



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 ARAGÓN

**“FRECUENCIA DE COMPLICACIONES MÉDICAS Y ASISTENCIA A
CONTROL PRENATAL EN GESTANTES CON Y SIN DESEO DE
EMBARAZO Y ADAPTACIÓN AL MISMO”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

Dra. María Guadalupe García García

TUTOR DE TESIS:

Dra. Patricia Ocampo Barrio

MEXICO DF.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Autorizaciones

Proyecto autorizado por el Comité Local de Investigación (3515) de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 con registro institucional R-2008-3515- 17

DRA. AGUSTINA ELENA VILCHIS GUIZAR
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

DRA. YOLANDA SOTO GONZÁLEZ
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

DR. MARCO ANTONIO PAGOLA MARTÍNEZ
Director UMF No 94 del IMSS

DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
Coord. Clínico Educación e Investigación en Salud
Unidad Medicina Familiar No. 94 de IMSS

Agradecimientos

A MI HIJA:

*A ti princesa por llegar a mi vida llenándola de tantas bendiciones.
Porque con tu sonrisa logras cambiarlo todo y me alienta a seguir adelante. Te quiero Alejandra*

A MI ESPOSO:

Gracias por tu apoyo, por tu comprensión, por llegar a mi vida y estar a mi lado en esta aventura que iniciamos y hoy concluimos juntos.

A MIS PADRES:

Sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo quiero que sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo gracias por estar conmigo

A MIS HERMANOS:

Por el apoyo y comprensión que me han brindado a lo largo de estos años. Gracias.

A MIS AMIGOS:

Por compartir alegrías, tristezas, desvelos y sobre todo por todas la experiencias compartidas. Gracias Gloria, Cesar, Virma y Mosiah.

A MIS MAESTROS:

Por haber compartido experiencias, conocimientos y por las exigencias porque gracias a eso es que hoy estoy aquí.

Dra. Patricia Ocampo gracias por su apoyo sin usted no lo hubiera logrado

ÍNDICE

• Marco conceptual y científico	1
• Planteamiento del problema	12
• Objetivos	14
• Hipótesis	14
• Identificación de variables	15
• Diseño del estudio	15
• Universo de trabajo	15
• Población de estudio	15
• Muestra de estudio	15
• Determinación estadística de la muestra	15
• Tipo de muestreo	16
• Criterios de selección	16
• Procedimiento para integración de la muestra	16
• Descripción del instrumento	16
• Aspectos éticos	18
• Resultados	20
• Análisis de resultados	29
• Conclusiones	31
• Sugerencias	33
• Bibliografía	34
• Anexos	37

Frecuencia de complicaciones médicas y asistencia a control prenatal en gestantes con y sin deseo de embarazo y adaptación al mismo

Ocampo-Barrio P ¹, García-García MG ²

Introducción. Se considera a un embarazo como no deseado, cuando ocurre en un momento poco favorable ó inoportuno, ya sea porque que dañe la salud, moral o estabilidad sociocultural y económica de la madre. Ante esta circunstancia se puede optar por interrumpir o continuar con él. Cuando la mujer opta por la segunda alternativa, debe realizar modificaciones que le permitan adaptarse a los cambios producidos por el embarazo. Si ocurre lo contrario, este puede ser el detonante de alteraciones importantes, en que intervienen mecanismos de estrés crónico relacionados con niveles elevados de cortisol y catecolamina.

Objetivo. Comparar la frecuencia de complicaciones médicas y asistencia a control prenatal en mujeres gestantes con y sin deseo de embarazo y adaptación del mismo.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, comparativo, transversal y ambilectivo. Utilizando muestreo por conveniencia se integro una muestra determinada estadísticamente de 65 embarazadas con deseo de embarazo y 65 sin deseo de embarazo, quienes manifestaron participación voluntaria. El Prenatal Self-Evaluation Questionnaire-PS fue el instrumento que permitió identificar deseo y adaptación al embarazo. El análisis estadístico se utilizará prueba de Ji cuadrada.

Resultados. El 96.9% de las gestantes con deseo de embarazo se adaptaron al mismo, en tanto solo se adaptaron 84.6% de las gestantes que no manifestaron este deseo. La escolaridad fue la única variable que intervino sobre el deseo de embarazo. Las gestantes con adaptación al embarazo presentaron una asistencia más adecuada a su control prenatal.

Conclusiones. Un elevado porcentaje de mujeres que inicialmente no deseaban el embarazo, lograron adaptarse a los cambios físicos, emocionales y socioculturales producidos por este.

Palabras clave. Embarazo deseado, embarazo no deseado, complicaciones del embarazo.

¹ Médico especialista en Medicina Familiar, Jefe Investigación/Educación, Unidad Medicina Familiar 94 del IMSS

² Médico Residente del Curso en Especialización en Medicina Familiar, Unidad Medicina Familiar 94 del IMSS

MARCO CONCEPTUAL

La sexualidad es una realidad muy compleja que se sustenta en un triángulo constituido por “erotismo”, “afectividad” y “reproducción”. De tal manera, que la sexualidad es fuente que nutre de placer al individuo y que a su vez se constituye en una vía que permite la descarga de tensiones; brinda además la oportunidad de comunicación e intercambio de ternura y afecto con la pareja, y al mismo tiempo ofrece la posibilidad de trascender a través de la reproducción.¹

Cuando en el ejercicio de la sexualidad existe un desequilibrio entre estos elementos aparecen con relativa frecuencia los llamados embarazos no deseados. Se conceptúa a un embarazo como no deseado (END), cuando ocurre en un momento poco favorable, inoportuno ya sea porque que dañe la salud, la moral o estabilidad sociocultural y económica de la madre.²

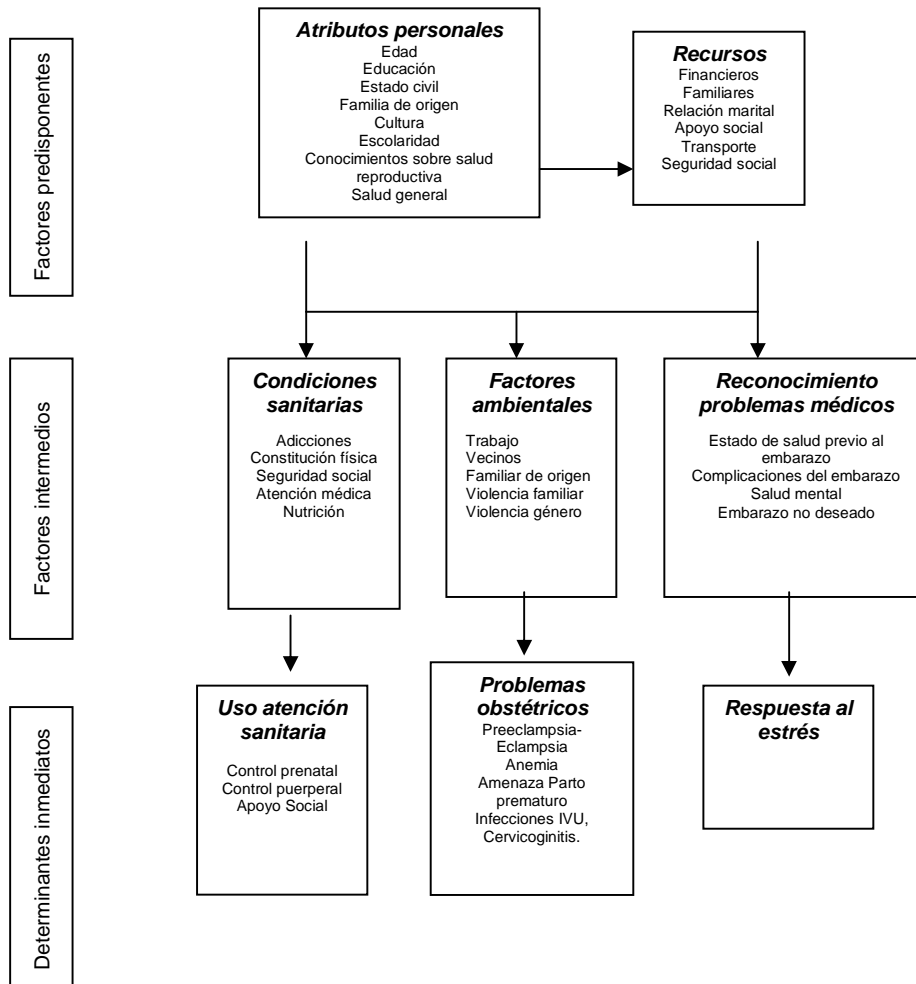
Información actual disponible señala que en la ciudad de México la edad promedio en la que la mujer presenta su primera menstruación es 12.4 años y en promedio su primera relación sexual a los 17 años; en tanto que los varones esta experiencia la tienen alrededor de los 16 años.

