencia

significativa ($p=.027$) entre ambos grupos, siendo mayor el porcentaje de mujeres del grupo control que utiliza este patrón de alimentación, mientras que las del grupo de intervención adoptaron con mayor frecuencia el método de "libre demanda" del recién nacido.

No se encontraron diferencias en cuanto a la utilización de servicios hospitalarios post-parto. A pesar de que los tiempos de estancia promedio fueron un poco más largos para el grupo de intervención, tanto en lo relativo a la hospitalización del bebé como de la madre, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística (cuadro 37).

Asimismo, en ninguna de las dos poblaciones hubo diferencias respecto a la evaluación que las mujeres en ambos grupos hicieron de la atención prenatal, el cuidado durante el parto y en el postparto (cuadro 38). Sin embargo hay una ligera tendencia a evaluar mejor los servicios prenatales y de postparto en el grupo control (cuadro 39). Esto puede deberse a que al programa tenía como uno de sus principales objetivos elevar las exigencias de las mujeres en cuanto a la calidad de los servicios institucionales.

Variables Cognoscitivas

Los cuadros 40 y 41 resentan los valores de los grupos de intervención y control de México respecto a sus conocimientos sobre

signos de alarma y síntomas de trabajo de parto. En este rubro, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos: las mujeres del grupo de intervención tuvieron mayores conocimientos que las del grupo control, en cuanto a conocimientos sobre signos de alarma y de trabajo de parto. A lo largo del embarazo, los conocimientos se incrementaron en ambos grupos. Sin embargo, el aumento fue mayor en el grupo de intervención, y si bien, la diferencia en los valores de conocimientos de ambos grupos no era significativa al inicio del estudio, sí lo fue al final tanto en México como en la población del estudio multicéntrico.

CAPITULO X

DISCUSION Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO REALIZADO EN LA POBLACION DE MEXICO

La importancia de los problemas perinatales, junto con la escasez de recursos para el cuidado de la salud en América Latina, hacen recomendable que todo nuevo programa sea evaluado rigurosamente, en términos de factibilidad y efectividad antes de ponerse en práctica.

El ensayo aleatorizado se propone como el diseño más adecuado para evaluar intervenciones médicas (69). Desafortunadamente, este método es poco utilizado para medir el efecto de intervenciones sociales (68).

En una revisión de 532 artículos de esta área, Loehvinson encontró que solamente 67 de ellos, o sea, el 12.59% eran evaluaciones de programas, de éstas 45% tenían grupo control y 21% eran estudios controlados con un tamaño de muestra mayor a 60 individuos. Estas cifras deberían ser consideradas por los científicos de las diferentes ciencias sociales, ya que la falta de grupo testigo elimina la posibilidad de medir cambios "antes" y "después" del programa y exageran la efectividad percibida de la intervención (68).

En cuanto a las pérdidas, éstas fueron mayores a las esperadas. Sin embargo, es importante destacar que fueron muy semejantes en los grupos de intervención y control, lo cual elimina el sesgo que introduciría una deserción mayor en uno de los grupos del estudio.

La diferencia entre el porcentaje de pérdidas de la población de México y del estudio multicéntrico se puede deber al alto grado de migración que existe en la Ciudad de México.

Es necesario resaltar el porcentaje tan alto de visitas en las que faltó la "figura de apoyo". Ya que este era uno de los ejes más importante en los que se sustentaba la intervención, la ausencia de esta "figura" en estas visitas pudo haber disminuido los efectos positivos de la intervención.

Asimismo la diferencia tan marcada en los porcentajes de visitas en los que hubo "figura de apoyo" entre México y la muestra total, podría explicar porqué entre las embarazadas intervenidas en México se obtuvieron mejores resultados, en algunas variables biológicas, que en el grupo de intervención de la población multicéntrica.

Por otro lado la variabilidad con respecto a la elección de la "figura de apoyo" confirma la conveniencia de permitir a la mujer que seleccionara libremente a esta persona , en vez de

limitar este rol a una persona previamente seleccionada por el equipo de investigación.

Con respecto al contenido de la intervención , en general , la revisión de los reportes post-visita, demostró que existió una alta correlación entre lo que se planeó y enseñó en el curso de capacitación y la manera en que se desarrolló la intervención en la realidad.

Es importante señalar que un instrumento de registro de actividades y su análisis subsecuente es indispensable para evaluar las intervenciones sociales en las que las características específicas de las personas involucradas, pueden ameritar que se realicen cambios sustanciales en el programa.

En este estudio, no se obtuvieron diferencias en la tasa de bajo peso al nacer. Cabe mencionar que la muestra total se obtuvo con base en la suposición de que la proporción de bajo peso al nacer entre la población que se reclutó sería del 20% y que el programa de apoyo psicosocial disminuiría esa proporción a 15%. Para ello, se requería de aproximadamente 2000 mujeres. Para haber podido encontrar diferencia significativas entre la población de México, hubiésemos requerido de este tamaño de muestra, si en efecto, hubiese este porcentaje de bajo peso al nacimiento en esta población. Contrariamente a lo esperado, el porcentaje de bajo peso que se encontró en la muestra de México fue aproximadamente del 10%

en el grupo control y de 7% en el de intervención. Para que esta diferencia, que en términos poblacionales es importante, fuese significativa desde el punto de vista estadístico, se hubieran requerido aproximadamente 4000 pacientes en la muestra. Por lo tanto, con el número de pacientes que se estudiaron en México, no es suficiente descartar la hipótesis, ya que podríamos incurrir con gran probabilidad en un error tipo II. Cabe mencionar, que los porcentajes de bajo peso al nacimiento en la población multicéntrica tampoco alcanzaron las cifras esperadas para el tamaño de muestra calculado y que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y control (8.7% y 9.4%). Sin embargo la diferencia entre los grupos del estudio multicéntrico fue menor que entre los grupos de México .7% y 2.5 % respectivamente, por lo que la falta de significancia estadística en el caso multicéntrico tiene más probabilidades de ser real. Esta diferencia, con mucha probabilidad, seguiría siendo no significativa aún en el caso de contar con un mayor número de pacientes.(72). Estos resultados negativos coinciden con los encontrados en otros ensayos aleatorizados de apoyo psicosocial (73). Los efectos obtenidos sobre la media de peso al nacer, sin embargo, pueden considerarse importantes. El estudio de Olds (38) es probablemente el único que también encontró diferencias en esta variable, siendo éstas mucho menores a las nuestras para la muestra total (23 g, NS), menores entre las fumadoras (Olds: 96 g, NS; este estudio 156 g), y mayores a las encontradas por nosotros en el grupo de adolescentes (Olds: 324 g).

Estos efectos sobre la media de peso al nacer, comparados con los incrementos logrados con intervenciones nutricionales, son importantes (74). Las diferencias resaltan aún más en algunos de los estratos específicos (cuadro 135), como las mujeres con antecedentes perinatales negativos y bajo nivel socioeconómico, probablemente más sensibles a la intervención por sus condiciones desfavorables. Sin embargo, los resultados en otros grupos parecerían contradecir esta hipótesis: los hijos de mujeres con pareja, tuvieron una media de peso mayor que los de madres solas.

Se puede postular que la presencia del esposo, que en una alta proporción de los casos funcionó como "figura de apoyo", permitió lograr una intervención más efectiva. En otras palabras, el programa parecería haber logrado que el reforzamiento de la red de apoyo fuese efectivo siempre y cuando la pareja formara parte de esta red.

En el caso de las adolescentes, el resultado fue inesperado. Aparentemente, la intervención fue perjudicial para este grupo dado que la media del peso al nacer del grupo control fue significativamente más alta que la del grupo de intervención.

