



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D. F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FALTA DE SOPORTE FAMILIAR COMO
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES DURANTE EL EMBARAZO**

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A

DRA. MONICA CIBRIAN ZAVALA
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER GRADO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR
DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
MÉDICO ESPECIALISTA EN FAMILIAR
UMF 33 "EL ROSARIO"



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ASESOR

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

AUTORIZACION.

DRA MONICA ENRIQUEZ NERI

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

DRA MONICA SANCHEZ CORONA

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33

DRA. MONICA CIBRIAN ZAVALA
MEDICO RESIDENTE DE 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

DE SU MANO HE RECORRIDO UN ARDUO CAMINO, GRACIAS POR CUIDARME, POR AMARME, POR PROTEGERME, POR DARME UNOS PADRES MARAVILLOSOS Y DEJARME SER HIJA, ESPOSA Y MADRE.

A MIS PADRES

POR HABERME DADO LA VIDA, SUS ENSEÑANZAS, SU APOYO, CONFIANZA Y EJEMPLO.

A MI HIJO LUIS ANDREE

NO TENGO PALABRAS PARA AGRADECERTE LO DICHOSA QUE SOY POR TENERTE, ES UN ORGULLO PARA MI SER TU MAMA. GRACIAS MI NIÑO POR DARME SIEMPRE TU CARIÑO, POR SER MI ALICIENTE Y LA MAYOR FORTALEZA DE MI VIDA.

A MI ESPOSO YHONATAN

PORQUE A SU LADO DIOS ME LLENA DE BENDICIONES Y FELICIDAD, GRACIAS POR TODO TU AMOR, POR TU APOYO INCONDICIONAL Y POR SER UN ESPOSO Y PADRE EXCEPCIONAL.

INDICE

RESUMEN	6
ANTECEDENTES	7
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
TABLAS Y GRAFICAS	14
ANALISIS DE RESULTADOS	26
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA	31
ANEXOS	33

Arvizu R, Cibrián M. Frecuencia de ansiedad y falta de soporte familiar como factores de riesgo psicosociales durante el embarazo. 2009

Introducción: evaluar soporte familiar y ansiedad como factor de riesgo psicosocial, identifica a las gestantes con riesgo de complicarse, ya que aumenta la posibilidad de tener un resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y 44% para complicaciones neonatales. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de ansiedad y falta de soporte familiar como factores de riesgo psicosociales durante el embarazo. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal y protectivo con una muestra de 380 embarazadas, usuarias de la UMF 33 El Rosario. Previo consentimiento informado, se aplicaron cuestionarios para identificar características sociodemográficas y evaluar falta de soporte familiar y ansiedad como factores de riesgo psicosociales prenatales utilizando la escala del modelo Biopsicosocial de Atención Prenatal. **Resultados:** Predominaron mujeres en edad de 26 a 30 años con 142 (37.4%), la mayoría cursando el segundo trimestre de gestación con 181 (47.7%), en ocupación, 230 (60.6%), son empleadas, 122 (32.1%), con nivel técnico. Según su estado civil, predominaron las casadas con 192 (50.3%). Evaluando ansiedad, 47 (12.4%), obtuvieron un punto para tensión emocional, 51 (13.4%) para síntomas de humor depresivo, 12 (3.2%) para síntomas neurovegetativos y 270 (71%) no presentaron ansiedad. En relación a soporte familiar, 35 (9.2%) resultaron insatisfechas y 345 (90.8%) satisfechas. **Conclusiones:** Es prioritario aumentar la cobertura de control prenatal, y una adecuada intervención ante los factores de riesgo biopsicosociales que permitan lograr un impacto positivo en la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Palabras clave: Factor de riesgo psicosocial, ansiedad, soporte familiar, escala RP Prenatal.

MARCO TEORICO

La muerte causada por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva en México y representa un indicador de la profunda desigualdad social al estar íntimamente relacionada con la pobreza, con la falta de acceso a servicios de salud, con calidad y con la existencia de obstáculos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.(1).

La muerte materna es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.(2).

En México ocurren anualmente alrededor de 4 millones 200 mil embarazos, de los cuales sólo llega a término el 60%, es decir, aproximadamente 2.5 millones de nacimientos al año. El restante 40% (1 millón 680 mil embarazos) terminan por abortos espontáneos o abortos inducidos. (3,4).

La mortalidad materna representa la 4^a causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva; esto es, que alrededor de 4 mujeres mueren diariamente por causas asociadas al embarazo.(5). La magnitud del problema es mayor si tomamos en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud, por cada muerte materna, alrededor de 30 mujeres quedan con lesiones irreversibles en su salud después del parto.(5,6).

A pesar de que la mayor parte de las muertes maternas son prevenibles si son atendidas de manera oportuna y adecuada, sigue siendo una realidad que las acciones que se realizan para evitarlas no están siendo lo suficientemente oportunas ni de calidad. No obstante los esfuerzos y recursos destinados a ello, que la tendencia de disminución es sumamente moderada en el promedio nacional y existe una tendencia muy desigual entre los estados de la República y al interior de éstos, mostrando algunos de ellos, incluso, un aumento de muertes maternas.(7,8).

La política hacia la protección de la maternidad y el abatimiento de la mortalidad materna debe incorporar cuatro aspectos fundamentales para que su resultado sea contundente, eficaz y de largo alcance; éstos son:

1. La salud sexual y reproductiva abordada desde un enfoque de derechos: la maternidad libremente escogida, gozosa, sin violencia, y atendida con calidad así como la paternidad responsable
2. El conocimiento de los aspectos socioculturales de la población.
3. La incorporación de la perspectiva de género: promover una maternidad libremente decidida y abatir los embarazos no deseados.
4. Recursos etiquetados cuya implementación sea susceptibles de ser evaluado por Gobierno y Sociedad.(9,10).

El objetivo para prevenir las complicaciones maternas y perinatales se basa fuertemente en la identificación de factores de riesgo estudiando a la gestante de una manera integral, es decir en sus tres aspectos: biológico, psicológico y social.(11). Una revisión realizada por Dumber en 1947 daba poca importancia a las complicaciones de la gestación relacionadas con aspectos psicosociales. Sin embargo en los últimos años se ha presentado un gran crecimiento de los factores de riesgo que influyen negativamente en el estudio perinatal, incluyendo factores de riesgo biopsicosociales. (11,12).

Estos estudios han demostrado la relación clínica entre eventos de estrés social, ansiedad y el parto prematuro, ante actitudes negativas hacia la gestación y altas tasas de mortalidad perinatal, incluyendo hemorragias e infecciones. El estrés psicosocial aumenta la posibilidad de tener un resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y 44% para complicaciones neonatales, siendo un factor crítico determinante el resultado perinatal cuando la gestante no presenta factores de riesgo biomédicos.(13,14).

Está comprobado cómo la hipertensión arterial inducida por la gestación y la preeclampsia son más frecuentes en gestantes sometidas a estrés psicosocial, disminuyendo por éste mecanismo la capacidad de respuesta inmunológica de la gestante, lo que se asocia con la aparición de la enfermedad.(15,16).

El cuidado primario prenatal busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y Terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública, es prioritario, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.(17).

El control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros básicos como son la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna y perinatal conjuntamente con el suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) especialmente en pacientes con estados carenciales o clasificadas como de alto riesgo obstétrico.(18).

Se ha implementado una Ficha para la Evaluación de Riesgo psicosocial (ansiedad y soporte familiar) con la Escala del Modelo Biopsicosociales de Atención Prenatal Se han realizado 16 investigaciones. En algunas han trabajado profesionales de C. Básicas, Médicas Nutricionistas. En los primeros estudios, exploratorios y descriptivos, se construyó una Escala de Riesgo (biopsicosocial perinatal). Esta se fue depurando, para incrementar su confiabilidad a través de replicaciones. (19).

Además de predecir permite realizar el tamizaje y el seguimiento de las embarazadas de alto riesgo, en 3 momentos del proceso de gestación. Después de varios estudios en Colombia, el nivel de predictibilidad de la escala (86%) fue corroborado en cuatro países de América Latina (Honduras, Argentina, Uruguay y Colombia), con más de mil quinientas embarazadas (Herrera, Cáceres y Hurtado, 1992, 1994). Paralelo a la construcción de la Escala y su validación, se fue creando y aplicando un modelo de intervención biopsicosocial para disminuir el impacto de los factores detectados. En estos estudios se encontraron diferencias altamente significativas intergrupales, en la aparición de morbimortalidad materna y perinatal, demostrando la bondad de la intervención. Los resultados de los estudios fueron publicados y presentados a comunidades científicas internacionales y nacionales.(20).

En el ámbito nacional, se presentaron en los Congresos Colombianos de Psicología. Se participó, durante los congresos, en el Concurso Nacional de Investigación en Psicología de la Salud, ganando el primer puesto en dos ocasiones y el tercero en el último. Después, se buscó evaluar el impacto preventivo del Modelo Biopsicosocial en la

incidencia de la hipertensión arterial inducida por el embarazo (HTA) y la pre-eclampsia, y evaluar los mecanismos endocrino-inmunológicos asociados con factores de estrés psicosocial.(21).

El riesgo Biopsicosocial lo podemos evaluar utilizando el INSTRUMENTO DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL aunado con pruebas de tamizaje.(22).

