



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 93
“CERRO GORDO”
ECATEPEC DE MORELOS,
ESTADO DE MÉXICO.**

**EVENTOS VITALES ESTRESANTES EN PACIENTES CON CRITERIO DE
INGRESO AL PROGRAMA PULSERA ROJA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. KATTYA MERCEDES SUÁREZ VELÁZQUEZ



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.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

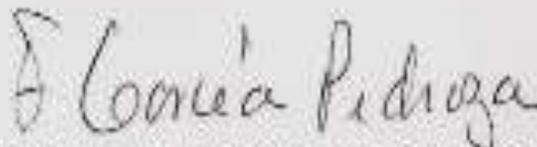
PRESENTA

DRA. KATTYA MERCEDES SUÁREZ VELÁZQUEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



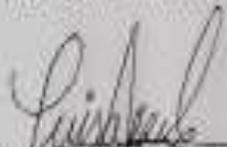
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE EFICIENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A:

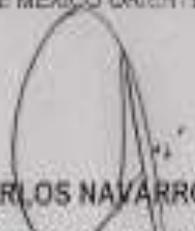
DRA. KATTYA MERCEDES SUAREZ VELAZQUEZ

AUTORIZACIONES.



DRA. ALMA LUISA LAGUNES ESPINOSA

COORDINADORA DELEGACION AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD
ESTADO DE MEXICO ORIENTE



DR. DEMETRIO CARLOS NAVARRO CORTÉZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 93
ESTADO DE MEXICO ORIENTE



DR. ARMANDO LÓPEZ PORTILLO

COORDINADOR CLÍNICO DE FORMACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 93 ESTADO DE MEXICO ORIENTE



DRA. FLOR ARAGELI NAVA AYALA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 93
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

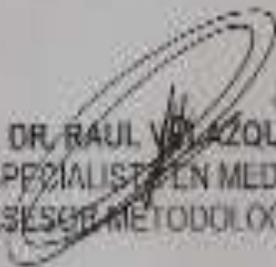
P R E S E N T A

DRA. KATTYA MERCEDES SUÁREZ VELÁZQUEZ

AUTORIZACIONES



DR. RUBÉN RÍOS MORALES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DEL TEMA DE TESIS



DR. RAÚL VELÁZQUEZ VARGAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

Agradecimientos

Agradezco a Dios que me amparo en su infinito amor a mi persona. Así como dedico este trabajo a mi Hijo Ángel Eduardo, que es el motor de mi vida, a mi mamá Matilde por su apoyo y a mi padre José Manuel, que descansa en paz.

Me gustaría expresar mi más profundo y sincero aprecio a todas aquellas personas que con su ayuda, han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial al Doctor Rubén Ríos Morales Jefe de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar 92 que me orientó y supervisó mi tesis, para llegar a este momento cumbre del saber médico. A mi profesora la Doctora F. Araceli Nava Ayala que hizo que este sueño se realice, así como su dirección sobre el campo médico de la Medicina Familiar.

Al Doctor Raúl Velázquez Vargas aquí a mi querido profesor que me inicio en el campo y amor hacia la Medicina Familiar un especial reconocimiento, mi guía de comienzo y fin para este hecho a usted Doctor mil gracias.

Quisiera hacer extensiva mi congratulación a la Universidad Nacional Autónoma de México, mi formadora en el campo profesional que tanto he aprendido a lo largo de años de estudio, con la culminación en la especialización de Medicina Familiar.

Quedo infinitamente gratificada al Instituto Mexicano del Seguro Social que me apoyo en el día a día para desarrollo de este trabajo y ser un mejor médico.

Definitivamente un aplauso al servicio de Trabajo Social por su impecable apoyo, pero sobre todo a la Licenciada Rosa Díaz Martínez que me apoyo tanto para este trabajo. Reconozco la amistad de todos estos años a Ingeborg Ariadne (gracias por soportarme amiga), porque de estar sola, con todo lo que implica este compromiso, quién sabe cómo estaría (Amiga por fin terminamos). Así como a María Guadalupe Venancio López que me hizo más relajante y me asentó todo cuando era necesario, aun en los peores momentos. Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos.

A todos ellos, muchas gracias.

INDICE

| | Pág. |
|---|-----------|
| I TITULO | 1 |
| Agradecimiento | 5 |
| II INDICE | 6 |
| III RESUMEN | 7 |
| IV MARCO TEORICO | 9 |
| V PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 21 |
| VI JUSTIFICACION | 22 |
| VII OBJETIVOS | 23 |
| General | 23 |
| Específicos | 23 |
| VIII HIPOTESIS | 24 |
| IX METODOLOGIA | 25 |
| Tipo de estudio | 25 |
| Población, lugar y tiempo | 25 |
| Tipo de muestra y tamaño | 25 |
| Criterios de inclusión, exclusión y eliminación | 26 |
| Variables | 27 |
| Procedimiento para recolectar la información | 32 |
| Consideraciones éticas | 33 |
| X RESULTADOS | 34 |
| Descripción | 34 |
| Tablas, cuadros y graficas | 34 |
| XI DISCUSION | 55 |
| XII CONCLUSIONES | 59 |
| XIII REFENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 62 |
| XIV ANEXOS | 67 |
| XV CRONOGRAMA | 75 |

RESUMEN

Introducción. El embarazo en una crisis del desarrollo, estresores psicosociales pueden sobre agregar enfermedad psicosomática a embarazos de Alto Riesgo. En la Unidad de Medicina Familiar 92 del Estado de México se les aplicó la escala de eventos vitales estresantes de Holmes y Rahe, al momento de ingresar al programa de Pulsera Roja. **Objetivo** Identificar la frecuencia de eventos vitales estresantes para pacientes con criterio de ingreso al programa pulsera roja.

Metodología. El Diseño de este estudio es descriptivo y de corte transversal en la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del Instituto Mexicano de Seguro Social en Municipio de Ecatepec Estado de México. Las Participantes fueron de un total de 50 pacientes con embarazo de alto riesgo obstétrico en el programa Pulsera Roja.

Resultados Con variables sociodemográficas de la muestra con edades más frecuentes fueron paciente de entre 26 a 30 años, amas de casa y empleadas, en unión libre y casada, con escolaridad de bachillerato, secundaria y licenciatura con Estadio socioeconómicos III (Clase media media) y IV (Pobreza relativa). En ellas se identificó evento vital más frecuente el embarazo y la llegada de un nuevo miembro a la familia con Riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática Leve 28%, Moderado 30% y Severo 16% de las pacientes. **Conclusiones** Los eventos vitales estresantes más frecuente en pacientes con pulsera roja fueron el embarazo y la llegada de un nuevo miembro a la familia, si aumenta el número de eventos vitales estresantes se incrementa el riesgo a desarrollar Enfermedades Psicosomáticas.

Palabras Clave. Embarazo de alto riesgo, estrés, eventos vitales estresantes.

ABSTRACT

Introduction. Pregnancy in a development crisis, psychosocial stressors may add psychosomatic illness on High Risk pregnancies. In Family Medicine Unit 92 State of Mexico were administered the scale of stressful life events Holmes and Rahe, when entering the program Red Bracelet. Objective To identify the frequency of stressful life events in patients with admission criteria red bracelet program. Methodology. The design of this study is descriptive and cross-sectional in Family Medicine Unit No. 92 of the Mexican Institute of Social Security municipality of Ecatepec Mexico State. The participants were a total of 50 patients with high-risk obstetrics program in the Red Bracelet pregnancy. Results With sociodemographic variables of the sample with more frequent patient ages were between 26-30 years old, housewives and employees, free and married union, with high school education, secondary and undergraduate socioeconomic Stage III (average middle class) and IV (Relative poverty). They most frequently identified vital event pregnancy and the arrival of a new member to the family risk of developing psychosomatic illness 28% Slight, Moderate and Severe 30% 16% of patients. The most common findings in patients with stressful life events were red bracelet pregnancy and the arrival of a new member to the family, if the number of stressful life events increases the risk to develop psychosomatic diseases.

Keywords. High-risk pregnancy, stress, stressful life events.

MARCO TEORICO

El embarazo normal, es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término ⁽¹⁾, es un periodo de crisis del desarrollo, en el cual intervienen aspectos fisiológicos y dinámicos, vinculados al nivel de madurez emocional de la mujer embarazada ⁽²⁾. En la República Mexicana se atienden alrededor de 347 mil mujeres embarazadas en las instituciones nacionales de salud para 2010, de las cuales 55 mil cursaron con un embarazo de alto riesgo que representa al 15.85% del total de embarazos atendidos. En el Estado de México existe una población de aproximadamente 15.18 millones de habitantes en 2010, de los cuales poco más de la mitad 51.3%, son mujeres en edad fértil (de 15 a 44 años) ⁽³⁾. Debido a ello Medicina Familiar como especialidad con visión de acción anticipatoria y enfocada a detectar los factores de riesgo, es prioritario enfocarse a la mujer en edad reproductiva ⁽⁴⁾. Por ejemplo, cuando vemos la cuenta Nacional de Salud que hace mención sobre la mortalidad materna que refleja con mayor claridad el estado de los servicios de salud y las condiciones de bienestar de la población de un país o la Organización Panamericana de Salud que estima que entre el 94 y 50% de muertes maternas son prevenibles, si existe personal capacitado y recursos físicos que faciliten la atención de la mujer durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, o en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), México se comprometió a disminuir su mortalidad materna de 90.4 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos en 1990 a 45.2 defunciones al año 2000. Pero actualmente, en México se observan 55.8 muertes por cada 100 mil nacidos vivos estimados; mortalidad lejana a la que se planteó hace casi 20 años, de acuerdo al compromiso de México para este indicador (22.2) en los Objetivos de Desarrollo del Milenio aún está lejos de alcanzar esta meta. Ante este hecho el Médico Familiar con su enfoque a detectar factores de riesgo en la salud materno-infantil y evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, se hace evidente realizar estrategias para prevenir la mortalidad materna en nuestro país ⁽⁵⁾.

De aquí que en la Delegación Estado de México Oriente al tener una concentración poblacional de las más grandes y con mujeres fértiles en riesgo, se ve en la necesidad de realizar estrategias a esta población de riesgo. Por lo que “**Un Embarazo de Alto Riesgo**” es todo evento obstétrico en el que existe un factor, ya sea materno o fetal, que afectará de manera adversa el resultado de la gestación, en este se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales, concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario, pudiendo desencadenarse a Mortalidad Materna, que es un indicador de impacto que mide la equidad, la calidad y la oportunidad de los servicios que otorgamos a nuestras mujeres. Su vigilancia implica, identificar las mejores prácticas médicas y administrativas para su reducción. Por lo tanto, es una obligación prioritaria la prevención la muerte materna y debe incluir diversos sectores sociales y gubernamentales y no exclusivamente al sector salud, ya que en la mayoría de las ocasiones sobre todo en los países en desarrollo, la muerte materna es prevenible ^(6,7). Por lo que la estrategia de prevención Materno-Infantil es el **Programa de Pulsera Roja** que la Delegación Regional del Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) proyecto surge de la Coordinación de Prestaciones Médicas diseñando con Atención Prioritaria a la paciente obstétrica con factores de alto riesgo, cuyo objetivo es disminuir esta mortalidad maternal y optimizar la calidad de los servicios a los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante una fácil y rápida detección de las pacientes portadoras del brazalete, donde se le valoran los factores de Riesgo, a través de un distintivo rápido cuya finalidad permita mejorar la atención médica en forma oportuna. Este brazalete es fácilmente visible y alerta a todo el personal de salud. Estas pacientes con embarazo de alto riesgo tiene criterios como ser menores de 16 años, mayores de 35 años, con hipertensión arterial, artritis reumatoide, con preeclampsia leve-severa o eclampsia y de esta manera alerta al personal de salud de Unidades de Medicina Familiar y Hospitales del IMSS.

Por lo que el programa hace que a las pacientes se les coloque una pulsera o un brazalete de color rojo con un número de folio, único e intransferible que identifica a través de sistemas de control los datos, que permitan seguir los movimientos de estas pacientes; lo cual es de gran utilidad para todo el personal pues de este modo podrán darle seguimiento a sus consultas, traslados, estudios epidemiológicos y podrán tener acceso a su evaluación durante todo el embarazo. Detecta las debilidades y fortalezas que faciliten la mejora continua de la Atención Obstétrica y que impacte en la disminución de la mortalidad materna, determina atención prioritaria al llegar a las unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención para el manejo del embarazo de alto riesgo. La Unidad de Medicina Familiar 92 es área de influencia de la Delegación Oriente del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y cuenta con un censo de los más grandes de México con una gran cantidad de embarazos de alto riesgo y tener peligro de muertes maternas considerando de alta prioridad el cuidado de la salud materna. Es aquí donde los Médicos Familiares estamos en la búsqueda de la identificación de estos factores de Riesgo en este grupo de pacientes tan vulnerable como grupo poblacional en edad reproductiva y prevenir la Mortalidad materna ^(8,9).

Los criterios de ingreso para el Programa de Pulsera Roja para el reconocimiento de este Riesgo Obstétrico en el primer, segundo y tercer nivel de atención en el Estado de México son:

1. Primigesta menor de 16 años.
2. Primigesta mayor de 35 años.
3. Preeclampsia leve-severa o Eclampsia.
4. Placenta previa, inserción baja, placenta marginal y oclusiva, parcial o total.
5. Diabetes y embarazo.
6. Hipertensión y embarazo.
7. Enfermedades autoinmunes más Embarazo.
8. Insuficiencia renal crónica más Embarazo.
9. Más de 5 embarazos.
10. El embarazo múltiple.

11. Periodo ínter-genésico corto.
12. Polihidramnios y Oligohidramnios.
13. Enfermedad trofoblástica
14. Cardiopatía y Embarazo
15. Hipotiroidismo y Embarazo ^(1, 2, 10,11).