Si consideramos que una mujer esta biológicamente capacitada para el embarazo a partir de que presenta la menarca, nos encontramos en una disyuntiva preocupante ya que la madurez emocional y sociocultural se alcanza muchos años después. Tal vez ello explique porque la vida sexual activa se inicie a edades más tempranas y la reproducción se haya postergado.³

La encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (1998), reveló que los varones después del inicio de la actividad sexual continúan activos y sin protección (preservativo) durante un año o más, ya que consideran que es la mujer quien debe cuidarse.

El empleo de métodos anticonceptivos entre las mujeres aún es más bajo, ya que solo 36% manifestó haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Lo que explica que el 50% de las adolescentes que se habían embarazado alguna vez, manifestaron que su primer embarazo no había sido deseado.³

El END frecuentemente desencadena la aparición de otras complicaciones para la salud. La primera alternativa para resolver este problema es la decisión de realizar un aborto, el cual generalmente implica un grave riesgo sobre todo cuando se hace de manera clandestina o insegura. En el mejor de los casos, cuando la mujer decide continuar con el embarazo pueden aparecer complicaciones biológicas, emocionales y sociales, sin embargo los riesgos psicosociales del END han recibido cada vez más atención a lo largo del último decenio debido a la aceptación de la influencia del entorno sobre la salud, tal como a continuación se ejemplifica en la figura 1.



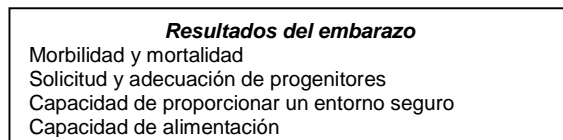


Figura 1. Mecanismos por los que las cuestiones psicosociales afectan el resultado del embarazo.

Se estima que aproximadamente el 40% de los embarazos que ocurren anualmente en el mundo son no deseados, cada año 46 millones de embarazos no deseados terminan en aborto, de los cuales 20 millones se realizan en condiciones de riesgo.⁵

A nivel mundial cada año 14 millones de jóvenes entre los 15 y 20 años de edad son madres y alrededor del 50% de estos nacimientos no fueron planificados ni deseados. En México, al año nacen más de 450, 000 infantes de madres no mayores de 20 años, cifra que representa el 16% del total de nacimientos en el país. En el año 1995 en el Distrito Federal se registraron 196,252 nacimientos de estos el 13.23% correspondieron a mujeres menores de 20 años. Un dato que llama la atención es que se han incrementado los END en mujeres mayores de 40 años.⁶

Comportamiento que nos enfrenta a la siguiente interrogante ¿cómo es que en una época en que en teoría, existen los medios más eficaces para regular la fecundidad, las mujeres aún siguen presentando embarazos no planeados? Sin temor a equivocarnos podemos responder que los aspectos sociales, culturales y de género tienen un papel fundamental sobre la génesis de este problema, al influir de manera directa sobre las expectativas reproductivas de la mujer.

El papel que se les asigna a las mujeres en nuestra sociedad esta íntimamente relacionado con la expectativa reproductiva. Encuestas demográficas y de salud realizadas en América Latina en los últimos años señalan que el tamaño de la

familia se ha reducido de manera importante en los últimos 30 años al pasar de 6 hijos (1960/1965) a 3.3 (1990/1995). En México (1997) las mujeres de 15 a 19 años declararon que su número ideal de hijos era en promedio de 2.7, mientras que las del grupo de 45 a 49 años respondieron que era de 4. Las mujeres sin escolaridad expresaron que el número ideal era de 4.3 y las que tenían educación secundaria o superior aspiraban a 2.7. Finalmente, las de origen rural señalaron que su tamaño ideal de descendencia era de 3.8 y las de medio urbano de 3. ²

Son causas médicas relacionadas con el embarazo no deseado: ⁵

1. *No uso de anticonceptivos.* Ya sea por falta de información, acceso limitado a servicios, carencia de métodos, limitación de recursos económicos, creencias personales, objeciones familiares y/ temor por la salud.
2. *Deficiente educación sexual.* Las adolescentes son particularmente susceptibles a presentar END, ya que generalmente inician actividad sexual sin protección debido a su deficiente información sobre sexualidad y la baja cobertura de los servicios de salud.
3. *Violencia sexual (abuso o violación).* Cerca del 20 al 50% de las mujeres con embarazos calificados como no deseados refirieron algún tipo de violencia sexual.
4. *Falla anticonceptiva.* Sobre todo por el uso de métodos anticonceptivos de baja continuidad o baja eficacia.

Son causas emocionales y socioculturales relacionadas con el embarazo no deseado:

1. *Presión social.* Algunos núcleos sociales consideran que la función principal de la mujer es la reproducción, de tal manera que la mujer ocupa un estatus diferente cuando ha experimentado la maternidad.
2. *Baja estima personal.* La soledad y el concepto de baja valía personal, hacen que la mujer considere a los hijos como un medio para conservar su relación de pareja.

3. *Responsabilidad económica y social que implica la maternidad.* Las exigencias económicas que demanda la globalización y el ritmo actual de vida hacen que la mujer evite la maternidad por el temor de poder cubrir las necesidades de los hijos.
4. *El rechazo ó abandono de la pareja.*
5. *Temor a la crítica o rechazo social y familiar.*

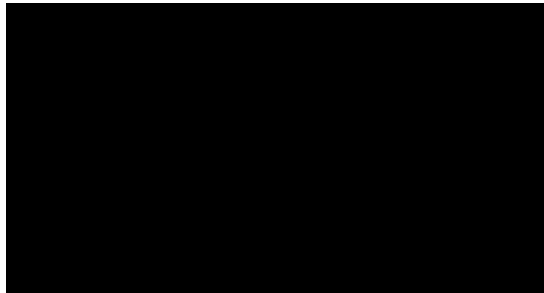
Una circunstancia incuestionable es que la mortalidad asociada al embarazo (deseado ó no deseado), continúa siendo un problema importante de salud. La mortalidad materna es un indicador que refleja la inequidad socioeconómica y cultural en que viven una gran proporción de mujeres en el mundo.

Situación que se refleja en los reportes internacionales emitidos por diferentes instancias. En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó 600 mil muertes maternas, de estas 98% tuvieron lugar en países en desarrollo. En el año 2002 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informo que ocurrieron 23 mil muertes maternas, así mismo reportó que la tasa de mortalidad perinatal fue 190 por 100 mil nacidos vivos. De acuerdo a los reportes de la Secretaria de Salud emitidos en los años 2000-2003 esta situación en México no difiere mucho de estas cifras.⁷

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una de las principales instituciones de salud, de tal manera que atiende alrededor del 40% de los nacimientos ocurridos en nuestro país. De tal manera sus acciones médica preventivas repercuten de manera importante en las estadísticas nacionales.⁷

La siguiente figura muestra la Tendencia de la Mortalidad Materna en el régimen obligatorio del IMSS (2000-2006).

Figura 2.



Fuente: Comités Institucionales de estudios en Mortalidad materna. Tasa por 100 000 nacidos vivos.

Como se observa durante los años 2000 a 2005 el canal endémico mostraba una tendencia descendiente, situación que parece dispararse en el año 2006 donde se muestra un incremento de la mortalidad materna.

Las causas de muertes maternas ocurridas en este período se presentan en el siguiente cuadro:

Causa	2001-2003 tasa	2004-2006 tasa
Preeclampsia-Eclampsia	37.6	34.7
Hemorragias del embarazo, parto y puerperio	16.7	13.4
Aborto	5.9	5
Embolia pulmonar obstétrica	5.7	4.7
Trauma obstétrico	1.7	3.2
Sepsis puerperal	3.5	2
Trastorno del hígado	2.1	1.2
Accidente anestésico	2.2	1.2
Corioamnioitis	1.0	1
Demás causas directas	3.3	2.7
Obstétricas indirectas: Infecciosas y Parasitarias	3.5	4.2
Obstetricias indirectas: Las demás causas	16.8	26.7
Total	100	100
n	579	404

Fuente: Comités Institucionales de Estudios de la Mortalidad Materna.

