



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31



TÍTULO DE LA TESIS:

**APOYO SOCIAL EN PACIENTES EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

NÚMERO DE REGISTRO

R- 2016 -3701 – 6

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JUÁREZ GUTIÉRREZ ILIANA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

Asesores de tesis

Dra. Leticia Ramírez Bautista

Dr. Fabián Ávalos Pérez

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO 2016



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.

APOYO SOCIAL EN PACIENTES EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

JUÁREZ GUTIÉRREZ ILIANA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

A U T O R I Z A C I O N E S :

DR. DANIEL ERNESTO NAVARRO VILLANUEVA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º 31, IMSS

DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N.º 31, IMSS

DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N.º 31, IMSS.

ASESORES DE TESIS

NOMBRE Y CARGO

NOMBRE Y CARGO

NOMBRE Y CARGO

NOMBRE Y CARGO

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO 2016

APOYO SOCIAL EN PACIENTES EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

JUÁREZ GUTIÉRREZ ILIANA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3701 con número de registro 13 CI 09 014 199 ante COFEPRIS

H. GRAL ZONA NUM 1-A, D.F. SUR

FECHA 21/06/2016

DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Apoyo social en pacientes embarazadas en una unidad de medicina familiar

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-3701-6

ATENTAMENTE

DR.(A). SERGIO LOZADA ANDRADE

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3701

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD EMBAZADA SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser su hija desde el nivel de escolaridad medio superior, y creer en mí.

*Al Instituto Mexicano del Seguro Social ya que al abrirme sus puertas, permitió desarrollarme de la mejor manera en la parte profesional.

*A mis maestros de la especialidad, ya que cada uno de ellos me enseñó lo maravilloso que es ser médico familiar y a ver mi potencial como médica. En particular agradecimiento a mis maestras de vida, excelentes profesoras y guerreras la Dra. Fabiola Guadalupe Soto Ramos y la Dra. Carmen Elena Quiróz Hernández.

*A la Dra. Noemí Padilla Campos y al Dr. Samuel Ayala Viveros que con su ejemplo y sus conocimientos me mostraron que la medicina familiar permite que vea más allá de una consulta individual y pueda realizar un diagnóstico más completo.

*Al Dr. Fabián Avalos Pérez por brindarme sus conocimientos y enseñarme que la medicina familiar es una de las especialidades más amplias e integrales.

DEDICATORIA

*A Dios por darme la oportunidad de seguir desarrollándome como persona, hija, hermana, mamá, doctora y ahora especialista.

*A mi mamá Lily que desde que nací creyó en mí, que cuando le comenté desde el kínder que quería dedicarme a esto toda mi vida, me apoyo en todos los aspectos y me dio las herramientas para volar y cumplir mis sueños. Desde el dinero que me daba para irme a la universidad, hasta cada minuto que dedicó al cuidado de mi angelito y lo sigue haciendo.

*A mi hermano Hugo que ha sido uno de mis maestros, por cada consejo, regaño y enseñanza que me dio, así como la orientación para ser una mejor persona cada día. Además me enseñó que todos los días aprendemos algo y que todas las vivencias buenas y malas son para fortalecernos y madurar.

*A mi hijo Franko, mi motor de vida, mi multivitamínico, mi ángel, y motivo de ser y esfuerzo de todos los días a ser una mejor mamá, que me ha enseñado que la vida es tan sencilla y que si no nos complicáramos tanto los adultos y supiéramos perdonar y corregir nuestros errores, la visión sería diferente. GRACIAS HIJO POR LLEGAR A MI VIDA, TE AMO.

*A mis compañeros y amigos de la residencia con quienes compartí 3 años y que con sus experiencias y convivencias lograron que disfrutaré una de las etapas más bonitas de una profesionista: la especialidad.

--	--

1. DATOS DEL ALUMNO

Apellido paterno	Juárez
Apellido materno	Gutiérrez
Nombre	Iliana
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico Familiar
No. de cuenta	304049989
2. DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	Ramírez
Apellido materno	Bautista
Nombre	Leticia
Apellido paterno	Ávalos
Apellido materno	Pérez
Nombre	Fabián
3. DATOS DE LA TESIS	
Título	APOYO SOCIAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. de páginas	58
Año	2016

ÍNDICE

1. RESÚMEN.....	9
2. ANTECEDENTES.....	10
2.1 Marco epidemiológico.....	10
2.2 Marco conceptual.....	12
2.3 Marco contextual.....	14
3. JUSTIFICACIÓN.....	23
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	25
5. OBJETIVOS.....	25
5.1 General.....	25
5.2 Específicos.....	25
6. HIPÓTESIS.....	25
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
7.1 Periodo y sitio de estudio.....	25
7.2 Universo de trabajo.....	26
7.3 Unidad de análisis.....	26
7.4 Diseño de estudio.....	26
7.5 Criterios de selección.....	26
7.5.1 Criterios de inclusión.....	27
7.5.2 Criterios de exclusión.....	27
7.5.3 Criterios de eliminación.....	27
8. MUESTREO.....	28
8.1 Cálculo del tamaño de muestra.....	28
9. VARIABLES.....	29
9.1 Operacionalización de variables.....	30
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	30
11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	33
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
12.1 Conflictos de interés.....	33
13. CRONOGRAMA.....	39
14. BIBLIOGRAFÍA.....	41
15. ANEXOS.....	45
15.1 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	45
15.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
15.3 INSTRUMENTOS, ENCUESTAS, TEST, ETC.....	45

RESUMEN

“APOYO SOCIAL EN PACIENTES EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

Juárez Gutiérrez Iliana,¹ Ramírez Bautista Leticia ², Ávalos Pérez Fabián³

¹ Residente de Medicina Familiar 3do grado, ² Médico Familiar y Enc. Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF 31, ³ Médico Familiar, Maestría en Ciencias y Profesor Titular de Curso de Especialización en Medicina Familiar para médicos generales del IMSS.

RESUMEN

El apoyo social es un constructo multidimensional con diferentes aspectos estructurales y funcionales. Las redes sociales se definen como la conexión de relaciones sociales que rodea a los individuos, que se describen como la ayuda y asistencia intercambiadas mediante las relaciones sociales y transacciones interpersonales. Éstas a su vez se asocian a salud mental positiva, embarazo con mejores condiciones, mayor adherencia terapéutica y disminución de complicaciones para el binomio. **HIPÓTESIS:** Más del 80% de la población de mujeres embarazadas no cuenta con adecuado apoyo social. **OBJETIVO:** Identificar el apoyo social y sus diversas formas en embarazadas. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujeres embarazadas de 18 a 45 años, de la UMF 31 se les aplicó el cuestionario de MOS (Medical Outcomes Study) el cual evalúa tamaño de la red social y tipos de apoyo. **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Se realizó la base de datos en programa estadístico Stata versión 11, en donde se describió el comportamiento de las variables cuantitativas con medidas de tendencia central. **RESULTADOS:** En promedio, las 244 pacientes refirieron que su tamaño de red estaba conformada por 4 personas, de acuerdo a la pregunta número 1 del cuestionario correspondiente. Por otra parte, respecto a los tipos de apoyo referidos en los otros 19 ítems, el 95% mencionó que la interacción social es adecuada, seguido del 79% que manifestaron que el apoyo afectivo es adecuado y finalmente el 78.28% confirmó apoyo emocional e instrumental adecuados. **CONCLUSIONES:** El 25% de la población percibió escaso apoyo social. Por lo tanto es necesario establecer programas y políticas de salud encaminadas al desarrollo y fomento de las redes sociales en las mujeres más vulnerables de nuestra población.

PALABRAS CLAVE: *atención prenatal, embarazo, apoyo social, redes de apoyo.*

SUMMARY

Social support is a multidimensional construct with different structural and functional aspects. Social networks are defined as the connection of social relationships surrounding individuals, they described as aid and assistance exchanged through social relationships and interpersonal transactions. These in turn are associated with positive mental health, pregnancy with better conditions, increased adherence and decreased complications for the duo. **HIPOTESIS:** More than 80% of the population of pregnant women do not have adequate social support **OBJECTIVE:** To identify social support and its various forms in pregnant **MATERIAL AND METHODS:** pregnant women 18-45 years of UMF 31 were administered the questionnaire MOS (Medical Outcomes Study) which evaluates social network size and forms of support. **STATISTICAL ANALYSIS:** database in statistical program Stata version 11, wherein the behavior of quantitative variables with measures of central tendency. **RESULTS:** on average, 244 patients reported that their network size was made of 4 people, according to question number 1 corresponding questionnaire. Moreover, regarding the types of support referred to in the other 19 items, 95% mentioned social interaction was adequate, followed by 79% who said that emotional is adequate and finally 78.28% confirmed emotional and instrumental support suitable. **CONCLUSIONS:** 25% of the population perceived poor social support. It is therefore necessary to establish health programs and policies aimed at the development and promotion of social networks in the most vulnerable of our population women.