Estos resultados contradicen los logrados por Olds en el estudio ya mencionado (38), y las evidencias observacionales de otros trabajos en los que se encontró que el apoyo familiar brindado a las adolescentes se asocia significativamente con el

peso al nacer (75). Es probable que para plantear una hipótesis explicativa a estos resultados, se requiera de un análisis más detallado. En efecto, otros autores han encontrado que los beneficios del apoyo psicosocial para las adolescentes embarazadas, dependen de quien es la persona que ofrece la ayuda, llegando a ser ésta contraproducente en algunos casos (76).

Los cambios logrados en las medias de edad gestacional son importantes, en comparación con los logrados por otras intervenciones con el mismo objetivo (74). De hecho, la prolongación de la duración del embarazo es uno de los campos de la perinatología en el cual, los resultados han sido más modestos. Tiene particular trascendencia biológica la diferencia en la media de edad gestacional cuando se excluyen a los recién nacidos de término (cuadro 11). En efecto, la diferencia lograda en la media de edad gestacional de los prematuros es de casi dos semanas (32.1 vs 34 semanas), a una altura del embarazo en que una variación como ésta se traduce en un cambio sustancial en el pronóstico (77). Es importante destacar también las diferencias logradas en la mortalidad fetal (más del doble en el grupo de intervención que en el control) (cuadro 12), a pesar de que no se alcanza significancia estadística, dado el número pequeño de casos en nuestra muestra.

En cuanto a los resultados psicosociales, llama la atención la falta de resultados en este proyecto, lo cual contradice la gran mayoría de los estudios en los que precisamente en esas variables

fue donde se encontraron diferencias entre el grupo de intervención y del control. Pensamos que en este estudio, los sesgos de detección en el grupo experimental y el sesgo de información del grupo control, pudieron haber contribuido de forma importante a que no se identificaran resultados positivos.

Los análisis post-visita nos mostraron que 30.2% de las mujeres con problemas específicos, no revelaron tenerlos en la entrevista de línea basal, sin embargo, durante las visitas de intervención fueron ganando confianza para hablar sobre ellos, por lo que fue posible detectarlos. Si la falta de sensibilización del grupo control produjo que dieran respuestas "socialmente esperadas", se puede considerar que hubo una mayor detección de problemas psicológicos entre el grupo de intervención que en el control y que esto dirigiera los resultados hacia el valor nulo. Sin embargo, esta hipótesis no ha sido demostrada.

Por otro lado, con respecto a utilización de servicios y hábitos, debido a que las mujeres del Instituto Nacional de Perinatología presentan ciertas características especiales, entre ellas características de tipo iatrotópico, es muy probable que el impacto del apoyo psicosocial sobre las variables en estudio sea menor que en la población general de mujeres expuestas a factores psicológicos y sociales de alto riesgo durante el embarazo. Esta diferencia puede repercutir en un sentido negativo sobre la fuerza de asociación entre la exposición a apoyo psicosocial y el

resultado del embarazo, ya que las diferencias en los resultados entre el grupo experimental y el grupo testigo se verán disminuidas en esta población. Debido a que la dirección de la asociación irá hacia el valor nulo, este problema tiene implicaciones importantes en la interpretación y generalización de los resultados. Posiblemente en otras poblaciones más marginadas donde no exista la consciencia acerca de la necesidad de la atención prenatal y del parto, el efecto del programa podría demostrar ser más beneficioso.

Consideramos necesario ahondar más en esta área antes de poder ofrecer este programa a los tomadores de decisiones para su generalización a otros centros de atención del país.

El estudio que se describe aquí, sin embargo, demuestra la factibilidad de aplicar esta metodología generalmente limitada al campo de la biomedicina, a la medición de los efectos de un programa de apoyo psicosocial y educación para la salud. Consideramos que el haber aplicado este método experimental de evaluación a intervenciones sociales, debe considerarse como un esfuerzo para superar la brecha que tradicionalmente ha existido entre la investigación biomédica y la social.

Con ello, esperamos estimular a los científicos sociales a usar metodologías más rigurosas al realizar la evaluación de sus diferentes programas.

Por último, es importante destacar algunas aportaciones conceptuales y metodológicas del estudio que aquí se describe.

En primer lugar, la adopción de una definición integral de "apoyo psicosocial" (30), la elaboración de un marco analítico explícito y la medición de las variables incluidas en el mismo, contribuirán a dilucidar los mecanismos a través de los cuales el apoyo psicosocial afecta la salud de la madre y el recién nacido.

Desde una perspectiva metodológica, la inclusión de los resultados de un estudio etnográfico en el diseño del programa es relevante. En efecto, la incorporación de los hallazgos de estudios cualitativos profundos en la elaboración de intervenciones sociales, garantiza la especificidad del programa y evita la falta de correspondencia entre las pre-concepciones de los investigadores y las verdaderas necesidades de la población. El procedimiento al que recurrimos para la estandarización --que permitió una intervención flexible y al mismo tiempo, un programa único para todas las visitadoras-- puede ser un modelo útil para otros estudios en que se apliquen, bajo condiciones altamente controladas, intervenciones complejas en las que las características heterogéneas de la población y/o de los miembros del equipo de investigación, pueden influir en la implantación del programa.

La evaluación post-visita y las visitas de control de calidad con instrumentos elaborados, exprofeso para ello, son

indispensables para controlar la variabilidad potencial de la intensidad con que se aplique el programa. Junto con las contribuciones descritas en el párrafo anterior, es importante discutir algunas limitaciones de este estudio.

En primer lugar, al haberse obtenido la muestra de un hospital de concentración, (y no a partir de un muestreo aleatorio de la población general) la población del estudio no fue representativa de la población local. Además, quedaron excluidas todas aquellas mujeres que no acuden a la atención prenatal o que lo hacen tardíamente mismas que, según han demostrado estudios previos, presentan un riesgo mayor que las mujeres que acuden al hospital en etapas tempranas (71). Esta situación puede haber contribuido a subestimar los efectos de la intervención.

Desde el inicio, este estudio fue planeado para poder replicarse en instituciones de México, en caso de demostrar resultados favorables. Por este motivo, es importante destacar que la generalizabilidad en el contexto hospitalario, fue una preocupación presente en el grupo de investigación desde la etapa de conceptualización y diseño del estudio. Por ello, se llevó a cabo bajo las condiciones vigentes de la atención perinatal, fue aplicado por personal que no requiere de una preparación sofisticada, se reclutó a la población en el segundo trimestre del embarazo y el programa se limitó a sólo cuatro visitas. Esta preocupación por la aplicabilidad posterior y replicabilidad es

esencial si se quiere tener impacto sobre los responsables de las decisiones programáticas.

Una segunda limitación importante es que el estudio no fue "doble ciego". Si bien, los evaluadores no sabían a qué grupo pertenecían las mujeres a las que iban a visitar, estas últimas sí conocían su condición en el proyecto; obviamente, no hubiera sido ético ni razonable ofrecer al grupo de comparación un programa "placebo".

La heterogeneidad de la población, es otro punto relevante para el estudio. En primer término, el análisis de la distribución de condiciones en esta muestra numerosa que fue seleccionada a través de la aplicación de una escala de riesgo, señala cómo bajo el letrero general e inespecífico de "alto riesgo" se esconden grandes diferencias, mismas que es imprescindible tomar en cuenta para la elaboración de programas.

Esta reseña detallada de las bases conceptuales, metodología e implantación del programa, tiene por objeto permitir la replicación y crítica al mismo, así como, la eventual inclusión de sus resultados en meta-análisis sobre los efectos del apoyo psicosocial y la educación para la salud durante el embarazo.