En la evaluación del riesgo Biopsicosocial prenatal identifica de manera más sensible las gestantes con riesgo de complicarse y evalúa en conjunto: Historia Reproductiva, condiciones asociadas, embarazo Actual, riesgo Psicosocial (Tensión emocional, Humor depresivo), Soporte Familiar. Si el riesgo biopsicosocial es alto se está identificando 75% de gestantes con mayor riesgo de complicación, en especial pacientes con riesgo de preeclampsia (RR: 8.2) y bajo peso al nacer (VPP: 54.2%). El Stress psicosocial aumenta posibilidad de resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y un 44% para complicaciones neonatales, siendo un factor crítico determinante del resultado perinatal cuando las embarazadas no presentan factores de riesgo biomédicos.(23,24).

Se han realizado diversos estudios dada la importancia de la identificación de factores de riesgo maternos y perinatales, algunos de los cuales son:

El realizado en Guadalajara Jalisco, México donde sus objetivos fueron: identificar los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y perinatales que se relacionan con más frecuencia con muerte fetal en embarazos de más de 27 semanas.

De estos factores de riesgo estudiados se relacionaron con muerte fetal: edad mayor de 35 años, baja escolaridad, multiparidad, antecedente de aborto y de muerte fetal, atención prenatal deficiente, complicaciones en el embarazo, líquido amniótico anormal, doble circular de cordón umbilical al cuello del producto y malformaciones congénitas mayores en el recién nacido.(25).

Otro estudio es el realizado en México, DF, cuyo objetivo es observar el comportamiento de la mortalidad materna e identificar factores contribuyentes en 1998 y 1999. Los datos se obtuvieron de los certificados de defunción; incluyen 126 muertes maternas en 1998 y 110 en 1999 con tasa por 100,000 nacidos vivos de 69.3 y 60.7. Tenía 35 años o más 20%; el 10% eran adolescentes. La mayor parte ocurrió en hospitales que atienden población abierta; 70% tenía escolaridad mínima de secundaria. La tasa mayor se observó en las jurisdicciones sanitarias Gustavo A. Madero, Magdalena Contreras e Iztacalco. Las muertes obstétricas directas ocupan el primer lugar con 82.72% en 1999 y la enfermedad vascular hipertensiva es causa de un poco más de la mitad de las muertes.(26).

Se realizó otro estudio monográfico para identificar los factores de riesgo obstétricos, maternos y perinatales, asociados en la adolescencia precoz, en el HBCR en el período de Enero a Diciembre del 2,000, concluyendo que existe cierto nivel de educación que es 4.75 veces más frecuente en la adolescencia precoz que en las mujeres adultas. La falta de control prenatal es 1.73 veces más frecuente en las adolescentes. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) fue 6.6 veces más frecuentes en las adolescentes que en las adultas, el asma fue 6.5 veces más frecuente en los casos que en los controles. La adolescencia precoz resulto ser un factor protector en este estudio con un bajo porcentaje 28% para la IVU y 36% para la anemia. Los hábitos maternos tóxicos fueron 4.73 veces más frecuente en la adolescencia precoz. El parto prematuro fue un factor de riesgo que esta 3,21 veces más frecuente en la adolescencia precoz.(27).

Otro estudio realizado en Asia pretendió lo siguiente: Describir el nivel de predicción de las complicaciones obstétricas y perinatales mediante la evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal (RBP) durante el control prenatal en mujeres asiáticas. Durante el 2002 se evaluaron en Shanghai, China y Dhaka, Bangladesh 565 primigrávidas sanas con evaluaciones periódicas del RBP (primera: semana 14-27, segunda: semana 28-32, tercera: semana 33-42) con evaluación prospectiva del resultado materno y perinatal. Se concluyó que la evaluación del riesgo biopsicosocial prenatal fue clínicamente válida para predecir complicaciones obstétricas, parto prematuro y bajo peso al nacer en los países asiáticos comparable a los resultados en Latino-América.(28).

Un estudio prospectivo doble-ciego fue realizado para comparar las sensibilidades y especificidades de una escala de riesgo biomédico (ERB) y una escala de riesgo biopsicosocial (ERBS) con respecto a complicaciones perinatales. 979 mujeres embarazadas quienes asistían a control prenatal en nueve centros de salud de Argentina, Colombia, Honduras y Uruguay, completaron su evaluación de la ERB y ERBS con evaluación posterior de su resultado perinatal. La evaluación biopsicosocial aumentó significativamente ($p < 0.001$) la sensibilidad del instrumento, lo cual es importante en la identificación de mujeres embarazadas a riesgo de desarrollar complicaciones perinatales.(29).

SUJETOS MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional a 384 pacientes embarazadas que son derechohabientes usuarias de la UMF 33 del IMSS, que acuden a control prenatal. Se les invitó de manera verbal a participar en el estudio, el cual se llevó a cabo en dicha UMF en los consultorios correspondientes a los cuales se encuentren adscritas, de igual manera se dió a conocer el estudio a sus respectivos médicos familiares.

Previamente se informó a las respectivas autoridades que dirigen ésta Unidad de Salud, a los coordinadores del área de Educación e Investigación en Salud, y a las participantes sobre el estudio, haciendo de su pleno conocimiento el objetivo del estudio, motivo por el cual se realizó y con previo consentimiento informado para las participantes. Se les otorgó a cada participante un cuestionario que comprende 19 preguntas cerradas para evaluar Ansiedad y Soporte Familiar, seguido de otro cuestionario que constaba de 14 preguntas, de las cuales, 5 eran abiertas para conocer características socio demográficas y 9 preguntas cerradas que evaluaron si existía alguna situación familiar por la que se pudiera presentar ansiedad durante el embarazo.

Dicho cuestionario lo pudieron contestar en la sala de espera para su turno a la consulta de control prenatal, verificando que se encontraran lo más cómodas posible, durante su consulta de control prenatal si el tiempo así lo permitía o posterior a dicha consulta igualmente en la sala de espera. Los cuestionarios se les dieron ya impresos, se les proporcionó lápiz y material necesario para contestarlos y se les resolvía en el momento cualquier duda que surgiera sobre los ítems.

En conjunto con el Médico Familiar y con apoyo del expediente electrónico y tradicional se obtuvo información acerca de Historia Clínica completa, riesgo obstétrico, resultados de laboratorio y gabinete así como estado de salud de cada paciente durante el control prenatal y apoyados en la guía clínica para control prenatal de acuerdo a la NOM para la atención del embarazo, parto y puerperio.

En éste estudio se utilizó la ficha para riesgo Psicosocial, la cual es un instrumento validado internacionalmente para evaluar las variables ansiedad y soporte familiar y actualmente aunada a la escala de riesgo biopsicosocial prenatal.

Se realizaron encuestas diseñadas ex profeso para la recolección de las características socio demográficas, que son edad, sexo, ocupación, nivel educativo y escolaridad.

RESULTADOS:

En este estudio participaron 380 mujeres embarazadas de cualquier edad gestacional adscritas y usuarias de la UMF 33 El Rosario.

Se realizaron cuestionarios para evaluar falta de soporte familiar y ansiedad como factores de riesgo psicosociales a las 380 embarazadas de la muestra, de los cuales obtuvimos los siguientes resultados:

El cuestionario para evaluar ansiedad consta de 3 apartados; el apartado 1 se refiere a tensión emocional de las cuales 47 pacientes (12.4%) tuvieron más de 2 respuestas afirmativas, lo que se da una calificación de 1 punto para la escala de RP prenatal.

El apartado 2 evalúa síntomas de humor depresivo, en el cual 51 pacientes (13.4%) obtuvieron más de 2 respuestas afirmativas, lo que les da un punto para la escala de RP prenatal.

El apartado 3 evalúa síntomas neurovegetativos de las cuales solo 12 pacientes (3.2%) obtuvieron más de dos respuestas afirmativas, obteniendo 1 punto para la escala de RP prenatal. El resto de las pacientes, es decir, 270 (71.0%) no presentaron ansiedad. (Cuadro No. 1 y Gráficas No. 1 y 2)

Con respecto a los resultados del test para evaluar falta de soporte familiar se observó que 35 pacientes (9.2%) tuvo más de dos respuestas de insatisfacción por lo que se les da 1 punto en la escala de RP prenatal. Del total de la muestra 345 pacientes (90.8%) no mostró falta de soporte familiar. (Cuadro No. 2 y Gráfica No. 3).

De acuerdo a las características socioodemográficas encontramos edades comprendidas entre 15 a 46 años, teniendo que, 46 pacientes (10.6%) fueron de entre 15 y 18 años, 99 (26.0%) de 19 a 25 años, 142 (37.4%) de 26 a 30 años, 51 (13.4%) de 31 a 35 años, 39 (10.3%) de 36 a 40 años y 9 (2.4%) de 41 a 46 años. (Cuadro No. 3 y Gráfica N° 4).

De acuerdo a las semanas de gestación: 63 pacientes (16.5%) cursaban el primer trimestre, 181 (47.7%) el segundo trimestre y 136 (35.8%) el tercer trimestre. (Cuadro No. 4 y Gráfica No. 5)

De acuerdo a ocupación se encontró que 62 pacientes (16.3%) aún se encuentran estudiando, 88 (23.2%) se dedican al hogar y 230 (60.6%) son empleadas. (Cuadro No. 5 y Gráfica No. 6).

De acuerdo a escolaridad, 19 pacientes (5.0%) cuentan con primaria terminada, 102 (26.8%) con secundaria completa, pero 38 (10.0%) con secundaria incompleta, 49 (12.9%) cuentan con bachillerato, 122 (32.1%) cuentan con nivel técnico y 50 (13.2%) son profesionistas. (Cuadro No. 6 y Gráfica N°7).