Corolarios complementarios de este análisis señalan que el 36.8% de estas muertes pudieron ser prevenibles. Así mismo se determinó que el 39.6% de ellas habían acudido a 5 ó más consultas de control prenatal, el 13.8% habían recibido de 3 a 4 atenciones, 25.6% habían recibido una consulta y solo el 19% nunca asistieron a control prenatal.⁸

Estos resultados señalan que la atención médica no está teniendo el impacto esperado, ya que la asistencia de embarazada a control prenatal no está siendo un factor de protección. Ello obligó al IMSS a revisar su Lineamiento Técnico Médico para la vigilancia del embarazo, puerperio y sus complicaciones en Medicina Familiar. Documento que otorga mayor importancia a las acciones médico preventivas de tipo biológico, dejando de lado los aspectos sociales y emocionales presentes en la evolución del embarazo.^{8,9}

Son acciones contempladas en el Lineamiento Técnico Médico para la vigilancia del embarazo, puerperio y sus complicaciones en Medicina Familiar:

1. Identificación de factores de riesgo:

- Biológico.
 - ⇒ Edad
 - ⇒ Peso y talla
 - ⇒ Número de gestas
 - ⇒ Antecedentes gineco-obstétricos
 - ⇒ Enfermedades concomitantes: cervicovaginitis, diabetes, hipertensión arterial, infección vías urinarias, nefropatía, cardiopatía, etc.
 - ⇒ Psicosociales
 - ⇒ Adicciones: tabaquismo y alcoholismo

2. Acciones médico preventivas que permiten evaluar la evolución del embarazo^{10,11}

- ⇒ Toma de peso y talla
- ⇒ Medición de fondo uterino

- ⇒ Controles bioquímicos: biometría hemática, glucosa, examen general de orina, VDRL, grupo y Rh.
- ⇒ Ultrasonido

3. Detección y tratamiento de las complicaciones del embarazo

- ⇒ Anemia
- ⇒ Infección de Vías Urinarias
- ⇒ Infección Cervicovaginal
- ⇒ Preeclampsia-Eclampsia
- ⇒ Hemorragias del embarazo

Tal vez ello explique porque el Médico Familiar, pasa por alto la identificación de los factores psicosociales, los cuales también influyen de manera determinante en la evolución del embarazo y en el bienestar del recién nacido. La evidencia científica ha identificado los factores de riesgo psicosocial presentado en el siguiente cuadro.^{3,11}

Riesgo social	Riesgo psicológico
Ingresos económicos insuficientes	Estrés crónico
Alimentación deficiente ó no equilibrada	Problemas de ajuste emocional ante el embarazo
Sistema de seguridad social deficiente	Apoyo familiar o conyugal insuficiente
Adicciones	Disfunción familiar
Alfabetización	Violencia domestica
Falta de cobertura en salud	Temor a ser incapaz de proporcionar maternaje

Las condiciones psicológicas antes señaladas son indicadores directos para que la mujer califique su embarazo como deseado ó no deseado. Se debe aceptar la gran limitación metodológica que la medicina familiar enfrenta cuando se profundiza en aspectos tan subjetivos y complejos como lo es este tema.

Si bien es cierto que el embarazo es etiquetado como un estado “normal y fisiológico” característico de la etapa reproductiva de la mujer; también es cierto

que pone a prueba la capacidad de adaptación biológica de todos los aparatos y sistemas de la mujer.

El embarazo igualmente precipita una crisis social que depende de la edad, grado de desarrollo personal de la mujer e independencia socioeconómica. El embarazo obliga tanto a la mujer como a su pareja a realizar cambios fundamentales en sus actividades cotidianas, personales, profesionales y de pareja. ¹²

Desde la esfera psicológica, el embarazo pone también a prueba la estructura emocional de la pareja y en especial a la mujer, pues es el detonante que los convierte en familia o amplía el tamaño y funciones de la misma, obligándolos a asumir nuevos roles. El deseo de los padres por un hijo se determina por su grado de autoestima y por su capacidad amorosa. ^{1, 3, 13,14}

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Culturalmente en nuestra sociedad el nacimiento de un hijo es una de las circunstancias que más modifica la vida de los padres, especialmente el de la madre, tal vez por ello se da mayor importancia al maternaje, este se define como el proceso mediante el cual la mujer adquiere durante el embarazo las cualidades biológicas, psicológicas y socialmente aceptadas acerca del rol de madre. Este proceso parece iniciarse desde el momento mismo de la fecundación y persiste a lo largo de la vida de la mujer.

En este sentido Brazelton y Cramer (1993) señalaron que el maternaje tiene su antecedente mucho antes de la misma fecundación ya que tiene que ver con las relaciones que previamente establecidas por la mujer. Conforme a la evolución del embarazo el hijo se va siendo presente es que la mujer va construyendo representaciones en torno al hijo imaginado en sus sueños y fantasías, el feto invisible pero presente a través de las vivencias establecidas entre ellos y el recién nacido es el hijo real que ahora pueden ver, oír y tomar entre sus brazos.

Dicke Read (1994) señaló que la depresión, miedos y/o temores que la mujer experimenta en relación con su embarazo, desencadenan un circuito retroactivo de “miedo-tensión-dolor”, que de manera importante influye en el curso del embarazo y en el tipo de parto. En este sentido, señaló como responsables de esta acción a los niveles plasmáticos elevadamente sostenidos de cortisol y noradrenalina, presentes en la embarazada con estrés crónico de cualquier origen.

Lederman (1996) tras entrevistar a 1, 280 embarazadas, identificó que el total de ellas presentaba algún conflicto relacionado con su embarazo y que la respuesta al mismo podía ser adaptativa o no adaptativa. Observo que el patrón de respuesta adaptativa era paralelamente progresivo a la evolución del embarazo y la orientación prenatal recibida. Las embarazadas que no respondieron adaptativamente presentaron ambivalencia acerca de su embarazo y su capacidad de maternaje. ¹⁵

Núñez Urquiza y colaboradores (1992-1994), realizaron un estudio en el estado de Morelos con objetivo de describir la proporción de embarazos no deseados. La muestra se integró por 220 embarazadas. El 22.73% de la muestra refirió que su embarazo había sido no deseado. ³

Padrón Arredondo (2002-2003), realizó en el estado de Quintana Roo un estudio descriptivo, en una muestra de 218 adolescentes embarazadas. Se encontró que 49.5% eran portadoras de un embarazo como no deseado. El estado civil predominante fue la unión libre con un 44 % y el 47.2% señaló no tener conocimiento de los métodos anticonceptivos. ¹⁶

Lara y colaboradores (2006), estudio la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas y los factores de riesgo asociados. La muestra se conformó por 300 embarazadas que recibieron atención prenatal en 3 instituciones de la Ciudad de México. Sus resultados señalan que la edad promedio de las mujeres estudiadas fue de 26 años, un poco menos de la mitad contaban con estudios de primaria y secundaria, 84% convivían con su pareja. El 30.7% presentaron síntomas actuales

de de depresión y 59% refirieron síntomas depresivos en el pasado. Finalmente 51% refirió que se trataba de un embarazo no planeado. ¹⁷

Como puede observarse una gran cantidad de estudios se han enfocado exclusivamente en conocer la opinión de la mujer sobre su embarazo, dejando de lado otros aspectos que pudieran estar influyendo sobre su opinión. Circunstancia que puede atribuirse a la falta de instrumentos disponibles para valorar la adaptación al embarazo y a la futura maternidad.

Le-derman (1984-1996) a través de las múltiples entrevistas que realizó con embarazadas, se percató de los conflictos emocionales que enfrentaban, esto lo llevó a construir el *Prenatal Self-Evaluation Questionnaire-PS*, instrumento que ha resultado útil para estudiar y comprender mejor los cambios mentales que se dan de forma paralela durante la gestación, al tiempo que brinda la posibilidad de prevenir posibles complicaciones biológicas y preparar a la futura madre no solo para el parto, sino fundamentalmente para la maternidad. Este instrumento será utilizado en nuestro estudio y sus características se muestran en apartados posteriores. ¹⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación.- Se define a un embarazo como no deseado, cuando ocurre en un momento poco favorable ó inoportuno, ya sea porque que dañe la salud, la moral o estabilidad sociocultural y económica de la madre.