El embarazo no solo debe ser visto desde el punto de vista biológico sino del impacto emocional que resulta tener como diagnóstico “embarazo de alto riesgo” por lo que a consideración las características psicológicas del embarazo normal, que es, un período durante el cual deben, realizarse tareas de maduración emocional que preparan a la mujer para su futuro papel de madre y que corresponde a un grado de estrés por el presagio del parto, la adaptación del mismo, aceptar trastornos físicos, como es aumento de peso, deformación corporal, acudir a atención médica, aceptar exploraciones y pruebas; desemboca en la secuencia de reacciones emocionales que implica un ajuste ^(11,12). Condicionando estrés que es un estado en que el individuo percibe las demandas de una situación que excede sus recursos. Selye indica que el estrés es un conjunto de respuestas fisiológicas, fundamentalmente hormonales; donde se activa el eje hipotálamo-hipófisis-córticosuprarrenal, con elevación de la secreción de corticoides (cortisol) y que al mantener esta activación, se produce el síndrome del estrés generando mecanismos de adaptación (expresión del estrés a través del tiempo). El estrés agudo en el primer trimestre del embarazo está relacionado con esquizofrenia mientras que en el último trimestre del embarazo está relacionado con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el estrés prenatal entre la semana 24 y 28 del embarazo contribuye significativamente en la patogénesis del autismo. Según el momento de inicio o en el que se presente el estresor se producirán unos efectos u otros teniendo en cuenta el proceso de desarrollo del feto. Algunos factores agregados de la madre como la diabetes, bajo peso al nacer, edad paterna elevada, nacimiento en invierno, preeclampsia, asfixia, atonía uterina y el estrés prenatal son algunos factores que pueden aumentar el riesgo de aparición de complicaciones obstétricas que comprometen al neurodesarrollo fetal.

El estrés crónico, puede conducir a presión sanguínea elevada y riesgo de ataque al corazón. La posibilidad de que la hipertensión inducida por el embarazo esté favorecida por una tensión emocional aumentada, es perfectamente admisible, dada la existencia de hipertensiones neurógenas, ligadas a situaciones de estrés y provocadas por una disfunción simpática con alza de noradrenalina. Así el eustrés es un evento neutral o placentero que se piensa puede ser controlable. El distrés puede ser emocional o físicamente amenazador, severo, prolongado, impredecible e incontrolable ^(13,14); pero además el organismo humano responde a múltiples amenazas de tipo social, generadores de eventos estresantes, pudiendo incrementar la vulnerabilidad del organismo a ciertas enfermedades, como efectos inmunosupresores vinculados directamente con los mecanismos inmunológicos, tales como las infecciones, las enfermedades autoinmunes y las neoplasias.

Al tener falta de adaptación o resolución a toda situación de cambio percibida como negativa estresante, puede desencadenar numerosos síntomas y signos, como la aparición de enfermedades. A nivel familiar, pueden desestabilizar la homeostasis del grupo familiar y en caso de no contar con estrategias y recursos adecuados para su adaptación, pueden concluir en una disfunción familiar ^(15,16).

La familia en su desarrollo se ve afectada por situaciones o circunstancias que introducen cambios en su funcionamiento y estructura, debido a la ocurrencia de eventos, que actúan como fuentes generadoras de estrés. El estrés familiar va a depender tanto de las demandas del medio (acontecimientos vitales), como de la percepción que tiene la familia de ellas. De lo anterior **un evento vital estresante**, es la vivencia de ese estrés, que va a estar determinada por la significación que la familia, la forma de enfrentarlo tomando en cuenta el uso de recursos protectores, como lo es el apoyo social, la capacidad de reajuste familiar, o la adaptación entre otros, que contribuyen a minimizar los efectos del impacto de los eventos en la salud familiar ^(17,18). Estos acontecimientos requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos que son percibidos como indeseables ⁽¹⁹⁾. Diversos estudios demuestran claramente la unión entre el estrés, el desarrollo y el curso de muchas enfermedades generadoras de crisis del desarrollo ^(20,21).

Que son un estado de descompensación mental y funcional resultante de la reacción del individuo o de la familia, ante un suceso percibido como peligroso y que origina un sentimiento de impotencia e incapacidad para enfrentar de manera eficaz dicho evento. En el contexto clínico estas crisis son generadoras de somatización que son un complejo proceso cognitivo, afectivo y conductual, en el que los pacientes, en respuesta a situaciones vitales estresantes, experimentan y comunican diversos síntomas físicos atribuyéndolo a una enfermedad médica y buscan ayuda para aliviarlos ^(22, 23, 24,25). Las crisis pueden ser del *Desarrollo (normativas o transitorias)* que se relacionan con la maduración en las diversas etapas de la vida que son predecibles, derivan del cambio que se sufre con la transición y se basa en las etapas del desarrollo que son las esperadas en la familia según su ciclo vital y de resolución relativamente rápida por ser transitorias-esperadas.

Las Crisis *Circunstanciales (no normativas o no esperadas)* son accidentales y dependen sobre todo, de factores ambientales, que afectan a varios aspectos de la vida; como el social, mental, físico, material, etc.⁽²³⁾ Los estresores psicosociales de crisis circunstanciales (no normativos) de mayor frecuencia fueron la percepción de problemas económicos (56,1%), percepción de insuficiencia de dinero disponible (53,4%), presencia de eventos estresantes y/o depresión (53,4%) y presencia de agresión psicológica familiar (45,2%). Las patologías asociadas a estresores psicosociales, fueron Síndrome de parto prematuro 57.5% y el Síndrome de hipertensión en el embarazo 35.6% ⁽²⁶⁾. Ante ello existen escalas de evaluación de estrés, que pueden servir para detectar a tiempo parte de los Eventos vitales estresantes, sin embargo, para este estudio no cumplen con el objetivo deseado ^(27, 28,29). Por lo que la escala más significativa en este estudio de los factores sociales del estrés es la Escala realizada por Thomas H. Holmes, que se basa en los trabajos de Harold G. Wolf y Adolf Meyer, que viéndose influenciado por las ideas y aportaciones de estos dos autores, se interesó no sólo por quién se enferma sino también por cuánto en el contexto social uno enferma, lo cual le llevó a desarrollar un nuevo marco para investigar las relaciones entre los fenómenos sociales y la enfermedad.

Cuantificar el estrés social (Holmes y Rahe, 1967), universalizó toda una línea de investigación sobre el estrés y la salud que de algún modo, sigue aún vigente en el momento actual. Los trabajos del grupo de Holmes son los más importantes por la innovación teórica que ha supuesto, así como por su enorme influencia sobre la generación de hipótesis e instrumentos de evaluación del estrés, que por los datos empíricos aportados. En términos generales, la aportación del grupo de Holmes representa tal vez la primera contribución consistente al modelo bio-social de la salud, anticipándose en el tiempo a la formulación de dicho modelo, llevado a cabo por Engel en 1977. La aportación del enfoque de los sucesos vitales como revolución en las ciencias de la salud se ha justificado porque dicho enfoque: 1.- Permite estudiar epidemiológicamente grupos sociales y niveles de riesgo desde una nueva perspectiva, 2.-Posibilita establecer estrategias de afrontamiento y prevención selectivas, 3.- Supone una orientación social de la salud (diferente de la antigua concepción médica basada en la relación germen-enfermedad) aspectos centrales donde el estrés social como generador agregado a desarrollar enfermedad ⁽³⁰⁾. Así en 1967, en el Journal of Psychosomatic Research, Thomas Holmes y Rahe, presentó un test donde daba un determinado valor a eventos en la vida del hombre que eran causa de estrés y cuya gravedad, en orden decreciente, era inversamente proporcional al valor dado (escala de reajuste social), esta debe realizarse en función de las situaciones que hayan ocurrido seis a doce meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas. El concepto de cambio vital es un término más central en sucesos menos traumáticos y más normativos, es decir, en los denominados sucesos vitales en su sentido más estricto. Siendo ejemplos de sucesos vitales situaciones sociales tan dispares como la pérdida de un hijo, la separación matrimonial, el divorcio, la compra de casa, el despido laboral, el cambio de residencia, el encarcelamiento, el embarazo, etc. La investigación basada en los sucesos vitales no se centra en un suceso concreto (por ejemplo, una situación bélica), sino en la acumulación de varios sucesos ocurridos durante los últimos años (habitualmente durante los dos o tres últimos años), fenómeno que se conoce habitualmente como estrés reciente.

Se han empleado los eventos vitales estresantes como manifestación de diferentes enfermedades que van del predominio psíquico como ansiedad y depresión a los de carácter biológico como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, asma bronquial, síndrome de intestino irritable y cefaleas. Por lo que la escala de eventos vitales estresantes de Holmes y Rahe en México al otorgar una puntuación numérica a los cambios de vida a medida que van produciéndose y los efectos de dicho acontecimiento o conjunto de sucesos individuales, sobrepasan cierto umbral y puede producirse el suficiente estrés como para perturbar la salud; por lo que se usa para realizar mediciones de este fenómeno que en áreas como Medicina Familiar donde aplicamos y valoramos el riesgo a desarrollar enfermedades psicosomáticas por estos eventos. Esta escala cuenta con un coeficiente de correlación de rangos (Spearman Rho) de 0.881 ($p < .001$).

Donde el puntaje obtenido indica que menos de 150 puntos es sin riesgo significativo a desarrollar alguna enfermedad psicosomática; de 150 a 199, expresa una crisis leve y sugiere que tiene un bajo nivel de estrés en su vida y una probabilidad baja (alrededor del 30%) de desarrollar una enfermedad psicosomática relacionada con el estrés en el futuro cercano; de 200 a 299 será una crisis moderada y la posibilidad de desarrollar enfermedad psicosomática en un 50% y más 300 sugiere estar probablemente en riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática con una posibilidad estadística casi el 80% ^(30,31,32). Además el interés de considerar los datos socioeconómicos, se fundamenta en el hecho de tomar en cuenta la mayor cantidad de factores, que permitieran tener una aproximación a la realidad circundante de las familias, al poder medir lo más objetivamente, aspectos tales como la estructura familiar, educación, ingreso mensual, gastos en alimentación, servicios disponibles en el hogar y servicios disponibles en la comunidad. El método de Graffar es el más utilizado para clasificar socioeconómicamente a la sociedad y sirve para resolver los problemas de la constitución familiar y su sustento es decir, de quienes se hacen responsables del núcleo familiar (padre y la madre).

El cual fue creado por el Belga Marcel Graffar especialista de la estratificación y modificado por el doctor Hernán Méndez Castellanos (1959), su uso es para conocer los problemas básicos de la sociedad respecto a la educación, alimentación y condiciones de la vivienda, clasificando a la sociedad según sus problemas y necesidades socio-económicas. Considera 4 variables: 1.Procedencia del ingreso, 2.Profesión del Jefe de Hogar, 3. Nivel de instrucción de la madre y 4.Condiciones de alojamiento. Emplea un escala tipo Likert del 1 al 5 (1 para muy bueno y 5 para muy malo). El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total, que puede ir desde 4 (clase alta) hasta 20 (pobreza crítica). De acuerdo a la siguientes escala: Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos) Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos) Estrato III: clase media media (10 a 12 puntos) Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos) Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos). Este un instrumento nos ayuda a determinar las condiciones sociales del país, permitiendo evaluar eficientemente las condiciones socioeconómicas ⁽³³⁾. Además se observa como antes se mencionó que son estresores psicosociales no normativos de la percepción de problemas económicos es de hasta 56,1% y que la insuficiencia de dinero disponible hasta 53,4% en población general. De aquí se desprenden estudios que valoran los eventos vitales estresantes como potencialmente generadores de enfermedades psicosomáticas como indica Menéndez Villalba y cols., en 2002 e indica que la presencia de eventos vitales estresantes empeora el control de la presión arterial sistólica en pacientes hipertensos. Shrier K, Shrier A en 2009, confirmaron que los acontecimientos vitales estresantes son generadores de problemas en la salud física y psicológica de un grupo de mujeres sujetos de su estudio. De la Revilla y cols., en 2007 encontraron que el perfil del paciente con problemas psicosociales sería de una mujer de mediana edad que forma parte de una familia monoparental y/o disfuncional, que ha presentado importantes eventos vitales estresantes y que no tiene apoyo social. Los acontecimientos relacionados con el matrimonio o el embarazo obliga a reajustes de roles y tareas. Para Lara MA y cols., en 2004 encuentran que los sucesos vitales se relacionan con síntomas de depresión.

Por su parte Sanz y cols., en 2009 indican que los adolescentes el divorcio de los padres puede provocar rebeldía, predisposición a la delincuencia, afecto depresivo; cambio de ciudad, inhibición, sumisión y rebeldía. Si hubo muerte del padre, sumisión, inseguridad con iguales, tendencia al suicidio; enfermedad del progenitor, desvalorización, ansiedad. Del Pozo, Ruiz y San Martín en 2002 el desempleo empeora la salud mental de forma progresivamente a medida que aumenta el tiempo de desempleo observado esto a los 7 a 12 meses. Para Fernández-Concepción y cols., en 2003 el estrés psicosocial derivado de acontecimientos vitales estresantes aumenta el riesgo de infarto cerebral en individuos hipertensos o con patrón de conducta de tipo A ⁽³¹⁾. Y autores como Barrón y Cols en 1992 en la comunidad de Aranjuez estudiaron en 74 mujeres en donde su nivel socioeconómico bajo y medio-bajo y edades comprendidas entre los 25 y 65 años cursaron con eventos vitales estresantes negativos en el transcurso de un año del 27.06 % ⁽³⁴⁾. O como Muñoz y Olivia en 2009 en Chile, que analizaron la asociación de estresores psicosociales y afección en el embarazo de adolescentes solteras asociado a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en un 57.5% con ocupación de estudiantes 46.6% y amas de casa 32.9%, cuya escolaridad básica era incompleta representando un 20.6% y escolaridad media incompleta fue de 58.9%⁽²⁶⁾. Alvarado y colaboradores en 2002 Chile, estudiaron el impacto de las variables psicosociales en el peso y la edad gestacional en 192 mujeres embarazadas encontrando que 31.8% de las mujeres, considera su embarazo como un evento vital estresante negativo en su vida. E indica que los eventos vitales estresantes aparecen teóricamente en las mujeres con embarazo de alto riesgo, y que a través de terapias mejorarían el pronóstico del embarazo y la calidad de atención ⁽³⁵⁾. Y dice que los cinco eventos que fueron referidos con mayor frecuencia eran: muerte o enfermedad de un familiar próximo (16,7%), disputa con el cónyuge o pareja (7,8%), problemas con parientes políticos (7,8%), cambio de residencia (7,8%) y despido del trabajo del jefe de hogar (6,8%).