De acuerdo a estado civil: 67 (17.7%) son solteras, 192 (50.3%) casadas, 115 (30.3%) viven en unión libre y 6 (1.6%) son viudas. (Cuadro No. 7 y Gráfica No. 8).

Además pudimos evaluar otros aspectos importantes del curso del embarazo de nuestras pacientes como son que 39 pacientes (10.3%) contestaron que al enterarse del embarazo se sintieron con incertidumbre, de éstas 11 de ellas (2.8%) al momento de la encuesta permanecían aún con ese sentir, el resto se sentía feliz al momento de aplicar la encuesta. (Cuadros No. 8 y 9. Gráficas No. 9 y 10).

Al interrogar el apoyo que espera al nacer su hijo, 208 pacientes (54.8%) contestaron que se apoya en el esposo y 172 (45.2%) con la familia, aunque las 380 pacientes (100%) cuentan con apoyo familiar independientemente de aquellas que no cuentan con pareja. (Cuadro No. 10 y Gráfica No. 11).

En este rubro observamos que 67 de las 380 pacientes (17.7%) de la muestra en estudio no cuentan con pareja.

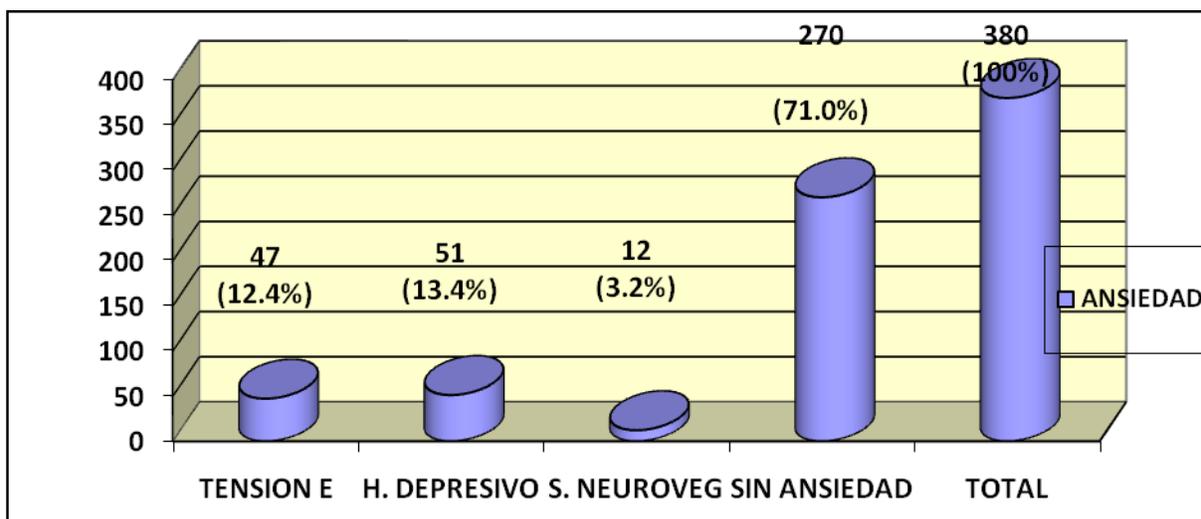
Ninguna de las pacientes cuenta con algún antecedente de enfermedad mental, psiquiátrica o problemas emocionales según la encuesta. (Cuadro No. 11).

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ANSIEDAD DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

EVALUACION DE ANSIEDAD	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)	VALOR DE RIESGO EN LA ESCALA RP PRENATAL
TENSION EMOCIONAL	47	12.4	1
HUMOR DEPRESIVO	51	13.4	1
SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS	12	3.2	1
SIN ANSIEDAD	270	71.0	0
TOTAL	380	100	

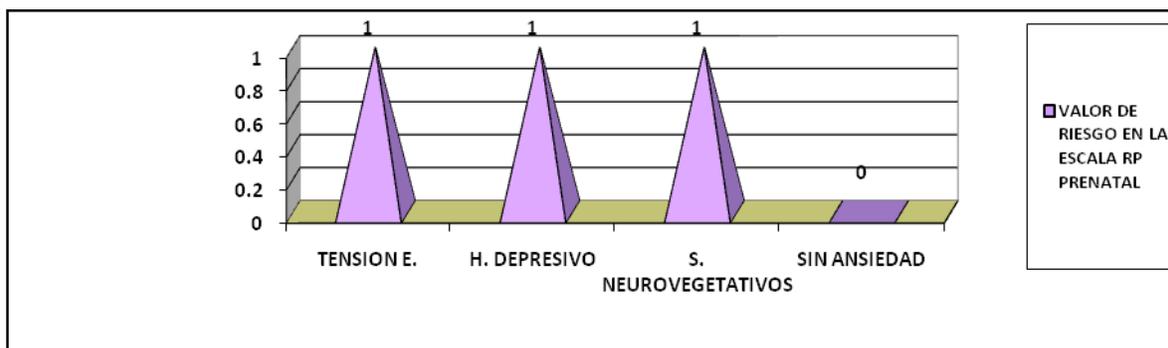
GRAFICA No.1



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en los cuadros N° 1

Esta gráfica ilustra el total de la muestra de estudio y distribución porcentual de ansiedad, de las cuales 47 (12.4%) tuvieron un punto para la escala de RP prenatal con tensión emocional, 51 (13.4%) con síntomas de humor depresivo y 12 (3.2%) para síntomas neurovegetativos. El resto de las pacientes, es decir, 270 (71.0%) no presentaron ansiedad.

GRAFICA No. 2.



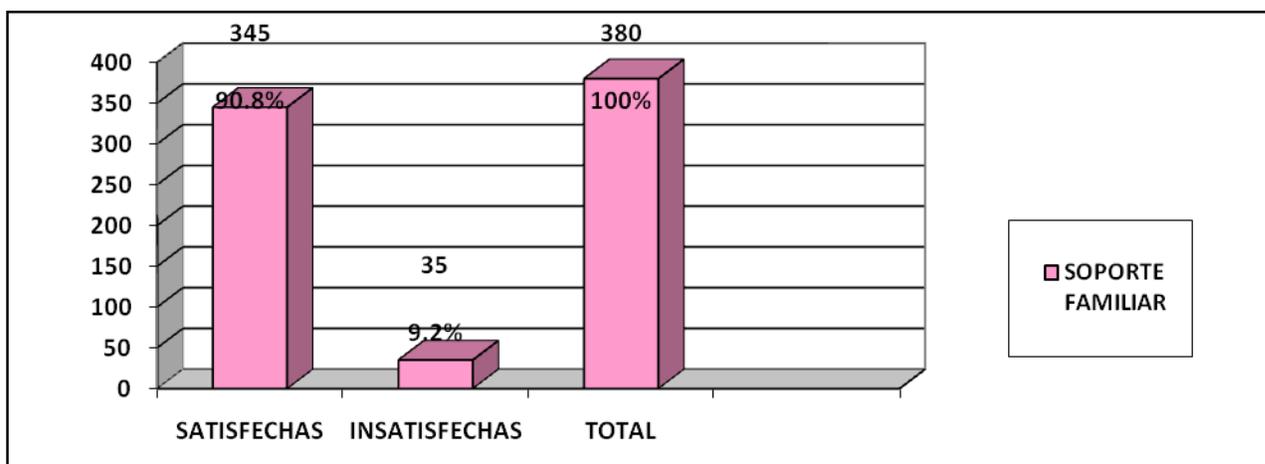
FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en el cuadro N° 1. Esta gráfica ilustra el total de la muestra de estudio y distribución porcentual de ansiedad, de las cuales 47 (12.4%) tuvieron un punto para la escala de RP prenatal con tensión emocional, 51 (13.4%) con síntomas de humor depresivo y 12 (3.2%) para síntomas neurovegetativos. El resto de las pacientes, es decir, 270 (71.0%) no presentaron ansiedad.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE SOPORTE FAMILIAR DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO.

EVALUACION DE SOPORTE FAMILIAR	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)	VALOR DE RIESGO EN LA ESCALA RP PRENATAL
SATISFECHAS	345	90.8	0
INSATISFECHAS	35	9.2	1
TOTAL	380	100	

GRAFICA No. 3



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en el cuadro N° 3. Estas gráficas ilustran el total de la muestra de estudio y distribución de acuerdo a la evaluación de Soporte Familiar. Aquí se observa que 35 (9.2%) pacientes tuvo más de dos respuestas de insatisfacción por lo que se les da 1 punto en la escala de RP prenatal. Del total de la muestra 345 (90.8%) pacientes no mostró falta de soporte familiar.