Elegir el momento preciso de la maternidad es una decisión que enfrenta la mujer durante el transcurso de su vida fértil. Sin embargo, es más común que esta decisión sea olvidada o desdeñada en los extremos de la vida reproductiva, como es el caso de las adolescentes ó las mujeres mayores de 40 años. Olvido avalado por el propio personal de salud, ante la creencia errónea de considerar a estos grupos etareos como carentes de actividad sexual.

Es importante resaltar que la evidencia científica identifica como causas relacionadas a embarazos no deseado: *a)* el acceso limitado a los servicios de salud, *b)* la información errónea acerca de la reproducción, *c)* abuso o violación sexual, *d)* la falla anticonceptiva, *e)* baja escolaridad, *f)* nivel socioeconómico deficiente, *g)* escasas oportunidades de desarrollo personal o profesional, etc.

La mujer que se enfrenta a un embarazo no deseado se ve en la necesidad de tomar la decisión de “interrumpir” o “continuar” con el mismo. Ambas alternativas presentan consecuencias importantes sobre la salud del binomio madre-hijo. Los efectos más graves de la primera alternativa son los problemas que resultan de un aborto mal practicado, pudiendo condicionar la muerte o discapacidad permanente de la mujer.¹⁸

Cuando la mujer opta por la segunda alternativa también se presentan complicaciones graves, derivadas del grado y cronicidad del estrés desencadenado por los mecanismos de adaptación empleados. Si al transcurrir de la gestación la mujer se adapta el peligro disminuye.

Si ocurre lo contrario, este puede ser el detonante de alteraciones emocional importantes, en que intervienen niveles elevados de cortisol y catecolamina. Lo

que se manifiestan a través de conductas descuido o desinterés de la embarazada por su bienestar personal y del futuro hijo.¹⁸

Es así como el embarazo, siendo un proceso fisiológico que en la mayoría de los casos transcurre sin complicaciones, puede ser el sustrato para la instalación de condiciones patológicas que de no detectarse a tiempo y tratarse de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud de la madre y de su hijo.

Bajo esta perspectiva la aplicación del Lineamiento Técnico Médico para la Vigilancia del Embarazo y del Puerperio representa una intervención eficaz que permite detectar y manejar posibles complicaciones. Desafortunadamente no considera de manera integral los aspectos disciplinarios que dan soporte a la Medicina Familiar, exaltar exclusivamente la identificación de los factores de riesgo biológico y descalificando los factores psicosociales que también constituyen un riesgo.

Pregunta de investigación.- La observación empírica acerca de las actividades médico preventivas inherentes a la atención prenatal señalan que frecuentemente la mujer solicita atención médica de primera vez en etapas avanzadas de su embarazo. Las estadísticas reportadas del período 2006-2007 avalan esta observación, ya que se reporta que 23.9% (268) de la atenciones prenatales que se otorgaron fue en mujeres que cursando el primer trimestre, 45.4% (506) el segundo y 30.7% (344) el tercero. Tal vez esto se refleje en el incremento de la tasa de mortalidad perinatal la que paso de 18.61 (2006) a 19.85 (2007).

Las complicaciones del embarazo presentadas en este mismo período fueron: infección de vías genitourinarias (85%), aborto (9.5%), diabetes gestacional (2%), preeclampsia moderada (0.17%) y severa (0.08%).^{19,20} Como se observa de esta lista se encuentran excluidas las patologías psicosociales.

Partiendo de los reportes científicos actuales y utilizando el marco disciplinar de la Medicina Familiar, consideramos pertinente investigar los aspectos emocionales

que acompañan al embarazo. Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿El deseo de embarazo y adaptación al mismo influye en la presentación de complicaciones médicas y asistencia a control prenatal en gestantes derechohabientes de la UMF 94?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

Comparar la frecuencia de complicaciones médicas y asistencia a control prenatal entre gestantes con embarazo deseado y adaptación al mismo y gestantes con embarazo no deseado y sin adaptación al mismo.

Específicos

1. Determinar con que frecuencia las gestantes derechohabientes de la UMF 94 presentan respuesta adaptativa al embarazo
2. Determinar con que frecuencia las gestantes derechohabientes de la UMF 94 presentan complicaciones médicas
3. Determinar con que frecuencia las gestantes derechohabientes de la UMF 94 asisten a control prenatal.

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Las gestantes derechohabientes de la UMF 94 portadoras de embarazo no deseado y sin adaptación al mismo presentan con mayor frecuencia complicaciones médicas y menor asistencia a control prenatal, en comparación con las gestantes que cursan con un embarazo deseado y con adaptación al mismo.

IDENTIFICACION DE VARIABLES

Variable independiente. Deseo o no de embarazo y adaptación ó no al mismo.

Variable dependiente. Complicaciones médicas del embarazo y asistencia a control prenatal

Variables universales.- Edad, escolaridad, estado civil, ocupación, número de embarazos.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Ver cuadro de variables anexo 1

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, comparativo, transversal, retrospectivo y retrolectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Mujeres gestantes.

POBLACION EN ESTUDIO

Mujeres gestantes derechohabientes del IMSS.

MUESTRA DEL ESTUDIO

Mujeres gestantes derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF no. 94.

DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Considerando el diseño del estudio y determinado un nivel de confianza del 99% y poder muestral del 95%, con base una prevalencia esperada de embarazo deseado del 50% y una prevalencia de complicaciones obstétricas del 12%. Se calculó con ayuda del programa EPI info 6 un tamaño de muestra de 129 embarazadas.

TIPO DE MUESTREO

Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

❖ Inclusión:

1. Embarazadas derechohabientes de la UMF no. 94 IMSS
2. Cualquier turno de atención
3. Con expediente clínico vigente
4. Con asistencia mínima a una consulta prenatal
5. No estar bajo ningún tipo de tratamiento psiquiátrico

6. Que acepten participar en el estudio por escrito previo consentimiento informado

7. Que respondan completo el instrumento

❖ **No Inclusión:**

1. No aplican

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

El investigador responsable invitó a participar en el estudio a las embarazadas que se encontraron en las salas de espera de la Unidad y que además cubrían los criterios de selección de la muestra establecidos en el estudio. Quienes aceptaron participar por escrito previo consentimiento informado, se trasladaron al aula 2 donde se les entregó el instrumento a responder previa asesoría del investigador.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó el instrumento “*Prenatal Self-Evaluation Questionnaire-PS*”, construido y validado por Le-derman (1984-1996). Inicialmente este se redactó en el idioma inglés y se integraba de 79 ítems. En el año 2007 Armengol y colaboradores realizan la traducción y adaptación del instrumento al español. Durante la validación de esta traducción, el instrumento se reconstruyó quedando finalmente integrado por un total de 84 ítems conformados en una escala Lickert de cuatro puntos (1-4) oscilando entre los adjetivos mucho-nunca (ver anexo 2). Con esto se alcanzó una consistencia interna (0.89) y una confiabilidad de (0.90).¹⁵

En el siguiente cuadro se presentan las especificaciones e indicadores del mismo.

Indicador	No pregunta	Clasificación	Calificación
Deseo de embarazo	1, 2, 31, 33, 34	❖ Embarazo deseado ❖ Embarazo no deseado	13 puntos o más 12 puntos ó menos
Identificación con el rol materno	39, 40, 41, 42.	❖ Funcional ❖ Disfuncional	12 puntos ó más 11 puntos ó menos
Calidad de la relación con la madre	6, 9, 10, 14, 17, 22, 28, 32, 36	❖ Satisfactoria ❖ Insatisfactoria	24 puntos ó más 23 puntos ó menos
Calidad de la relación con la pareja.	3, 4, 11, 15, 19, 20, 27, 38	❖ Satisfactoria ❖ Insatisfactoria	24 puntos ó más 23 puntos ó menos
Preparación al parto	5, 12, 13, 23, 24, 26, 29,	❖ Satisfactoria ❖ Insatisfactoria	18 puntos ó más 17 puntos ó menos

Miedo a dolor y pérdida de control durante el parto	8, 21, 25, 30, 37	❖ Funcional ❖ Disfuncional	10 puntos ó menos 11 puntos ó más
Preocupación por el bienestar propio y del bebe.	7, 16, 18, 35	❖ Funcional ❖ Disfuncional	8 puntos ó menos 9 puntos ó más

⇒ Para la identificación del deseo de embarazo se utilizaron exclusivamente las preguntas de este indicador, de tal manera que puntuaciones de 13 ó más se consideraron como embarazo deseado y puntuaciones menores de 12 como embarazo no deseado.