Ahora bien, si como profesionales de la salud pretendamos ofrecer a la embarazada el máximo beneficio, tenemos necesariamente que comenzar por reconocer lo mucho que nos falta conocer acerca de las condiciones biopsicosociales que influyen sobre los resultados del embarazo y parto, sobre cómo éstos afectan la vida futura, tanto de la pareja, como de su hijo, sobre cómo se diagnostican y sobre cuáles son las intervenciones que se sabe pueden ayudar a prevenir y/o a mejorar las condiciones negativas a las que se enfrenta la mujer. Sólo avanzando en el conocimiento de los factores de riesgo, de su mecanismo de acción y en el efecto de las estrategias a nivel personal y/o grupal para la prevención y manejo de éstos, estaremos en posibilidades de ofrecer la mejor atención a la embarazada y al recién nacido.

Si nosotros, los directamente interesados en que avance el conocimiento en el área de la salud reproductiva, no dedicamos nuestro esfuerzo a que esto suceda, ¿Quién lo hará por nosotros? Es por ello que a futuro pienso continuar ahondando sobre el análisis de la base de datos tanto de México como del estudio multicéntrico para estar en condiciones de elaborar modelos más complejos que indiquen la interrelación entre las variables y que lleven a análisis más finos. Por otro lado creo que es necesario hacer un esfuerzo por conceptualizar de una manera más precisa y comprensiva el efecto del apoyo psicosocial durante el embarazo, seleccionar más cuidadosamente las poblaciones, las variables intermedias y de resultados finales con las que está relacionado y

realizar otros estudios observacionales (cuantitativos y cualitativos) y experimentales para poder llegar a conclusiones más contundentes.

En segundo lugar, debemos llevar a cabo todas las acciones que estén a nuestro alcance para que este conocimiento se traduzca en un cambio sustancial en nuestra práctica actual y logremos que la visión integral del paciente (biopsicosocial), el enfoque preventivo, la educación y el apoyo, sean los ejes sobre los cuales gire la atención.

Los servidores de la salud nos enfrentamos a un gran reto que es el de "servir". Enfrentemos este reto con todo nuestro conocimiento y habilidades pero también con el corazón" y no olvidemos nunca lo que decía el sabio Lao Tse "LA VIDA ES OPORTUNIDAD NO OBLIGACION."

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Potts M, Janowitz B and Fortney J (eds)., **Childbirth in developing countries.** Boston, MTP Press Limited, 1983
- 2.- R.L.Tambyraja, S.S.Ratnam. **Feto pequeño: Crecimiento Retardado y Pretérmino en: Ginecología y Obstetricia temas actuales.** Ed. Interamericana 1982; 3 .
- 3.- Schwarcz y cols.' **Principales causas perinatales de la mortalidad feto neonatal y de las secuelas invalidantes en el niño en países Latinoamericanos.** Taller de Tecnologías Perinatales Clap, OPS, OMS Montevideo-Uruguay
- 4.- Donaldson J. John O.G. **The impact of perinatal care on birth weight.** Medical care 1984;22(2):237,
- 5.- Shwartz , Vinyard J.. **Prenatal care and prematurity.** Public health reports ,1963; 80(3):
- 6.- Quick J.D. y cols. **Prenatal care and pregnancy outcome in an hmo and general population:a multivariate análisis.** American journal of public health 1981;71(4):381
- 7.-Gold Edwin. **Public education to improve perinatal care.** Clinical perinatology. Chapter 25 .576-585.
- 8.- Oakley A., **The captured womb: A history of the medical care of pregnant women.** Oxford, Blackwell, 1984
- 9.- Donabedian . **La Calidad de la Atención Médica, México, Prensa Médica Mexicana.** 1984.
- 10.- De la Fuente , **Psicología Medica, México, Fondo de Cultura Económica, 1974.**
- 11.-Luchina , **Los grupos Balint, Hacia un enfoque clínico situacional,** Buenos Aires, Paidos, 1982.
- 12.- Chamberlain G.A. **Reexamination of antenatal care.** J.Royal soc.Med 1978;71:662-668
- 12*.- Chalmers Iain, Enkin Murray and Keirse Marc, **Effective Care in Pregnancy and Chilbirth,** New York, Oxford University Press, 1989.
- 13.- Lucille Atkin, **Riesgo psicológico y complicaciones perinatales en: la psicología en el ambito perinatal.** Inper 1988:134-158
- 14.- Langer Marie. **Maternidad y Sexo .** Buenos Aires, Ed. Paidos , 1978

15.- García B. Cecilia, Castañeda Xochitl, Romero G. Xochitl, Gonzalez H. Dolores, Langer G. Ana, **Percepción de Factores de Riesgo Reproductivo Durante el Embarazo por Parteras del Area Rural de Morelos, México.** Salud Publica de México, 1993;

16.- Maes S.Y cols. **The study of stress and disease :some developments and requirments.** Soc Sci Med. 1987; 25(6):567-578

17.- Lawrence E. **.Stress an disease : the concept after 50 Years.** Soc Sci Med. 1987;25(6):561-566.

18.- Núñez R.M.. **La placenta de madres desnutridas.** Salud publica de México 1988;300:54-67

19.- Robertl. Bryce. **The role of social support in the prevention of preterm birth.** Birth 1988;15:19.

20.- Fernández Macgregor A., Arcelus M. **Aspectos psicológicos durante el embarazo, parto y puerperio.** En: La Psicología en el Ambito Perinatal. Inper 1988:106-133

21.- Chaswick Malcolm . **Intrauterine Growth Retardation.** British Medical Journal 1985;291:845-848

22.- Lederman R y cols. **The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines and plasma cortisol to progress in labor.** Am J Obstet Gynecol 1978;132:495

23.- Lederman R y cols. **Endogenous plasma epinephrine and norepinephrine in last trimester pregnancy and labor.** Am Journal Obstet. Gynecol 1977;129:5

24.- Currie W . **Fisología del utero .** En : Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Ed, Interamericana, 1980; 33

25.- Johnson W. John, Dubir Norman H . **Prevención del parto prematuro** En: Clínicas Obstétricas y Ginecología , Ed Interamericana:1980 49- 69

26.- Mc Donald Robert L. and Christakos Arthur. **Relationship of emotional adjustment during pregnancy to ostetric complications.** Am journal Obstet Gynecol. 1963;86(3) :341-348

27.- Kay S y cols. **Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome.** Am J. Obstet Gynecol.; 135(1):22-26

28.- Valdés Ana María . **Características del infante y relación materno infantil.** En: La Psicología en el Ambito Perinatal México; INPer, 1988:265-279

29.- Villalobos M. Infección urinaria .En:memorias del curso teórico para ginecoobstetras y médicos cirujanos interesados en : el alto riesgo en la práctica moderna. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia 1983:150- 158 Interamericana 1982;3

30.- Caplan G. Support systems and community mental health. New York, Behavioral Publications, 1974

31.-Berkman L. and Breslow L. Health and ways of living. The Alameda County Study.New York, Oxford University Press, 1983

32.- Jacobson D. Types and timing of social support. J Health Soc Behav 27, 250-264, 1986.