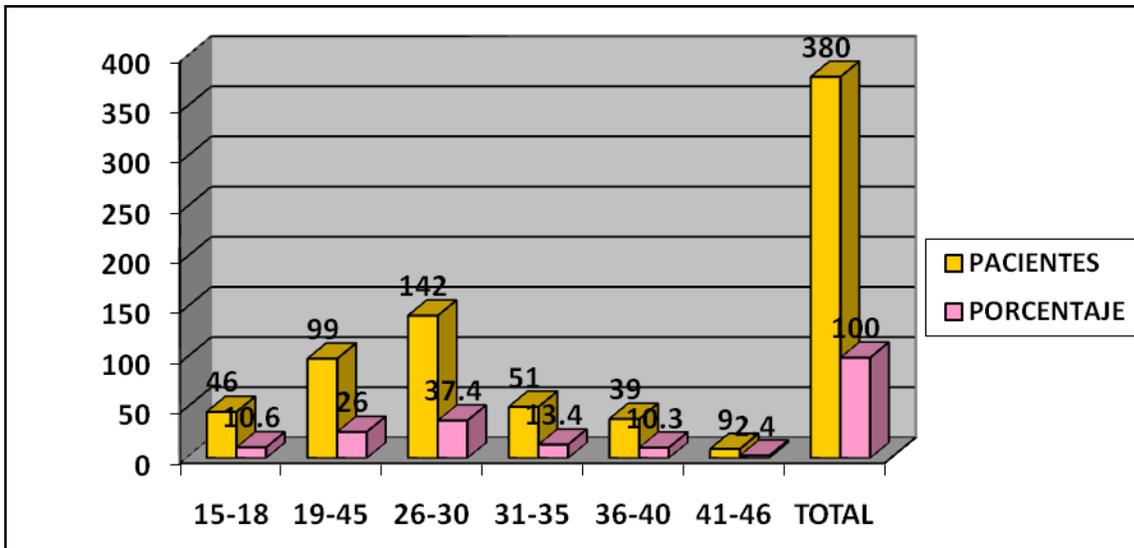
CUADRO N° 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

EDAD (AÑOS)	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
15 - 18	46	10.6
19 - 25	99	26.0
26 -30	142	37.4
31 - 35	51	13.4
36 - 40	39	10.3
41 - 46	9	2.4
TOTAL	380	100

GRAFICA No. 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en el cuadro N°3.

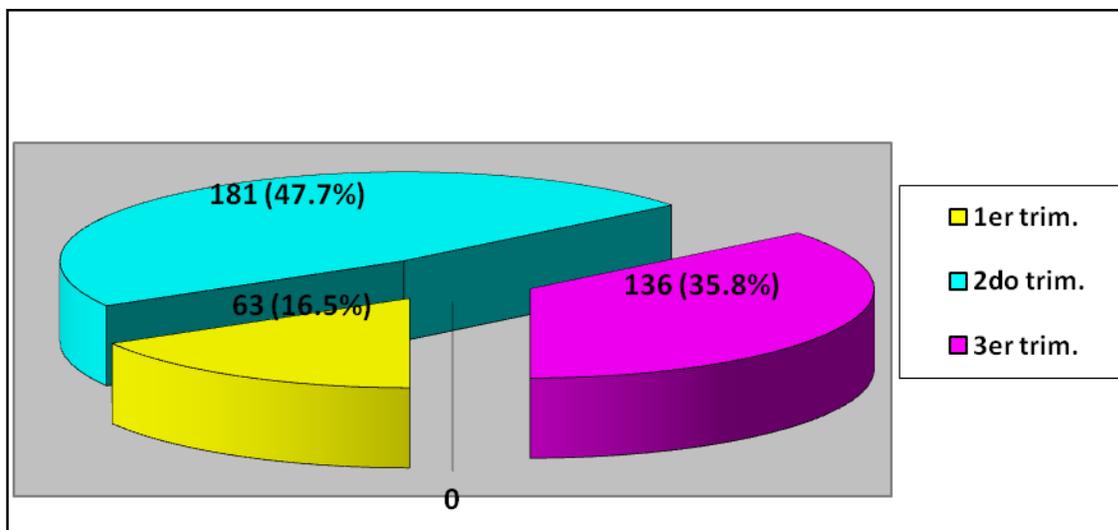
Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y distribución por edad. Participaron 380 mujeres embarazadas de 15 a 46 años de edad, de las cuales: 46 (10.6%) fueron de edad entre 15 y 18 años, 99 (26.0%) de 19 a 25 años, 142 (37.4%) de 26 a 30 años, 51 (13.4%) de 31 a 35 años, 39 (10.3%) de 36 a 40 años y 9 (2.4%) de 41 a 46 años.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD GESTACIONAL DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

EDAD GESTACIONAL (TRIMESTRE)	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
PRIMER TRIMESTRE	63	16.5
SEGUNDO TRIMESTRE	181	47.7
TERCER TRIMESTRE	136	35.8
TOTAL	380	100

GRAFICA No.5



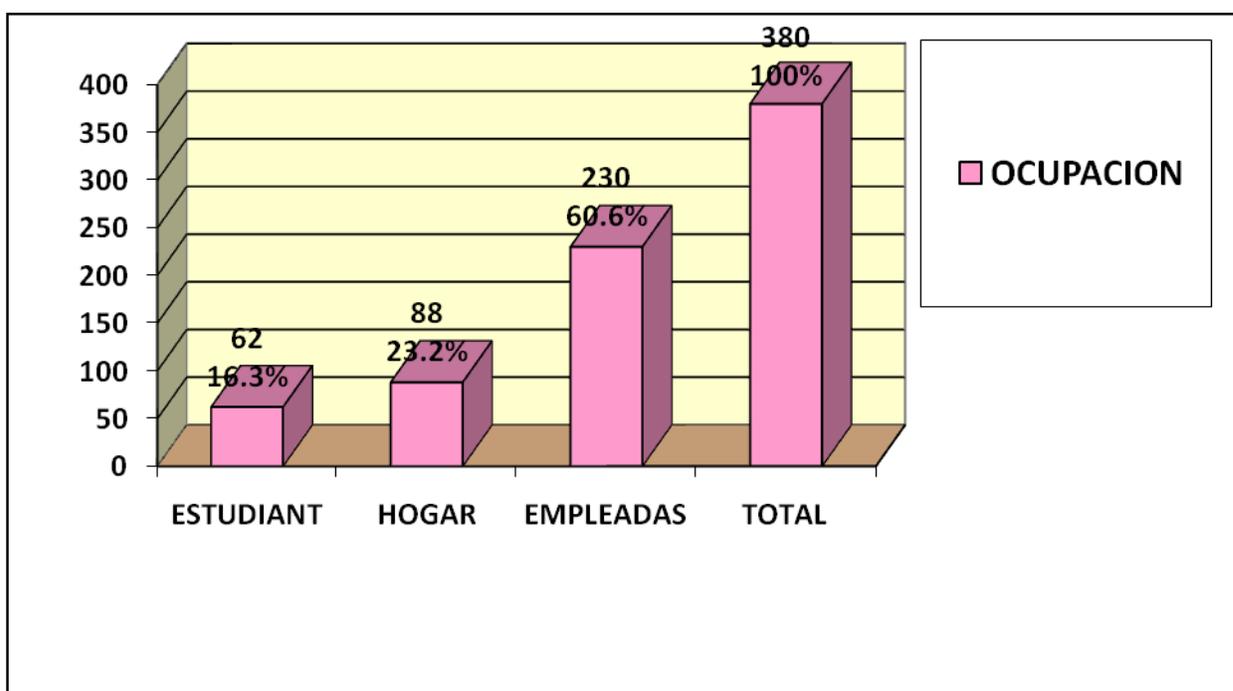
FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en el cuadro N°4. Esta gráfica ilustra el total de la muestra de estudio y distribución por edad gestacional agrupadas en trimestres. De estas, 63 (16.5%) pacientes cursan el primer trimestre, 181 (47.7%) el segundo y 136 (35.8%) el tercer trimestre.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACUERDO A OCUPACION DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

OCUPACION	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ESTUDIANTES	62	16.3
HOGAR	88	23.2
EMPLEADAS	230	60.6
TOTAL	380	100

GRAFICA No.6



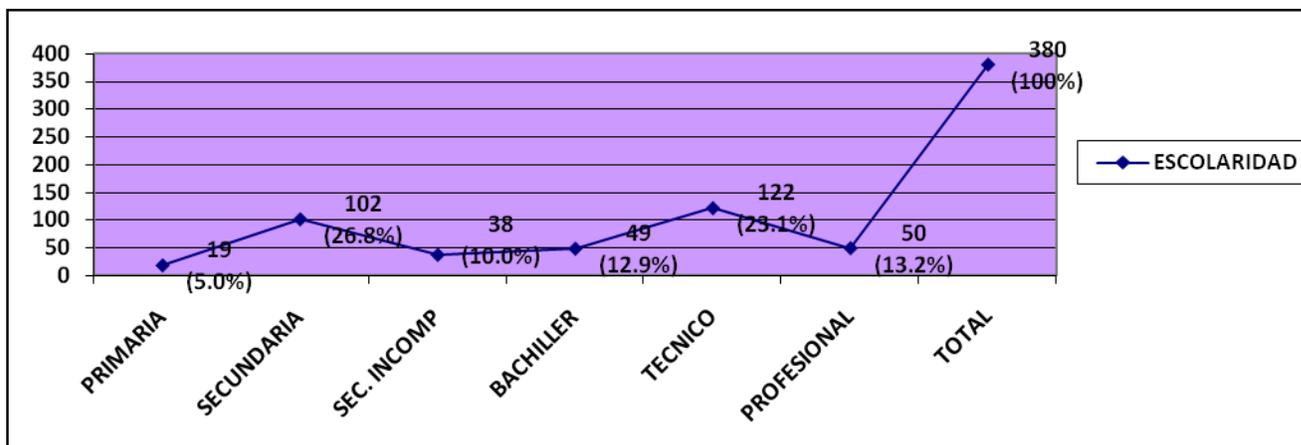
FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en el cuadro N°5. Esta gráfica ilustra el total de la muestra de estudio y distribución por ocupación. Estudiantes: 62 (16.3%), dedicadas al hogar: 88 (23.3%) y empleadas: 230 (60.6%).