⇒ Excluyendo este indicador 89 fue el punto de corte para identificar la adaptación al embarazo, de tal manera que 89 puntos o más señalan adaptación y puntuaciones menores de 89 señalan una no adaptación.

Para identificar las variables de intervención (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, número de embarazos, enfermedad crónica degenerativa, tipología familiar y asistencia a control prenatal) se construyó una base de datos semi-estructurada la cual fue anexada al instrumento antes descrito.

Para identificar las complicaciones médicas del embarazo y la asistencia a control prenatal se elaboró una base de datos estructurada que incluyó los padecimientos más frecuentes: DM, IVU, P-E, anemia, cervicovaginitis, amenaza de aborto, hemorragias del 2º trimestre y placenta previa, así como la posibilidad de anotar el número de atención médicas recibidas. Es importante señalar que el investigador recabo esta información del expediente electrónico. (Anexo 3)

ANALISIS ESTADISTICO

⇒ **Hi:** Las gestantes derechohabientes de la UMF 94 que manifiestan deseo de embarazo presentan menor frecuencia de complicaciones médicas y mayor asistencia a control prenatal, en comparación con las gestantes que no manifiesta deseo de embarazo.

⇒ **Ho:** Las gestantes derechohabientes de la UMF 94 que manifiestan deseo de embarazo presentan igual ó mayor frecuencia complicaciones médicas e igual o menor asistencia a control prenatal, en comparación a las gestantes que no manifiestan deseo de embarazo.

Decisión estadística: Considerando el diseño del estudio, la escala de medición de las variables y el número de grupos, se utilizó prueba de Chi cuadrada y prueba de Fisher para identificar la influencia de las variables universales sobre las variables en estudio. La estadística descriptiva se utilizó para detallar y presentar los resultados por medio de cuadros y graficas.

CONSIDERACIONES ETICAS

En la elaboración de este proyecto se tomaron en cuenta los siguientes documentos: Reglamentos del Instituto Mexicano del Seguro Social en material de investigación, Declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial en 52ª. Asamblea General en el 2000 y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Así mismo se respetaron los principios éticos de:

- ❖ Autonomía pues se manejara el consentimiento informado y la libertad de elegir si participa o no en el estudio.
- ❖ Equidad pues a todos se les permitirá su participación.
- ❖ Beneficencia y no maleficencia, ya que el estudio se orientara a buscar ciertos elementos que nos permitían en un futuro orientar tanto a los participantes como al resto de la población de la UMF no. 94 IMSS. (Ver anexo 4)

RESULTADOS

La muestra se integró por 65 gestantes que señalaron haber deseado su actual embarazo y por 65 que contrariamente refirieron no haber deseado su embarazo.

La adaptación que presentaron al embarazo se muestra en el cuadro I, como puede observarse el 84.6% (55) de las gestantes que no había deseado el embarazo lograron adaptarse a este proceso y tan solo 15.4% (10) de ellas no lograron adaptarse a los cambios producidos por este. Es importante señalar que el 3.1%(2) de las gestantes que habían deseado el embarazo, no alcanzaron adaptarse al mismo.

Para identificar si el deseo de embarazo influía en la adaptación al mismo se realizó prueba estadística de chi cuadrada obteniendo una p de 0.01.

Cuadro I. Deseo de embarazo y adaptación al mismo

ADAPTACION AL EMBARAZO*	EMBARAZO				TOTAL	
	Deseado*		No deseado*			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	63	96.9	55	84.6	118	90.8
No	2	3.1	10	15.4	12	9.2
Total	65	100	65	100	130	100

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas de la UMF No. 94 IMSS 2008 *chi cuadrada p 0.01

El Comportamiento de las variables sociodemográficas con respecto al deseo de embarazo se presenta en el cuadro II, como puede apreciarse la escolaridad fue la única variable que influyó sobre el deseo de embarazo.

Edad. Llama la atención que las gestantes con deseo de embarazo presentaron una edad menor (promedio 27.3 años y d.e.= 8.17), en comparación con las gestantes que no manifestaron este deseo (promedio 29.17 años y d.e =7.67).

Estado civil. El 92.3%(60) de las gestantes con deseo de embarazo, señalaron convivencia con su pareja, ya sea por casamiento ó unión libre y solo 7.7% (5) se identificaron como solteras, separadas o viudas. No sucediendo lo mismo en el grupo de gestantes sin deseo de embarazo donde 20%(13) señalaron no convivir con su pareja al referirse como solteras, separadas ó viudas; en tanto que 80%(52) expresaron estar casadas o en unión libre.

Ocupación. Resulta evidente la variación en los porcentajes respecto a las actividades referidas por las gestantes con y sin deseo de embarazo. En el primer grupo el 47.7%(31) se dedican a las labores del hogar y 30.8%(20) realizan una actividad remunerada. Por el contrario en el segundo grupo son empleadas 55.4% (36) y se dedican al hogar el 33.8%(22).

Escolaridad. En este punto, es importante señalar que el 83.1%(54) de gestantes sin deseo de embarazo en su conjunto refirieron con mayor frecuencia estudios de secundaria, bachillerato o licenciatura. En tanto que este nivel de escolaridad fue menor en las gestantes con deseo de embarazo 75.4%(49). Otra diferencia encontrada fue la mayor frecuencia de estudios técnicos en el grupo de gestantes con deseo de embarazo 23.1%(15) en comparación con el 10.8%(7) reportado en el grupo de gestantes sin deseo de embarazo. Fue esta la única variable que resulto estadísticamente significativa entre las mujeres con y sin deseo de embarazo.

Cuadro II Variables sociodemográficas que influyen sobre el deseo de embarazo

	EMBARAZO DESEADO		EMBARAZO NO DESEADO		TOTAL		p*
	No.	%	No.	%	No.	%	
ESTADO CIVIL							0.86
Soltera	4	6.2	9	13.8	13	10.0	
Casada	37	56.9	31	47.7	68	52.4	
Unión libre	23	35.4	21	32.3	44	33.8	
Divorciada	0	0	0	0	0	0	
Viuda	0	0	0	0	0	0	
Separada	1	1.5	4	6.2	5	3.8	
TOTAL	65	100	65	100	130	100	
OCUPACION							0.62
Hogar	31	47.7	22	33.8	53	40.7	
Obrera	4	6.2	2	3.1	6	4.6	
Empleada	20	30.8	36	55.4	56	43.1	
Estudiante	2	3.1	1	1.5	3	2.3	
Comerciante	2	3.1	1	1.5	3	2.3	
Profesionista	6	9.2	3	4.6	9	6.9	
TOTAL	65	100	65	100	130	100	
ESCOLARIDAD							0.03
Primaria	1	1.5	4	6.2	5	3.84	
Secundaria	18	27.7	21	32.3	39	30	
Preparatoria	17	26.2	21	32.3	38	29.2	
Licenciatura	14	21.5	12	18.5	26	20	
Carrera Técnica	15	23.1	7	10.8	22	16.9	
Posgrado	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	65	100	65	100	130	100	

FUENTE: Encuesta aplicada a embarazadas de la UMF No.94 IMSS 2008. *Significancia estadística prueba de Chi cuadrada.

El Comportamiento de las variables sociodemográficas con respecto a la adaptación del embarazo se presenta en el cuadro III, como puede apreciarse ninguna de estas variables que influyó sobre la adaptación del mismo.

Estado civil. El 87.4%(103) de las gestantes con adaptación al embarazo, señalaron convivencia con su pareja, ya sea por casamiento ó unión libre y solo 12.6% (15) se identificaron como solteras, separadas o viudas. Comportamiento similar se encontró en el grupo de gestantes sin adaptación donde 74.9%(9) señalaron convivir con su pareja ya sea por casamiento ó unión libre, en tanto que 25.3%(3) señalaron ser solteras, separadas ó viudas.

Ocupación. Resulta evidente la variación en los porcentajes respecto a las actividades referidas por las gestantes con y sin adaptación al embarazo. En el primer grupo el 39%(46) se dedican a las labores del hogar y 45.8%(54) realizan una actividad remunerada. Por el contrario en el segundo grupo son empleadas 16.6% (2) y se dedican al hogar el 58.5%(7).