KEY WORDS: prenatal care, pregnancy, social support, support networks.

ANTECEDENTES

La atención prenatal es un conjunto de acciones sistemáticas y periódicas la cual tiene múltiples funciones, entre ellas identificar factores de riesgo para establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.¹

Por lo tanto, el médico debe realizar una valoración integral en base a la clínica, estudios de laboratorio y ecografía; teniendo como objetivo principal conservar la salud de madre e hijo y a su vez disminuir la mortalidad materna y perinatal.²

Esto, de acuerdo a lo establecido por la OMS para tratarse de una atención prenatal adecuada debe estar constituida mínimo por 5 consultas, por lo tanto, si la atención es de calidad disminuirá el número de complicaciones como la preclampsia, diabetes gestacional, etc. Por ello, es recomendable saber cómo es un enfoque de riesgo pues nos permitirá utilizar recursos de forma razonable en los diferentes niveles de atención con el fin de otorgar lo mejor posible a la derechohabiente.³

De ahí, que la atención primaria no sólo incluye aquellos servicios provistos en el primer contacto entre la paciente y el profesional de la salud, sino también la responsabilidad de la promoción y el mantenimiento de la salud, así como una atención continua y completa incluyendo la referencia a otro nivel cuando así se requiera.⁴

El médico familiar tiene un papel importante ya que es el especialista capacitado para atender a la paciente embarazada, independientemente de la edad cronológica que presente ó en la fase del ciclo vital familiar que se encuentre. Juega un rol privilegiado ya que las pacientes acuden a él en busca del mantenimiento o recuperación de la salud, por la confianza que depositan en él. Por lo tanto, si la transferencia es positiva, permitirá que la embarazada se adhiera al tratamiento y con ello la recuperación sea pronta. ⁵

El Médico Familiar debe incluir los diferentes aspectos: biológico, psicológico y social para entender la situación en la que se encuentra la paciente. Es por ello que la comunicación que establezca con ella debe ser clara, para que pueda comprender y llevar a cabo en una forma más plena su embarazo. Por lo tanto, si hay una buena comunicación, la relación médico- paciente se fortalece y por ende la adherencia terapéutica es mayor. Por ejemplo si a la paciente se le exhorta en venir acompañada a la consulta de control prenatal para poder explicarles la evolución del embarazo tendrá beneficios para ambos: la paciente sentirá el apoyo de su pareja, de sus familiares ó ambos y el médico podrá conocer los recursos con las que cuenta la familia. Por otro lado, existe una serie de aspectos relacionados que influyen con el adecuado control prenatal que están relacionados con el aspecto familiar: el impacto de la noticia de un nuevo miembro, la tipología y la estructura de la familia, la educación, la impartición de valores y normas; es por ello que el abordaje debe ser sistémico; pues si la familia se halla en adecuadas condiciones los resultados serán favorables para todos; en cambio

cuando hay problemas de comunicación, cohesión ó inadaptabilidad se corre el riesgo de tener un desenlace desfavorable.⁶

Las barreras se relacionan con temor y vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas. Entre los facilitadores se identifican confidencialidad, respeto, acceso geográfico, tiempos de espera y horarios de atención adecuados y disponibilidad de horas. El 11% de los nacimientos en el mundo ocurren en mujeres menores de 20 años (16 millones), 95% en países en desarrollo, variando entre 2% en China y 18% en América Latina y el Caribe. Las familias reaccionan negativamente ante el embarazo con descalificación, enojo, expulsión del hogar, tristeza e incertidumbre frente al futuro. Otro aspecto relevante es la ausencia del progenitor en el control prenatal; debido a que las pacientes no le adjudican ningún rol y cuando requieren compañía no es el padre del bebé a quien se solicita apoyo; es a la familia de origen a la que acúden.⁷

Algunas mujeres afirman que se embarazaron con la expectativa de que, a través de la relación con el hijo, podrían suplir ó compensar las carencias afectivas. Consideraban que el hijo sería alguien a quien podrían expresar todo el amor y dar todo el cuidado que buscaban para sí mismas, sin riesgo de abandono.⁸

En ocasiones las pacientes tardan en acudir a la atención médica, porque no consideran que las relaciones sexuales sin protección tendrán como consecuencia

un embarazo aunado a que están asustadas y / ó angustiadas por la reacción de la familia ante un embarazo.⁹

Se han clasificado a los factores de riesgo asociados al embarazo en tres grupos: individuales, familiares y sociales. Dentro de los individuales podemos encontrar menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones de logro académico, impulsividad, omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan a la regulación de la fecundidad; entre los factores familiares se describe la disfunción familiar con escaso apoyo afectivo, el que su madre o una hermana se hayan embarazado en su adolescencia y la pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres; y entre los factores sociales se encuentra la condición económica desfavorable relacionadas con hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, marginación social, trabajo no calificado, etc. La familia poco acogedora corresponde a la que establece una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas y provoca en las embarazadas un sentimiento de soledad. El conocimiento que se tiene acerca del entorno que rodea a la paciente, va más allá de solo su embarazo ya que engloba desde su familia, su pareja, sus amigos y como es su desarrollo tanto social como personal, además de aspectos como el nivel socioeconómico.¹⁰

Por lo que esto sugiere la necesidad de apoyar a las embarazadas para que fijen metas de desarrollo personal, enfatizando en cómo la formación temprana de una familia puede interferir con dichas metas. Cuando existe en la familia un menor énfasis en la necesidad de alcanzar un alto nivel de estudios, acompañado de

menores recursos para invertir en capital humano, los hijos reproducen las trayectorias de vida de sus padres.¹¹

Otro aspecto importante a investigar y que en la mayoría de las ocasiones las pacientes no lo expresa a través de comunicación directa es la presencia de un ámbito familiar desfavorable para ella y el bebé a través de la violencia en sus diferentes modalidades. La violencia contra las mujeres no cesa incluso durante el embarazo. En Brasil la prevalencia oscila entre el 7,0-34%, Costa Rica 29,7%, Estados Unidos 0,9-20,1%, Canadá 5,7-8,5% y México 35%. Se encontró que la violencia durante el embarazo, estaba relacionada con el aborto espontáneo, el inicio tardío del control prenatal, la muerte prenatal, el parto con nacimientos prematuros, y el bajo peso al nacer. Se destaca, que del total de mujeres agredidas físicamente durante el embarazo, el 76,4% ocurrió en un embarazo y en el 52,9% esta agresión ocurrió en el último embarazo. Relacionado con lo anterior, esta agresión fue perpetrada casi en su mayoría por el padre del hijo que esperaba y el 88,2% de ellas vivía con esta pareja cuando sucedió la agresión.¹²

Las consecuencias del maltrato fetal pueden ser retardo en el crecimiento intrauterino, prematuridad, malformaciones congénitas, muerte fetal, muerte perinatal, anoxia, retraso mental, muerte súbita, bajo peso al nacer, infecciones diversas y secuelas si son infecciones congénitas. En nueve de cada diez casos, el principal agente agresor fue de sexo masculino: en primer término el esposo, después el padre ó el suegro, y en tercer lugar los hermanos del esposo. Sin embargo, el abuso cometido por los hombres hacia sus parejas embarazadas

parece ser impulsado por los mismos factores que el que se dirige hacia las mujeres no embarazadas: dependencia, inseguridad emocional y necesidad de ejercer poder y control sobre su pareja. ¹³

La violencia durante el embarazo y el puerperio afecta a la calidad de vida de las mujeres y preocupa a los profesionales de la salud por las diversas consecuencias que genera, así como también por la perpetuación del ciclo de la violencia doméstica. Esa dificultad para identificar e intervenir en los casos de violencia contra la mujer aumenta mucho más cuando las mujeres están embarazadas. Por lo que es importante que el equipo de salud establezca un vínculo con la embarazada y con la familia, constituyendo una red de apoyo, generando confianza con el fin de establecer una relación terapéutica para ayudar en el proceso de cuidado con el hijo. ¹⁴