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACUERDO A ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

ESCOLARIDAD	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
PRIMARIA	19	5.0
SECUNDARIA COMPLETA	102	26.8
SECUNDARIA INCOMPLETA	38	10.0
BACHILLERATO	49	12.9
NIVEL TECNICO	122	32.1
PROFESIONISTAS	50	13.2
TOTAL	380	100

GRAFICA No. 7



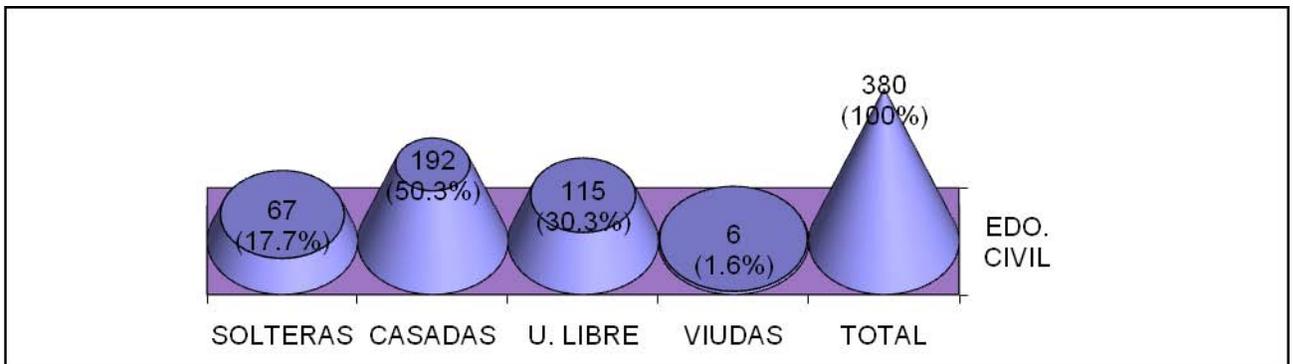
FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en el cuadro N°6. Esta gráfica ilustra el total de la muestra de estudio y distribución por escolaridad. De acuerdo a ello, 19 (5.0%) de las pacientes cuentan con primaria terminada, 102 (26.8%) con secundaria completa, pero 38 (10.0%) con secundaria incompleta, 49 (12.9%) cuentan con bachillerato, 122 (32.1%) cuentan con nivel técnico y 50 (13.2%) son profesionistas.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

ESTADO CIVIL	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
SOLTERA	67	17.7
CASADA	192	50.3
UNION LIBRE	115	30.3
VIUDA	6	1.6
TOTAL	380	100

GRAFICA No. 8



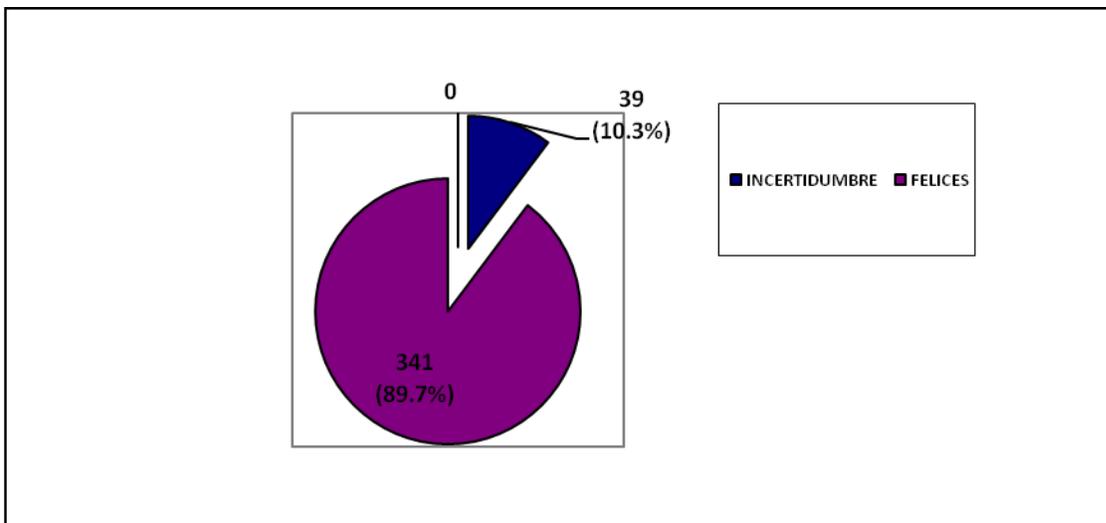
FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en el cuadro N°7. Esta gráfica ilustra el total de la muestra de estudio y distribución por estado civil de las cuales, 67 (17.7%) son solteras, 192 (50.3%) son casadas, 115 (30.3%) viven en unión libre y 6 (1.6%) son viudas.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL SENTIR DE LA PACIENTE AL MOMENTO DE LA NOTICIA DEL EMBARAZO

NOTICIA DE EMBARAZO	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
INCERTIDUMBRE	39	10.3
FELICES	341	89.7
TOTAL	380	100

GRAFICA No. 9



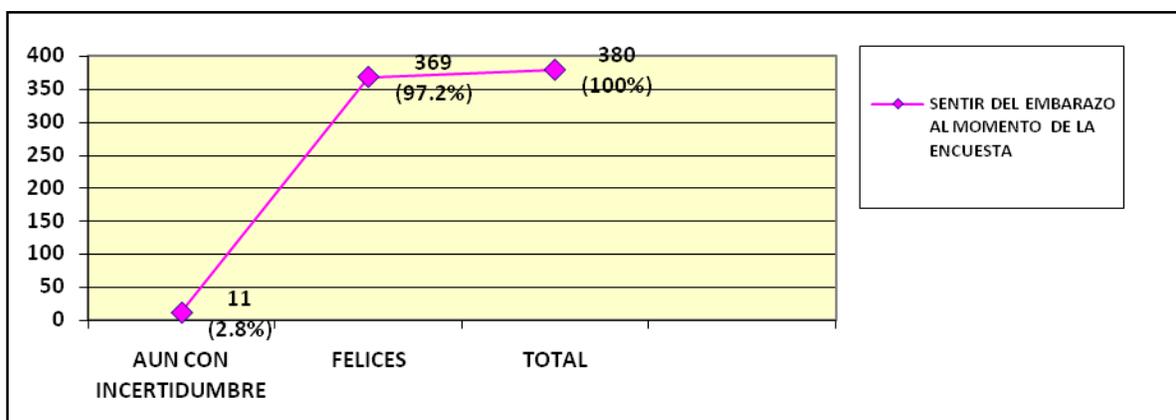
FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en el cuadro N° 8. Esta gráfica ilustra el total de la muestra de estudio y distribución de acuerdo al sentir de la paciente al recibir la noticia de embarazo. Del total de las 380 pacientes, 341 (89.7%) se sintió feliz, pero 39 (10.3%) sintió incertidumbre.

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL SENTIR AL MOMENTO DE APLICAR EL CUESTIONARIO.

SENTIR DEL EMBARAZO AL MOMENTO DE LA ENCUESTA	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
AUN CON INCERTIDUMBRE	11	2.8
FELICES	369	97.2
TOTAL	380	100

GRAFICA No. 10



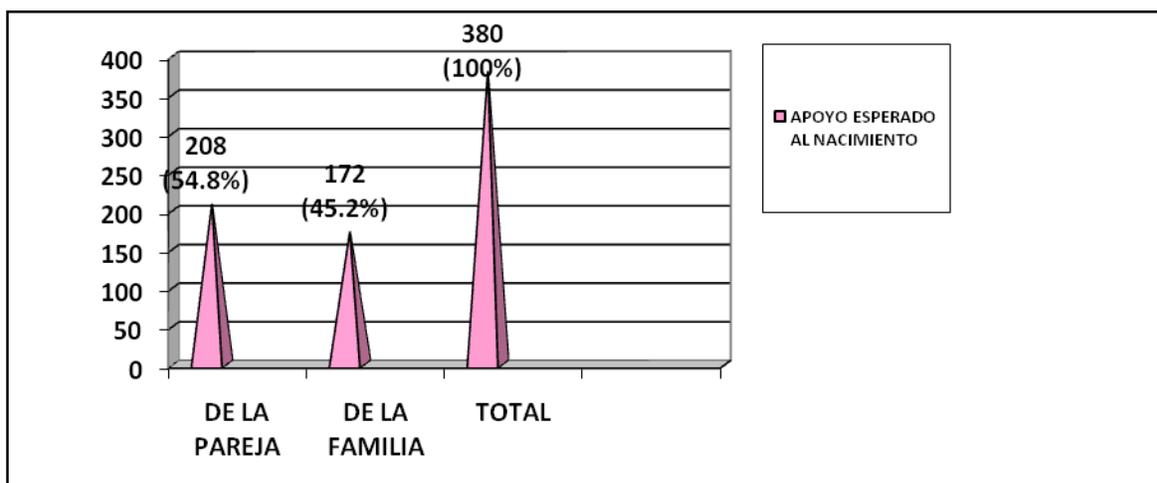
FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en el cuadro N° 9. Esta gráfica ilustra el total de la muestra de estudio y distribución de acuerdo al sentir del embarazo al momento de la encuesta. Se observa que de las 39 pacientes que mostraron incertidumbre al momento de recibir la noticia de embarazo, 11 (2.8%) aún continúan con incertidumbre y 369 (97.2%) se sienten felices.