33.- Cohen S and Syme SL. Issues in the study and application of social support. In Social support and health (Edited by Cohen S. and Syme SL) ,New York, Academic Press Inc, 1985. p.4-5

34.- Cassel J., The contribution of the social environment to host resistance. Am J Epidemiol 1976,104, 107-123,

35.- Berkman L., The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In Social support and health (Edited by Cohen S and Syme L). Academic Press Inc., New York, 1985

36.-Langer A, Bobadilla J.y Bronffman M. El apoyo psicosocial durante el período perinatal.Revisión conceptual y bibliografica. Salud Pública de México 1988;309:81-86

37.- Klaus MH., Kennell JH., Robertson SS., and Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. British Medical Journal 1986 2930, 585-587,

38.- Olds DL., Henderson Jr CR., Tatelbaum R., and Chamberlin R., Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics 1986 77, 16-28,

39.- Dance J (unpublished). A social intervention by link-workers to Pakistani women and pregnancy outcome, 1987

40.- Olds DL., and Kitzman H. Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? Pediatrics 86,1990, 108-116,

41.-gunter

42.- Nuckolls KB., Cassel J. and Kaplan B., Psychosocial factors, life crisis and the prognosis of pregnancy. Am J Epidemiol,1972, 15, 431-441,

- 43.- Koniak G and Griffin L. The relationship between social support, self-esteem, and maternal-fetal attachment in adolescents. Res Nurs Health 1988; 11: 269-278
- 44.- Elbourne D, Oakley A and Chalmers I. Social and psychological support during pregnancy. In Effective care in pregnancy and childbirth (Edited by Chalmers I, Enkin M and Keirse M).Oxford, Oxford University Press, 1989.
- 45.- Heins HC and Nance NW. A statewide randomized clinical trial to reduce the incidence of low birthweight/very low birthweight infants in South Carolina. En: Papiernick E, Breart G and Spira N (eds) Prevention of Preterm Birth Paris, France ,INSERM 1986,
- 46.- Oakley A, Rajan L and Grant AM. Social support and pregnancy outcomes. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97: 155-162
- 47.- Spencer B, Thomas H and Morris J. A randomized controlled trial of the provision of a social support service during pregnancy: the South Manchester Family Worker Project. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96: 281-285
- 48.- Carpenter J, Aldrich K, Boverman H. The effectiveness of patient interviews. A controlled study of emotional support during pregnancy. Arch Gen Psychiatry 1968; 19:110-112
- 49.- Bryce R, Stanley F and Barry Garner J. Randomized controlled trial of antenatal support to prevent preterm birth. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98: 1001-1008
- 50.- Ramsey CN., Abell TD., and Baker LC., The relationship between family functioning, life events, family structure and the outcomes of pregnancy. J Family Pract 1986, 22, 521-527,
- 51.- Rebb K., Graham A., Zyzansky J. and Kitson G. Predicting low birthweight and complicated labor in urban black women: A biopsychosocial perspective. Soc Sci Med 1987, 25, 1321-1327,
- 52.- Pascoe J. Chessare J. Bough E. Unch L and Ialongo N., Help with prenatal household tasks and newborn birthweight: there is an association? J Dev Behav Pediatr 1987, 8 (4), 207-212,
- 53.-Norbeck J. and Tilden PV., Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, multivariate study. J Health Soc Behav 1983, 24: 36-46,
- 54.-Sosa R, Kennell J, Klaus R, Robertson s ,Urrustia J.The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor and mother infant interaction. New England J Med 1980;303:597-600

55.-Henry C. Heins y cols. Social support in improving perinatal outcome:the resource mothers program. Obstetrics and Gynecology 1987; 70(2) :263-266

56.- Hardy J.. The John Hopkins adolescent pregnancy program: an evaluation.Obstetrics and Gynecology 1987; 69(3):300-306

57.-Sokol J. Y cols. Antepartum care and outcome:impact of maternity and infant care project, Obstet Gynecol 1980;56:150-156

58.- Elbourne D., Richardson M., Chalmers I.,Waterhouse I., Holt E. The Newbury Maternity Care Study: a randomized controlled trial to assess a policy of women holding their own obstetric records. Br. J Obstet Gynaecol 1987, 94, 612-619,

59.- Blondel B., Bréart G. Llado J. (unpublished). Prevention of preterm deliveries by home visiting midwives: results of a randomised controlled trial

60.- Lovell A., Zander LI., James CE., Foot S., Swan AV., Reynolds A. St Thomas' Maternity Case Notes Study: Why don't give mothers their own case notes? In Cicely Northcote Trust.London, United Medical and Dental School of St Thomas' Hospital 1986, p. 1-155,

61.-Maes S. y cols. The study of stress and disease :some developments and requirments. Soc sci med. 1987; 25(6):567-578

62.-Newton W. y cols. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. Br. Med. J. 1979; 2:411-413

63.- Naeye R.L., Peters e.C. Working during pregnancy:effects on the fetus. Pediatrics 1982;69:724

64.- Olds DL., and Kitzman H. Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? Pediatrics 1990, 86, 108-116,

65.- Israel B., and Schurman S. Social Support, Control and the Stress Process. In Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice (Edited by Glanz K., Marcus Lewis F., and Rimer B.)San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1990, p. 188,

66.- Spencer B., and Morris J., The family worker project: social support in pregnancy. In Prevention of Preterm Birth (Edited by Papiernik E., Breart G., and Spira N.) Paris, INSERM, 1986

67.- Dawson P., Van Doorninck WJ., and Robinson JL. Effects of home-based, informal social support on child health. Dev Behav Pediatr.1989, 10, 63-67,

68.- Loevinsohn B. Health education Interventions in Developing Countries: A Methodological Review of Published Articles. Int J Epidemiol 1990, 19, 789-800,

69. - Friedman L., Furberg C., and DeMets L. **Fundamentals of Clinical Trials.** Littleton, PSG Publishing Company Inc. 1985 p. 1-10,

70.- Spielberger, Ch. **State-Anxiety Inventory: A Comprehensive Bibliography.** Palo Alto, Consulting Psychologists Press, Inc., 1984

71.- Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. **Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras.** 3rd ed. Sao Paulo, Brazil, Cebes-Hucitec, 1991

72.- Villar J, Farnot U, Barros F, Victora C, Langer A, Belizán J. **The lack of effect of psychosocial support during pregnancy on birthweight, gestational age and maternal health.** New England Journal of Medicine 1992. En prensa.

73.- Keirse MJNC, Grant A, King JF. **Preterm Labor.** En Chalmers I, Enkin M, Keirse M. **Effective Care in Pregnancy and Childbirth.** Oxford, Oxford University Press , Vol. 1, Cap.44, 1989 694-745

74.- Rush D. **Effects of changes in calorie intake during pregnancy on the growth of the human fetus.** En Chalmers I, Enkin M, Keirse M. **Effective Care in Pregnancy and Childbirth.** Nueva York: Oxford University Press 1989, Vol. 1, Cap. 17, 255-280

75.- Turner RJ, Grindstaff CF, Phillips N. **Social support and outcome in teenage pregnancy.** Journal of Health and Social Behavior 1990; 31(1): 43-57

76.- Thompson MS. **The influence of supportive relations on the psychological well-being of teen-age mothers.** Social Forces 1986; 64(4): 1006-24

77.- Koops B, Morgan L, Battaglia F. **Neonatal mortality risk in relation to birth weight and gestational age: Update.** The Journal of Pediatrics 1982; 101(6): 969-977

CUADRO 1

EFFECTOS DEL APOYO PSICOSOCIAL DURANTE EL EMBARAZO
SOBRE LOS RESULTADOS PSICOSOCIALES Y BIOLÓGICOS

	TÍPICO R.M.	(95% IC)
EMBARAZO		
- INFELICIDAD	0.54	0.35 - 0.85
- PREOCUPACION/NERVIOSISMO	0.45	0.26 - 0.77
- SENTIMIENTOS NEGATIVOS	0.48	0.29 - 0.78
- COMUNICACION INADECUADA CON EL EQUIPO DE SALUD	0.60	0.40 - 0.89
- FALTA DE CONTROL	0.50	0.33 - 0.76
- INSATISFACCION CON CUIDADOS PRENATALES	0.41	0.23 - 0.71
TRABAJO DE PARTO Y PARTO		
- FALTA DE COMPAÑIA	0.60	0.44 - 0.83
- INSATISFACCION CON ATENCION	0.43	0.23 - 0.82
- PREOCUPACION Y FALTA DE SATISFACCION CON EL TRABAJO DE PARTO	0.64	0.45 - 0.90
- DEPRESION POST PARTO	0.74	0.52 - 1.04
- PREFERENCIA POR ATENCION DIFERENTE EN EL FUTURO	0.18	0.12 - 0.25
POST-PARTO		
- FALTA DE AMAMANTAMIENTO		
- AL SALIR DEL HOSPITAL	0.78	0.59 - 1.02
- A LAS 6 SEMANAS	0.69	0.46 - 1.02
- MADRE CON MOLESTIAS FISICAS A LAS 6 SEMANAS	0.47	0.30 - 0.73
- PREOCUPACION POR EL BEBE	0.58	0.38 - 0.88
RESULTADOS BIOLÓGICOS		
- ANESTESIA INTRAPARTO	0.95	0.80 - 1.12
- NARCOTICOS INTRAPARTO/ORAL ANALGESIA	0.91	0.76 - 1.07
- TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	0.97	0.78 - 1.19
- CESAREA/FORCEPS	0.91	0.76 - 1.07
- INCIDENCIA DE PARTO PREMATURO	1.06	0.82 - 1.36
- BAJO PESO AL NACER	0.92	0.77 - 1.10

Fuente: Adaptado de Elbourne D. et al. Social and Psychological Support during Pregnancy In Effective Care In Pregnancy and Childbirth. Chalmers I, Enkin M. and Keirse M. (eds) Oxford University Press, 1989.

CUADRO 2

DESCRIPCION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION
Y CONTROL DE ACUERDO A NUMERO DE MUJERES
QUE PARTICIPARON EN CADA FASE DEL PROYECTO

No. MUJERES	INTERVENCION		CONTROL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ALEATORIZADAS	310	100	310	100	620	100
VISITADAS						
1 o más veces	280	95			280	95
4 o más veces	267	89			267	89
NO EVALUADAS	33	11	16	5	49	8
EVALUADAS A LAS 36 SEM.	286	85	286	86	830	85
EVALUADAS POST PARTO	269	87	275	89	544	89
EVALUADAS 40 DIAS POST - PARTO	224	72	214	69	438	71

CUADRO 3
 CARACTERISTICAS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS,
 SEGUN NUMERO DE VISITA
 PORCENTAJES

CARACTERISTICAS	VISITAS				PROMEDIO
	1	2	3	4	
Número total de visitas recibidas	1.2	3.13	7.5	88.2	3.8
"Figura de apoyo" (FA) presente	81.6	73.7	67.5	65.1	71.9
Pareja como figura de apoyo	45.0	44.1	40.3	39.6	42.2
Embarazada muy interesada	92.0	95.9	96.7	95.4	95.0
FA muy interesada	87.5	94.1	92.4	95.8	92.4
Discusión sobre:					
- Red de apoyo	98.4	94.0	94.7	96.9	96.0
- Cambios bio-psico sociales del 1er y 2do trimestre	96.4	53.2	43.2	30.8	56.0
- Cambios bio-psico sociales del 3er trimestre)	11.9	79.6	73.7	73.2	60.1
- Signos de alarma	98.9	83.6	92.2	93.9	92.15
- Uso de servicios de salud	100.0	96.0	97.9	97.8	97.9
- Organización en la casa, la familia y el trabajo	90.5	94.0	95.5	96.9	94.2
- Dieta y peso	99.2	98.4	99.2	97.8	98.0
- Tabaquismo	40.9	20.8	15.7	14.8	92.2
- Preparación para la lactancia	46.8	63.2	95.5	69.9	68.8
- Preparación para el parto	15.5	23.7	34.3	97.8	42.8
- Comunicación	44.4	96.8	81.9	78.6	75.4
- Identificación de problemas	94.5	84.0	85.2	87.3	87.7

CUADRO 4

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS POR GRUPO DE TAMIZAJE

VARIABLE	INTERVENCION	CONTROL	TOTAL
	N=310	N=310	N=620
	%	%	%
<18 AÑOS	14.8	13.5	14.2
<1.50 MTS	26.6	29.7	28.2
<50 KGS	18.4	13.7	16.0
ANTECEDENTE BAJO PESO AL NACER	32.4	29.9	31.1
ANTECEDENTE PARTO PRETERMINO	30.1	27.6	28.9
MORTINATO PREVIO	18.3	16.7	17.5
MUERTE INFANTIL PREVIA	19.6	19.9	19.8
FUMADORAS	9.0	6.8	7.9
SIN PAREJA	19.4	18.4	18.1
BAJO NIVEL SOCIO-ECONOMICO	51.9	52.6	52.3
>4 PERSONAS HAB	20.4	19.7	20.1
<3 AÑOS ESTUDIO	4.5	8.4	6.5

CUADRO 4 A

DISTRIBUCION DE MUJERES SEGUN EL NUMERO DE RIESGOS

NUMERO DE RIESGOS	NUMERO	%
1	121	20.5
2	249	42.1
3	134	22.7
4	70	11.8
5	14	2.4
6	3	.5
TOTAL	591	100.0

CUADRO 5

DESCRIPCION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE ACUERDO A VARIABLES REPRODUCTIVAS (CUESTIONARIO LINEA BASAL)

	INTERVENCION %	CONTROL %	TOTAL %
PRIMIGESTAS	26.2	27.7	27.0
INTERVALO INTEGENESICO MENOR DE 24 MESES	29.2	34.0	31.6
ANTECEDENTE DE PARTO NORMAL	62.1	55.6	58.9
ANTECEDENTE DE ABORTO	46.6	51.1	48.9
ANTECEDENTE DE NACIDO VIVO ANTECEDENTE DE BAJO PESO	81.7	73.7	77.7
	32.4	29.9	31.1
ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO	30.1	27.6	28.9
ANTECEDENTE DE MORTINATO	18.3	16.7	17.5
ANTECEDENTE DE MUERTE INFANTIL	19.6	19.9	19.8
CESAREA PREVIA	36.1	38.0	37.0
No. DE CONSULTAS PRENATALES EN EMBARAZO ANTERIOR			
Ninguna	13.0	9.5	11.2
1 a 2	12.0	14.8	13.4
Algunas	11.0	10.5	10.8
Todas las veces que fue citado	63.9	65.2	64.6

CUADRO 6

DESCRIPCION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE ACUERDO
 VARIABLES PSICOSOCIALES
 (CUESTIONARIO LINEA BASAL)

	INTERVENCION	CONTROL	TOTAL
	%	%	%
NIVELES DE A ANSIEDAD (IDARE)			
20-29	21.7	23.1	22.0
30-39	32.4	35.7	34.0
40-49	27.2	23.1	25.1
50 o más	18.8	18.2	18.5
DISTRESS PSICOSOCIAL			
Muy bajo	17.1	21.6	19.4
Bajo	26.5	24.2	25.3
Alto	25.8	20.0	22.9
Muy alto	30.6	34.2	32.4
APOYO PSICOSOCIAL DE LA PAREJA			
Alto	45.6	42.9	44.2
Bajo	54.4	57.1	55.8
APOYO PSICOSOCIAL DE OTROS			
Alto	43.2	41.9	42.5
Bajo	56.8	58.1	57.5
APOYO PSICOSOCIAL TOTAL			
Alto	16.8	14.5	15.6
Medio	55.8	56.1	56.0
Bajo	27.4	29.4	28.4
ALTO DISTRESS PSICOLOGICO Y BAJO APOYO PSICOSOCIAL			
	21.0	20.6	20.8

CUADRO 7

DESCRIPCION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL
DE ACUERDO A HABITOS HIGIENICOS DIETETICOS
(CUESTIONARIO LINEA BASAL)

	INTERVENCION %	CONTROL %	TOTAL %
TABAQUISMO			
Nunca fumó	55.2	52.6	53.9
Dejó antes del embarazo	26.1	31.6	28.9
Fumó y dejó durante el embarazo	11.0	10.3	10.6
Fuma actualmente	7.7	5.5	6.6
CONSUMO DE ALCOHOL			
< 1 vaso por semana	16.1	12.3	14.4
> 1 vaso por semana	0.0	0.0	0.0
DIETA DURANTE EL EMBARAZO			
Mucho peor/peor	24.2	26.8	25.5
Igual	22.9	22.9	22.9
Mejor	52.9	50.3	51.6
REPOSO DURANTE EL DIA			
< 1 vez a la semana	5.1	4.8	5.0
1-6 veces por semana	38.2	32.0	35.1
Diario	56.7	63.2	59.9

CUADRO 8

DESCRIPCION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION
Y CONTROL DE ACUERDO A ESFUERZO FISICO
DURANTE EL DIA
(CUESTIONARIO LINEA BASAL)

	INTERVENCION %	CONTROL %	TOTAL %
TRABAJO ASALARIADO	20.3	21.9	21.1
TRABAJO DOMESTICO			
Ella todo	38.0	34.0	36.0
Ella parte	51.9	54.0	53.0
Otros	10.0	12.0	11.0
CARGA COSAS PESADAS			
Siempre	13.9	10.3	12.1
A veces	21.0	25.8	23.4
Nunca	65.2	63.9	64.5
CARGA A SUS OTROS HIJOS			
Siempre	31.7	34.5	33.0
A veces	23.3	17.3	20.4
Nunca	45.0	48.2	46.6

CUADRO 9

DESCRIPCION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL
DE ACUERDO A CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOS DE ALARMA QUE
CONOCEN LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO
(CUESTIONARIO LINEA BASAL)

	INTERVENCION %	CONTROL %	TOTAL %
NINGUNO (0)	6.5	8.4	7.4
POCOS (1 Y 2)	57.7	52.2	55.0
ACEPTABLES (3 O MAS)	35.8	39.4	37.6

CUADRO 10

DESCRIPCION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL
DE ACUERDO A CONOCIMIENTOS SOBRE INICIO DE TRABAJO DE PARTO
(CUESTIONARIO LINEA BASAL)

	INTERVENCION %	CONTROL %	TOTAL %
CONTRACCIONES DOLOROSAS	85.8	85.2	85.5
RUPTURA DE MEMBRANAS	45.5	37.7	41.6
SALIDA DEL TAPON MUCOSO	26.5	26.1	26.3

CUADRO 11

CARACTERISTICAS NEONATALES EN LOS
GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL

CARACTERISTICAS	INTERVENCION	CONTROL	DIFERENCIA	IC 95%
\bar{X} PESO AL NACER (g) (DESVIACION ESTANDAR)	3,102 (535)	2,991 (576)	111	(15.6, 202.4)
\bar{X} PESO AL NACER EN MENORES DE 2,500 (g)	1,942 (556)	1,812 (635)	130	
\bar{X} DE EDAD GESTACIONAL (SEMANAS) (DESVIACION ESTANDAR)	38.7 (2.3)	38.2 (2.8)	0.5	(.07, .93)
\bar{X} DE EDAD GESTACIONAL (SEMANAS) EN < 37 SEMANAS (DESVIACION ESTANDAR)	34.0 (3.5)	32.1 (4.2)	1.9	(-0.1, 3.91)

CUADRO 12

CARACTERISTICAS NEONATALES
EN LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL

CARACTERISTICAS	INTERVENCION %	CONTROL %	RAZON DE MOMIOS CRUDA (IC 95%)	RAZON DE MOMIOS AJUSTADA* (IC 95%)
BAJO PESO AL NACER <2500g	7.6	10.1	.73 (.39, 1.33)	.60 (.25, 1.42)
PREMATUREZ < 37 SEMANAS	9.9	10.1	.97 (.55, 1.72)	.64 (.28, 1.45)
PREMATUREZ < 34 SEMANAS	1.9	4.9	.38 (.13, 1.08)	.60 (.25, 1.42)
APGAR < 7 AL MINUTO 5	2.4	2.6	.92 (.12, 6.73)	.14 (.002, 7.8)
INTERNACION EN CUIDADOS INTENSIVOS	20.3	19.9	1.02 (.67, 1.57)	1.01 (.52, 1.93)
OBITOS	1.9	4.4	.41 (.14, 1.19)	1.13 (.14, 8.98)

* AJUSTADA POR TABAQUISMO, EDAD, ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO, ANTECEDENTE DE BPN, INTERVALO INTERGENESICO, AYUDA DEL PADRE Y AYUDA DE OTRAS PERSONAS.

CUADRO 13

PESO AL NACER Y EDAD GESTACIONAL POR ESTRATOS
GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL

		N	\bar{X} PESO AL NACER (GRAMOS)	% BPN ($<2500G$)	X EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	% PARTO PRETERMINO (<37 SEMANAS)
<18	I	46	2,982*	2.4%	38.7	12.2%
	C	42	3,151	0.0%	38.8	5.1%
PRIMI GESTAS	I	81	2,994	2.7%	38.8	12.2%
	C	86	3,157	5.1%	38.7	3.8%
FUMADO RAS	I	28	3,128	8.0%	38.7	8.0%
	C	21	2,972	23.5%	37.9	5.9%
ANTECE DENTE BPN	I	56	3,043	17.5%	38.1	15.0%
	C	58	2,788*	21.8%	37.3	19.6%
ANTECE DENTE PARTO PRE TERMINO	I	54	3,055*	17.0%	37.8	1.9%
	C	53	2,805	22.6%	37.2	7.5%
CON PAREJA	I	215	3,116	6.9%	38.7	8.8%
	C	220	2,980*	11.4%	38.1*	11.8%
BAJO NSE	I	137	3,141	6.6%	38.6	10.2%
	C	143	3,026*	8.5%	37.9	7.0%
TODAS	I	269	3,102	7.6%	39.0	9.7%
	C	275	2,993*	10.0%	38.2*	9.9%

* $P < 0.05$

CUADRO 14

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE
ACUERDO A PARTO VAGINAL Y NACIMIENTO POR CESAREA.
(CUESTIONARIO POST-PARTO)

	INTERVENCION %	CONTROL %	P
PARTO VAGINAL NORMAL	41.5	44.3	>.05
PARTO VAGINAL CON FORCEPS	14.0	11.4	>.05
CESAREA	44.0	43.1	>.05

CUADRO 15

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE ACUERDO A
MORBILIDAD NEONATAL
(CUESTIONARIO DE 40 DIAS POST-PARTO)

VARIABLE	INTERVENCION %	CONTROL %	P
DIARREA	6.8	9.6	>.05
ALIMENTACION INADECUADA	2.7	3.8	>.05
DESHIDRATAACION	7.0	0.5	>.05
HOSPITALIZACION	2.3	4.8	>.05

CUADRO 16

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE
ACUERDO A MORBILIDAD MATERNA EN PRIMERAS DOS
SEMANAS POST-PARTO
(CUESTIONARIO 40 DIAS POST-PARTO)

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
CICATRIZ DE EPISIOTOMIA DOLOROSA	12.9	15.9	>.05
INCONTINENCIA URINARIA	.9	3.3	>.05
POLIAQUIURIA	.9	2.3	>.05
HEMORROIDES	4.0	6.5	>.05
ABCESO DE MAMA	7.1	7.5	>.05
AGRIETAMIENTO DE PEZON	13.4	13.6	>.05
MASTITIS	18.8	19.6	>.05
COMPLICACIONES DE LA CESAREA	10.3	10.7	>.05
HOSPITALIZACION	2.2	.9	>.05

CUADRO 17

NUMERO DE MUJERES DE LOS GRUPOS
DE INTERVENCION Y CONTROL QUE PERTENECEN A LOS CINCO SUB-GRUPOS
DE ALTOS RIESGOS

	INTERVENCION	CONTROL	TOTAL
ADOLESCENTES	46	42	88
PRIMIGESTAS	81	86	167
FUMADORAS	28	21	49
HISTORIA REPRODUCTIVA DESFAVORABLE	88	85	173
ALTO DISTRES PSICOLOGICO BAJO APOYO	65	64	129