Se ha observado que algunas de las mujeres embarazadas sintieron frustrados sus planes personales en la medida en que se vieron obligadas a abandonar su lugar de residencia, de trabajo, de estudios y, en general, sus expectativas de vida. También hablaron sobre las inquietudes y preocupaciones que los cambios generados como consecuencia del embarazo habían suscitado en ellas. Eran cambios en las relaciones con otras personas, especialmente con familiares, con sus parejas, con amigos y con el personal de salud. Las mujeres que fueron abandonadas por sus parejas se mostraron abrumadas por su situación; para ellas y para las que contaban con su compañero, la pareja era fundamental como apoyo sentimental, afectivo, social y económico. Se observó que la necesidad de apoyo

por parte de sus madres, la consideraron como un referente incondicional. Como una tendencia relevante en las entrevistas al personal de salud, se encontró que el/la hijo/a por nacer se percibe como vulnerable frente a las acciones de la mujer embarazada y de sus condiciones sociales y económicas. Videla señala que el embarazo afecta y se ve afectado por la relación de la madre con la familia extensa, debido a la complicada red de sentimientos que se establecen en el seno del núcleo familiar. Las mujeres anhelan y buscan el acompañamiento de la familia, la pareja y el personal de salud para ejercer la maternidad. La madre espera que esta matriz de apoyo la valore, la aprecie, la instruya y la ayude en su función de crianza. Se requiere entonces, por parte de los sistemas de salud y del personal de salud, un mejor conocimiento de estos aspectos para diseñar y realizar políticas, programas y acciones más pertinentes y constructivas en relación con las necesidades y las características socioculturales de las mujeres embarazadas y sus familias.¹⁵

Un estudio específico de mujeres que se identificó cursaban con embarazo de alto riesgo determinó que características como el optimismo se asocian a puntajes con valores bajos de estrés emocional al determinar la adopción de mejores estrategias de afrontamiento e incrementar la percepción de control que estas mujeres tienen sobre su embarazo. En un estudio realizado en Caracas Venezuela se observó que las embarazadas que tenían características psicosociales menos funcionales también reportaron un mayor deterioro en su salud física y psicológica, así como en su calidad de vida durante el primer trimestre de embarazo.¹⁶

-

Las evidencias muestran que la salud reproductiva, neonatal, mental y familiar se deteriora cuando las mujeres tienen: empleos precarios, embarazos sin seguridad social, habitabilidad informal e insegura de la vivienda, baja escolaridad, ausencia de la pareja en el hogar, riesgo psicosocial asociado a insuficiente apoyo familiar, síntomas depresivos, violencia de género, abuso de sustancias y conflictos con la maternidad. Se ha establecido que la condición de mayor vulnerabilidad social se asocia a mayores niveles de estrés y ansiedad de la madre antes y durante el embarazo y, como consecuencia: mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, destete precoz, deficiente calidad del cuidado del niño, mayores tasas de rezago, retraso del desarrollo infantil, déficit atencional e hiperactividad, problemas del lenguaje, depresión y deficiente competencia social en el comportamiento del individuo para toda la vida. El concepto de vulnerabilidad permite tener una visión más amplia sobre las formas de vida del mundo de las personas y permite entender los significados que atribuyen a la falta de autonomía para enfrentar los problemas de salud. Complementariamente, la comprensión del concepto de vulnerabilidad permite investigar el impacto de estrategias de protección que proporcionen ser más dinámicos a las personas y sus familias para mitigar la situación de adversidad y su relación con salud y problemas de salud. Los resultados presentados demuestran la importancia de otorgar mejor y mayor atención a los colectivos más vulnerables, invisibles y desprotegidos, no sólo para fortalecer las acciones de prevención integral y promover las competencias parentales que les permita ejercer adecuadamente las responsabilidades de cuidado y atención de sus hijos, sino también como una forma de crear un espacio

para facilitar la comunicación, la resiliencia, el desarrollo psicosocial personal/familiar y el respeto por sus derechos humanos.¹⁷

El apoyo familiar puede ser definido como algo que ocurre en dos ejes centrales: el emocional y el instrumental. El primero se asocia al apoyo recibido, expresado por la disponibilidad afectiva, ó el enfrentamiento de los problemas como una oportunidad para conversar y aclarar dudas, mientras que el apoyo instrumental se caracteriza por dar ayuda brindando recursos, como por ejemplo las ayudas financieras ó la ayuda en el desempeño de tareas. Se define a la red social como el entramado de relaciones sociales identificable que rodean a un individuo y que le permite recibir apoyo emocional, instrumental y afectivo.¹⁸

El apoyo social es un constructo multidimensional con diferentes aspectos estructurales y funcionales. Consta de cinco dimensiones definidas: la dirección del apoyo, la disposición ó accesibilidad a él, la descripción ó su evaluación, el contenido del mismo y, por último, las redes que lo componen. Esta experiencia implica nuevos roles y relaciones que deben desarrollarse o redefinirse. Aunque su vivencia es particular, suele ser sentida como estresante y solitaria, viéndose agravada por el aislamiento y la presión social que le acompaña. . El apoyo social que las madres reciban mejorará el vínculo afectivo entre ella y su hijo y reducirá la tensión creada.¹⁹

Atendiendo al apoyo informativo, cuando la madre tiene dudas pregunta y comparte sus problemas. El profesional, a través de la información que facilita,

proporciona orientación y guía acompañando a la madre en la resolución de sus preocupaciones. En ese momento la ansiedad, inseguridad ó angustia que a la madre le pueda producir una situación queda disminuida. Por tanto, el profesional aporta apoyo informativo que complementa y refuerza con un especial apoyo emocional. Esto está fundamentado y respaldado a través de normas que tienen como fin preservar la salud del binomio por lo que El punto 5.10.1.16 de la NOM 007 habla sobre los cambios físicos y emocionales en la embarazada, mientras que el punto 2.10.1.17 habla sobre la importancia de la participación de la pareja y / ó familia durante el proceso grávido puerperal. ²⁰

Canals, Esparó y Fernández Ballart (2002) refieren que el apoyo ofrecido en la gestantes en las primeras etapas del embarazo fortalecen la salud de la madre y el recién nacido. Por su parte, Peacock *et al* (2001) señalan que las redes de apoyo con las que cuenta una gestante influyen sobre su decisión de someterse a controles tempranos de embarazo y adopción de conductas de embarazo saludable en primigestas. Así mismo, Rodríguez *et al* (2005) encontraron que un bajo apoyo social durante el embarazo está asociado con síntomas depresivos y ansiedad incluso durante el posparto inmediato ó nacimiento. En un estudio realizado indican que el apoyo social percibido por parte de mujeres gestantes está asociado de manera importante a sus indicadores de salud física y mental, en la medida en que hay mayor apoyo social, menor la presencia de síntomas de somatización, angustia y ansiedad, depresión y deterioro global. Se ha visto que el apoyo social se asocia a una mejor calidad de vida, estado de ánimo, trabajo, tiempo libre, relaciones sociales y satisfacción general. El apoyo social no sólo

influye sobre la salud psicológico de las embarazadas durante el proceso de gestación, sino que constituye un factor protector fundamental también durante las primeas semanas de posparto, amortiguando los niveles de estrés. ²¹

Las redes sociales son las relaciones que existen entre diversas unidades sociales (individuos, grupos, organizaciones, países, etc.). La teoría de redes sociales plantea que las relaciones ó conexiones con el interior de una red rigen tanto la forma en que funciona la red como la manera en que se comportan los individuos dentro de la red misma.

Un estudio acerca de las comunidades nómadas en Chad encontró que los esposos debían, por norma cultural, proveer los recursos para cubrir todas las necesidades de salud de las mujeres. No obstante, aquellas mujeres con menos partos eran menos valoradas por sus maridos y por lo tanto sus probabilidades de contar con los recursos necesarios para obtener servicios formales de salud eran menores. Los hallazgos principales del estudio demuestran que el actor más importante en la toma de decisión durante partos normales y en casos de emergencias obstétricas es el cónyuge de la mujer embarazada. También tienen influencia las suegras, las madres y a veces las mujeres mismas. También se observó que las redes sociales de la mujer embarazada son relativamente pequeñas (promedio de cuatro personas), incluyen casi exclusivamente a miembros de la familia de la mujer embarazada y disminuyen en tamaño después del primer parto. En los casos de emergencia en los cuales se eligió ir a una unidad de 2º nivel incluyen las experiencias familiares previas y la red de contactos para adquirir los recursos necesarios, especialmente de algún hombre

de la familia. Encontramos que los actores que apoyaron para resolver la emergencia, ya sea para el traslado, aconsejar o sugerir a qué lugar dirigirse, fueron amigos ó familiares del sexo masculino (el tío, el suegro de la mujer embarazada ó amigos del cónyuge por ejemplo). Los escenarios de poca planificación exponen a la mujer y al recién nacido a una situación de alta vulnerabilidad y riesgo, y a la posibilidad de no contar con el apoyo y los recursos necesarios ante una emergencia. Estos escenarios también corren el riesgo de terminar en casos de muerte materna o neonatal. La suegra, en casos de mujeres casadas ó en unión libre, y la madre, en casos de mujeres solteras, adoptan el rol de tomadoras de decisiones cuando las mujeres son primerizas, jóvenes, y / ó sin experiencia. Los hombres reportaron recibir consejos de sus madres (suegras de la mujer), parteras, otros hombres dentro sus familias ó amigos. Contrario a lo esperado, el personal de salud tiene poca ó ninguna influencia en el proceso de la toma de decisiones de dónde atender los partos.²²