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL APOYO ESPERADO AL NACIMIENTO DE SU HIJO

APOYO ESPERADO AL NACIMIENTO	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
DE LA PAREJA	208	54.8
DE LA FAMILIA	172	45.2
TOTAL	380	100

GRAFICA No. 11



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en el cuadro N°10. Esta gráfica ilustra el total de la muestra de estudio y distribución de acuerdo al apoyo esperado de la paciente al nacimiento de su hijo. Se observa que 208 (54.8%) espera apoyo de su pareja, mientras que 172 (45.2%) espera apoyo de su familia.

CUADRO No. 11

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD
PSIQUIATRICA, MENTAL O PROBLEMA EMOCIONAL**

ENTIDAD	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ANTEDECENTE DE PROBLEMA EMOCIONAL, ENF. PSIQUIATRICA O MENTAL	0	0
SIN ANTECEDENTES	380	100
TOTAL	380	100

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio Descriptivo, Observacional y transversal con el objetivo de analizar la frecuencia de ansiedad y falta de soporte familiar como factores de riesgo psicosociales durante el embarazo e identificar de manera sensible a las gestantes con riesgo de complicarse.

En este estudio participaron 380 embarazadas de cualquier edad gestacional que acuden a control prenatal a la UMF 33 El Rosario, comprendiendo edades de 15 a 46 años.

Se realizaron cuestionarios para evaluar falta de soporte familiar y ansiedad como factores de riesgo psicosociales a las 380 embarazadas de la muestra, de los cuales obtuvimos los siguientes resultados:

El cuestionario para evaluar ansiedad consta de 3 apartados; el apartado 1 se refiere a tensión emocional de las cuales 47 pacientes (12.4%) tuvieron más de 2 respuestas afirmativas, lo que se da una calificación de 1 punto para la escala de RP prenatal.

El apartado 2 evalúa síntomas de humor depresivo, en el cual 51 pacientes (13.4%) obtuvieron más de 2 respuestas afirmativas, lo que les da un punto para la escala de RP prenatal.

El apartado 3 evalúa síntomas neurovegetativos de las cuales solo 12 pacientes (3.2%) obtuvieron más de dos respuestas afirmativas, obteniendo 1 punto para la escala de RP prenatal. El resto de las pacientes, es decir, 270 (71.0%) no presentaron ansiedad.

En esta evaluación tenemos como resultado que 110 (29%) de las gestantes tuvieron ansiedad manifestada ya sea como tensión emocional, síntomas de humor depresivo ó síntomas neurovegetativos. El stress psicosocial aumenta posibilidad de resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y un 44% para complicaciones neonatales, siendo un factor crítico determinante del resultado perinatal cuando las embarazadas no presentan factores de riesgo biomédicos. Por ello podemos decir que este resultado es importante y tomarlo a consideración para evitar complicaciones durante la gestación.

Con respecto a los resultados del test para evaluar falta de soporte familiar se observó que 35 pacientes (9.2%) tuvo más de dos respuestas de insatisfacción por lo que se les da 1 punto en la escala de RP prenatal. Del total de la muestra 345 pacientes (90.8%) no mostró falta de soporte familiar. “La interacción entre el stress familiar y el riesgo biomédico aumenta en conjunto la incidencia de complicaciones del parto y del postparto.

En comparación con los resultados obtenidos en estudios internacionalmente, por ejemplo, el realizado en Asia que pretendió describir el nivel de predicción de las complicaciones obstétricas y perinatales mediante la evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal (RBP) durante el control prenatal en mujeres asiáticas. Se concluyó que la evaluación del riesgo biopsicosocial prenatal fue clínicamente válida para predecir complicaciones obstétricas, parto prematuro y bajo peso al nacer en los países asiáticos comparable a los resultados en Latino-América. (Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Vol. 37 N° 2 (Supl 1), 2006 (Abril-Junio).

Por las características de este estudio no es posible determinar las complicaciones asociadas al riesgo psicosocial en nuestra Unidad, ya que la medición del riesgo se realiza una sola ocasión sin dar seguimiento hasta la resolución del embarazo, sin embargo podemos detectar que efectivamente tuvimos pacientes con riesgo psicosocial

prenatal con las cuales debemos alertarnos e intervenir oportunamente para evitar complicaciones.

Con respecto a las características sociodemográficas de las pacientes se encontró que predominaron las gestantes en el rango de edad de 26 a 30 años con 142 pacientes (37.4%), seguido por 99 (26.0%) de 19 a 25 años, 51 (13.4%) de 31 a 35 años, 46 (10.6%) fueron de edad entre 15 y 18 años, 39 (10.3%) de 36 a 40 años y 9 (2.4%) de 41 a 46 años.

Con estos resultados observamos que a pesar de que predominaron las mujeres en etapa de edad fértil, encontramos aún embarazadas adolescentes y mujeres mayores de 35 años que aumentan el riesgo de complicaciones maternas y perinatales.

La edad materna y la paridad están relacionadas como factores de riesgo para resultados adversos durante la gestación y el parto. La gestación en los extremos de la vida (menor de 15 años y mayor de 35 años), se relaciona con una alta mortalidad fetal tardía y un incremento en la mortalidad neonatal temprana. Edad materna alta, multiparidad y hábitos de fumar se asocian con estos incrementos. Con respecto al bajo peso al nacer, parto pretérmino y edad gestacional corta, las tasa más altas se observan en madres mayores de 35 años.

En relación con la adolescencia (menores de 19 años), en un estudio realizado por Fraser y Col. En 134.000 gestantes donde se realizó análisis estratificado, mostraron que la adolescencia por sí misma es responsable del aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal independientemente de factores como estado marital, educación y atención perinatal.

R. Manotas y Cols. encuentran mayores porcentajes de morbilidad, en recién nacidos hijos de adolescentes, mayor incidencia de asfixia perinatal, en hijos de adolescentes extremas.

La mortalidad materna se incrementa en los extremos de la vida.

Informes de mortalidad en Estados Unidos en mujeres de 40 años, seguidas en un periodo de observación de 1979 a 1986 presentaron una tasa de 56 defunciones por 100.000 nacidos vivos en la población general. La mayor contribución de la mortalidad materna se observa en edades mayores o iguales a 40 años.

En esta edad se incrementa la mortalidad como consecuencia de la operación cesárea comparado con las muertes ocurridas en mujeres con parto vaginal.

En este estudio como se menciona anteriormente se continua observando el embarazo en las adolescentes y mujeres por arriba de los 35 años en una frecuencia de: 46 (10.6%) entre 15 y 18 años, 39 (10.3%) de 36 a 40 años y 9 (2.4) de 41 a 46 años, lo que nos alerta a investigar factores de riesgo ya que las cifras antes mencionadas corroboran el riesgo de complicarse. Dentro del preveimss de la UMF 33 se encuentran los programas de Adolescentes y Mujeres Preveimss donde se les orienta sobre salud reproductiva para que ambos grupos de edad acudan de manera oportuna a atención médica al encontrarse embarazadas.

Respecto a las semanas de gestación, predominaron las gestantes cursando el segundo trimestre con 181 (47.7%) pacientes, seguido de 136 (35.8%) el tercer trimestre y 63 (16.5%) pacientes en el primer trimestre. Nos damos cuenta que todas las embarazadas del estudio cuentan con un control prenatal oportuno y aunque el estudio es realizado precisamente con usuarias de la UMF 33, su área de influencia de la misma abarca población no derechohabiente que pudiera estar sin control prenatal y derechohabientes que no acuden a la Unidad por lo que dicha población estaría en riesgo.

De acuerdo a ocupación predominaron gestantes empleadas con 230 pacientes (60.6%), seguidas de 88 (23.2%) que se dedican al hogar y 62 (16.3%) de las pacientes aún se encuentran estudiando. Con esto nos damos cuenta del crecimiento económico en el país. En los últimos años ha sido acompañado por una expansión significativa de los niveles de empleo y particularmente por una creciente integración de la mujer a los mercados laborales. Los malestares o síntomas de la fatiga laboral aluden una gama de sufrimientos que incluyen una serie de perturbaciones inespecíficas, como modificaciones del humor y del carácter, perturbaciones del sueño, cefalea, problemas gástricos y tendencia a la emotividad fácil.

Diversos estudios realizados en el país demuestran que la fatiga y el stress laboral constituyen uno de los problemas más frecuentes en los sectores que emplean mayoritariamente fuerza de trabajo femenina: profesoras, algunos sectores de la industria, sector servicios, digitadoras de computación, enfermeras, obreras, etc.

La Asociación médica Americana (AMA) ha establecido guías de intervención para la gestante trabajadora definiendo el nivel de trabajo durante la gestación.

Recomiendan disminuir las actividades físicas después de la semana 20 de gestación. Tomar 3 periodos de descanso durante jornadas de 8 y más horas. No levantar objetos pesados después de la semana 32. Con escasas excepciones el trabajo puede continuar durante la gestación y se recomienda, una evaluación cuidadosa para determinar si este se suspende. Al igual incluye las pacientes dedicadas al hogar por el exceso de trabajo que realizan, esto con la finalidad de disminuir riesgo de complicaciones. Es de especial atención este rubro ya que más del 50% de la población de este estudio se encuentra empleada, lo que aumenta el estrés en la gestante, por lo que es de suma importancia llevar a cabo las recomendaciones de la AMA respecto al embarazo y así prevenir complicaciones maternas.

De acuerdo a escolaridad observamos que 122 (32.1%) cuentan con nivel técnico, 102 (26.8%) con secundaria completa, 50 (13.2%) son profesionistas. 49 (12.9%) cuentan con bachillerato, 38 (10.0%) con secundaria incompleta y 19 (5.0%) de las pacientes cuentan con primaria terminada.