Los demás parámetros, sociodemográficos asociados a embarazo y eventos vitales estresantes, fueron: La edad fluctuaba entre los 15 y 40 años, con un promedio de 25,2 años y desviación estándar de 6.0. De este grupo, 28 de ellas (14,6%) tenían menos de 19 años y 146 (76,0%) tenían entre 19 y 34 años. La mayor parte de ellas se ubicaba en el grupo de casadas (52,1%), eran solteras 29,2% y unión libre 16,1%. No tenían hijos (eran primigestas) 42,2%, 28,6% tenían un hijo, 17,7% tenían 2 hijos y 11,5% tenían 3 o más hijos. En cuanto al lugar de residencia, 88,0% vivía en un sector urbano y la diferencia lo hacía en una zona rural. La gran mayoría, era dueña de casa (74,0%), sólo 12,5% tenía trabajo estable y 9,9% estudiaba. Respecto del nivel educacional alcanzado al momento de la encuesta, 38,5% tenía enseñanza media incompleta y 26,0% era completa, 29,7% de ellas había llegado sólo hasta enseñanza básica (más de la mitad de este grupo era incompleta) y 5,2% tenía enseñanza de nivel superior. Nivel socio-económico, la mayoría se ubica en el nivel bajo (de acuerdo el método de Graffar) en el 74,5% y 24,5% se presentó en el nivel medio. Antecedentes del embarazo 55,7% de las mujeres señaló que no habría planificado su embarazo y 44,3% refirió que sí. La edad gestacional, al momento del inicio de sus controles, fluctuaba entre 4 y 34 semanas, con un promedio de 13,0 semanas y desviación estándar de 6,5. 60,4% partió sus controles antes de las 13 semanas de edad gestacional y 24,5% lo hizo entre las 13 y 19 semanas y 15,1% lo hizo más tardíamente. Sólo 3 de las mujeres señalaba tener una enfermedad crónica antes de su embarazo ^(35, 36,37). En ellas se detectó alguna patología del embarazo siendo las más frecuentes: infección urinaria (16,7%), hipertensión arterial (10,9%) y anemia (10,9%) ^(38, 39,40).

Este Rojas J en 2005 en Venezuela, valoró las características sociodemográficas, durante el embarazo utilizando el método de Graffar-Méndez Castellano (1994) determinando el grado de protección en el embarazo e indicaba que los Estratos IV y V eran los de menor protección en el embarazo ⁽⁴¹⁾.

Quezada y González de Universidad Autónoma de Nuevo León, México en 2011 estudiaron el embarazo en adolescentes e identificaron la relación entre los niveles de depresión y estrés en 82 adolescentes primigestas que vivían con la familia de origen donde concluyen que cohabitar con la propia familia de origen, podría ser un factor que contribuya con la depresión y el estrés durante el embarazo ⁽⁴²⁾.

Loya en 2013 en el estado de Veracruz, observan que estrés en jóvenes, al no contar con habilidades y herramientas necesarias para afrontar el estrés, no repercute en la percepción de la calidad de vida en embarazos adolescentes, que representa un problema de salud pública ⁽⁴³⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Medicina Familiar es fundamental el detectar los factores de riesgo, realizar promoción de la salud y prevención de las enfermedades. El Médico Familiar es el especialista más adecuado para atender las demandas clínicas de la Atención Médica Primaria. La “Maternidad sin Riesgo” en México, donde ocurren aproximadamente 347,000 embarazos es el principal motivo de atención de salud en la mujer. Así que las causas de mayor incidencia de mortalidad materna son las hemorragias graves, infecciones, Preeclampsia, etc. Para no llegar a esto se identifica a pacientes con alto riesgo y son ingresadas al programa “pulsera roja” que permite otorgar una atención estratégica durante el embarazo y sobretodo en caso de urgencia. El embarazo al ser una crisis del desarrollo esperada, pero la suma de eventos vitales estresantes determina un impacto a la salud materna-fetal, confluyendo en un embarazo de alto riesgo. En la Delegación Estado de México Oriente al atender una gran cantidad de consulta y la Unidad de Medicina Familiar 92 área de influencia, que además es una que tiene más derechohabientes y con un censo de control de embarazadas de los más grandes, donde existen a su vez una gran población de embarazo de alto riesgo lo que ha tenido como consecuencia riesgo de muerte maternas, superando las expectativas de la clínica buscando realizar estrategias para disminuir la incidencia de la muerte materna en la unidad e instalando pulseras rojas de identificación al embarazo de alto riesgo reiterando esto último como el actuar del Médico Familiar ver a la población con el enfoque de riesgo pero sobre todo en la evaluación de aspectos de tipo psicosocial y no solo el enfoque biológico, por lo que, ante estos argumentos surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los eventos vitales estresantes más frecuentes que se presentan en las pacientes embarazadas al momento que ingresan al programa pulsera roja al aplicar la escala de eventos vitales estresantes de Holmes & Rahe?

JUSTIFICACIÓN

En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Vale recordar que el 80 por ciento de estas defunciones maternas son prevenibles. En México el número de muertes maternas ha descendido de 1477 a 992 defunciones durante el periodo 1990-2010, la razón de mortalidad materna ha permanecido prácticamente constante, con una ligera tendencia a la baja durante los años más recientes. De tal forma, la razón de mortalidad materna (RMM) ha pasado de 61 muertes por cada cien mil nacimientos en 1990 a 51.5 en 2010. La atención de mujeres embarazadas en México es de alrededor de 347 mil en las instituciones nacionales de salud de las cuales 55 mil cursan con un embarazo de alto riesgo. Dentro de costos, en el Estado de México, en el 2008 la entidad recibió 2 mil 445 millones 233 mil 30 pesos del presupuesto federal para el Sistema Nacional de Protección para la Salud. El impacto que estas complicaciones obstétricas siguen teniendo en el país es enorme ya que 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, falleciendo anualmente hasta 1,100 mujeres con secuela social de 3,000 huérfanos cada año. Más aún, 280 muertes, ocurren entre beneficiarias del programa más importante de desarrollo social de este país. Más aún, la detección de factores de riesgo que disminuyan la tendencia estresante durante el embarazo determinará una mayor adaptación y asimilación de esta etapa con compromiso de la paciente. La estrategia para la detección y por lo tanto, la reducción del evento estresante es a través de la escala que identifica los eventos críticos estresantes como la escala de Holmes Rahe. La Unidad de Medicina Familiar No. 92, cuenta con población derechohabiente con características propias que hacen posible éste estudio, así mismo, se cuenta con los recursos económico, físicos y humanos para implementar dicho protocolo, bajo un orden de la legalidad y ética, con la finalidad de redituar al usuario y a la institución una mejor calidad del servicio.

OBJETIVO (S).

Objetivo General:

- Exponer los eventos vitales estresantes que desarrollan al momento de ingreso las pacientes al programa pulsera roja.

Objetivos específicos:

- Describir la variables sociodemográficas (*edad, ocupación, estado civil, escolaridad, ocupación y estrato socioeconómico*) en las pacientes con eventos vitales estresantes con criterio de ingreso al programa pulsera.
- Mostrar el riesgo de desarrollar alguna enfermedad psicosomática por los eventos vitales estresantes de la escala de Holmes & Rahe encontrados en las pacientes con criterio de ingreso al programa pulsera.
- Mencionar los eventos vitales estresantes más frecuentes encontrados en las pacientes con criterio de ingreso al programa pulsera.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

Las pacientes que ingresan al programa de pulsera roja en la Unidad de Medicina Familiar 92 están presentes los eventos vitales estresantes.

METODOLOGÍA.

DISEÑO DE ESTUDIO:

Tipo de investigación: observacional.

Tipo de diseño: Transversal.

Características del estudio.

- Por la finalidad del estudio: Descriptivo.
- Por su secuencia temporal: Transversal.
- Por la asignación de los factores de estudio: Observacional.

Población, lugar y tiempo.

Universo de estudio: Embarazadas con criterios de inclusión al programa de pulsera roja, en la Unidad de Medicina Familiar 92 en Ciudad Azteca.

Población de estudio: 50 Embarazadas con criterios de ingreso en el Programa de Pulsera Roja, en la Unidad de Medicina Familiar 92 en Ciudad Azteca, Estado de México, Ecatepec de Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Lugar donde se realizó el estudio: Unidad de Medicina Familiar 92 en Ciudad Azteca, Estado de México, Ecatepec de Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Duración del estudio: 12 meses (Enero a Diciembre de 2013).

Se consideró como universo de estudio todas aquellas embarazadas que recientemente se les haya ingresado con Criterios de riesgo Obstétrico, al Programa de Pulsera Roja, al momento del estudio, con aplicación de la encuesta de Eventos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe.

CRITERIO DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión.

- Todas las embarazadas con criterios de inclusión de Pulsera Roja, de primera vez que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.92 Ciudad Azteca como derechohabiente.
- Aceptante y firmó la carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que tuviera limitaciones físicas o mentales que impidan requisitar las cédulas.
- Paciente que por urgencia obstétrica pusiera en riesgo su vida, el requisitado de las cédulas.
- Embarazadas que no cumplan criterios para pulsera roja.
- Pacientes embarazadas no pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar no. 92, como derechohabiente
- Paciente no derechohabiente.
- Que no deseo participar en el Estudio.

Criterios de eliminación.

- Que no concluyera el requisitado de las encuestas al 100%.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue NO probabilístico, por conveniencia.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición conceptual | Definición Operacional | Tipo de variable | Escala de Medición | Unidades de medición |
|--|--|---|--------------------|--------------------|---|
| <p>Dependiente</p> <p>Eventos Vitales Estresantes (EVEs).</p> | <p>Se definen como aquellos sucesos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por estos como indeseables. Además de determinar un riesgo para enfermedad.</p> | <p>Operativamente los EVEs se obtuvieron a través del puntaje que determine la Escala de Reajuste Social (SRSS) de Holmes y Rahe.</p> | <p>Cualitativo</p> | <p>Ordinal</p> | <p>Puntaje obtenido de la SRSS de Holmes y Rahe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -menos de 150 puntos. Sin problemas -150 a 199 puntos: Crisis leve - 200 a 299 puntos: crisis moderada -más 300 puntos: crisis severa |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------|----------------|---|
| <p>Independiente</p> <p>Paciente con criterio de ingreso al programa "Pulsera roja"</p> | <p>Detección de pacientes con embarazo de alto riesgo a quienes se les otorga un brazalete color rojo, con un folio que determina atención prioritaria al llegar a las unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención, para el manejo de su embarazo de alto riesgo</p> | <p>Alto Riesgo o cuyos factores de Riesgo, requieran que todo el personal de salud, reconozca a través de un distintivo rápido la identificación, no solo los factores de Riesgo.</p> <p>Con criterios de;</p> <p>1.-Primigesta menor de 16 años.</p> <p>2.- Primigesta mayor de 35 años.</p> <p>3.- Preeclampsia leve-severa o Eclampsia.</p> <p>4.- Placenta previa, inserción baja, placenta marginal y</p> | <p>Cualitativo</p> | <p>Nominal</p> | <p>Registro en el programa Pulsera Roja</p> <p>(si)</p> |
|--|--|--|--------------------|----------------|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | <p>oclusiva, parcial o total.</p> <p>5.- Diabetes y embarazo.</p> <p>6.- Hiperten- sión y emba- razo.</p> <p>7.- Enfermeda- des autoinmu- nes más embarazo.</p> <p>8.- Insuficiencia renal crónica más Embarazo.</p> <p>9.-Más de 5 embarazos.</p> <p>10.-El embarazo múltiple.</p> <p>11.-Periodo ínter-genésico corto.</p> <p>12.- Olihidram- nios y oligohidra- mnios.</p> <p>13.-Enferme- dad trofoblás- tica.</p> | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|-------------------------|---------------------------|--|
| | | 14.-Cardiopatía y Embarazo 15.- Hipotiroidismo y Embarazo. | | | |
| VARIABLE Socio demográfica | Definición Conceptual | Definición Operacional | Tipo de variable | Escala de Medición | Unidad de Medición |
| Edad | Período de vida en años desde el nacimiento al momento del Estudio | Número de años Cumplidos al momento del estudio. | Cuantitativa | Discreta | Años |
| Estado Civil | Es la situación de las personas determinada por su relación conyugal emitido por la sociedad y /o registro civil. | Respuesta otorgada de la paciente en relación a su estado conyugal (social y/o civil) al momento del estudio. | Cualitativa | Nominal | -Casadas -Unión libre. -Soltera -Separada. -Divorciada -Viuda |

| | | | | | |
|-------------------|---|--|-------------|---------|---|
| Estrato económico | Son una forma de clasificación social basada en las remuneraciones que reciben las personas, determina el poder económico e inmueble. | Es el nivel económico emitido por el paciente basado en una escala de clasificación conocido como método de Graffar. | Cualitativo | Ordinal | Estrato I clase alta Estrato II Clase Media alta Estrato III Clase media media Estrato IV Pobreza relativa Estrato V Pobreza crítica |
| Escolaridad | Nivel alcanzado al momento del estudio. | Grado académico alcanzado por el paciente al momento del estudio. | Cualitativo | Ordinal | Analfabeta, primaria, Secundaria Bachillerato Técnico, Licenciatura Posgrado |
| Ocupación | Actividad económica que desempeña en la sociedad | Actividad desempeñada en la sociedad por el paciente al momento del estudio. | Cualitativo | Nominal | Ama de casa Empleado (a) profesionista. |

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Método o procedimiento para captar la información.