Si la paciente no tiene redes de apoyos además de lo que se menciona con anterioridad de complicaciones obstétricas, será más susceptible a presentar casos de depresión gestacional por ejemplo. La resiliencia y el apoyo social, son factores protectores cuando la paciente es sometida a situaciones de maltrato y por lo tanto disminuye el riesgo de depresión gestacional. En un estudio realizado se encontró que las gestantes maltratadas tuvieron 4.37 veces más riesgo de presentar depresión gestacional que aquellas no maltratadas; además aquellas que presentaban un adecuado apoyo social tenían un 79% menos riesgo de

presentar depresión gestacional. Al evaluar el ítem de apoyo social en las gestantes violentadas, sólo el apoyo emocional resultó significativo.²³

Los factores de riesgo asociados a la depresión gestacional pueden ser biológicos ó psicosociales. Dentro de los factores de riesgo psicosociales se encuentran: historia de abuso durante la infancia, edad temprana del embarazo, embarazo no planificado, ambivalencia de sentimientos en relación al embarazo, maternidad soltera, paridad, limitado apoyo social (el cual no es unidimensional sino multidimensional, ya que involucra diversos aspectos referidos al apoyo, como apoyo emocional afectivo y las relaciones sociales de la persona). Los factores de protección encontrados fueron: primigesta, adecuado apoyo emocional, adecuada interacción social y adecuado apoyo afectivo. En un estudio, este hecho se confirmó cuando analizamos el nivel educativo de la pareja, encontrando que aquellas gestantes, cuya pareja presenta estudios superiores, refieren significativamente menores niveles de apoyo social (tanto en el plano emocional, afectivo así como en cuanto al grado de interacción social) y al mismo tiempo presentan mayores niveles de sintomatología depresiva. El análisis de riesgo y en especial la regresión logística revelaron que del total de factores psicosociales estudiados, sólo el antecedente de aborto, la no planificación del embarazo, el apoyo social (emocional y afectivo) y el antecedente de violencia son factores independientes de riesgo para representar un caso probable de depresión. Las redes sociales también se ven reflejadas cuando el bebé ya ha nacido y presenta alguna complicación, con esto se entiende que no solo se limita a la duración del

embarazo, porque cada integrante de la familia reaccionará de distinta manera y su apoyo se reflejará en las diferentes acciones.²⁴

Cuando existe un hijo prematuro en la familia, por ejemplo, ambos padres pasan por situaciones difíciles por una parte la madre vive todo el proceso del embarazo el cual implica factores emocionales, psicológicos y fisiológicos, mientras el padre en ocasiones no sabe de qué manera responder; en ambos se utilizan los recursos que se tiene a la mano con el bebé, utilizando de los apoyos del entorno recibidos (amigos y familia) y de las actitudes del equipo de salud. Contar con el apoyo de una red social y una adecuada dinámica familiar son recursos muy importantes que benefician las estrategias de afrontamiento para situaciones como el nacimiento de un hijo prematuro, por ejemplo.²⁵

El dolor que causa la posibilidad de perder un hijo produce diversas manifestaciones físicas, emocionales y espirituales en los padres y familiares cercanos, las cuales pueden perdurar varios meses ó incluso, años. En ocasiones, el duelo mal sobrellevado puede convertirse en estrés, depresión ó algún otro trastorno psicológico grave, motivo por el que, durante esta dolorosa experiencia, la gestante y su familia deben recibir apoyo del personal de salud capacitado, que se encargue de aclararles sus dudas, favorecer la comunicación, brindar contención y acompañamiento cuando se requiera.²⁶

. Los cambios fisiológicos y la combinación de factores sociales y psicológicos ayudan a explicar la disminución de práctica de actividad física durante el

embarazo y periodo posparto. Algunos estudios cualitativos han identificado como barreras para práctica de actividad física la falta de información, restricciones por parte de miembros de la familia y falta de apoyo social en el cuidado de los hijos, entre otras. En este aspecto se encuentran barreras como la ausencia de apoyo de familiares, amistades de la pareja, que también se han reportado en otros estudios, algunos de los cuales han concluido que facilidades recreacionales y sociales, que incluyan el cuidado de los hijos, inciden en la práctica de actividad física por parte de las mujeres latinas embarazadas. ²⁷

Las redes sociales se definen como la conexión de relaciones sociales que rodea a los individuos, que se describen como la ayuda y asistencia intercambiadas mediante las relaciones sociales y transacciones interpersonales. ²⁸

En cambio la OMS define a la red social como el conjunto de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas ó preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza. Las redes sociales se asocian a salud mental positiva. Esta habilidad para facilitar la relación prestador-paciente, mejora la utilización de la atención médica y promueve la reducción de riesgos. ²⁹

El apoyo social según Thoits es el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Bowling, por su parte, define el apoyo social como el proceso

interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental ó económica de la red social en la que se encuentra. Produce un aumento del autocuidado y mejora de los índices de calidad de vida ³⁰

El apoyo social se sabe es un factor positivo para la salud; por lo que a mayor recepción de redes de apoyo, mejor resolución de problemas y finalmente un funcionamiento familiar mejor. El apoyo social al ser una transacción interpersonal incluiría una de estas cuatro categorías según House: Apoyo emocional (muestras de empatía, amor y confianza), Apoyo instrumental (conductas dirigidas a solucionar directamente problemas de la persona receptora), Apoyo informativo (recibir información útil para enfrentar el problema), Apoyo valorativo (información relevante para la autoevaluación ó las comparaciones sociales, excluyendo el aspecto afectivo que pudiera acompañar a esta información). ³¹

Uno de los instrumentos que disponemos en la práctica diaria es el cuestionario de apoyo social MOS realizado en E.E.U.U. en 1991. Se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como cualitativos (dimensiones de apoyo social). El cuestionario MOS mide 4 dimensiones: apoyo social, confidencial/emocional, instrumental, interacción social positiva y afectiva. Existen numerosos estudios que demuestran que un bajo nivel de apoyo social influye negativamente en el estado de salud dando lugar a síntomas orgánicos, psíquicos y psicosomáticos; ya que la presencia de apoyo social se considera un factor importante para prevenir ó actúa, por un mecanismo amortiguador, frente el efecto negativo de los acontecimientos

vitales estresantes. El cuestionario MOS es un instrumento que mide apoyo social percibido y fue desarrollado para un estudio de desenlaces de pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos. Se ha validado en países de América latina reportando un alfa de Cronbach entre los componentes bastante favorable entre .921 y .736. Se validó la estructura factorial tanto para cuatro como para tres componentes.³²

Este instrumento puede ser aplicado para cualquier enfermedad, sólo el requisito indispensable es que los pacientes deben tener 18 años ó más cuando se les aplique ya que de acuerdo a diversos autores a esta edad ya se tiene la madurez así como el criterio para una adecuada toma de decisiones. A continuación se mencionan algunos ejemplos para entender la aplicabilidad y / ó validación de dicho instrumento. En un estudio realizado en Aguascalientes en 2014 en familias de pacientes con parálisis cerebral se les aplicó el cuestionario MOS encontrando que el 47.7 por ciento de las familias nucleares tiene tres o menos familiares íntimos, en cambio las familias monoparentales cuentan con 63.3 por ciento. Además el porcentaje más alto de apoyo social global lo obtuvieron las familias nucleares con 65.3 por ciento. Esto debido a que en la mayoría de los casos se sienten apoyados por la pareja lo que se refleja en la seguridad de sus decisiones operar ó no a su hijo con discapacidad, llevarlo a la escuela, etcétera; reflejado en el bienestar familiar.³³

En otra de las investigaciones sobre la validación del cuestionario de MOS en España por Costa y Gil (2007) que se realizó en personas con cáncer concluyeron

que cuanto mayor es el tamaño de la red social mayor es la percepción de apoyo social que se recibe. Además los hombres tenían la percepción de recibir más apoyo instrumental y emocional que las mujeres.³²

En un estudio realizado en Buenos Aires Argentina se realizó una adaptación del cuestionario MOS para aplicarlo en adolescentes, dada la importancia que tiene la percepción del apoyo social en relación con la satisfacción personal, y los sentimientos de soledad y depresión; después de algunas modificaciones la muestra del estudio quedó constituida por 593 niños, de ambos sexos, de nueve a trece años. Los resultados mostraron que el número de familiares cercanos que mencionaron los niños siendo la moda 3 y la media obtenida por el grupo de 4.48. Adicionándose que el apoyo social estructural se correlaciona de manera significativa y positiva con el apoyo social funcional percibido.^{33, 34}

Con los ejemplos anteriores podemos darnos cuenta el apoyo social juega un papel fundamental en el mantenimiento de la salud de los individuos y cuidadores al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés.