En este rubro apreciamos que predominaron las gestantes con un nivel técnico de escolaridad, lo que alude a varios indicadores, en nuestro país ha aumentado la concientización acerca de la planificación familiar a través de los programas de salud, así como el acercamiento del servicio a las usuarias a través de las instituciones y en conjunto con los programas gubernamentales. Además coincide con la edad predominante en este estudio que fué de 26 a 30 años. Un porcentaje bajo del total de la muestra del estudio cuenta con primaria incompleta. En los últimos años el nivel de escolaridad de la población y en especial en la mujer ha ido en aumento.

De acuerdo a estado civil 192 (50.3%) casadas, 115 (30.3%) viven en unión libre, 67 (17.7%) son solteras, y 6 (1.6%) son viudas. Un factor importante en el riesgo psicosocial es el estrés, y con los resultados obtenidos en la muestra con respecto a estado civil, es que un porcentaje importante son solteras lo que les da un grado de estrés como factor de riesgo ya que aumenta la ansiedad de la gestante.

Además pudimos evaluar otros aspectos importantes del curso del embarazo de nuestras pacientes como son que 39 pacientes (10.3%) contestaron que al enterarse del embarazo se sintieron con incertidumbre, de éstas 11 (2.8%) de ellas al momento de la encuesta

permanecían aún con ese sentir, el resto se sentía feliz al momento de aplicar la encuesta.

Con respecto a ello, tenemos que existen cambios psicológicos durante el embarazo. Ante la noticia, y dependiendo de la situación, se producen sentimientos de felicidad y alegría, junto con la ansiedad de adaptación a la nueva situación. En el primer tiempo, hay un estado de incredulidad que ayuda a asimilar gradualmente los cambios.

Las gestantes viven un cambio en sus intereses, volcándose hacia "mi embarazo".

Elas inician una búsqueda de modelos que les permitan asumir mejor el rol de madre (habitualmente su propia madre, amigas u otras mujeres).

Las ansiedades propias de este período dicen relación con la incertidumbre por la existencia de su embarazo y ante el peligro de perderle (en las primigestas es frecuente ver que diversos síntomas se interpretan como signo de aborto).

Durante el segundo trimestre

Este período es coincidente con el inicio de los movimientos fetales. Lo central de esta etapa es la relación entre la madre y su hijo. Ella comienza a tener sensaciones que le permiten identificar a su hijo como un ser con vida propia. Durante el trimestre anterior esta relación era sólo en el plano imaginario.

Los movimientos del feto son importantes porque dan seguridad y tranquilidad a la madre, al mismo tiempo que marcan su independencia de ella.

Las ansiedades propias de este período se relacionan con la percepción de los movimientos (especialmente en las primigestas), relativas al hijo (por malformaciones, por la responsabilidad asumida, etc.) y por potenciales daños personales.

Durante el tercer trimestre

En este período se experimenta una impaciencia por terminar el embarazo y tener su hijo. Esto prepara a la madre para la separación corporal que se producirá después del parto.

Los cambios fisiológicos tales como el aumento de peso, las contracciones y los movimientos fetales, facilitan esta impaciencia.

Todos estos cambios conllevan una normal intensificación de las ansiedades, cuyos contenidos más frecuentes tienen que ver con: sufrir un accidente, morir en el parto o la muerte del niño.

Al interrogar el apoyo que espera al nacer su hijo: 208 pacientes (54.8%) contestaron que se apoya en el esposo y 172 (45.2%) con la familia, aunque las 380 (100%) pacientes cuentan con apoyo familiar independientemente de aquellas que no cuentan con pareja. En este rubro observamos que 67 (17.7%) de las 380 pacientes de la muestra en estudio no cuentan con pareja.

Ninguna de las pacientes cuenta con algún antecedente de enfermedad mental, psiquiátrica o problemas emocionales según la encuesta.

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, y durante la atención prenatal tiene como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, así como evitar intervenciones y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación.

CONCLUSIONES

La meta de la obstetricia moderna es conseguir recién nacidos sanos de mujeres cuyo organismo no sufra lesiones atribuibles a la maternidad. Este objetivo no solo se consigue realizando una adecuada asistencia en el parto, sino también con un buen control durante la gestación, que pueda prevenir y tratar de modo adecuado aquellas complicaciones que puedan comprometer la salud del binomio materno fetal.

La evaluación temprana del estrés psicosocial maternal y la subsiguiente intervención psicosocial es esencial para reducir resultados adversos tanto para la madre como para el bebé.

La Evaluación de riesgo prenatal debe ser vigilada apropiadamente e incluida en el registro prenatal ya que no sólo los factores de riesgo biológicos, sino también el estrés psicosocial puede complicar el embarazo.

Es pertinente mencionar que en el presente estudio obtuvimos gestantes con niveles de estrés que podrían complicar su embarazo, lo que nos permite reevaluar las acciones impartidas en la vigilancia prenatal y dar énfasis en la búsqueda de factores de riesgo psicosociales para prevenir complicaciones ya que solo se incluyen los factores de riesgo biológicos sin tomar en cuenta el estado de estrés por el que cursa la embarazada que podría ser un desencadenante para complicar su gestación. La escala de riesgo Psicosocial consta de preguntas sencillas que deben ser incluidas en la historia clínica y en la búsqueda intencionada de factores de riesgo, además sería de gran utilidad adaptarla en nuestra práctica diaria ya que en pocos minutos se realiza y como resultado brindaríamos un mejor control prenatal de manera integral.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (OMS); Estimaciones de Mortalidad Materna: Un Nuevo Acercamiento entre la OMS y UNICEF, en Informe sobre Salud en el Mundo 2002.
- 2.- HERRERA M. MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO. Rev. chil. obstet. ginecol. 2003, vol.68, no.6 [citado 04 Marzo 2008], p.536-543.
- 3.- Bases de defunciones 1990, INEGI-SS; SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y CONAPO, 2005-2030.
- 4.-Castro R.L. Campero, B. Hernández, and A. Langer, "A Study on Maternal Mortality in Mexico Through a Qualitative Approach". Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, Volume 9, Number 6, 2000 Mary Ann Liebert, Inc.
- 5.- Ley General de Salud, México Título Segundo, Art. 13-60 y 81-82.
- 6.- Normas de procedimientos de Ginecología y Obstetricia. 2002 Instituto Nacional de Perinatología.
- 7.- CEPAL, Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América.
- 8.- Herrera JA. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Trazo Ed. 1997. Bogotá. 1ª Ed.
- 9.- SECRETARÍA DE SALUD (SSA); "Informe de Salud México 2001".
- 10.- SECRETARIA DE SALUD (SSA), "Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida", Defunciones en hospitales públicos según población; ED. SSA.
- 11.- SECRETARÍA DE SALUD (SSA); "Programa Nacional de Salud 2001-2006";
- 12.- Alvarado, R, Perucca, E, Neves, E, Rojas, M, Monardes, J, Olea, E, Vera A. (1993). Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. 58, 135-141.
- 13.-Herrera J.A, Alvarado J, Martínez JE. The psychosocial environment and the cellular immunity in the pregnant patient. Stress Med 1998; 4: 49-57
- 14.- Alvarado, R., Medina, L., y Aranda, W. (1996) . Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revista de Psiquiatría. 13 , 30-41.
- 15.- 2005 Cuidados de enfermería durante la gestación y el parto de bajo riesgo. 38-40
- 16.- Herrera J. A. Alvarado JP, Restrepo W. riesgo psicosocial prenatal y preeclampsia. Atención primaria 1995; 16: 552-555.
17. - Herrera JA, Salmerón B, Hurtado H. The biopsychosocial risk assessment and the low birthweight. Soc Sci Med 1997; 44: 1107-1114.

- 18.- Herrera JA. Resultados aplicación del modelo biopsicosocial en Colombia. En Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal en Colombia. 2ª ed. Bogotá: Ministerio de Salud-Universidad del Valle, 2000. Pp. 169-172.
- 19.- Herrera J. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna en Colombia. 2ª edición, Universidad del Valle, 2001, Cali. Colomb Med, 2002;33:21-25
- 20.- Herrera JA, Hurtado H, Cáceres D. Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. Fam Pract Res J 1992; 12: 391-399.
- 21.- Vol. 37 N° 2 (Supl 1), 2006 (Abril-Junio) 2006 *Corporación Editora Médica del Valle Colomb Med 2006; 37 (Supl 1): 6-14*
- 22.- Alvarado, R., Medina, L., y Aranda, W. (1996) . Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revista de Psiquiatría. 13 , 30-41.
- 23.- Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico.
- 24.- Atención Prenatal y del parto de bajo riesgo. Shwarcz R. Díaz A.G. Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano, Organización panamericana de la salud. OMS.
- 25.- J. Guadalupe Pandura Barón, Ma. Dolores Vázquez Granados, J. Jesús Pérez molina, Juan francisco castro Hernández. Factores de riesgo prenatal en la muerte fetal tardía. Ginecol Obstet Méx 2006; 74(11) : 573-579
- 26.- Acad. Dr. Raúl B López-García,* Dr. J Miguel Anaya-González* Mortalidad materna en México, Distrito Federal con base en el estudio de los certificados de defunción 1998-1999. Cir Ciruj 2002; 70(1) : 44-49
- 27.- Roberto Ramón Montenegro, Dr. Francisco Luis Rodríguez Morales. Factores de riesgo asociados a Mortalidad Perinatal en adolescentes en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Julio del 2000 a Junio del 2002.
- 28.- Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Vol. 37 N° 2 (Supl 1), 2006 (Abril-Junio)
- 29.- Herrera, Julian; Cáceres, Delsy; Hurtado, Hugo. Aplicación de un modelo biopsicosocial en la predicción de complicaciones perinatales / Application of a biopsychosocial model to predict perinatal complications. Med. fam. (B.Aires);6(3-4):42-6, dic. 1994. tab.