Escolaridad. En este punto, es importante señalar que el 78.7%(93) de gestantes que se adaptaron al embarazo en su conjunto refirieron con mayor frecuencia estudios de secundaria, bachillerato o licenciatura. Comportamiento similar en el grupo de gestantes sin adaptación con 83.3% (10). Otra diferencia encontrada fue la mayor frecuencia de estudios de licenciatura en el grupo de gestantes sin adaptación al embarazo 33.3%(4).

Cuadro III. Variables sociodemográficas que sobre la adaptación al embarazo

	ADAPTACION AL EMBARAZO						p*
	SI		NO		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	
ESTADO CIVIL							0.16
Soltera	11	9.3	2	17.0	13	10	
Casada	60	51.0	8	66.6	66	50.7	
Unión libre	43	36.4	1	8.3	45	34.6	
Divorciada	-	-	-	-	-	-	
Viuda	-	-	-	-	-	-	
Separada	4	3.3	1	8.3	6	4.6	
TOTAL	118	100	12	100	130	100	
	OCUPACION						0.15
Hogar	46	39.0	7	58.5	51	39.2	
Obrera	6	5.0	-	-	8	6.2	
Empleada	54	45.8	2	16.6	56	43.0	
Estudiante	2	1.7	1	8.3	3	2.3	
Comerciante	3	2.6	-	-	3	2.3	
Profesionista	7	5.9	2	16.6	9	6.9	
TOTAL	118	100	12	100	130	100	
	ESCOLARIDAD						0.79
Primaria	5	4.2	-	-	5	3.8	
Secundaria	36	30.5	3	25	39	30	
Preparatoria	35	29.6	3	25	38	29.3	
Licenciatura	22	18.6	4	33.3	26	20	
Carrera Técnica	20	16.9	2	16.7	22	16.9	
Posgrado	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	118	100	12	.100	130	100	

FUENTE: Encuesta aplicada a embarazadas de la UMF No.94 IMSS 2008. *Significancia estadística prueba de Chi cuadrada.

El Comportamiento de la paridad respecto al deseo de embarazo se presenta en el cuadro IV. Como puede apreciarse el promedio global de gestas fue de 1-2, al

ser referido tanto por las gestantes con deseo de embarazo (76.9%) como en las sin deseo de mismo (64.3%). En ambos grupos se encontraron múltiparas.

CUADRO IV Influencia de paridad sobre el deseo o no de embarazo

No. Gesta	EMBARAZO						p*
	Deseado		No deseado		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	
1 a 2	50	76.9	45	64.3	95	73	0.29
3 a 4	14	21.5	18	25.7	32	24.7	
5 o mas	1	1.5	2	2.9	3	2.3	
<i>TOTAL</i>	65	100	65	100	130	100	

FUENTE: Encuesta aplicada a embarazadas de la UMF No.94 IMSS 2008. *Significancia estadística prueba de Chi cuadrada. 0.29

El Comportamiento de la paridad respecto a la adaptación al embarazo se presenta en el cuadro V. Como puede apreciarse también el promedio global de gestas fue de 1-2, tanto por las gestantes con adaptación al embarazo 73.7% (87) como en aquellas sin adaptación 66.6% (8). En ambos grupos se encontraron múltiparas.

CUADRO V Influencia de paridad sobre la adaptación al embarazo

No. Gesta	ADAPTACION EMBARAZO						p*
	Si		No		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	
1 a 2	87	73.7	8	66.6	95	73.0	0.67
3 a 4	28	23.8	4	33.4	32	24.6	
5 o mas	3	2.5	0	0	3	2.4	
Total	118	100	12	100	130	100	

FUENTE: Encuesta aplicada a embarazadas de la UMF No.94 IMSS 2008. *Significancia estadística prueba de Chi cuadrada. 0.67

El Comportamiento a la asistencia de control prenatal con base al deseo de embarazo se presenta en el cuadro VI. Como se observa la asistencia a este

control fue similar en ambos grupos, siendo esta calificada como adecuada en 51.3%(56) para embarazo deseado y 48.7% (53) para embarazo no deseado.

Cuadro VI. Deseo de embarazo y Asistencia a control prenatal.

EMBARAZO	ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL						p *
	Adecuada		Inadecuada		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Deseado	56	51.3	9	42.8	65	50	0.47
No deseado	53	48.7	12	57.2	65	50	
Total	109	100	21	100	130	100	

FUENTE: Encuesta aplicada a embarazadas de la UMF No.94 IMSS 2008. *Significancia estadística prueba de Chi cuadrada 0.47

El Comportamiento a la asistencia de control prenatal en relación a la adaptación embarazo se presenta en el cuadro VII. Como se observa la asistencia a este control fue similar en ambos grupos, siendo esta calificada como adecuada en 53.3%(63) para el grupo de embarazo deseado y 46.7% (55) para embarazo no deseado. Es importante señalar que en el grupo de gestantes sin deseo de embarazo la asistencia a control prenatal fue inadecuada reportando 83.4% (10).

CUADRO VII. Adaptación al embarazo y Asistencia a control prenatal

ADAPTACION AL EMBARAZO	ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL						p *
	Adecuada		Inadecuada		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Si	63	53.3	2	16.6	65	50	0.03
No	55	46.7	10	83.4	65	50	
Total	118	100	12	100	130	100	

FUENTE: Encuesta aplicada a embarazadas de la UMF No.94 IMSS 2008. *Significancia estadística prueba de Chi cuadrada 0.03

El Comportamiento de las complicaciones médicas con base al deseo de embarazo se presenta en el cuadro VIII. Como puede observarse un 64.6% (42) gestantes con deseo de embarazo no presentaron complicaciones, de igual manera sucedió con 58.5%(38) de las gestantes sin deseo de embarazo. Es importante señalar que las complicaciones más frecuentes para el primer grupo

fue la infección de vías urinarias 15.4% (10) seguida de cervicovaginitis con 17% (11), el mismo comportamiento se observó en el segundo grupo con 12.4% (7) para infección de vías urinarias y 12.3% (8) para cervicovaginitis.

Cuadro VIII Complicaciones Médicas y deseo de embarazo

COMPLICACION	EMBARAZO DESEADO		EMBARAZO NO DESEADO		TOTAL		P
	No.	%	No.	%	No.	%	
Preeclampsia-eclampsia	0	0	0	0	1	0.7	0.36
Amenaza de aborto	1	1.5	1	1.5	2	1.5	
Infección de vías urinarias	10	15.4	11	17.0	21	16.2	
Cervicovaginitis	7	12.4	8	12.3	15	11.6	
Anemia	4	6.1	6	9.2	10	7.8	
Amenaza de parto prematuro	0	0	1	1.5	1	0.7	
Sin complicaciones	42	64.6	38	58.5	80	61.5	
Total	65	100	65	100	130	100	

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas de la UMF No. 94 IMSS 2008

*Significancia estadística prueba de Chi cuadrada 0.36

El Comportamiento de las complicaciones médicas con base a la adaptación al embarazo se presenta en el cuadro IX. Como puede observarse un 62% (73) gestantes que se adaptaron al embarazo no presentaron complicaciones, de igual manera sucedió con 58.4%(7) de las gestantes sin adaptación al embarazo. Es importante señalar que las complicaciones más frecuentes en el grupo que si se adaptaron fue infección de vías urinarias 16.3%(19) y cervicovaginitis 13%(15), en el grupo que no se adaptaron las complicaciones más frecuentes fue anemia con 25% (3) e infección de vías urinarias con 16.6% (2).

Cuadro IX Complicaciones Medicas y Adaptación al embarazo

	ADAPTACIÓN AL EMBARAZO						p*
	Si		No		Total		
COMPLICACION	No.	%	No.	%	No.	%	0.42
Preeclampsia-eclampsia	1	0.9	0	0	1	0.8	
Amenaza de aborto	1	0.9	1	8.3	2	1.5	
Infección de vías urinarias	19	16.3	2	16.6	21	16.2	
Cervicovaginitis	15	13.0	0	0	15	11.5	
Anemia	7	6.0	3	25	10	7.7	
Amenaza de parto prematuro	1	0.9	0	0	1	0.8	
Sin complicaciones	73	62.0	7	58.3	80	61.5	
Total	118	100	12	100	130	100	

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas de la UMF No. 94 IMSS 2008

*Significancia estadística prueba de Chi cuadrada 0.4

En el cuadro X se presenta la influencia del deseo de embarazo y la adaptación al mismo sobre la asistencia a control prenatal y la presencia de complicaciones médicas, como puede observarse la asistencia a control prenatal fue similar tanto en el grupo con deseo y adaptación al embarazo como en el de no deseado y adaptado reportándose 49% (54) y 44.6% (49) respectivamente. Con respecto a las complicaciones medicas en el grupo con embarazo no deseado y adaptado se presentaron con mayor frecuencia reportándose 46.9% (23) en comparación con el grupo de embarazo deseado y adaptado con 42.8% (21).

Cuadro X Influencia del deseo de embarazo y la adaptación al mismo sobre la asistencia a control prenatal y complicaciones medicas

	ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL						p	COMPLICACIONES MEDICAS						p*
	Adecuada		Inadecuada		Total			Si		No		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%	No.	%	
Embarazo deseado con adaptación	54	49.0	9	45	63	48.4	0.72	21	42.8	41	50.7	62	47.7	0.85
Embarazo deseado sin adaptación	2	1.8	0	0	2	1.6		1	2.0	2	2.4	3	2.3	
Embarazo no deseado con adaptación	49	44.6	9	45	58	44.6		23	46.9	32	39.5	55	42.3	
Embarazo no deseado sin adaptación	5	4.6	2	10	7	5.4		4	8.1	6	7.4	10	7.7	
Total	110	100	20	100	130	100		49	100	81	100	130	100	

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas de la UMF No. 94 IMSS 2008 *Significancia estadística prueba exacta de Fisher 0.72 y 0.85

ANALISIS DE RESULTADOS

La literatura científica revisada reporta diferentes factores que influyen sobre el que el deseo de embarazo en la mujer. Padrón Arredondo identifico que el estado civil de soltera como un factor relacionado a este comportamiento.¹⁸ De la misma manera en el estudio realizado por Lara también se identifico que el estado civil de soltera, edad mayor de 30 años y escolaridad baja como factores relacionados con el no deseo de embarazo.¹⁹

En nuestro estudio solo el nivel elevado de escolaridad resulto estadísticamente significativo respecto al no deseo de embarazo. Comportamiento posiblemente atribuible a mayores expectativas de desarrollo personal en las mujeres con estas características. Sin embargo, resulta importante señalar que la edad y ocupación presentaron un comportamiento porcentualmente diferente entre las embarazadas con y sin deseo de embarazo, de tal manera que el promedio de edad de las mujeres sin deseo de embarazo fue mayor, así mismo un mayor número de ellas desempeñaban actividades económicamente retribuidas. Es de llamar la atención que ninguna de estas variables sociodemográficas influyeron sobre la adaptación al embarazo.

La paridad fue otra variable identificada en nuestro estudio, que tampoco influyo sobre el deseo o no embarazo y adaptación al mismo. Llama la atención el mayor porcentaje de las mujeres incluidas en nuestro estudio tenían de 1 a 2 hijos. Tal vez esto sea resultado del impacto alcanzado por los programas de planificación familiar.

La asistencia a control prenatal no fue estadísticamente diferente entre las mujeres con y sin deseo de embarazo. Sin embargo identificamos diferencias estadísticas cuando se comparó la asistencia a control prenatal y adaptación ó no al embarazo. Resultados similares son reportados por Lederman quien señala que las embarazadas que no logran adaptarse al embarazo, muestran conductas ambivalentes acerca del cuidado del embarazo y su capacidad de maternaje.¹⁷

El deseo ó no de embarazo, así como la adaptación ó no al mismo, fueron variables que tampoco influyeron sobre la presentación de complicaciones. Es importante señalar que las complicaciones más frecuentes en el grupo con deseo de embarazo fue la amenaza de aborto; contrariamente en el grupo sin deseo de embarazo la complicación más frecuente fue la infección de vías urinaria.

Finalmente cuando relacionamos el deseo de embarazo y la adaptación al mismo sobre la asistencia a control prenatal y la presencia de complicaciones médicas, no se identificaron diferencias estadísticas.

CONCLUSIONES

1. El deseo o no de embarazo se relaciona con el nivel de escolaridad de la mujer, de tal manera que a mayor escolaridad menor deseo de embarazo.
2. Aún cuando estadísticamente no se comprobó, porcentualmente las mujeres que no desearon el embarazo presentaron un promedio de edad superior a las mujeres con deseo de embarazo.
3. La misma situación aconteció respecto a la ocupación, un mayor porcentaje de mujeres que manifestaron no haber deseado el embarazo desempeñaban actividades económicamente retribuidas.
4. Las variables sociodemográficas (edad, estado civil y escolaridad) no influyeron sobre la adaptación al embarazo.
5. La paridad fue otra variable que tampoco influyó sobre el deseo o no embarazo y adaptación al mismo.
6. El promedio de hijos de las participantes en el estudio fue de 1 a 2 hijos.
7. La asistencia a control prenatal no fue diferente entre las mujeres con y sin deseo de embarazo.
8. La asistencia a control prenatal fue más adecuada en las mujeres con adaptación al embarazo, en comparación a las mujeres que no se adaptaron a su estado.

9. El deseo ó no de embarazo no influyó sobre la presentación de complicaciones del mismo.
10. La adaptación ó no al embarazo, tampoco influyó sobre la presentación de complicaciones.
11. Las complicaciones del embarazo más frecuentes fueron la Infección de vías urinarias, cervicovaginitis y anemia.

SUGERENCIAS

Considerando que la única variable que pareció intervenir en la asistencia a control prenatal fue la adaptación al embarazo, se sugiere identificar esta situación de manera temprana, a través de las actividades educativas impartidas por trabajo social y enfermería.

Se sugiere continuar con esta línea de investigación, dada la importancia que tienen los aspectos psicosociales sobre la evolución del embarazo y la salud materna e infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lagarde M. Sexualidad los cautiverios de las mujeres: la sexualidad madres, esposas, monjas, putas, presas y locas. Disponible en: <http://www.creatividadfeminista.org/articulos/sex2003lagarde.htm#introduccion>
2. Langer A. El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 2002; 11:192-204.
3. Núñez URM, Hernández PB, García BC, González D, Walter D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública de México 2003; 45: 92-102.
4. Abrahams BF, Acheson LS, Andolsek KM, Apgar BS, Mae BL. Clínicas Médicas de Atención Primaria. Edit. Interamericana McGraw-Hill 1993; 3: 701-709.
5. Embarazo no deseado. Autor no identificado. Disponible en: <http://www.familycareintl.org/usefiles/file/pdf/ppts/embarazonodeseadoabortodecondicionesderiesgo>.
6. Embarazo en la juventud. Mecanograma publicado por gobierno del Distrito Federal autor no identificado. Disponible en: <http://www.afluentes.org/documentos/dfeembarazod.pdf>
7. Responsabilidad Profesional y Manejo Integral del Embarazo no deseado. II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de Salud Pública en América Latina y el Caribe. Autor no identificado. Disponible en: http://www.andor.org.mx/php/pdfs_new.html

8. Velasco MV, Navarrete HE, Mortalidad Materna en el IMSS, 1991-2005. Un periodo de cambios, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44:1: 121-128.
9. Lineamiento Técnico Médico para la Vigilancia del embarazo, del puerperio y sus complicaciones en medicina familiar, Dirección de prestaciones médicas IMSS 2007: 7-24.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, 1-45.
11. Benson RC, Pernoll ML, Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª. Edición, México DF. Interamericana McGraw Hill 2000, 108-154.
12. Embarazo no planeado. Disponible en: <http://www.yquesexo.com/15-19/embarazo1html>.
13. Espinoza H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina, Rev Panam Salud Pública 2002; 2: 3: 1-3.
14. Colomer RJ. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Previnfad. 2003: 1-15.
15. Armengol AR, Ander CL, García DMT, Aspectos psicosociales en la gestación: el cuestionario de Evaluación Prenatal, Anales de Psicología, 2007; 23: 1: 25-32.
16. Padrón AG. Embarazo en adolescentes: estudio socioeconómico de 218 pacientes. Rev Med Hosp Gen Mex 2005; 68: 1: 13-18.

17. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F, Juárez F, Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres Instituciones de Salud en México. *Salud Mental*, 2006, 29, 004: pág. 55-62.
18. Vázquez MA, Guerra VC, Herrera VV, de la Cruz CF, Almirall CA. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal mas frecuentes, *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 17: 2: 1-9.
19. Estadísticas Actividades de vigilancia materna en medicina familiar, dirección de prestaciones médicas IMSS 2007: 1-3
20. Estadísticas Atención del embarazo, puerperio y sus complicaciones, en medicina familiar, dirección de prestaciones médicas IMSS 2007:1-4.