JUSTIFICACIÓN

Se decide realizar el presente estudio porque la atención a la paciente embarazada debe ser integral, y parte de ello incluye la valoración de sus redes de apoyo, ya que son una herramienta que al médico familiar le permita además de conocer el ambiente que la rodea, los recursos con los que se cuenta para lograr

un embarazo en mejores condiciones, y disminución de las complicaciones para el binomio.

Es de suma importancia que durante las consultas de control prenatal se incluyan preguntas sencillas y fáciles al inicio de la entrevista, conocer quién acompaña a la paciente, así como el rol que desempeña, observar quién responde a las preguntas que se le realizan y cuál es la comunicación analógica y digital de la paciente y su acompañante; existen instrumentos que nos permiten conocer la visión de la paciente. Con respecto al tema, se puede usar el cuestionario MOS el cual evalúa redes de apoyo y apoyo social percibido y de esta manera, con los resultados obtenidos, el personal de salud podría ofrecer una atención más dirigida.

Por lo tanto, como prestadores de servicios en el primer nivel de atención y siguiendo modelos internacionales de atención en población sana y embarazadas, es prioritario para el sistema de salud, estudiar las redes de apoyo social, ya que la evidencia científica demuestra su impacto positivo en salud y de esta manera determinar no solo los riesgos, sino también la necesidad de una intervención individual y familiar por el especialista de familia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las funciones del médico familiar consiste en la prevención y la identificación de factores de riesgo, en los grupos vulnerables como lo son las embarazadas, si un embarazo se desarrolla en adecuadas condiciones, tendrá menos complicaciones como preclampsia, diabetes, prematuridad, restricción del

crecimiento intrauterino, entre otras, ya que la evolución de las mismas se verá reflejada en la salud del binomio.

El apoyo social percibido por parte de mujeres gestantes está asociado de manera importante a sus indicadores de salud física y mental, y por lo tanto, menos síntomas de somatización, angustia y ansiedad, depresión y deterioro global. También se ha visto que el apoyo social se asocia a una mejor calidad de vida, estado de ánimo, trabajo, tiempo libre, relaciones sociales y satisfacción general. Al tener adecuadas redes de apoyo, la adherencia terapéutica será mayor.

Este estudio por tanto se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo es el apoyo social que perciben las pacientes embarazadas en una unidad de medicina familiar?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el tipo de apoyo social en las pacientes embarazadas en el primer nivel de atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer el tamaño de la red que tiene la población de mujeres embarazadas de la UMF 31.

Describir la existencia de apoyo social afectivo, emocional e instrumental en la población de mujeres embarazadas de la UMF 31.

HIPÓTESIS

Más del 80% de la población de mujeres embarazadas no cuenta con adecuado apoyo social.

MATERIAL Y MÉTODO

PERIODO Y SITIO DE ESTUDIO

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar # 31 en un periodo de 2 meses, a partir de abril 2016.

UNIVERSO DE TRABAJO

Derechohabientes de la UMF31.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas de 18 a 45 años, derechohabientes de la UMF 31.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN y ANÁLISIS

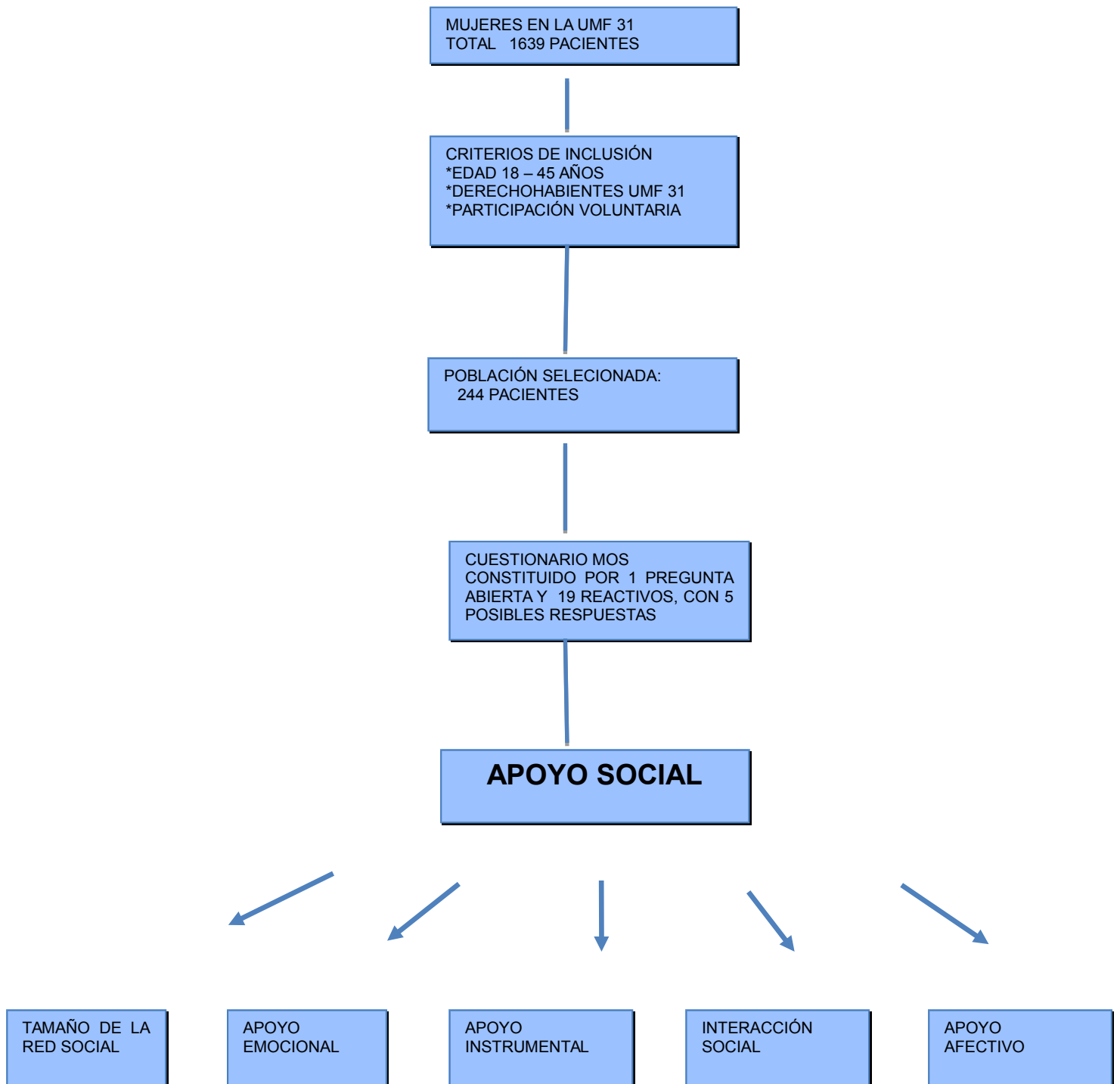
Se obtuvo la información de forma directa en la paciente a través de un cuestionario estructurado.

DISEÑO DE ESTUDIO. TIPO DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

Estudio transversal de tipo observacional.

ESQUEMA DEL DISEÑO DE ESTUDIO

Tipo de estudio: Transversal.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes que se encuentren en la edad de 18-45 años, que sean derechohabientes, en cualquier trimestre de embarazo y que acepten participar a través de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que acudan a consulta por amenaza de aborto ó con alguna urgencia obstétrica.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Paciente con encuestas incompletas ó que decidan retirarse del estudio.

MUESTREO

Muestreo de tipo no aleatorio, por casos consecutivos.

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

Se utilizó una fórmula para estudios cuyo objetivo es la estimación de una proporción en población finita. El censo de mujeres embarazadas en la UMF 31 que incluyó el periodo de 1 noviembre 2014 a 31 de octubre de 2015, tenía una población de 1639 pacientes.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor α de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.96

Sustituyendo con los valores correspondientes se obtiene la siguiente operación:

$$N = \frac{(1.96)^2 (.80) (.20) \quad 0.61}{0.05^2 \quad .0025} = \frac{0.61}{.0025} = 244$$

La muestra para el presente estudio fue de 244 pacientes respectivamente.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Apoyo social.