Posterior a la aprobación del proyecto por el comité de investigación 1401 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se solicitó autorización por escrito a la Unidad de Medicina Familiar No.92, y se realizó la recolección por el investigador principal, para la obtención de datos, llevándose a cabo en el área de consulta externa, en los tres módulos de la Jefatura de Departamento Clínico de donde se identificó a los pacientes candidatos después en consulta externa, se realizó entrevista, que consta de la siguiente secuencia: Explicación del motivo del estudio y se solicitó el consentimiento informado (anexo 1), en caso de ser incluido al estudio; posteriormente requisito, la cédula de Identificación (anexo 2), se entregó el Instrumento de Eventos vitales estresantes de Holmes y Rahe (anexo 3). El de estrato económico o Método de Graffar (anexo 4). Y se concluyó la jornada vaciando los datos en el programa SPSS V-20 en español.

Análisis Estadístico:

| Variable | Medición Estadística |
|----------------------|--|
| CUANTITATIVAS | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL |
| CUALITATIVAS | TABLAS $n \times k$ DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES GRAFICAS DE BARRAS GRAFICAS DE PASTEL |

Instrumento de medición

La técnica de recolección fue por entrevista y encuesta. Se utilizó la base de datos con el programa estadístico SPSS/PCV 20 español.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

Las consideraciones éticas se respetaron de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, (Secretaría de salud y Asistencia de 1987)., conforme al Título segundo capítulo 1, artículo 17 categoría “1” que dice: “investigación sin **riesgo menor al mínimo** debido a que los individuos que participarán en el estudio, únicamente, aportarán datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación, no viola y está de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea Médica Mundial en Edimburgo, Escocia. Octubre 2000. El trabajo se sometió a la consideración del comité de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social y después de tener su aprobación, se aplicaron las encuestas a las pacientes embarazadas en el Programa de Pulsera roja. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada participante donde se le explicó a cada uno en que consistía el estudio, el objetivo, el tiempo de la aplicación de la encuesta y se le hizo saber que su participación es totalmente voluntaria y sin riesgos.

Acorde a las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos adoptadas por la 18 asamblea medica mundial Helsinki, Finlandia, en junio de 1964 y enmendadas por la 29 asamblea medica mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35 asamblea medica mundial de Venecia, Italia, en octubre de 1983 y por la 41 asamblea medica mundial de Hong Kong, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo 1, artículo 14 y 17.

RESULTADOS

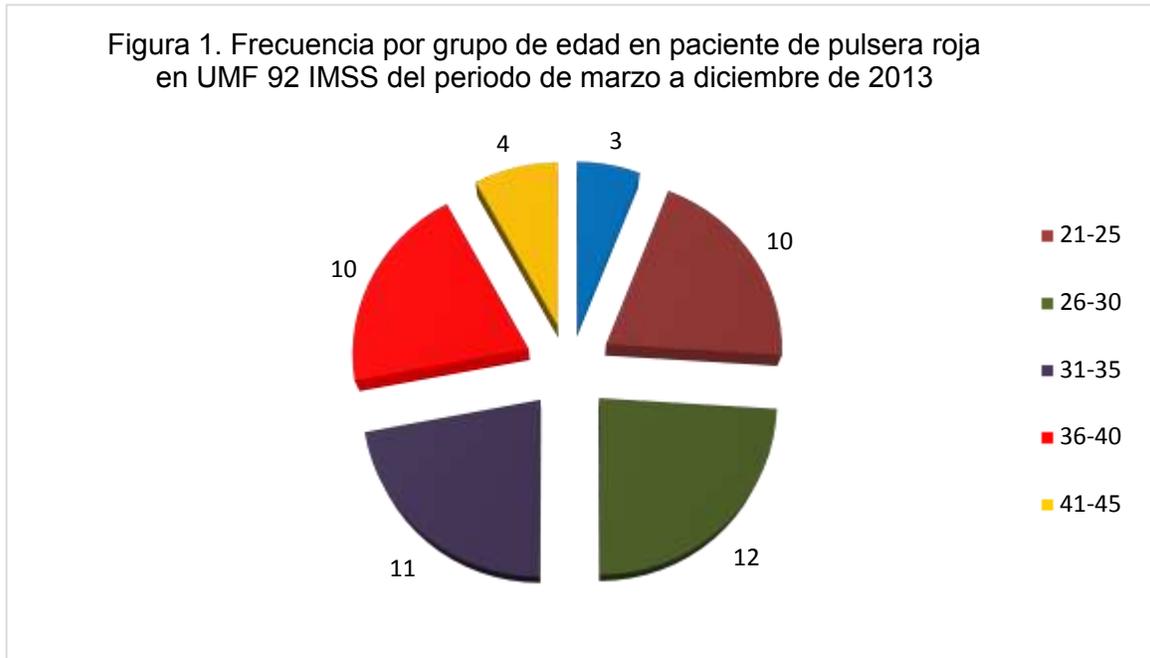
Las pacientes del programa Pulsera roja se les aplicó la encuesta sociodemográfica donde se obtuvieron los siguientes resultados:

En la edad (Tabla 1) el grupo de 15 a 20 años 6% (n=3), de 21 a 25 años 20% (n=10), el de 26 a 30 años 24% (n=12), 31 a 35 años 22% (n=11), de 36 a 40 años 20% (n=10) y de 41 a 45 años 8%(n=4), con una mediana de 31 años, una media de 28.94 años y no hubo moda de edad.

| TABLA 1. Frecuencia de edad en pacientes de pulsera roja en la UMF 92 IMSS del periodo de Marzo a Diciembre de 2013 (n=50). | | |
|--|-----------|------------|
| EDAD (en años) | N | % |
| 15-20 | 3 | 6 |
| 21-25 | 10 | 20 |
| 26-30 | 12 | 24 |
| 31-35 | 11 | 22 |
| 36-40 | 10 | 20 |
| 41-45 | 4 | 8 |
| TOTAL | 50 | 100 |

Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas) M: media 28.94

En la edad (Figura 1) el grupo de 15 a 20 años 6% (n=3), de 21 a 25 años 20% (n=10), el de 26 a 30 años 24% (n=12), 31 a 35 años 22% (n=11), de 36 a 40 años 20% (n=10) y de 41 a 45 años 8%(n=4), con una mediana de 31 años, una media de 28.94 años y no hubo moda de edad.



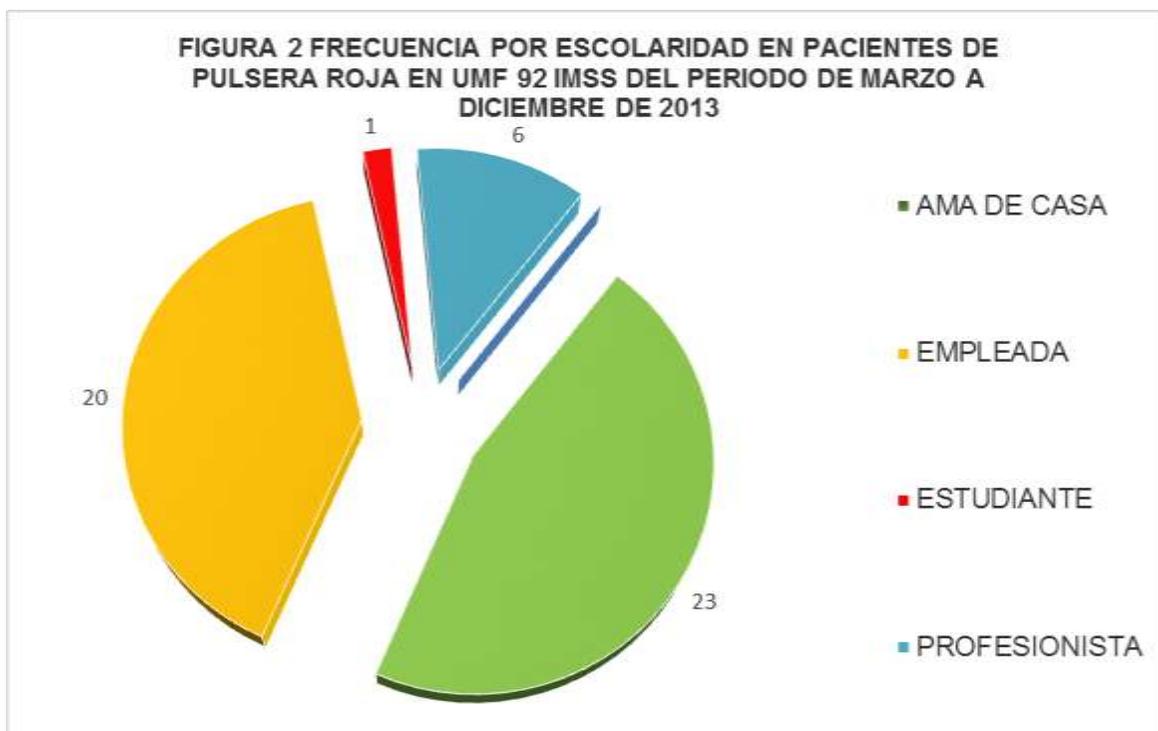
Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

En la ocupación (Tabla 2), amas de casa son 46% (n=23), empleadas 40% (n=20), profesionistas 12 % (n=6) y estudiantes 2% (n=1) en este grupo de pacientes.

| TABLA 2 Frecuencia por ocupación realizada en pacientes del Programa de pulsera roja en la UMF 92 del IMSS del periodo de Marzo a Diciembre de 2013 | | |
|--|-----------|------------|
| OCUPACION | n | % |
| AMA DE CASA | 23 | 46 |
| EMPLEADA | 20 | 40 |
| PROFESIONISTA | 6 | 12 |
| ESTUDIANTE | 1 | 2 |
| Total | 50 | 100 |

Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

En la ocupación (Figura 2), como amas de casa son 46% (n=23), empleadas 40% (n=20), profesionistas 12 % (n=6) y estudiantes 2% (n=1) en este grupo de pacientes



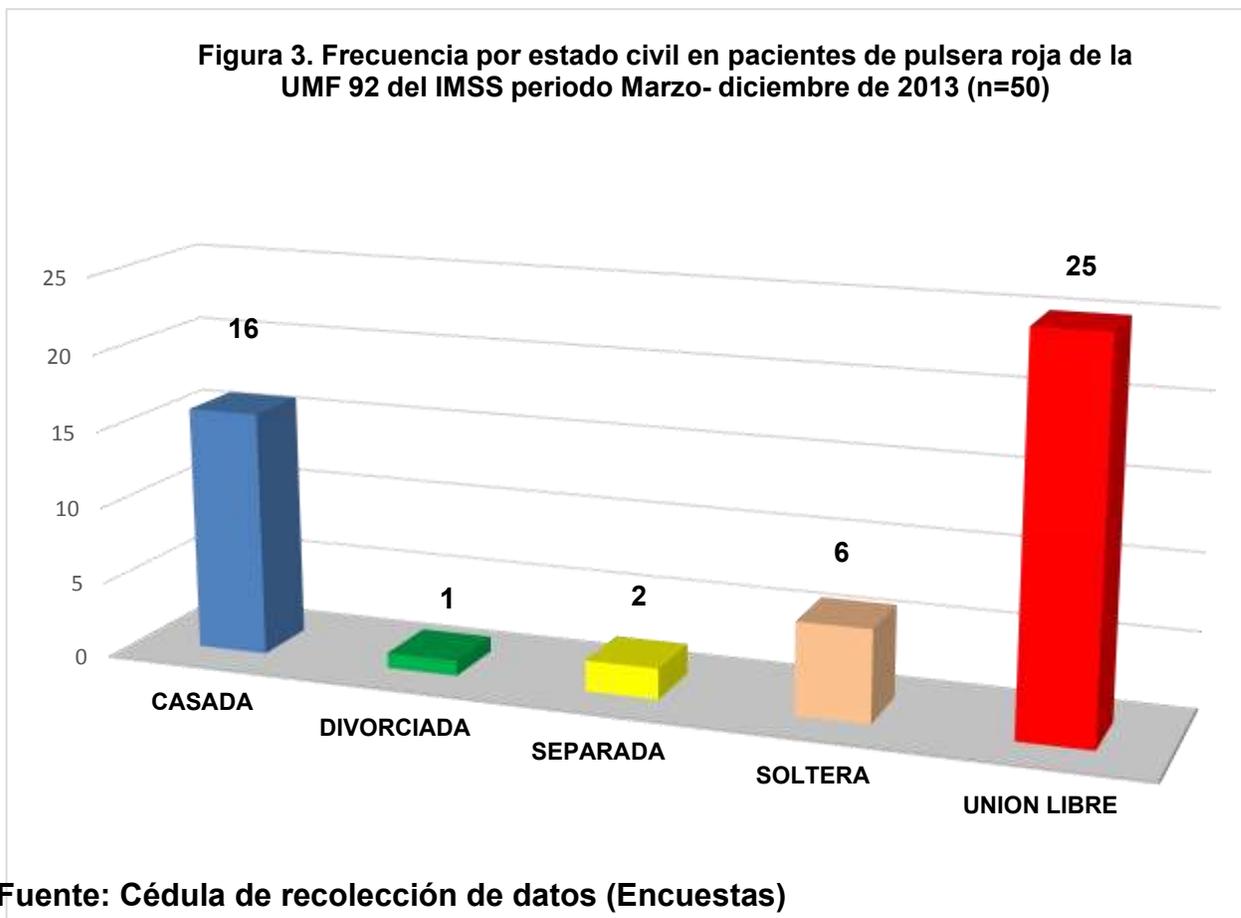
Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

El estado civil (Tabla 3) la mayor frecuencia recae en personas en union libre 50% (n=25), seguidas de casadas 32% (n=16), solteras 12%(n=6), separadas 4%(n=2) y divorciadas 2% (n=1).

| TABLA 3 Frecuencia por Estado civil en pacientes con pulsera roja de la UMF 92 del IMSS periodo Marzo-Diciembre de 2013 (n=50) | | |
|---|-----------|------------|
| ESTADO CIVIL | n | % |
| UNION LIBRE | 25 | 50 |
| CASADA | 16 | 32 |
| SOLTERA | 6 | 12 |
| SEPARADA | 2 | 4 |
| DIVORCIADA | 1 | 2 |
| TOTAL | 50 | 100 |

Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

El estado civil (Figura 3), la mayor frecuencia recae en personas en union libre 50% (n=25), seguidas de casadas 32% (n=16), solteras 12%(n=6), separadas 4%(n=2) y divorciadas 2% (n=1).