CUADRO 18

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL
EN EL SUBGRUPO DE ADOLESCENTES
SEGUN VARIABLES BIOLOGICAS*

	INTERVENCION	CONTROL
MEDIA DE DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO	24.3	33.9
	%	%
NACIMIENTO CON FORCEPS	22.0	28.2
CESAREA	24.4	15.4
TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO	97.4	97.2
APGAR<7 A LOS 5 MIN	0	0
RETARDO EN EL CRECIMIENTO UTERINO	31.7	12.8
BAJO PESO AL NACER	2.4	0
PARTO PRETERMINO	12.2	5.1
MUERTE FETAL	0.0	2.6
MORTALIDAD PERINATAL	0.0	3.3
ADMISION A UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	19.5	12.8

* NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN NINGUNA DE ELLAS

CUADRO 19

COMPARACION DE LAS FUMADORAS DE
LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL
DE ACUERDO A LOS PRINCIPALES VARIABLES BIOLÓGICAS*

	INTERVENCION	CONTROL	
MEDIA DE DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO	22.1	24.2	
	%	%	
NACIMIENTO CON FORCEPS	26.9	5.9	
CESAREA	23.1	41.2	
TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO	95.8	92.9	
APGAR <7 A LOS 5 MINUTOS	0	0	
RETARDO EN EL CRECIMIENTO UTERINO	7.7	17.6	
BAJO PESO AL NACER	8.0	23.5	
PARTO PRETERMINO	8.0	5.9	
MUERTE FETAL	3.8	5.9	
MORTALIDAD PERINATAL	0.0	0.0	
ADMISION A UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	30.8	11.8	P=.04

* NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

CUADRO 20

COMPARACION DE LOS RESULTADOS DE LAS PRIMIGESTAS
DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL
DE ACUERDO A LAS VARIABLES BIOLÓGICAS

	INTERVENCION	CONTROL	VALOR DE P
MEDIA DE DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO	27.6(18.3)	30.4(17.9)	>.05
	%	%	
NACIMIENTO CON FORCEPS	20.3	20.0	>.05
CESAREA	41.9	32.5	>.05
TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO	96.8	91.4	>.05
APGAR <7 A LOS 5 MIN	2.9	0.0	>.05
RETARDO EN EL NACIMIENTO INTRAUTERINO	25.7	28.8	>.05
BAJO PESO AL NACIMIENTO	2.7	5.1	>.05
PARTO PRETERMINO	12.2	3.8	>.05
MUERTE FETAL	0.0	2.5	>.05
MORTALIDAD PERINATAL	0.0	3.2	>.05
ADMISION EN TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	27.0	15.0	>.05

CUADRO 21

COMPARACION DE LAS MUJERES CON HISTORIA REPRODUCTIVA ADVERSA
EN LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y DE CONTROL

	INTERVENCION	CONTROL	VALOR DE P
MEDIA DE DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO	21.8	18.4	>.05
	%	%	
FORCEPS	8.3	5.6	>.05
CESAREA	48.6	46.1	>.05
INICIO DE TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO	96.0	94.2	>.05
APGAR <7 A LOS 5 MIN	6.3	5.9	>.05
RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	13.5	19.7	>.05
BAJO PESO AL NACIMIENTO	15.5	18.3	>.05
PARTO PREMATURO	14.9	17.1	>.05
MUERTE FETAL MORTALIDAD PERINATAL	5.4	9.2	>.05
	6.3	1.8	>.05
ADMISION A UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	19.4	26.1	>.05

CUADRO 22

COMPARACION DE LOS RESULTADOS DE LAS MUJERES
CON ALTO DISTRESS PSICOLOGICO Y APOYO PSICOSOCIAL BAJO
EN LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y DE CONTROL

	INTERVENCION	CONTROL	VALOR DE P
MEDIA DE DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO	15.7	27.0	P=.045
	%	%	
NACIMIENTO CON FORCEPS	5.5	14.5	>.05
CESAREA	46.4	39.3	>.05
APGAR <7 A 5 MIN	90.2	95.0	>.05
RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	17.9	21.4	>.05
BAJO PESO AL NACIMIENTO	13.0	9.3	>.05
PARTO PRETERINO	10.9	10.7	>.05
MUERTE FETAL	3.6	8.9	>.05
MUERTE PERINATAL	0.0	4.3	>.05
ADMISION A TERAPIA INTERNA NEONATAL	16.4	21.8	>.05

CUADRO 23

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE ACUERDO O
VARIABLES PSICOSOCIALES
(CUESTIONARIO DE 36 SEMANAS)

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
NIVEL DE ANSIEDAD (IDARE)			
20-29	21.8	17.6	>.05
30-39	32.4	35.6	
40-49	27.1	25.5	
50 o más	18.7	21.3	
DISTRESS PSICOLOGICO			
Muy bajo	16.0	15.3	>.05
Bajo	22.9	18.7	
Alto	27.9	22.8	
Muy alto	33.2	43.3	
APOYO PSICOSOCIAL DEL PADRE			
Alto	49.2	45.9	>.05
Bajo	50.8	54.1	
APOYO PSICOSOCIAL DE OTROS			
Alto	48.9	48.9	>.05
Bajo	51.1	51.1	
APOYO PSICOSOCIAL TOTAL			
Alto	24.8	23.1	>.05
Media	48.5	48.5	
Bajo	26.7	28.4	
BAJO APOYO Y ALTO DISTRESS PSICOLOGICO			
SI	21.0	23.5	>.05

CUADRO 24

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE
ACUERDO A EXPECTATIVAS SOBRE EL PARTO

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
MEJOR DE LO QUE ESPERABA	61.2	68.8	>.05
IGUAL	12.3	10.1	>.05
PEOR DE LO QUE ESPERABA	20.5	15.9	>.05
MUCHO PEOR DE LO QUE ESPERABA	5.9	5.3	>.05

CUADRO 25

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE
ACUERDO A LOS SENTIMIENTOS DE TEMOR Y DOLOR DURANTE EL PARTO
(CUESTIONARIO 40 DIAS POST-PARTO)

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
SENTIMIENTOS DE TEMOR			
Mucho	33.8	33.2	>.05
Regular	12.3	10.6	>.05
Poco	16.9	18.3	>.05
Nada	37.0	38.0	>.05
DOLOR DE LA MUJER DURANTE EL PARTO			
Muy doloroso	42	39.4	>.05
Regular	13.7	13.5	
Poco	15.1	24.5	
Nada	29.2	22.6	

CUADRO 26

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE ACUERDO A
 NUMERO DE TAREAS EN LAS QUE EL COMPAÑERO Y OTROS APOYAN A LA MUJER
 DURANTE EL POST PARTO Y SU SATISFACCION CON EL APOYO RECIBIDO
 (CUESTIONARIO 40 DIAS)

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
NUMERO DE TAREAS EN QUE APOYA EL COMPAÑERO (MAXIMO 6 TAREAS)	4.1 (1.9)	4.1 (2.0)	>.05
SATISFACCION CON APOYO RECIBIDO POR COMPAÑERO			
Nada	3.1	3.9	>.05
Poco	5.2	1.1	
Regular	17.1	19.9	
Muy	74.6	75.1	
NUMERO DE TAREAS EN QUE APOYAN OTROS	5.8	6.0	>.05
SATISFACCION CON EL APOYO RECIBIDO POR OTROS			
Nada/poco	4.7	5.8	>.05
Regular	11.6	5.3	
Muy	83.7	88.8	

CUADRO 27

COMPARACION DE LOS RESULTADOS DE ACUERDO A VALOR LA ESCALA DE ANSIEDAD (IDARE) A LOS 40 DIAS POST PARTO (CUESTIONARIO 40 DIAS POST-PARTO)

VALORES DE IDARE	INTERVENCION	CONTROL	P
20 - 29	43.5	36.9	>.05
30 - 39	27.8	31.3	
40 - 49	19.3	19.6	
50 MAS	9.4	12.1	
\bar{X} DEL IDARE	34.1 (11.3)	35.6 (12.0)	>.05

CUADRO 28

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE
ACUERDO A SENTIMIENTOS DE SEGURIDAD DE LA MUJER EN SU
PAPEL DE MADRE

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
TOTALMENTE SEGURA	42.5	39.1	>.05
REGULARMENTE SEGURA	49.3	51.2	

CUADRO 29

COMPARACION DE LAS ADOLESCENTES
DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL
DE ACUERDO A VARIABLES PSICOSOCIALES*

	INTERVENCION	CONTROL
MEDIA DEL VALOR DE LA PRUEBA DE IDARE	37.1 (8.7)	36.9 (10.1)
	%	%
APOYO PSICOSOCIAL ALTO	89.7	94.6
DISTRESS PSICOLOGICO ALTO	61.5	73.0
DISTRESS PSICOLOGICO ALTO/AOPYO PSICOSOCIAL BAJO	10.3	5.4

* NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

CUADRO 30

COMPARACION DE LOS FUMADORES DE LOS
GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL
DE ACUERDO A LAS VARIABLES PSICOSOCIALES*

	INTERVENCION	CONTROL
MEDIA DE VALORES DE IDARE	40.7	42.1
	%	%
APOYO PSICOSOCIAL	62.5	70.0
DISTRESS	62.5	65.0
DISTRESS ALTO APOYO PSICOSOCIAL BAJO	33.3	20.0

* NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

CUADRO 31

COMPARACION DE LOS RESULTADOS DE LAS PRIMIGESTAS
DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL
DE ACUERDO A LAS VARIABLES PSICOSOCIALES

	INTERVENCION	CONTROL	P
MEDIA DE NIVEL DE ANSIEDAD (VALOR DE IDARE) 36 SEMANAS	32.2	38.6	>.05
	%	%	
DISTRESS PSICOLOGICO	59.4	61.3	>.05
DISTRESS ALTO Y APOYO PSICOSO- CIAL BAJO	15.9	13.3	>.05

CUADRO 32

COMPARACION DE LAS MUJERES CON HISTORIA REPRODUCTIVA ADVERSA
EN EL GRUPO DE INTERVENCION Y CONTROL

	INTERVENCION	CONTROL	P
MEDIA DE NIVELES DE ANSIEDAD (IDARE 36 SEMANAS)	41.2	40.8	>.05
	%	%	
DISTRESS PSICO- LOGICO	65.3	67.6	>.05
DISTRESS ALTO Y BAJO APOYO PSICOSOCIAL	19.4	25.4	>.05

CUADRO 33

COMPARACION DE LOS RESULTADOS DE LAS MUJERES
CON ALTO SUFRIMIENTO PSICOLOGICO Y BAJO APOYO PSICOSOCIAL
EN LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL

	INTERVENCION	CONTROL	P
MEDIA DE NIVELES DE ANSIEDAD (IDARE 36 MENOS)	46.3	48.9	>.05
	%	%	
DISTRESS PSICOLOGICO	86.8	84.2	>.05
ALTO DISTRESS Y BAJO APOYO PSICOSOCIAL	52.8	43.9	>.05

CUADRO 34

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL
DE ACUERDO A HABITOS HIGIENICOS DIETETICOS.
(CUESTIONARIO 36 SEMANAS)

	INTERVENCION	CONTROL	TOTAL	P
	%	%		
TABAQUISMO	5.0	4.1	4.5	>.05
MEJORIA EN LA DIETA	63.0	62.7	62.8	>.05
CONSUMO DE ALCOHOL	9.2	6.7	7.9	>.05
REPOSO DURANTE EL DIA	98.9	99.3	99.1	>.05

CUADRO 35

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE
ACUERDO A ESFUERZO DURANTE EL DIA
(CUESTIONARIO SEMANA 36)

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
TRABAJO ASALARIADO	17.2	19.0	>.05
TRABAJO DOMESTICO			
Ella todo	18.3	21.6	>.05
Ella parte	64.1	58.2	
Otros todo	15.6	17.2	
CARGA COSAS PESADAS			
Todos los días	6.1	4.1	>.05
Frecuentemente	4.2	4.9	
Rara vez	21.4	21.6	
Nunca	68.3	69.0	

CUADRO 36

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE
ACUERDO A METODOS DE LACTANCIA
(CUESTIONARIO 40 DIAS POST-PARTO)

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
LACTANCIA EXCLUSI- MENTE AL SENO MATERNO	31.6	29.9	>.05
LACTANCIA EXCLUSI- VAMENTE CON SUSTI- TUTOS	18.2	27.4	>.05
MIXTA	49.8	42.1	>.05
ALIMENTACION CON HORARIO FIJO	46.9	58.3	.027

CUADRO 37

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE
ACUERDO A UTILIZACION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS POST
PARTO
(CUESTIONARIO POST-PARTO)

VARIABLE	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
ADMISION EN TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	20.4	19.8	>.05
DURACION DE ESTANCIA HOSPITALARIA (DIAS) DEL BEBE	3.1	2.8	>.05
DURACION DE ESTANCIA HOSPITALARIA (DIAS) DE LA MADRE	2.3	2.2	>.05

CUADRO 38

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE
ACUERDO A EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRENATAL
(CUESTIONARIO 40 DIAS POST-PARTO)

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
OPINION DE LA MUJER A LOS 40 DIAS POST PARTO			
Buena	89.2	94.8	>.05
Regular	8.1	2.8	
Mala	2.7	2.4	

CUADRO 39

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y CONTROL DE
ACUERDO A EVALUACION DE LA ATENCION DURANTE EL TRABAJO DE
PARTO Y POST PARTO
(CUESTIONARIO 40 DIAS POST-PARTO)

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
OPINION DE LA MUJER A LOS 40 DIAS POST PARTO			
- TRABAJO DE PARTO Y PARTO			
Buena	88.6	89.8	>.05
Regular	7.3	3.4	
Mala	4.1	6.8	
- POST PARTO			
Buena	88.6	92.4	>.05
Regular	7.8	6.2	
Mala	3.6	1.4	

CUADRO 40

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y DE CONTROL DE ACUERDO A CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO.

(CUESTIONARIO DE 36 SEMANAS)

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
FALTA DE TRABAJO DE PARTO A LAS 42 SEMANAS DE EMBARAZO	5	1.4	>.05
EDEMA	32.9	8.7	<.05
DOLOR DE CABEZA Y MAREOS	37.9	16.4	<.05
SANGRADO	86.3	79.5	>.05
PERDIDA DE LIQUIDO	78.5	63	<.05
FALTA DE MOVIMIENTOS FETALES	33.8	25.6	>.05
CONTRACCIONES PREMATURAS DOLOROSAS	78.5	74	>.05
FIEBRE	26.0	14.6	<.05
TRAUMATISMO	3.7	6.8	>.05
MEDIA DE CONOCIMIENTO	3.2	2.4	<.001

CUADRO 41

COMPARACION ENTRE LOS GRUPOS DE INTERVENCION Y DE CONTROL
DE ACUERDO A CONOCIMIENTOS SOBRE SINTOMAS DE INICIO DE
TRABAJO DE PARTO
(CUESTIONARIO 36 SEMANAS)

	INTERVENCION	CONTROL	P
	%	%	
CONTRACCIONES	95.9	94.1	>.05
RUPTURA DE MEMBRANAS	53.9	44.5	>.05
SALIDA DEL TAPON MUCOSO	45.7	40.5	>.05
MEDIA DE CONOCIMIENTO	1.6 (1.0)	1.5 (1.1)	>.05