Apoyo instrumental

Apoyo emocional.

Interacción social positiva.

Apoyo afectivo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Apoyo social percibido.	La medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita.	Se llevó a cabo con el cuestionario MOS que consta de 19 ítems que incluye apoyo instrumental emocional, afectivo e interacción social.	Cualitativa ordinal.	1= Escaso apoyo. 2= Con apoyo.
Apoyo Instrumental	Confianza de los individuos de contar con ayuda económica, asistencial, ó tareas domésticas.	De acuerdo al instrumentos validado MOS, ítem 9-a 12.	Cualitativa ordinal.	1= Escaso apoyo. 2= Con apoyo.
Apoyo Emocional.	Confianza en el sustento interactivo, emotivo en la	De acuerdo al instrumentos validado MOS, ítem a 1 a 8.	Cualitativa ordinal.	1= Escaso apoyo. 2= Con apoyo.

Interacción social positiva.	relación interpersonal.				
	Red de sustento de instituciones sociales	De acuerdo al instrumento validado MOS, ítem 13 a 16.	Cualitativa ordinal.	1= Escaso apoyo.	
Apoyo afectivo	Confianza interpersonal de demostraciones de amor, cariño, afecto.	De acuerdo al instrumento validado MOS, ítem 17 a 19.	Cualitativa ordinal.	1= Escaso apoyo.	
				2= Con apoyo.	
Red social	Conexión de relaciones sociales rodea a los individuos.	De acuerdo al instrumento validado MOS, única pregunta abierta.	Cuantitativa discreta.		

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Edad	Años cumplidos.	De acuerdo a número de años cumplidos reportados por el médico en la entrevista.	Cuantitativa continua.	___años.
Grado máximo de estudios:	Grado máximo escolar	De acuerdo a número de años	Cualitativa ordinal.	1=Primaria incompleta.

Estado Civil.	alcanzado en la educación del médico.	cumplidos del reportados en la entrevista.		2= Primaria completa. 3=Secundaria. 4=Bachillerato. 5= Licenciatura. 6.= Posgrado.
	Estado social relacionado con el parentesco matrimonial que se encuentra el paciente.	De acuerdo a lo reportado por la paciente en la entrevista.	Cualitativa nominal.	1.- Casado. 2= Unión libre. 3= Soltero. 4= Divorciado. 5= Viudo.

Semanas de gestación	Semanas de evolución en el embarazo actual.	De acuerdo a la fecha de última menstruación reportado por la paciente en la entrevista.	Cuantitativa	___SDG.
-----------------------------	---	--	--------------	---------

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se solicitó al servicio de ARIMAC el censo de mujeres embarazadas en la unidad en el periodo de noviembre de 2014 a octubre de 2015 reportando un total de 1639 gestantes; al tratarse de un muestreo no aleatorizado se dispuso a calcular el tamaño de la muestra obteniéndose 244 pacientes, posteriormente, se identificó en la sala de espera de la consulta externa de ambos turnos, y en los

grupos educativos de trabajo social mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, se les explicó la finalidad del estudio; se les otorgó el consentimiento informado correspondiente, posterior a ello, a quienes aceptaron se les aplicó el cuestionario estructurado el cual consta de 19 ítems, con un tiempo de duración de 20 minutos, la información obtenida se registró en una base datos y se realizó el análisis estadístico descriptivo para la obtención de resultados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizó la base de datos en programa estadístico Stata versión 11. Posteriormente se describió el comportamiento de las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y frecuencia y proporciones para variables cualitativas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se considera este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que se utilizó encuestas, además no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidó el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, de acuerdo al capítulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en el artículo 98 en el cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en

materia de seguridad. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (aprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegará la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de la personas, limitando el acceso a los datos, ó por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también su enmiendas en año 2002 sobre no utilización de placebos, y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

RESULTADOS

La muestra total de estudio fue de 244 pacientes en las cuales encontramos las siguientes características sociodemográficas (Cuadro 1). La media de edad fue de 28.45, con una DE de 5.36 en un rango de 18 a 43 años, 68.4% de la pacientes cursaba el 3er trimestre cuando se realizó la encuesta, el estado civil que más predomino fue unión libre con un 43.85%, mientras que la escolaridad promedio fue bachillerato con un 55.74%, seguida de licenciatura en un 22.13%.

Cuadro 1. Características de la población de estudio.

Característica	n=244
Edad en años ^a	29 ± 5.36

Trimestre de embarazo ^b	
Primero	1 (.4)
Segundo	76 (31.1)
Tercero	167 (68.4)
Estado civil ^b	
Soltera	66 (27.05)
Unión libre	107 (43.85)
Casada	60 (24.59)
Divorciada	8 (3.38)
Viuda	3 (1.23)
Escolaridad ^b	
Primaria incompleta	2 (.82)
Primaria	9 (3.69)
Secundaria	43 (17.62)
Bachillerato	136 (55.74)
Licenciatura	54 (22.13)

^aMedia \pm DS; ^bFrecuencia (%)

EVALUACIÓN DE REDES SOCIALES

En la evaluación del red social encontramos que el tamaño de la red que refieren las pacientes en promedio es de 4 personas en un rango de 2 a 9 personas. Importante recalcar que el instrumento sólo evalúa el tamaño, más no quién conforma esa red.

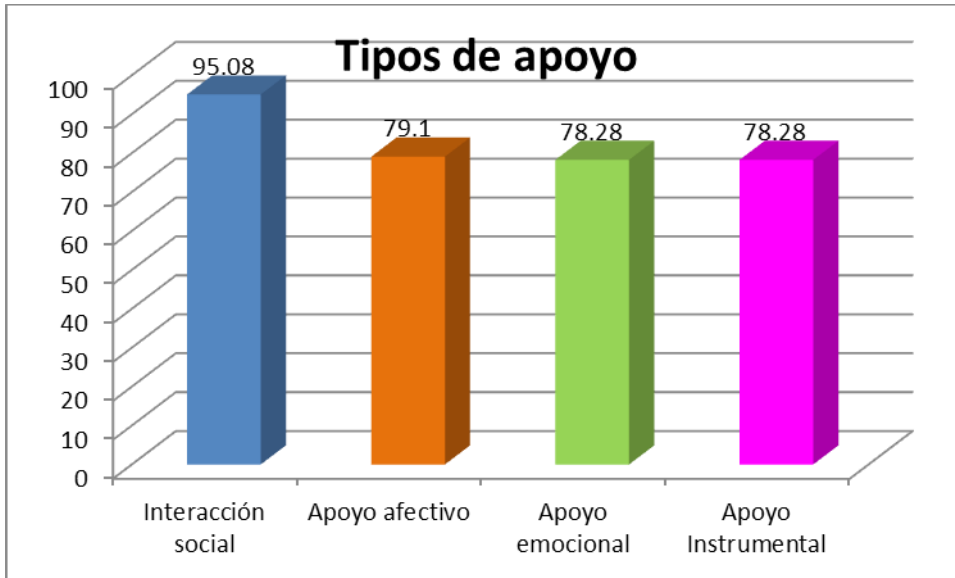
EVALUACIÓN DE APOYO SOCIAL

En la evaluación del apoyo social (Cuadro 2) y (Gráfico 1) encontramos que de acuerdo a sus componentes el 78.28% de las mujeres se refiere con apoyo emocional e instrumental. Por otro parte el 95% de las pacientes refieren adecuada interacción social, mientras que el 79.10% refiere adecuado apoyo afectivo.

Cuadro 2. Distribución del apoyo social de acuerdo a los cuatro componentes.

Componente	n=244
	Frecuencia (%)
Apoyo emocional	
Escaso apoyo	53 (21.72)
Con apoyo	191 (78.28)
Apoyo instrumental	
Escaso apoyo	53 (21.72)
Con apoyo	191 (78.28)
Interacción social	
Escasa Interacción	12 (4.92)
Con interacción	232 (95.08)
Apoyo afectivo	
Escaso apoyo	51 (20.90)
Con apoyo	193(79.10)

Gráfica 1. Porcentaje de los diferentes tipos de apoyo percibidos por las pacientes embarazadas.



EVALUACIÓN TOTAL DE APOYO SOCIAL.