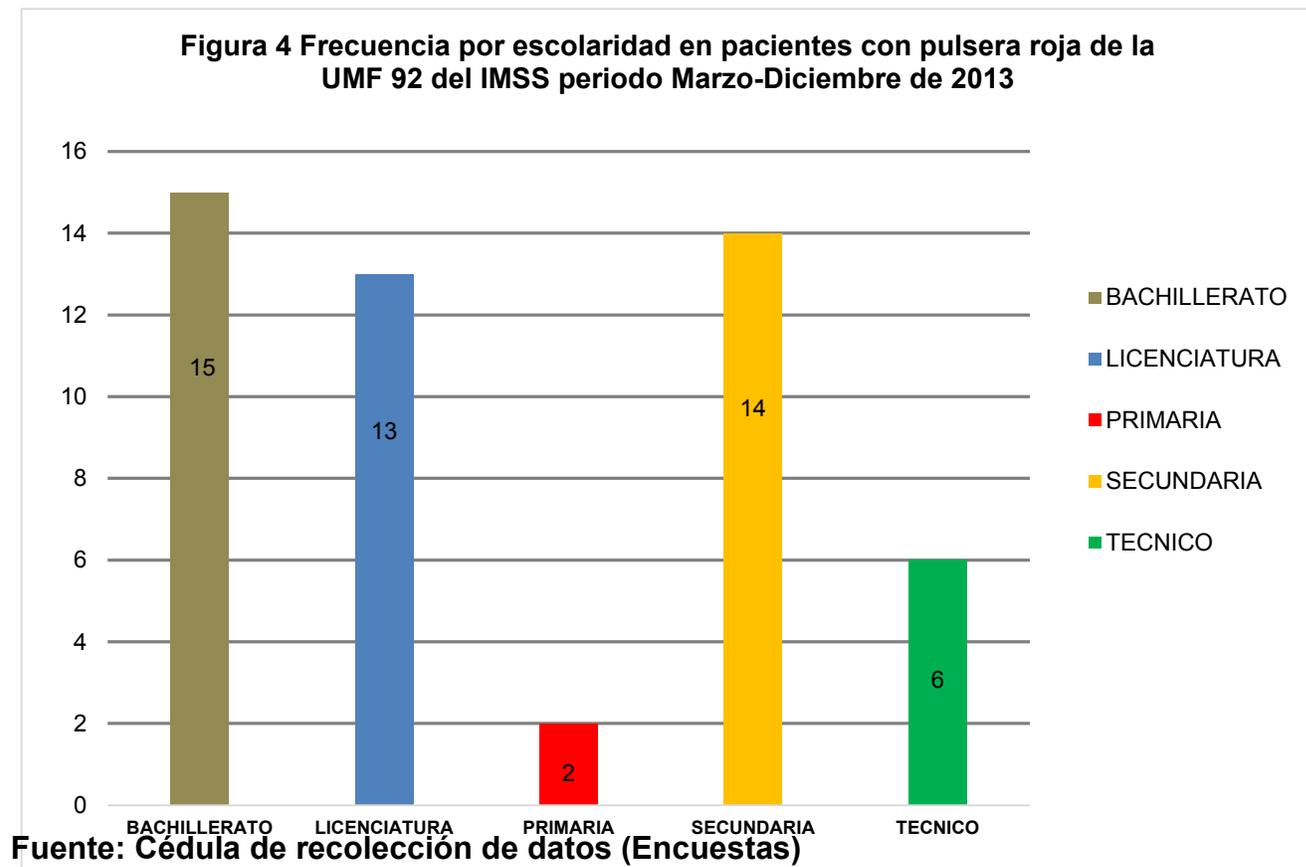


La frecuencia de escolaridad en pacientes de pulsera roja (Tabla 4) con bachillerato 30% (n=15), con secundaria 28% (n=14), licenciatura 26% (n=13), nivel técnico 12% (n=6) y con primaria 4% (n=2), no encontrándose analfabetas en este grupo de pacientes.

| <i>Tabla 4 Frecuencia por escolaridad en pacientes con pulsera roja de la UMF 92 del IMSS periodo Marzo-Diciembre de 2013</i> | | |
|--|-----------------|-----------------|
| <i>Escolaridad</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
| <i>BACHILLERATO</i> | 15 | 30% |
| <i>SECUNDARIA</i> | 14 | 28% |
| <i>LICENCIATURA</i> | 13 | 26% |
| <i>TECNICO</i> | 6 | 12% |
| <i>PRIMARIA</i> | 2 | 4% |
| <i>Total general</i> | 50 | 100% |

Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

La frecuencia de escolaridad en pacientes del Programa pulsera roja (Figura 4) con bachillerato 30% (n=15), con secundaria 28% (n=14), licenciatura 26% (n=13), nivel técnico 12% (n=6) y con primaria 4% (n=2), no encontrándose analfabetas en este grupo de pacientes



La frecuencia del nivel socioeconómico en pacientes de pulsera roja (Tabla 5) con Estadio I 0% (n=0), con Estadio II 6% (n=3), Estadio III 68% (n=34), Estadio IV 26% (n=13) y con Estadio V 0% (n=0), no encontrándose en Estrato I y Estrato V en este grupo de pacientes.

| Tabla 5 Frecuencia por nivel socioeconómico en pacientes con pulsera roja de la UMF 92 del IMSS periodo Marzo-Diciembre de 2013 | | |
|---|-----------|-------------|
| Estrato Socio- económico de Graffar | n. | % |
| Estrato I Clase alta (4 a 6 puntos) | 0 | 0 |
| Estrato II Clase media alta (7 a 9 puntos) | 3 | 6 |
| Estrato III Clase media media (10 a 12 puntos) | 34 | 68 |
| Estrato IV Pobreza relativa (13 a 16 puntos) | 13 | 26 |
| Estrato V Pobreza crítica (17 a 20 puntos) | 0 | 0 |
| Total | 50 | 100% |

Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

La frecuencia del nivel socioeconómico en pacientes de pulsera roja (Figura 5) con Estadio I 0% (n=0), con Estadio II 6% (n=3), Estadio III 68% (n=34), Estadio IV 26% (n=13) y con Estadio V 0% (n=0), no encontrándose en Estrato I y Estrato V en este grupo de pacientes.

Figura 5 Frecuencia por nivel socioeconómico en pacientes con pulsera roja de la UMF 92 del IMSS periodo Marzo-Diciembre de 2013



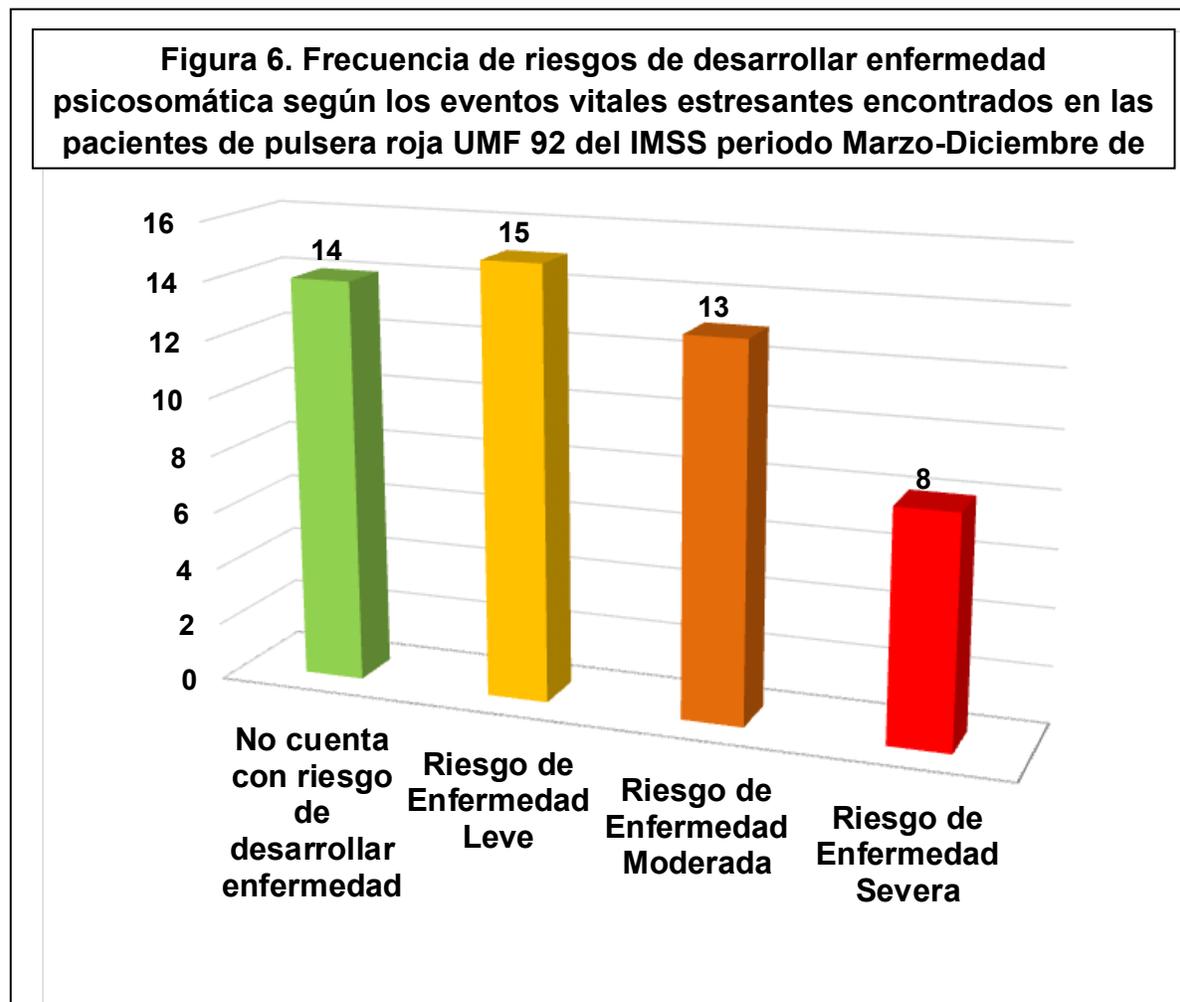
Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

La Tabla 6 muestra los riesgos de desarrollar enfermedad psicosomática según los eventos vitales estresantes en las pacientes de pulsera roja donde los que no cuentan con riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática fueron 28% (n=14), con Riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática **leve** 30% (n=15), con riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática **moderada** 26% (n=13), y con riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática **severa** 16% (n=8) de este grupo de pacientes.

| Tabla 6 Frecuencia de Eventos Vitales Estresantes Holmes- Rahe en pacientes con pulsera roja de la UMF 92 del IMSS periodo Marzo-Diciembre de 2013 | | |
|--|------------|---------------------|
| EVENTOS VITALES ESTRESANTES | no. | Porcentaje % |
| No cuenta con riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática | 14 | 28% |
| Riesgo de Enfermedad psicosomática Leve | 15 | 30% |
| Riesgo de Enfermedad psicosomática Moderada | 13 | 26% |
| Riesgo de Enfermedad psicosomática Severa | 8 | 16% |
| Total | 50 | 100% |

Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

La Figura 6 muestra los riesgos de desarrollar enfermedad psicosomática según los eventos vitales estresantes encontrados en las pacientes de pulsera roja de las cuales sin riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática fueron 28% (n=14), con Riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática **leve** 30% (n=15), con riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática **moderada** 26% (n=13) y con riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática **severa** 16% (n=8) en este grupo de pacientes.



Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

En la tabla 7 se muestran los 43 eventos vitales estresantes de la escala de Holmes & Rahe que corresponden a las que no desarrollaron riesgo y las que presentaron riesgo leve, moderado y severo en las pacientes del programa pulsera roja al momento de su ingreso.

| TABLA 7 Frecuencia de eventos vitales estresantes por riesgo de desarrollar enfermedad Psicosomática en pacientes con criterio de ingreso a Programa Pulsera Roja en la UMF 92 IMSS del periodo de Marzo a Diciembre de 2013 | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|---|
| EVENTO VITAL ESTRESANTE | Sin riesgo de desarrollar enfermedad | Con riesgo leve a desarrollar enfermedad | Con riesgo moderado a desarrollar enfermedad | Con riesgo severo de desarrollar enfermedad |
| 1. Muerte del cónyuge | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. Divorcio | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 3. Separación | 0 | 3 | 3 | 5 |
| 4. Privación de la libertad | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. Muerte de un familiar próximo | 0 | 3 | 1 | 1 |
| 6. Enfermedad o incapacidad graves | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 7. Matrimonio | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 8. Perder el empleo | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 9. Reconciliación de la pareja | 0 | 2 | 2 | 5 |
| 10. Jubilación | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11. Enfermedad de un pariente cercano | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 12. Embarazo | 14 | 15 | 13 | 8 |
| 13. Problemas sexuales | 0 | 2 | 0 | 1 |
| 14. Llegada de un nuevo miembro a la familia | 14 | 15 | 13 | 8 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 15. Cambios importantes en el trabajo | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 16. Cambios importantes a nivel económico | 2 | 3 | 1 | 5 |
| 17. Muerte de un amigo íntimo | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18. Cambiar de empleo | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 19. Discusiones con la pareja (cambio significativo) | 1 | 2 | 1 | 3 |
| 20. Pedir una hipoteca de alto valor | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 21. Hacer efectivo un préstamo | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 22. Cambio de responsabilidades en el trabajo | 0 | 0 | 2 | 1 |
| 23. Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio, universidad) | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 24. Problemas con la ley | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 25. Logros personales Excepcionales | 0 | 2 | 2 | 2 |
| 26. La pareja comienza o deja de trabajar | 1 | 0 | 2 | 2 |
| 27. Se inicia o se termina el ciclo de Escolarización | 0 | 0 | 3 | 2 |
| 28. Cambios importantes en las condiciones de vida | 0 | 3 | 6 | 3 |
| 29. Cambio en los hábitos personales | 0 | 1 | 2 | 4 |
| 30. Problemas con el jefe | 0 | 1 | 3 | 2 |
| 31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo | 0 | 1 | 5 | 2 |
| 32. Cambio de residencia | 0 | 2 | 2 | 3 |
| 33. Cambio a una escuela nueva | 1 | 0 | 1 | 2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 34. Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones | 0 | 2 | 1 | 4 |
| 35. Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 36. Cambio en las actividades Sociales | 0 | 1 | 3 | 1 |
| 37. Pedir una hipoteca o préstamo Menor | 1 | 3 | 0 | 1 |
| 38. Cambios en los hábitos del sueño | 2 | 8 | 6 | 6 |
| 39. Cambios en el número de reuniones familiares | 1 | 2 | 4 | 4 |
| 40. Cambio en los hábitos alimentarios | 1 | 2 | 4 | 6 |
| 41. Vacaciones | 1 | 3 | 2 | 1 |
| 42. Navidades | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 43. Infracciones menores de la ley | 0 | 0 | 0 | 1 |

Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

En la tabla 8 muestra que de las pacientes del programa pulsera roja al momento de su ingreso las que no tuvieron riesgo presentaron solo 15 de 43 eventos vitales estresantes, siendo el más frecuente el embarazo y la llegada de un nuevo miembro a la familia en un 100% (n=14) cada uno.

| TABLA 8 Frecuencia de eventos vitales estresantes en paciente sin riesgo de desarrollar enfermedad Psicosomática con criterio de ingreso a Programa Pulsera Roja en la UMF 92 IMSS del periodo de Marzo a Diciembre de 2013 | |
|---|---|
| EVENTO VITAL ESTRESANTE que se presentó de los 43 ítems de la escala de Holmes & Rahe | Número de pacientes que presentaron este evento |
| Enfermedad de un pariente cercano | 1 |
| Embarazo | 14 |
| Llegada de un nuevo miembro a la familia | 14 |
| Cambios importantes en el trabajo | 1 |
| Cambios importantes a nivel económico | 2 |
| Discusiones con la pareja (cambio significativo) | 1 |
| Pedir una hipoteca de valor alto | 1 |
| La pareja comienza o deja de trabajar | 1 |
| Cambio a una escuela nueva | 1 |
| Pedir una hipoteca o préstamo menor | 1 |
| Cambios en los hábitos del sueño | 2 |
| Cambios en el número de reuniones familiares | 1 |
| Cambios en los hábitos alimentarios | 1 |
| Vacaciones | 1 |
| Navidades | 1 |

Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

En la tabla 9 muestra que de las pacientes del programa pulsera roja al momento de su ingreso las que tuvieron riesgo leve presentaron 23 de 43 eventos vitales estresantes, siendo el más frecuente nuevamente el embarazo y la llegada de un nuevo miembro a la familia en un 100% (n=15) cada uno, seguido de cambios en los hábitos del sueño en un 53.3% (n=8).

| TABLA 9 Frecuencia de eventos vitales estresantes en pacientes con riesgo leve de desarrollar enfermedad Psicosomática con criterio de ingreso a Programa Pulsera Roja en la UMF 92 IMSS del periodo de Marzo a Diciembre de 2013 | |
|---|---|
| EVENTO VITAL ESTRESANTE que se presentó de los 43 ítems de la escala de Holmes & Rahe | Número de pacientes que presentaron este evento |
| Separación | 3 |
| Muerte de un familiar próximo | 3 |
| Matrimonio | 1 |
| Reconciliación de la pareja | 2 |
| Enfermedad de un pariente cercano | 2 |
| Embarazo | 15 |
| Problemas sexuales | 2 |
| Llegada de un nuevo miembro a la familia | 15 |
| Cambios importantes en el trabajo | 2 |
| Cambios importantes a nivel económico | 3 |
| Discusiones con la pareja (cambio significativo) | 2 |
| Logros personales excepcionales | 2 |
| Cambios importantes en las condiciones de vida | 3 |
| Cambio en los hábitos personales | 1 |
| Problemas con el jefe | 1 |
| Cambio en el horario o condiciones de trabajo | 1 |
| Cambio de residencia | 2 |
| Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones | 2 |
| Cambio en las actividades sociales | 1 |

| | |
|--|---|
| Pedir una hipoteca o préstamo menor | 3 |
| Cambios en los hábitos del sueño | 8 |
| Cambios en el número de reuniones familiares | 2 |
| Cambios en los hábitos alimentarios | 2 |
| Vacaciones | 3 |
| Navidades | 2 |

Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

En la tabla 10 muestra que de las pacientes del programa pulsera roja al momento de su ingreso las que tuvieron riesgo moderado presentaron 24 de 43 eventos vitales estresantes, siendo el más frecuente nuevamente el embarazo y la llegada de un nuevo miembro a la familia en un 100% (n=13) cada uno, seguido de cambios importantes en las condiciones de vida 46.1%(n=6).

| TABLA 10 Frecuencia de eventos vitales estresantes en pacientes con riesgo moderado de desarrollar enfermedad Psicosomática en pacientes con criterio de ingreso a Programa Pulsera Roja en la UMF 92 IMSS del periodo de Marzo a Diciembre de 2013 | |
|---|---|
| EVENTO VITAL ESTRESANTE identificado | Número de pacientes que presentaron este evento |
| Divorcio | 2 |
| Separación | 3 |
| Muerte de un familiar próximo | 1 |
| Enfermedad o incapacidad graves | 1 |
| Perder el empleo | 1 |
| Reconciliación de la pareja | 2 |
| Enfermedad de un pariente cercano | 2 |
| Embarazo | 13 |
| Llegada de un nuevo miembro a la familia | 13 |
| Cambios importantes en el trabajo | 3 |
| Cambios importantes a nivel económico | 1 |
| Cambio de empleo | 2 |
| Discusiones con la pareja (cambio significativo) | 1 |
| Pedir una hipoteca de alto valor | 1 |
| Hacer efectivo un préstamo | 2 |
| Cambio de responsabilidades | 2 |
| Logros personales excepcionales | 2 |
| La pareja comienza o deja de trabajar | 2 |
| Se inicia o se termina el ciclo de escolarización | 3 |

| | |
|--|---|
| Cambios importantes en las condiciones de vida | 6 |
| Cambio en los hábitos personales | 2 |
| Problemas con el jefe | 3 |
| Cambio en el horario o condiciones de trabajo | 5 |
| Cambio de residencia | 2 |
| Cambio a una escuela nueva | 1 |
| Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones | 1 |
| Cambio en las actividades sociales | 3 |
| Cambios en los hábitos del sueño | 6 |
| Cambios en el número de reuniones familiares | 4 |
| Cambios en los hábitos alimentarios | 4 |
| Vacaciones | 2 |
| Navidades | 1 |

Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

En la tabla 11 muestra que de las pacientes del programa pulsera roja al momento de su ingreso las que tuvieron riesgo severo presentaron 34 de 43 eventos vitales estresantes, siendo el más frecuente nuevamente el embarazo y la llegada de un nuevo miembro a la familia en un 100% (n=8) cada uno, seguido de cambios en los hábitos del sueño y de los cambios en los hábitos alimentarios en un 75% (n=6) cada uno.

| TABLA 11 Frecuencia de eventos vitales estresantes con riesgo severo de desarrollar enfermedad Psicosomática en pacientes con criterio de ingreso a Programa Pulsera Roja en la UMF 92 IMSS del periodo de Marzo a Diciembre de 2013 | |
|--|---|
| EVENTO VITAL ESTRESANTE que se presentó de los 43 ítems de la escala de Holmes & Rahe | Número de pacientes que presentaron este evento |
| Separación | 5 |
| Muerte de un familiar próximo | 1 |
| Enfermedad o incapacidad graves | 2 |
| Perder el empleo | 1 |
| Reconciliación de la pareja | 5 |
| Enfermedad de un pariente cercano | 3 |
| Embarazo | 8 |
| Problemas sexuales | 1 |
| Llegada de un nuevo miembro a la familia | 8 |
| Cambios importantes en el trabajo | 3 |
| Cambios importantes a nivel económico | 5 |
| Cambio de empleo | 2 |
| Discusiones con la pareja (cambio significativo) | 3 |
| Cambio de responsabilidades | 1 |
| Un hijo/a abandonar el hogar(matrimonio, universidad) | 1 |
| Logros personales excepcionales | 2 |
| La pareja comienza o deja de trabajar | 2 |

| | |
|---|---|
| Se inicia o se termina el ciclo de escolarización | 2 |
| Cambios importantes en las condiciones de vida | 3 |
| Cambio en los hábitos personales | 4 |
| Problemas con el jefe | 2 |
| Cambio en el horario o condiciones de trabajo | 2 |
| Cambio de residencia | 3 |
| Cambio a una escuela nueva | 2 |
| Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones | 4 |
| Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas | 4 |
| Cambio en las actividades sociales | 1 |
| Pedir una hipoteca o préstamo menor | 1 |
| Cambios en los hábitos del sueño | 6 |
| Cambios en el número de reuniones familiares | 4 |
| Cambios en los hábitos alimentarios | 6 |
| Vacaciones | 1 |
| Navidades | 1 |
| Infracciones menores de la ley | 1 |

Fuente: Cédula de recolección de datos (Encuestas)

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

De acuerdo a la bibliografía latina revisada, este estudio es el primero que se hace en embarazadas con Riesgo obstétrico demostrable, basado en la Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, haciéndolo como estrategia en la Delegación el Estado de México Oriente con su Programa llamado “Pulsera Roja” en la población cautiva del Instituto Mexicano del Seguro Social; en este trabajo integramos la Escala de Eventos Vitales Estresantes de Holmes & Rahe para estudiar el riesgo a desarrollar enfermedades psicosomáticas al identificar por medio de esta escala los factores psicosociales de este grupo de riesgo y verlo no solo desde la perspectiva biológica, sino como un enfoque sistémico y biopsicosocial.

Dentro de los rasgos sociodemográficos que se le estudiaron a las pacientes embarazadas con eventos vitales estresantes Alvarado y colaboradores ^(35, 36,37) en 2002 en Chile, estudiaron las variables psicosociales en 192 mujeres embarazadas la edad fluctuaba entre los 15 y 40 años, con un promedio de 25,2 años de las cuales 14,6% tenían menos de 19 años y el 76,0% estaban entre 19 y 34 años.

En la Unidad de Medicina Familiar 92 que en el periodo de enero a diciembre de 2013, contrasta con el de Alvarado y Cols., ya que el grupo predominante eran las pacientes entre 26 a 30 años de edad en un 24% (n=12), seguidas de 31 a 35 años con 22% (n=11), con una mediana de 31 años y una media de 28.94 años, esto difiere con nuestro estudio por la pirámide poblacional de la zona de estudio, además de que el Instituto Mexicano del Seguro Social atiende a familias socioeconómicamente activas a nivel laboral.

Muñoz y Olivia ⁽²⁶⁾ en 2009 en Chile que analizaron la asociación de estresores psicosociales y afección en el embarazo de adolescentes solteras asociado a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro la ocupación encontrada fue de estudiantes en 46.6% y amas de casa 32.9%; en nuestro estudio se encontró que la mayor frecuencia por el tipo de ocupación las amas de casa con 46% (n=23) seguidas con las empleadas en un 40% (n=20).

Esto va en relación a la situación socioeconómica y la población atendida por el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuya población es económicamente activa y de mayor edad que las adolescentes estudiadas por Muñoz y Oliva.

Alvarado y colaboradores^(35,36,37) en Chile 2002 en su estudio de las variables psicosociales en embarazadas se ubicaban en mayor porcentaje las casadas con 52,1%, las solteras en 29,2% y en unión libre en 16,1% que discrepa de la Unidad Médica Familiar No. 92 donde el estado civil predominante es la unión libre 50% (n=25) seguidas de las casadas hasta en un 32% (n=16) esto puede estar relacionado al tipo de población por su nivel socioeconómico cultural que se tiene en esta delegación del Estado de México.