ANEXOS

Anexo 1 CUADRO DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
Deseo de embarazo	Aspiración con referencia a la necesidad de reproducción de la mujer.	Anhelo de embarazo expresado por la mujer en el instrumento <i>Prenatal Self-Evaluation Questionnaire</i>	Deseo de embarazo	Cualitativa	Nominal	Deseado No deseado
Adaptación al embarazo	Ajustes necesarios ante los cambios biológicos, sociales o emocionales inherentes al embarazo.	Beneplácito con que la mujer vive el embarazo identificado a través del instrumento <i>Prenatal Self-Evaluation Questionnaire</i>	⇒ Identificación rol materno ⇒ Relación con su madre ⇒ Preparación parto ⇒ Miedo al parto ⇒ Preocupación por el bienestar	Cualitativa	Nominal	Si Adaptación No adaptación
VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
Complicaciones del embarazo	Dificultades que presenta la evolución del embarazo	Padecimientos registrados en la nota de control prenatal en el expediente clínico	NN	Cualitativa	Categórica	Sin complicaciones Con complicaciones 1. DM. 2. P-E 3. IVU 4. CV 5. Anemia 6. Amenaza aborto 7. Sangrado segundo trimestre 8. Placenta previa
Asistencia control prenatal	Solicitud de revisión médica en relación a la vigilancia del embarazo.	Número de consultas de vigilancia del embarazo señaladas en el expediente clínico.	NN	Cualitativa	Nominal	*Adecuado El número de consultas corresponden al trimestre de gestación. *Inadecuado: el numero de consulta no corresponden al trimestre de gestación.

VARIABLES UNIVERSALES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
Edad	Numero de años transcurridos a partir de la fecha de nacimiento.	Edad referida por la embarazada	NN	Cuantitativa	Intervalo	Menor de 19 años 20-39 años 40 años o más.
Estado civil	Situación social en relación a las leyes de unión matrimonial del país.	Situación civil señalada por la embarazada.	NN	Cualitativa	Categórica	Soltera Casada Viuda Unión libre Divorciada
Escolaridad	Grado máximo de estudios aprobados en el sistema educativo nacional.	Escolaridad referida por la embarazada.	NN	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Profesional Posgrado Carrera técnica
Ocupación	Actividad en que se emplea el tiempo y que puede ser o no remunerado.	Actividad referida por la embarazada.	NN	Cualitativa	Categórica	Hogar Empleada Obrera Estudiante Profesionista
Numero de embarazos	Veces en que una mujer ha quedado embarazada.	El numero de embarazos referidos por la embarazada.	NN	Cualitativa	Intervalo	1-2 3-4 Mayor de 5

ANEXO 2

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 94

Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor describa sus sentimientos de acuerdo a las afirmaciones de la columna de la derecha.

Afirmación	Respuesta			
	Mucho	Con frecuencia	A veces	Nunca
1.- Creo que este fue un buen momento para quedar embarazada.	4	3	2	1
2.- Puedo tolerar las molestias del embarazo.	4	3	2	1
3.- Mi marido y yo hablamos del bebe que esperamos.	4	3	2	1
4.- Mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada.	4	3	2	1
5.- Creo que el parto tendrá lugar con normalidad.	4	3	2	1
6.- Mi madre esta ilusionada con el bebe que espero.	4	3	2	1
7.- Me preocupa que el bebe pueda nacer mal.	1	2	3	4
8.- Pienso lo peor cuando algo me duele.	1	2	3	4
9.- Mi madre esta contenta con mi embarazo.	4	3	2	1
10.- Mi madre me da buenos consejos.	4	3	2	1
11.- A mi marido le gusta hablar conmigo sobre mi embarazo.	4	3	2	1
12.- Estoy bien informada de lo que me espera en el parto.	4	3	2	1
13.- Se lo que debe hacer cuando tenga contracciones (dolores).	4	3	2	1
14.- No me difícil hablar con mi madre sobre mis problemas.	1	2	3	4
15.- Como pareja mi esposo y yo tenemos un buen nivel de comunicación.	4	3	2	1
16.- No dejo de pensar en los problemas que el bebe	1	2	3	4

pueda tener.				
17.- Mi madre ya espera a su nieto.	4	3	2	1
18.- Me preocupa que el parto se alargue mas de lo normal y pueda perjudicar al bebe.	1	2	3	4
19.- Mi marido me ayuda en casa cando lo necesito.	4	3	2	1
20.- Puedo contar con el apoyo de mi marido durante el parto.	4	3	2	1
21.- Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto.	1	2	3	4
22.- Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo.	1	2	3	4
23.- Estoy preparada para el parto.	4	3	2	1
24.- Se de cosas que pueden ayudarme durante el parto.	4	3	2	1
25.- Me angustian las posibles complicaciones del parto.	1	2	3	4
26.- Pienso que podré resistir las incomodidades del parto.	4	3	2	1
27.- En el momento de tomar decisiones con mi marido siempre nos ponemos de acuerdo.	4	3	2	1
28.- Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mi misma.	4	3	2	1
29.- Me siento bien informada sobre el parto.	4	3	2	1
30.- Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto.	1	2	3	4
31.- Me cuesta aceptar este embarazo.	1	2	3	4
32.- Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera.	4	3	2	1
33.- Hasta el momento, este embarazo ha sido fácil.	4	3	2	1
34.- Ojala no estuviera embarazada.	1	2	3	4
35.- Tengo miedo de perder el bebe durante el parto.	1	2	3	4
36.- Mi madre critica mis decisiones.	1	2	3	4
37.- No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto.	1	2	3	4

38.- Puedo contar con mi marido para compartir el cuidado del bebe.	4	3	2	1
39.- Ya siento afecto por el bebe.	4	3	2	1
40.- Creo que puedo ser una buena madre.	4	3	2	1
41.- Tengo la sensación de que disfrutare al bebe.	4	3	2	1
42.- Estoy feliz con el embarazo.	4	3	2	1

A continuación por favor **Señale:**

Su nombre: _____ No. Afiliación al IMSS _____

Edad: _____ años, No de Consultorio. _____ Turno: _____

Con una X especifique su:

1. Estado civil Soltera () Casada () Divorciada ()
 Viuda () Separada () Unión libre ()
2. Escolaridad Primaria () Secundaria () Preparatoria ()
 Licenciatura () Carrera técnica () Posgrado ()
3. Ocupación Hogar () Obrera () Empleada ()
 Estudiante () Comerciante () Profesionista ()
4. Padece: Diabetes mellitus () Hipertensión arterial ()
 Cardiopatía () Otra cual: _____
5. Ocupación de su esposo. Obrero () Empleado () Estudiante ()
 Profesionista () Comerciante () Desempleado ()

Responda las siguientes preguntas:

6. ¿Cuántas veces ha _____ estado embarazada?

7. ¿Con quien vive actualmente? _____

Muchas gracias, agradecemos su participación en el estudio y le recordamos que los datos aquí contenidos son estrictamente confidenciales y tienen como propósito contribuir en la evaluación de su embarazo.

ANEXO 3.

Información para ser cotejada por el investigador en expediente clínico

COMPLICACIÓN	SI	NO
Embarazo normo evolutivo		
Infección de vías urinarias		
Preeclampsia-Eclampsia		
Cervicovaginitis		
Anemia		
Amenaza de aborto		
Hemorragias del 2º. Trimestre		

Trimestre de inicio de atención prenatal: _____

No de consultas de atención prenatal: _____

ANEXO 4.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 94 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

LUGAR Y FECHA:

Por medio de la presente yo _____ autorizo mi participación en el protocolo de investigación titulado:

“FRECUENCIA DE COMPLICACIONES MÉDICAS Y ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL EN GESTANTES CON Y SIN DESEO DE EMBARAZO Y ADAPTACIÓN DEL MISMO.”

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número 3515

El objetivo del estudio es comparar la frecuencia de complicaciones médicas y asistencia a control prenatal en mujeres gestantes con y sin embarazo no deseado y aceptación del mismo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario; así como una serie de preguntas que realizará el investigador para la obtención de los datos buscados, las respuestas serán de forma confidencial

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Riesgos: ninguno

Inconvenientes: inversión de tiempo para responder los instrumentos aplicados por el investigador.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma de la paciente

Nombre y firma de Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio: Dra. María Guadalupe García García al número 044-55-16-82-09-70

TESTIGO

TESTIGO