En la evaluación global de apoyo social encontramos que el 75% de las pacientes refiere adecuado apoyo social. Sin embargo en la parte de abajo (Cuadro 3) se muestra la relación de las variables demográficas con el apoyo social destacando que el 3er trimestre es donde se percibe más apoyo con el 67.76%, mientras que el estado civil con más apoyo es unión libre con 45.35%; en cambio, los menos percibidos es divorcio y viudez con 8.19% y 3.28% respectivamente. Y con respecto a la escolaridad destaca bachillerato con 57.38%, mientras el menos apoyado aparentemente primaria completa con 11.48%.

Cuadro 3. Frecuencia de apoyo social de acuerdo a trimestre de embarazo, estado civil y escolaridad

N=244	Con apoyo social n=183	Escaso apoyo social n=61
Trimestre de embarazo*		
Primero	1(0.55)	0(0.0)
Segundo	58(31.69)	18(29.50)
Tercero	124(67.76)	43(70.49)
Estado civil *		
Soltera	50(27.32)	16(26.23)
Unión libre	83(45.35)	24(39.34)
Casada	46(25.14)	14(22.95)
Divorciada	3(1.64)	5(8.19)
Viuda	1(0.55)	2(3.28)
Escolaridad *		
Primaria incompleta	1(0.55)	1(0.55)
Primaria	2(1.09)	7(11.48)
Secundaria	30(16.39)	13(21.31)
Bachillerato	105(57.38)	31(50.82)
Licenciatura	45(24.59)	9(14.75)

*Los resultados se presentan en Frecuencia y proporciones.

DISCUSIÓN

La edad promedio de las mujeres embarazadas en nuestra unidad casi llega a los 30 años, lo cual es congruente con la Encuesta nacional de salud 2012 en la cual refiere una alta prevalencia de embarazo en mujeres de menos de 20 años y luego

un incremento de embarazos en mujeres de 30 años. Con respecto a los años de escolaridad para población urbana comparado con la ENSALUD 2012 menciona que el promedio es de 9 años aproximadamente lo que equivale el nivel de secundaria, en nuestra población la mayor proporción de mujeres cuenta con bachillerato o licenciatura. ³⁵

El apoyo afectivo y la interacción social fueron las áreas en donde la mayor proporción de mujeres refirieron tener apoyo, sólo el 20% de las mujeres reportó no contar con apoyo afectivo; lo cual es congruente con el 27% de las mujeres que refiere encontrarse separadas o solteras en los datos demográficos de la misma población, a su vez coincide con algunos estudios que han medido el apoyo emocional. ¹⁶

Más de 2 terceras partes de las pacientes refiere adecuado apoyo instrumental, lo cual es consistente con otros estudios que miden apoyo instrumental. ²⁹

Finalmente el 75% de las pacientes refiere adecuado apoyo social en una evaluación global. Pero la población que nos debe preocupar es el otro 25% de mujeres que presentan un bajo puntaje en las evaluaciones de apoyo social. Podemos observar que en la población con escaso apoyo el 31% tiene un nivel escolar de bachillerato, seguido de secundaria con 13% respectivamente. Con respecto al estado civil el 24% refiere estar en unión libre, seguido del estado soltero con 16% respectivamente. Esto, en algunos estudios expresan que estas mismas condiciones son factores de riesgo para déficit de apoyo social. ^{11,17}

CONCLUSIONES

El 25% de la población estudiada refirió escaso apoyo social. Los factores asociados a bajo apoyo social encontrados en el presente estudio fueron baja escolaridad, y estado civil unión libre seguido de soltería.

Por lo tanto, es necesario establecer programas y políticas de salud encaminadas al desarrollo y fomento de las redes sociales en las mujeres más vulnerables de nuestra población. Así como continuar con el estudio y el desarrollo de la evidencia para medir el impacto de estas variables en la calidad de vida del binomio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verde ME, Varela L, Episcopo C, García R, Briozo L, Impallomeni I, et al. Embarazo sin control. Análisis epidemiológico. Rev Med Urug 2012; 28(2): 100-107.
2. Córdoba R, Escobar P, Guzmán L. Factores asociados a la inasistencia a primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de San Sebastián de la Plata, Huila 2009. Revista Facultad de Salud 2012; 4(1): 39-49.
3. Sánchez-Nuncio H, Pérez-Toga G, Pérez-Rodríguez P, Vázquez-Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (5): 377-380.

4. Muñoz HO, García PM, Vázquez EF. Perspectivas en Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar 2006; 8(3): 145-15.
5. Urbina MR, Hernández VC, Hernández TI, Fernández OM, Irigoyen CA. Análisis psicodinámico de la transferencia y contratransferencia en la formación de médicos familiares en México. Aten fam 2015;22(2).
6. Hernández TI, Fernández OM, Irigoyen CA, Hernández HM. Importancia de la comunicación médico – paciente en medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 2006; 8(2): 137-143.
7. Poffald L., Hirmas M., Aguilera X, Vega J, González M, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en el adolescente. Salud Pública de México 2013; 55(6): 572-579.
8. Bensaja DE, García DA, Neiva SL, Nieto C, Koller S. Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo. Avances en Psicología Latinoamericana / Bogotá 2012; 30(1): 65-80.
9. Huanco D, Ticona M, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud en Perú. Rev. Chilena Obstetricia Ginecología; 2012; 77(2): 122 – 128.

10. Trinidad NK, Chávez MV, Carrasco PB, Sánchez VE. Percepción de la relación afectiva con los padres como factor que influye sobre el embarazo en adolescente en Veracruz México. *Revista sobre la infancia y la adolescencia* 2015; 8: 75-83.
11. Atienzo E, Campero L, Lozada A, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud Pública de México* 2014; 56(3): 286-294.
12. Estefó S, Mendoza PS, Saéz CK. Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología* 2014; 79(5): 396-407.
13. Galicia MI, Martínez SB, Ordóñez CD, Rosales VH. Relación entre el maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescente y adultas: un estudio piloto. *Psicología y Salud* 2013; 3(1): 83-95.
14. Salcedo BD, Orchiucci MP, Díaz MC, Yoshikawa EE ¿Cómo los profesionales de la atención primaria enfrentan la violencia contra las mujeres embarazadas? *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014; 22(3): 448-53.
15. Castro FB, Peñaranda CF. La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud de Popayán, Colombia. *Salud colectiva Buenos Aires* 2011; 7(3): 333-345.

16. Guarino L. Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo. *Psicología y Salud* 2010; 20(2): 179-188.

17. Muñoz L, Sánchez X, Arcos E, Vollraths A, Bonatti C. Vivenciando la maternidad en contextos de vulnerabilidad social: un enfoque comprensivo de la fenomenología social. *Rev. Latino-Am* 2013; 21(4): 1-7.

18. Revilla AJ, Luna CJ, Muñoz EB, Moruno IM. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia And* 2005; 6(1): 10-18.

19. Berlanga-Fernández S, Pérez – Cavañera R, Flores VM, Tárres- Cansado R. Apoyo social forman a un grupo de madres con hijos menores de un año. *Chía Colombia* 2013; 13(2): 206-215.

20. Norma Oficial Mexicana 07-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

21. Guarino L, Scremín F, Borrás S. Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. *Psychol Av Discip Bogotá Colombia* 2013; 7(1): 13-21.

22. Kolodin S, Rodríguez G, Alegría –Flores K. Asuntos de familia: estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica. Banco Interamericano de Desarrollo 2015; 54-70.
23. Lam N, Contreras H, Cuesta F, Mori E, Cordori J, Carrillo N. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. Rev. Perú Epidemiol. 2008; 12(3): 1-8.
24. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torreión E et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima Perú de abril a junio de 2008. Rev. Perú Epidemiol. 2010; 14(3): 1.8.
25. García GS, Duarte GL, Mejía PM. Afrontamiento de la familia ante el nacimiento de un hijo prematuro. Nure Investigación 2014; 69: 3-11.
26. Araya CZ. Fuentes de apoyo por las gestantes en el duelo prenatal. Rev. Actual de Costa Rica 2014; 26: 1-13.
27. Lozada TA, Campero CM, Hernández B, Rubalcava – Peñafiel L, Neufeld L. Barreras y facilitadores para actividad física durante el embarazo y posparto en mujeres pobres de México. Salud Pública de México 2015; 57(3): 242-250.