Muñoz y Oliva⁽²⁶⁾ en 2009 Chile su estudio de asociación de estresores psicosociales y afección en el embarazo de adolescentes solteras mencionan que la escolaridad básica incompleta representó un 20.6% y escolaridad media incompleta fue de 58.9% y otro trabajo realizado por Alvarado y colaboradores^(35,36,37) en Chile en 2002 en su estudio de las variables psicosociales en embarazadas encontrando que 38,5% tenía enseñanza media incompleta y 26,0% era completa, 29,7% de ellas había llegado sólo hasta enseñanza básica y 5,2% tenía enseñanza de nivel superior. En nuestro estudio es un resultado similar ya que bachillerato es hasta un 30% (n=15), seguido de 28% (n=14) por estudios de secundaria (media) y licenciatura a un 26% (n=13), sin tener analfabetas. Esta situación se relaciona posiblemente porque nuestra población es latina y su influencia cultural en general es representada por ser una población cautiva y económicamente activa.

Alvarado y colaboradores ^(35, 36,37) en Chile en 2002, indican que el nivel socio-económico es el bajo en un 74,5% y 24,5% a un nivel medio, situación similar en nuestra investigación, ya que hallamos al Estadio III (Clase media media) con un 68%(n=34) y de Estadio IV (Pobreza relativa) en 26 % (n=13) que expone la realidad actual de la mayoría de los países latinoamericanos.

Barrón y colaboradores ⁽³⁴⁾ en 1992 en su área de influencia en Aranjuez estudiaron en 74 mujeres con nivel socioeconómico bajo y medio-bajo y edades comprendidas entre los 25 y 65 años, estas pacientes indicaban que los eventos vitales estresantes negativos en el transcurso de un año son de 27.06%. En nuestro estudio encontramos que el riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática según los eventos vitales estresantes encontrados en las pacientes de pulsera roja fue 72% (n=36) superando a lo que indica Barrón, aunque cabe señalar que nuestras pacientes son embarazadas y con Riesgo obstétrico identificado.

Alvarado y colaboradores ^(35, 36,37), en el 2002 en Chile indicaban que 31.8% de las mujeres consideraba su embarazo como un evento vital estresante negativo en su vida y refiere que con mayor frecuencia eran: muerte o enfermedad de un familiar próximo con un 16,7%, la disputa con el cónyuge o pareja con un 7,8%, problemas con parientes políticos en 7,8%, el cambio de residencia en 7,8% y despido del trabajo del jefe de hogar en 6,8%. En nuestro estudio diferimos por que descubrimos que las pacientes **Sin** riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática presentaron 15 eventos vitales estresantes y que el puntaje de estos no era significativo para desarrollar enfermedad psicosomática, las de riesgo **leve** presentaron 23, las de riesgo **moderado** presentaron 24 y las de riesgo **severo** presentaron 34 de 43 según la escala de eventos vitales estresantes de Holmes & Rahe, siendo el más frecuente el embarazo y la llegada de un nuevo miembro a la familia en un 100%, seguido de Cambios en los hábitos del sueño en un 53.3% en las pacientes que tuvieron riesgo leve, los cambios importantes en las condiciones de vida en un 46.1% en las pacientes de riesgo moderado y cambios en los hábitos del sueño y hábitos alimentarios en un 75% en las pacientes de riesgo severo, que aunque estos eventos estresantes son los más frecuentes por si solos no dan el puntaje de riesgo pero la suma de todos los eventos estresantes hacen en conjunto tal riesgo y esto difiere a los resultados de dicho autor, ya que la población de estudio tiene otra percepción del evento vital estresante y puede estar relacionado sobre todo porque las pacientes ya tienen una categoría de alto riesgo a la muestra que indica dicho autor.

Quezada y González ⁽⁴²⁾de Universidad Autónoma de Nuevo León en 2011 México, identifican que la relación entre los niveles de depresión y estrés en 82 adolescentes primigestas que vivían con la familia de origen y ven que cohabitar con la propia familia de origen, pudiendo contribuir con la depresión y el estrés durante el embarazo. En nuestros datos no se identifica niveles de depresión, pero si el evento vital estresante, donde el más frecuente fue el de Riesgo Moderado hasta un 30% (n=15) seguido del Riesgo Leve hasta 28% (n= 14), y Riesgo severo de 16% (n=8).

CONCLUSIONES

Se considera que la investigación de los eventos vitales estresantes constituye un buen instrumento para la detección de problemas psicosociales, ya que ejercen un efecto negativo en la salud y en la función familiar por lo que deben ser identificados, en el universo de trabajo para realizar nuestra investigación nos dirigimos a las pacientes embarazadas con factores de riesgo obstétrico establecidos por las Guías de Práctica clínica, ya que en la Delegación del Estado de México Oriente hemos tenido muertes maternas y es una prioridad hacer acciones de prevención sobre este indicador en este grupo de riesgo.

Por lo que el propósito de esta investigación fue el de evaluar los Eventos Vitales estresantes por escala de Holmes Rahe y abarcar más el enfoque bio-social ya que el uso de dicha escala correlaciona el riesgo de desarrollar enfermedades psicosomáticas en la población general expuesta, pero hacemos más referencia a este grupo de riesgo, porque muchas de las acciones de prevención a muerte materna son de tipo preventivo por lo que es necesario fomentar acciones de prevención por su alto Riesgo Obstétrico. En la delegación del Estado de México oriente usamos la estrategia de identificación del riesgo obstétrico por medio del Programa de Pulsera Roja, que nos proporciona una visión más integral desde el primer nivel de atención (Medicina Familiar) e incidir sobre dichos factores; ya que profesionales del área de la salud en general dan más peso a los factores biológicos y olvidan el enfoque integral biopsicosocial en el embarazo; entendemos que el estudio tiene falta de rigor metodológico, la muestra es inadecuada y existe ausencia de grupos de control y nos da una disminución en la validez de los resultados. El desarrollo de la investigación constata una dificultad para aplicar la escala de eventos vitales estresantes de Holmes & Rahe ya que estas pacientes ya tenían un proceso biológico que afectaba su salud y la del producto y en ocasiones no se disponía de tiempo o no deseaban contestar el instrumento por ser un grupo tan vulnerable y alta prioridad en el campo médico.

Nuestra investigación sin embargo aporta un tema para abordar el impacto psicosocial en el embarazo de alto riesgo y como los eventos vitales estresantes pueden sobre agregar Enfermedades Psicosomáticas que involucran la salud de la embarazada y el producto, ya que por su grado de riesgo Obstétrico (biológico) se les semaforiza con la pulsera Roja. Por lo que este estudio podría ser la pauta para establecer este instrumento para valorar grupos de mayor tamaño de muestra, que se valore por más tiempo, se hagan comparativos con el embarazo de bajo riesgo o por trimestre de embarazo y también para ver el desarrollo de enfermedades que se sobre agreguen en el embarazo y al producto, determinantes de eventos vitales estresantes de tipo bio-social y que perjudiquen al binomio.

El realizar desde el primer nivel de atención (competencia del Médico Familiar) intervención en crisis al momento de ser detectados estos elementos de Alto Riesgo, reforzándolas por el equipo multidisciplinario y disminuir el estrés del embarazo como parte del ciclo vital familiar. Se sugiere continuar con las acciones de promoción de la salud prenatal y prevención de las complicaciones maternas y del recién nacido. Además es un estudio nuevo en la Delegación México Oriente, que no ha visto las repercusiones bio-psico-sociales en el embarazo de alto riesgo porque el enfoque que se le ha dado es solo biológico, pudiendo a partir de este mismo tomar estrategias para disminuir este riesgo de desarrollar enfermedad psicosomática en el embarazo, ya que es una meta una internacional disminuir la muerte materna.

Por lo que la investigación realizada en la Unidad de Medicina familiar 92 siendo área de influencia del Estado de México Oriente se concluye que;

1.-Los eventos vitales estresantes más frecuentes con cualquier riesgo a desarrollar enfermedad en pacientes en programa pulsera roja son el mismo embarazo y la llegada de un nuevo miembro a la familia ya que son los que se encontraron con mayor frecuencia en la encuesta de eventos vitales estresantes de Holmes & Rahe aunque no tiene un impacto por que la sumas de todos dan el riesgo a desarrollar enfermedad psicosomática.

Después de estos 2 eventos le siguieron otros donde;

2.- Los eventos vitales estresantes más frecuentes en el riesgo **leve** fueron cambios en los hábitos del sueño y cambios importantes en las condiciones de vida. Y la suma de todos los demás eventos vitales detectados da hasta un 30% a desarrollar enfermedad psicosomática (enfoque bio-social agregado) en su embarazo, que ya es de Riesgo obstétrico (este último con enfoque biológico según las Guías de Práctica Clínica).

3.- Los eventos vitales estresantes más frecuentes en el riesgo **moderado** fueron cambios importantes en las condiciones de vida. Y la suma de todos los demás eventos vitales detectados da hasta un 50% a desarrollar enfermedad psicosomática (enfoque bio-social agregado) en su embarazo, que ya es de Riesgo obstétrico (este último con enfoque biológico según las Guías de Práctica Clínica). Esto último es más preocupante porque nuestra población materno infantil la mitad del universo de trabajo de esta muestra esta potencialmente susceptible a desarrollar enfermedad psicosomática, que podría ser de reducción cuando medicina Familiar identifique de forma oportuna este puntaje de riesgo.

4.- Los eventos vitales estresantes más frecuentes en el riesgo **severo** fueron cambios en los hábitos del sueño y hábitos alimentarios. Y la suma de todos los demás eventos vitales detectados da hasta un 80% a desarrollar enfermedad psicosomática (enfoque bio-social agregado) en su embarazo, que ya es de Riesgo obstétrico (este último con enfoque biológico según las Guías de Práctica Clínica). Este último punto incrementa en gran medida el estrés como generador de enfermedad en embarazadas que ya cuentan con un Riesgo obstétrico identificado y esto traería repercusiones no solo a la embarazada sino también al producto.

5.- Lo que observamos es que a mayor de número de eventos vitales estresantes se incrementa el riesgo de desarrollar Enfermedades Psicosomáticas.

Creo que estos hechos aunque es una muestra pequeña, podría dar un aporte en la literatura de no solo ver el aspecto biológico generador de enfermedad sino el psico social como generador potencial de enfermedades agregadas a una población de alto riesgo y tan vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cruz Cruz PR, Ramírez Mota C, Sánchez Ambríz S, Sanchez Santana JR, Zavaleta Vargas NO, et al Guía de Práctica Clínica para el control prenatal com enfoque de riesgo. 2008 (consultado 02 de septiembre de 2014); disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/.../gpc/.../028_GPC.../IMSS_028_08_EyR.p...
2. Gomez-López M E. Guía de intervención psicológica para pacientes com embarazo de alto riesgo. Rev Perinatol Reprod Hum 2007 [consultado 22 de abril de 2012];21:111-121. Disponible en: www.sumedico.com/documentos16_documento.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística y geografía, [monografía em internet] 2013. [Consultado 28 de enero de 2013] disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/.../2013/poblacion0.pdf
4. Huerta González JL. La familia como unidad de estudio. En: Aldrete Velasco J. Editor. Medicina familiar La familia en el procesos salud enfermedad. México Editorial Alfil;2005.
5. Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Secretaria de Salud. Diario Oficial. Enero de 1995
6. Montesano-Delfín J R, Hernández A, Zapien-Moreno J, Olivares-Duran E, Guizar-Mendoza J M, et al. Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009 [consultado 20 de mayo de 2012]; 47 (1): 109-116. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im091x.pdf
7. Velasco VM, Navarrete HE. Mortalidad materna en el IMSS, 1991-2005: Un periodo de cambio. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44 (Supl 1): S121-S128.

8. Villagomez Ornelas P, Mendoza Victorino D, Valencia Rodriguez JA. /autores Villagomez Ornelas P. Valencia Rodriguez JA. /coordinares. Perfiles de salud reproductiva México. [Monografía de internet] México: Consejo Nacional de Población; 2011 [fecha de consulta em internet 13 de mayo de 2014]. Disponible en: www.conapo.gob.mx/work/models/...estados/Perfiles_SR_15_MX.pdf
9. Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-1993**, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha 31 de Octubre 1994.
10. Torres GM. Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2004; XXXIII (3): 285-297.
11. Von DB, Kirschbaum C, Fehr E, Heinrichs M. The social dimension of stress reactivity: acute stress increases prosocial behavior in humans. Psychol Sci. 2012; 23 (6): 651-660.
12. Duffy LC, Zielesny MA, Marshall JR, Byers TE, Weiser MM, Phillips JF, et al. Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. Behavioral Medicine. 1991; 17(3): 101-110.
13. Ortiz GMT. La Salud Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15(4):439- 45.
14. González I. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(3):239-42.
15. Díaz J, Morales F. Acontecimientos que producen tensión, apoyo social y afectación a la salud en una muestra de la población urbana. Rev Cubana Med Gen Integr 1990; 6(3): 363-70.
16. Herrera SPM, González BI, Soler CS. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. Rev Cubana Gen Integr. 2002; 18 (2): 169-172.

17. Barrón LRA, Chacón FF. Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Rev Psicología Soc.* 1992, 7(1): 53-59.
18. Sánchez M, Cruz C. Roseta alogénica: su aplicación en pacientes sometidos a estrés agudo. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 1991; 7:88-92.
19. Dabelic S, Flogel M, Maravic G, Louc G. Stress causes tissue-specific changes in the sialyltransferase activity. *Z Naturforsch* 2004; 59:276-80.
20. Dantzer R, Wollman EE. Relationships between the brain and the immune system. *J Soc Biol.* 2003; 197: 81-8.
21. Macleod J, Smith GD, Heslop P, Metcalife C, Carrol D, Hart C. Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men. *BMJ.* 2002; 324: 1247-1254.
22. Callaghan B. Does the pineal gland have a role in the psychological mechanisms involved in the progression of cancer? *Med Hypotheses.* 2002; 59: 30-32.
23. Yang EV, Glaser R. Stress-associated immunomodulation and its implications for responses to vaccination. *Expert Rev Vaccines* 2002; 1: 453-9.
24. Sánchez SM, González GRM, Marsán SV, Macías AC. Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [revista en internet].* 2006 [acceso el 03 de abril 2012]; 22 (3):
Disponibile en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892006000300002
25. Muñoz CH. Somatización: Consideraciones diagnósticas. *Rev Fac Med.* 2009; 17(1):55-64.
26. Muñoz PM, Oliva MP. los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2009; 74 (5): 281-285.

27. Kroenke K, Spitzer RL, Williams J. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med.* 2002; 64:258–66.
28. González MT, Landero R. Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *Span J Psychol.* 2007; 10(1): 199–206.
29. González RMT, Landero HR: Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Pan Am J Public Health.* 2008; 23 (1): 7-18.
30. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la salud/ International Journal of Clinical and health Psychology.* 2003;(3):141-157.
31. Suarez Cuba MA. La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Rev Med La Paz*[revista de internet], 2010 [acceso en internet 13 de mayo de 2014];16(2): 58-62. Disponible en: www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v16n2/v16n2_a10.pdf
32. Bruner CA, Acuña L, Gallardo LM, Atri R, Hernández A, Rodríguez W, et al. La escala de reajuste social (SRSS) de Holmes y Rahe en México. *Rev Latinoamericana Psicol.* 1994; 26 (2): 253-269.
33. Guerra Blondell, Lezama B. Métodos de Estratificación Social Utilizados en Venezuela. [revista en internet] 2009 [acceso el 03 de abril 2012]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/477>
34. Gonzalez Benítez I. Las Crisis familiares. *Ver. Cubana Med Gen Integr.* 2000;16(3):280-286.
35. Alvarado MR, Medina LE, Aranda CW. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Rev Med Chile.* 2002; 130 (5): 561-568.
36. Fernández CSB, Gutiérrez TG, Viguri UR. La mortalidad materna y el aborto en México. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2012; 69(1): 77-80.
37. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna: Nota descriptiva de la OMS, n.º 348, Ginebra: WHO; 2012.

38. Gómez LME, Aldaba CE, González CG, Mota GC, Sánchez PMA. Psicoterapia de Grupo para Mujeres con Embarazo de Alto Riesgo. *Terapia Psicológica*. 2009; 27 (2): 215-225.
39. Gómez LME. Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatol Reprod Hum*. 2007; 21(2): 111-121.
40. Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva. Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México. México: Secretaria de Salud; 2009.
41. Rojas J, Características Psicosociales y de Salud de gestantes que desearon o no su embarazo. *Revista Comportamiento*. 2005; 7(2):35-44.
42. Quezada Berumen LC y González Ramírez MT. Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil. *SUMMA Psicológica UST*. 2011; 8 (2): 31-38.
43. Romo González PT. Estrés psicosocial y calidad de vida en adolescentes embarazadas. Veracruz. [Monografía de internet] 2014. [Consultado 06 de agosto de 2014] Disponible en: www.uv.mx/msp/files/2014/07/Alejandro-Loya.pdf

ANEXOS:



**INSTITUTO MEXICANO EL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.93.
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

“CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO”

Nombre del Estudio:

Eventos vitales estresantes en pacientes con criterio de ingreso al Programa Pulsera Roja.

Ecatepec de Morelos, Estado de México a de ___ del 2013

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud 1401

No. De registro: _____

Este estudio tiene como **objetivo** Identificar frecuencia en eventos vitales estresantes para pacientes con criterio de ingreso al programa pulsera roja. Su **importancia** radica en la detección oportuna de eventos que producen estrés en la mujer embarazada que ingresó al programa de pulsera roja, los resultados nos permitirán conocer cómo afecta el estrés en la paciente con embarazo de alto riesgo. El **procedimiento** por el cual se obtendrá su información en caso de aceptar será a través de una entrevista y el requisitado de la Escala de Reajuste Social (SRSS) de Holmes y Rahe. La entrevista, así como, la aplicación de escala de Holmes y Rahe no generará ningún riesgo a su salud (**riesgo menor al mínimo de acuerdo a la ley general de salud**) ni al embarazo; por lo tanto, usted tendrá como **beneficio** el conocer si a contanto con estrés en los últimos 8 meses y de esta manera pueda ser **enviada** al servicio de Psicología para su atención.

Así como, conserva su derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, considerando sus datos **bajo estricta privacidad y confidencialidad, en caso de Duda o Aclaraciones podrá dirigirse a:**

Investigador responsable: Dra. Katty Mercedes Suárez Velázquez / Médico de Base adscrita a la UMF 92 IMSS. Tel 57559422, Ext. 51456. **Colaborador:** Raúl Velázquez Vargas / Prof. Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS. UMF 92 IMSS. Tel 57559422, Ext. 51456.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Av. Cuauhtémoc 330, 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos. Colonia Doctores México, D.F., C.P 06720. Tel. (55) 56 27 69 00, ext. 21230, correo electrónico: comisión.ética@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Dra. Katty Mercedes Suárez Velázquez
Investigador principal.

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.93.

COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

Solo podrá ser llenado por el entrevistador: Requisite y tache la respuesta otorgada.

| | |
|--|--------------------|
| Nombre: | Edad: |
| No. De Filiación: | Vigente: (SI) (NO) |
| Comorbilidad: 1(si) 2(no) ¿Cuál? | |
| Embarazo: deseado 1(sí) 2(no) | |
| Estado civil: -Casadas (1); Unión libre (2); soltera (3); Separada (4); Divorciada (5); Viuda (6) | |
| Estrato económico (Método de Graffar) | |
| (1) Estrato I clase alta 4,5,6; (2) Estrato II Clase Media alta 7,8,9; | |
| (3) Estrato III Clase media media 10,11,12 | |
| (4) Estrato IV Pobreza relativa 13, 14, 15,16. | |
| (5) Estrato V Pobreza crítica 17,18,19,20 | |
| Ocupación (1) Ama de casa (2) Empleada (3) profesionista | |
| Nivel académico (1) Analfabeta, (2) Primaria (3) Secundaria | |
| (4) Bachillerato, (5) Técnico, (6) Licenciatura (7) Posgrado | |



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MEXICO ORIENTE
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 93**

Escala de Eventos Estrés Vitales

Nombre: _____

NSS _____ Consultorio y Turno _____

Fecha: _____

Instrucciones para autoadministrar la Escala de Estrés

Si usted ha pasado durante el último año por alguna de las 43 situaciones enumeradas a continuación, anote el valor que figura al lado de la misma.

Finalmente sume el total.

| | |
|---|-----|
| 1. Muerte del cónyuge | 100 |
| 2. Divorcio | 73 |
| 3. Separación | 65 |
| 4. Privación de la libertad | 63 |
| 5. Muerte de un familiar próximo | 63 |
| 6. Enfermedad o incapacidad, graves | 53 |
| 7. Matrimonio | 50 |
| 8. Perder el empleo | 47 |
| 9. Reconciliación de la pareja | 45 |
| 10. Jubilación | 45 |
| 11. Enfermedad de un pariente cercano | 44 |
| 12. Embarazo | 40 |
| 13. Problemas sexuales | 39 |
| 14. Llegada de un nuevo miembro a la familia | 39 |
| 15. Cambios importantes en el trabajo | 39 |
| 16. Cambios importantes a nivel económico | 38 |
| 17. Muerte de un amigo íntimo | 37 |
| 18. Cambiar de empleo | 36 |
| 19. Discusiones con la pareja (cambio significativo) | 35 |
| 20. Pedir una hipoteca de alto valor | 31 |
| 21. Hacer efectivo un préstamo | 30 |
| 22. Cambio de responsabilidades en el trabajo | 29 |
| 23. Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio, universidad) | 29 |
| 24. Problemas con la ley | 29 |
| 25. Logros personales excepcionales | 28 |

| | |
|---|----|
| 26. La pareja comienza o deja de trabajar | 26 |
| 27. Se inicia o se termina el ciclo de escolarización | 26 |
| 28. Cambios importantes en las condiciones de vida | 25 |
| 29. Cambio en los hábitos personales | 24 |
| 30. Problemas con el jefe | 23 |
| 31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo | 20 |
| 32. Cambio de residencia | 20 |
| 33. Cambio a una escuela nueva | 20 |
| 34. Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones | 19 |
| 35. Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas | 19 |
| 36. Cambio en las actividades sociales | 18 |
| 37. Pedir una hipoteca o préstamo menor | 17 |
| 38. Cambios en los hábitos del sueño | 16 |
| 39. Cambios en el número de reuniones familiares | 15 |
| 40. Cambio en los hábitos alimentarios | 15 |
| 41. Vacaciones | 15 |
| 42. Navidades | 12 |
| 43. Infracciones menores de la ley | 11 |

Total: _____

Puntuación: _____

Diagnóstico: _____

Si el valor de la suma total se encuentra por encima de los 200 puntos, usted está en Riesgo de experimentar Trastornos Psicossomáticos.

Puntuación más de 300: En riesgo de enfermedad severo (80%).

Puntuación de 201 a 299: Riesgo de enfermedad Moderado (50%).

Puntuación de 150 a 200: Riesgo de enfermedad leve (30%).

Puntuación menos de 150: no cuenta con riesgo de enfermedad

El contenido ha sido adaptado de:

Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de Psiquiatría. 7ª Ed. D.F. México. Ed. Médica Panamericana, 2003.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MEXICO ORIENTE
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 93

No. afiliación _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Encierre en un círculo su respuesta; en caso de duda consulte con su entrevistador.

| Variables | Puntaje | Items |
|--|---------|---|
| 1. Profesión del Jefe de Familia | 1 | Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior) |
| | 2 | Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores |
| | 3 | Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores |
| | 4 | Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) |
| | 5 | Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa) |
| 2.- Nivel de instrucción de la madre | 1 | Enseñanza Universitaria o su equivalente |
| | 2 | Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media. |
| | 3 | Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior |
| | 4 | Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria) |
| | 5 | Analfabeta |
| 3.-Principal fuente de ingreso de la familia | 1 | Fortuna heredada o adquirida |
| | 2 | Ganancias o beneficios, honorarios profesionales |
| | 3 | Sueldo mensual |
| | 4 | Salario semanal, por día, entrada a destajo |
| | 5 | Donaciones de origen público o privado |
| 4.- Condiciones de Alojamiento | 1 | Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo |
| | 2 | Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios |

| | | |
|--|---|---|
| | 3 | Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2 |
| | 4 | Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias |
| | 5 | Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas |

| Estrato | Clasificación. | Total del Puntaje obtenido |
|-------------|-------------------|----------------------------|
| Estrato I | clase alta | 4,5,6 |
| Estrato II | clase media alta | 7,8,9 |
| Estrato III | clase media media | 10,11,12 |
| Estrato IV | pobreza relativa | 13,14,15,16 |
| Estrato V | pobreza crítica | 17,18,19,20 |



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.93.
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

Por medio de la Jefatura Medica de la Unidad, y bajo conocimiento de la Guía de práctica clínica, Norma de embarazo despliega un conjunto de puntos para que se delimite un embarazo de alto riesgo.

Los criterios de ingreso para el Programa de Pulsera Roja para el reconocimiento de este Riesgo Obstétrico son:

1. Primigesta menor de 16 años.
 2. Primigesta mayor de 35 años.
 3. Preeclampsia leve-severa o Eclampsia.
 4. Placenta previa, inserción baja, placenta marginal y oclusiva, parcial o total.
 5. Diabetes y embarazo.
 6. Hipertensión y embarazo.
 7. Enfermedades autoinmunes más Embarazo.
 8. Insuficiencia renal crónica más Embarazo.
 9. Más de 5 embarazos.
 10. El embarazo múltiple.
 11. Periodo ínter-genésico corto.
 12. Polihidramnios y Oligohidramnios.
 13. Enfermedad trofoblástica
 14. Cardiopatía y Embarazo
- Hipotiroidismo y Embarazo

Si se tiene uno de estos criterios pasa a el Programa de Pulsera Roja en jefatura medica de la Unidad médica.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

| PARAMETRO | ENERO – MARZO 2012 | ABRIL – JUNIO 2012 | JULIO – SEPTIEM- -BRE 2012 | OCTU- BRE- DICIEM- BRE 2012 | ENERO - DICIEM BRE 2013 | ENERO NOVIEMBRE 2014 |
|---|------------------------------|------------------------------|---|---|---|--------------------------------|
| Planteamiento del problema | X | | | | | |
| Avance de marco teórico | | X | X | | | |
| Presentación de protocolo en comité local | | | | X | | |
| Autorización de protocolo | | | | X | | |
| Recolección de la información | | | | | X | |
| Resultados | | | | | X | |
| Análisis de resultados | | | | | X | |
| Redacción del escrito médico | | | | | | X |
| Presentación de Tesis | | | | | | X |
| Difusión de Tesis. | | | | | | X |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Formación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1401
HOSPITAL REGIONAL DR. FIDEL VELA, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 23/01/2013

M.C. KATTYA MERCEDES SUÁREZ VELÁZQUEZ

PRESENTE

Trámite de notificación de que el protocolo de investigación con título:

EVENTOS VITALES ESTRESANTES EN PACIENTES CON CRITERIO DE INGRESO AL PROGRAMA PULSERA ROJA

El presente sometido 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 los requisitos metodológicos y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO** con el número de registro institucional:

| |
|------------------|
| Num. de Registro |
| R-2013-1401-3 |

ATENTAMENTE

DR.(A). MARÍA DE LA LUZ GODÍNEZ FLORES

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1401

IMSS