ANEXOS:

FICHA PARA EVALUAR RIESGO PSICOSOCIAL

RIESGO PSICOSOCIAL							
Tensión emocional	Llanto fácil, tensión muscular, sobresalto temblor, no poder quedarse quieta, incapaz de relajarse.	Ausente	intenso				2 ó más ítems intensos = 1
Humor Depresivo	Insomnio, falta de interés, no disfruta de pasatiempos, depresión, variaciones del humor durante el día	Ausente	intenso				
Síntomas neuro-vegetativos	transpiración excesiva, boca seca, accesos de rubor o palidez, cefalea de tensión	Ausente	intenso				
Soporte familiar tiempo	El	Casi siempre	A veces	Nunca			
Satisfacción con la forma como usted dinero comparte con la familia o compañero	El	Casi siempre	A veces	Nunca			
espacio	El	Casi siempre	A veces	Nunca			
2 ó más ítems con respuesta							
Nunca = 1							

CUESTIONARIO PARA ANSIEDAD

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE CONSIDERE EN LOS TRES APARTADOS.

APARTADO 1	SI	NO
1.- ¿Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro?		
2.- ¿Siento mis músculos tensos y adoloridos?		
3.- ¿Siento miedo sin tener motivo?		
4.- ¿Siento temblores con frecuencia?		
5.- ¿Me siento muy inquieta y no puedo estar en un solo lugar?		
6.- ¿Se relajarme y estar tranquila?		
APARTADO 2		
1.- ¿Tengo problemas para dormir y despierto cansada?		
2.- ¿Sigo teniendo tanto placer de las cosas como antes?		
3.- ¿Me aburro fácilmente ante pasatiempos que antes me agradaban?		
4.- ¿Me siento sola y sin ganas de no hacer nada?		
5.- ¿Cambio de humor fácilmente?		
APARTADO 3		
1.- ¿En ocasiones sudo en exceso y se acelera mi ritmo cardíaco sin motivo?		
2.- ¿Tengo sensación de boca seca cuando me angustio?		
3.- ¿Frecuentemente me ruborizo o me pongo pálida?		
4.- ¿Sufro dolores de cabeza o de cuello?		

RESULTADOS:

El apartado 1 evalúa tensión emocional:

Presencia de 2 ó más respuestas afirmativas = se obtiene 1 punto para escala de RP prenatal.

El apartado 2 evalúa síntomas de humor depresivo:

Presencia de al menos dos respuestas afirmativas = se obtiene 1 punto para la escala de RP prenatal.

El apartado 3 evalúa síntomas neurovegetativos:

Presencia de dos ó más respuestas afirmativas = se obtiene 1 punto para la escala de RP prenatal.

CUESTIONARIO PARA EVALUAR SOPORTE FAMILIAR

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA.

PREGUNTA	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1.- ¿Está usted satisfecha con el apoyo y la ayuda que recibe de su familia durante este embarazo?			
2.- ¿Está satisfecha con la forma como comparte con la familia y compañero el tiempo que comparte con ellos?			
3.- ¿Está satisfecha con la forma como comparte con la familia y compañero el espacio que comparte con ellos?			
4.- ¿Está satisfecha con la forma de cómo comparte con la familia y compañero el dinero?			

Resultados:

Satisfacción = casi siempre, a veces

Insatisfacción = nunca

Presencia de 2 o más respuestas de insatisfacción = se obtiene 1 punta para la escala de RP prenatal.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 y 2 NOROESTE DEL D.F.
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO:

“CUAL ES LA FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DURANTE EL EMBARAZO”

Instrucciones: Lea atentamente las siguientes preguntas, y anote los datos que se le pide, especificando la respuesta más adecuada de acuerdo a su situación actual.

1.- Edad: _____

2.- Semanas de gestación _____

3.- Ocupación (especifique) _____

4.- Estado Civil: (especifique) _____

5.- Escolaridad: (especifique) _____

6.- ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada?

a) Feliz b) Sin apoyo c) Con incertidumbre

7.- ¿Cómo se siente en este momento respecto al embarazo?

a) Apoyada b) igual c) Sigo feliz

8.- ¿Tiene a alguien que la pueda ayudar cuando nazca su hijo/a?

a) Pareja b) Familia c) Nadie

9.- ¿Cuenta con el apoyo de su familia?

a) Si b) No

10.- ¿Tiene pareja?

a) Si b) No

11.- ¿Se siente apoyada por su pareja?

a) Si b) No

12.- ¿Alguna vez en su vida ha tenido problemas emocionales? (antecedentes de problemas de salud mental previa al embarazo)

a) Si b) No



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “**CUAL ES LA FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DURANTE EL EMBARAZO**” registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC.

El objetivo del estudio es: determinar la frecuencia de los factores de riesgo psicosocial prenatal durante el embarazo.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: detectar factores de riesgo que puedan complicar mi embarazo y el de toda embarazada en estudio, llevar un control prenatal bajo términos de vigilancia obstétrica con apoyo de historia clínica, estudios de laboratorio y gabinete, atención médica oportuna. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán 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 principal me ha dado 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 cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

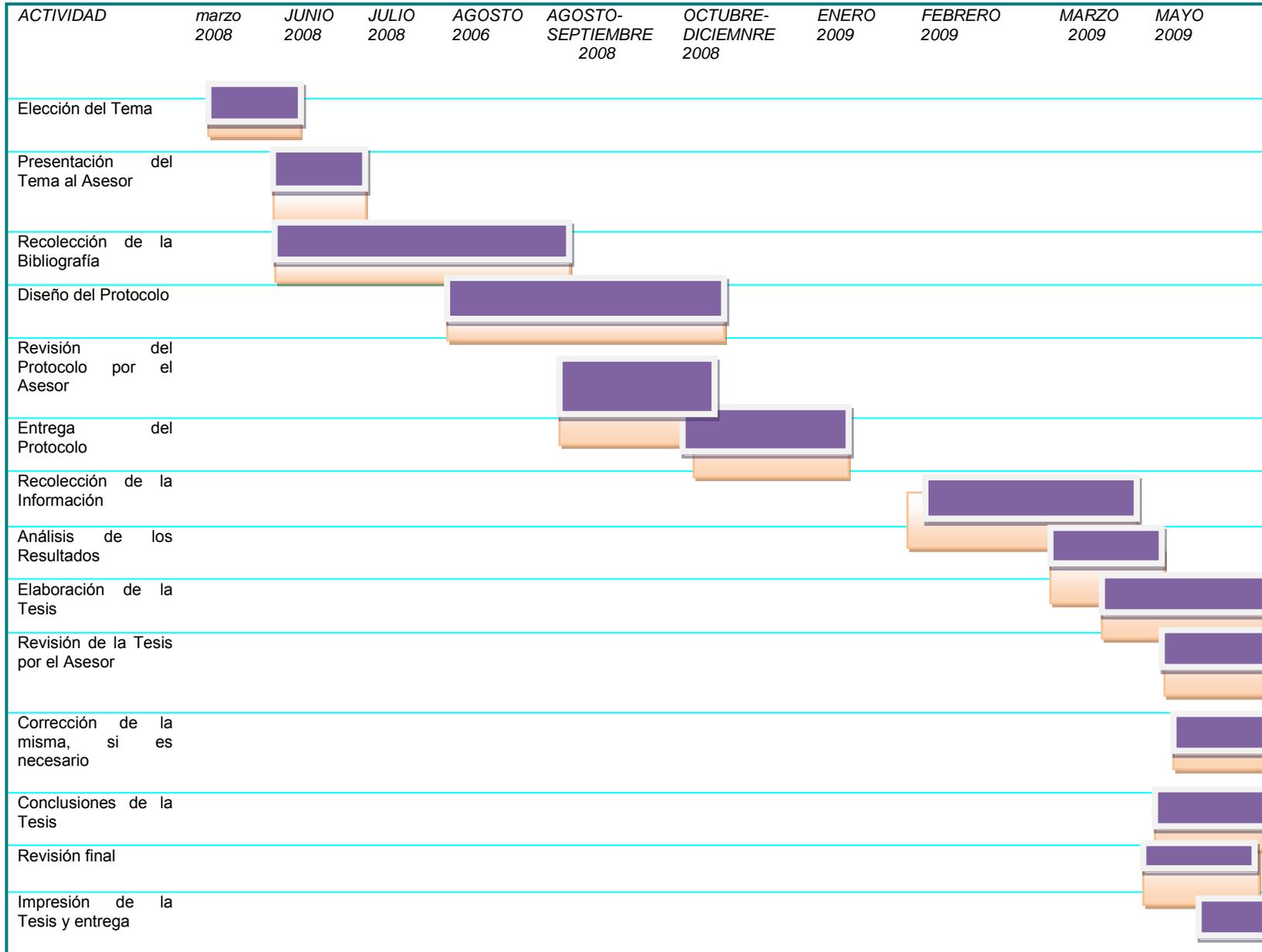
Nombre y firma del médico

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos

Testigo

CRONOGRAMA



PROGRAMADO



REALIZADO