28. Herbourne CD, Stewart, AL. The MOS social support survey. *Social Science Medicine* 1991; 32(6), 705-714.
29. Suárez CM. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar apoyo el apoyo social al paciente y al cuidador informal *Rev Med La Paz*, 2011; 17(1): 60-67.
30. Alonso FA, Menéndez RM, González CL. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria Año 2013*; 19: 118-123.
31. Medellín MM, Rivera HM, López PJ, Kanán CG, Rodríguez OA. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental* 2012; 35: 147-154.
32. Londoño AN, Helena, HR, Castilla TJ, Posada GS, Ochoa AN, Jaramillo PM et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research* 2012; 5(1): 142-150.
33. Góngora BG. Apoyo social en familias monoparentales y nucleares con hijos con discapacidad. *Revista Realidades* 2014; 3 (2): 9-18.
34. Rodríguez ES. Adaptación a niños del cuestionario MOS en apoyo social. *Liberabit Lima Perú* 2011; 17(2): 117-128.

35.- Ileana Heredia-Pi, Edson Serván-Mori, Hortensia Reyes-Morales, Rafael Lozano. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. Salud Pública de México 2013; 55(2): 1-7.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: (anexo 1)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“APOYO SOCIAL EN PACIENTES EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

INSTRUMENTO.		
<p>Aplice el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:(CRITERIOS DE INCLUSIÓN) Pacientes que se encuentren en la edad de 18-45 años, que sean derechohabientes, en cualquier trimestre de embarazo y que acepten participar a través de consentimiento informado</p>		
1	FOLIO _____	U U U U
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____	U U U U
4	NSS: _____	U U U U
5	Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino ()	U U
6	Número de Consultorio: ()	U U
	Edad: _____ años cumplidos	U U U
7	Fecha de última menstruación: ____/____/____ Día mes año	U
8	Semanas de gestación _____SDG	U
9	Trimestre de embarazo 1= primero () 2= segundo () 3= tercero ()	U
10	GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS: 1=primaria incompleta () 2= primaria completa () 3=secundaria () 4=bachillerato () 5= licenciatura () 6.= posgrado ()	U
11	ESTADO CIVIL: 1.- Casado () 2= Unión libre. () 3= Soltero () 4= Divorciado () 5= Viudo ()	

CUESTIONARIO DE MOS. APOYO SOCIAL.							
		NUNCA (1)	POCAS VECES (2)	ALGUNAS VECES (3)	LA MAYORIA DE LAS VECES(4)	SIEMPRE (5)	
APOYO EMOCIONAL							
1	Alguien que pueda contar cuando necesita hablar						<input type="checkbox"/>
2	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas						<input type="checkbox"/>
3	Alguien que le informe y le ayude a entender una situación						<input type="checkbox"/>
4	Alguien en quien confiar ó con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones						<input type="checkbox"/>
5	Alguien cuyo consejo realmente desee						<input type="checkbox"/>
6	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos						<input type="checkbox"/>
7	Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales						<input type="checkbox"/>
8	Alguien que comprenda sus problemas						<input type="checkbox"/>
TOTAL DE PUNTOS EN APOYO EMOCIONAL							<input type="checkbox"/>
DE ACUERDO AL PUNTAJE LA PACIENTE CUENTA CON:							
1= ESCASO APOYO EMOCIONAL, MENOS DE 24 PUNTOS. ()							<input type="checkbox"/>
2= CON APOYO EMOCIONAL, 24 PUNTOS o más ()							
APOYO INSTRUMENTAL							
		NUNCA (1)	POCAS VECES (2)	ALGUNAS VECES (3)	LA MAYORIA DE LAS VECES(4)	SIEMPRE (5)	
9	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama						<input type="checkbox"/>
10	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita						<input type="checkbox"/>
11	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo						<input type="checkbox"/>
12	Alguien que le ayude con sus tareas domésticas si enferma						<input type="checkbox"/>
TOTAL DE PUNTOS EN APOYO INSTRUMENTAL							<input type="checkbox"/>
DE ACUERDO AL PUNTAJE LA PACIENTE CUENTA CON:							
1= ESCASO APOYO INSTRUMENTAL, MENOS DE 12 PUNTOS. ()							<input type="checkbox"/>
2= CON APOYO INSTRUMENTAL, 12 PUNTOS o más ()							

INTERACCIÓN SOCIAL							
		NUNCA (1)	POCAS VECES (2)	ALGUNAS VECES (3)	LA MAYORIA DE VECES (4)	SIEMPRE (5)	
13	Alguien con quien pasar un buen rato						<input type="checkbox"/>
14	Alguien con quien pueda relajarse						<input type="checkbox"/>
15	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas						<input type="checkbox"/>
16	Alguien con quien divertirse						<input type="checkbox"/>
TOTAL DE PUNTOS EN APOYO SOCIAL (Máximo 20 puntos)							<input type="checkbox"/>
DE ACUERDO AL PUNTAJE LA PACIENTE CUENTA CON:							
1= ESCASO APOYO INTERACCIÓN SOCIAL, MENOS DE 9 PUNTOS. ()							<input type="checkbox"/>
2= CON APOYO EN INTERACCIÓN SOCIAL, 9 PUNTOS o más ()							
APOYO AFECTIVO							
		NUNCA (1)	POCAS VECES (2)	ALGUNAS VECES (3)	LA MAYORIA DE VECES (4)	SIEMPRE (5)	
17	Alguien a quien amar y hacerle sentir querido						<input type="checkbox"/>
18	Alguien que le abrace						<input type="checkbox"/>
19	Alguien que le demuestre amor y afecto						<input type="checkbox"/>
TOTAL DE PUNTOS EN APOYO AFECTIVO (máximo 15 puntos)							<input type="checkbox"/>
DE ACUERDO AL PUNTAJE LA PACIENTE CUENTA CON:							
1= ESCASO APOYO AFECTIVO, MENOS DE 9 PUNTOS. ()							<input type="checkbox"/>
2= CON APOYO AFECTIVO, 9 PUNTOS o más ()							
20	TOTAL DE PUNTUACIÓN GLOBAL (SUMA DE TODAS LAS ÁREAS)						<input type="checkbox"/>
DE ACUERDO AL PUNTAJE GLOBAL LA PACIENTE CUENTA CON:							
21	1= ESCASO APOYO SOCIAL, MENOS DE 57 PUNTOS. ()						<input type="checkbox"/>
2= CON APOYO SOCIAL, MÁS DE 57 PUNTOS. ()							

RED SOCIAL

Familiares ó amigo que tiene cerca usted (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre) ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO (anexo 2)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

**APOYO SOCIAL EN PACIENTES EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR**

Patrocinador externo (si aplica):

NO aplica.

Lugar y fecha:

México, Distrito Federal a de de 2016

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:	Identificar el apoyo social en las pacientes embarazadas en el primer nivel de atención en adscritos a UMF 31 IMSS						
Procedimientos:	Se le solicitará que responda un cuestionario el cual consta de 19 pregunta, en tiempo aproximado de 15 minutos						
Posibles riesgos y molestias:	No se preguntarán temas sensibles y no se realizará toma de muestra de laboratorio, para conocer la percepción que usted tiene. Su participación en el protocolo no afectará la atención médica que recibe en la unidad.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los resultados del estudio, servirán para conocer la percepción de usted sobre el tipo de apoyo social con el que cuenta, lo cual pueda orientar al médico familiar para establecer medidas de tratamiento						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si en su caso se detecta algún problema en algún tipo de apoyo se exhortará a enfatizar a conocerla situación de la paciente y mejorar sus redes de apoyo						
Participación o retiro:	Usted como paciente tiene el derecho de participar en el estudio o retirarse de él en el momento que decida, ya que su participación en todo momento es de forma voluntaria.						
Privacidad y confidencialidad:	Los datos aportados por usted serán manejados con confidencialidad y utilizados para los fines de esta investigación.						
En caso de colección de material biológico (si aplica): NO aplica							
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Al término del estudio, la población derechohabiente se beneficiará con la intervención de políticas de salud institucionales dirigidas a las necesidades de salud detectadas						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Médico Residente Iliana Juárez Gutiérrez Tel 0445518388417 Fax 56862769 Matrícula 98386575 correo ili_estela2@hotmail.com						
Colaboradores:	MF Leticia Ramírez Bautista Tel 56860233 ext 21481 Fax 56862769 Matrícula 8889341 correo leticia.ramirez@imss.gob.mx Maestro Fabián Avalos Pérez. Tel 55796122 ext 21315 Fax: no tiene Matrícula 11579552 Correo fab_doc@hotmail.com						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma del sujeto </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Iliana Juárez Gutiérrez Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Testigo 1 </td> <td style="text-align: center;"> Testigo 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre, dirección, relación y firma </td> <td style="text-align: center;"> Nombre, dirección, relación y firma </td> </tr> </table>		<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma del sujeto	Iliana Juárez Gutiérrez Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	Testigo 1	Testigo 2	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma del sujeto	Iliana Juárez Gutiérrez Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento						
Testigo 1	Testigo 2						
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma						