



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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 92**

**“ESTRÉS VITAL, VINCULACIÓN AFECTIVA Y ADAPTACIÓN PRENATAL EN
EMBARAZADAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE LA UMF 92”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

LAURA GRECIA FLORES NAVA

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2021-1401-051

ASESOR:

**E. MF LUIS ENRIQUE VAZCONCELOS ARZOLA
ASESOR DE TESIS ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92 CIUDAD AZTECA**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO 2021



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.

“ESTRÉS VITAL, VINCULACIÓN AFECTIVA Y ADAPTACIÓN PRENATAL EN EMBARAZADAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE LA UMF 92”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
LAURA GRECIA FLORES NAVA

AUTORIZACIONES:




M. EN EDUC. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD
DELEGACION ESTADO DE MÉXICO ORIENTE





E. EN MF. RODRIGO RAMIREZ VALDEZ
DIRECTOR DE LA UMF NO 92 CIUDAD AZTECA
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



M. EN EDUC. OLIVIA REYES JIMENEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



“ESTRÉS VITAL, VINCULACIÓN AFECTIVA Y ADAPTACIÓN PRENATAL EN EMBARAZADAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE LA UMF 92”

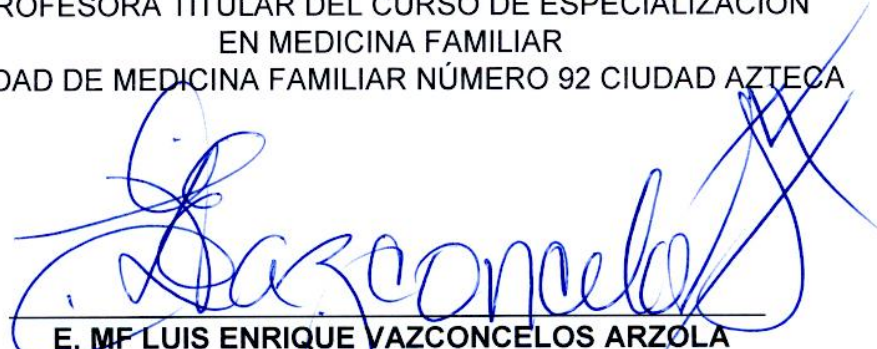
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
LAURA GRECIA FLORES NAVA

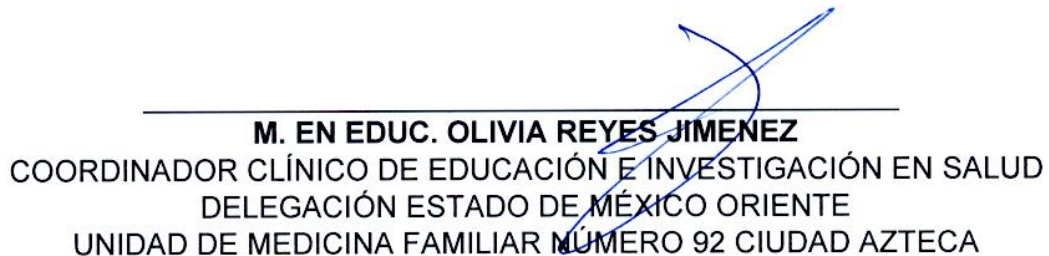
AUTORIZACIONES:



E. MF DEVANE BELEM DE LUCIO VEGA
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92 CIUDAD AZTECA



E. MF LUIS ENRIQUE VAZCONCELOS ARZOLA
ASESOR DE TESIS ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92 CIUDAD AZTECA



M. EN EDUC. OLIVIA REYES JIMENEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92 CIUDAD AZTECA



“ESTRÉS VITAL, VINCULACIÓN AFECTIVA Y ADAPTACIÓN PRENATAL EN EMBARAZADAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE LA UMF 92”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
LAURA GRECIA FLORES NAVA

AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



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





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1401**,
H. GRAL. REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIIS **17 CI 15 033 046**
Registro CONBIDÉTICA **CONBIOÉTICA 15 CEI 001 2017022**

FECHA **Martes, 31 de agosto de 2021**

M.E. Luis Enrique Vazconcelos Arzola

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1401-051

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No.1401

Imprimir

TESIS

“ESTRÉS VITAL, VINCULACIÓN AFECTIVA Y ADAPTACIÓN PRENATAL EN EMBARAZADAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE LA UMF 92”

ÍNDICE	
1.- RESUMEN ESTRUCTURADO	7
2.-MARCO TEÓRICO	10
3.- JUSTIFICACIÓN	16
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
5.- OBJETIVOS	20
6.- HIPOTESIS	21
7.-MATERIAL Y METODOS	22
8.- DISEÑO DE ESTUDIO	22
9.- UNIVERSO DE TRABAJO	23
10.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	23
11.- TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
12.- TÉCNICA DE MUESTREO	25
13.- VARIABLES	25
14.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	28
15.- INSTRUMENTOS	29
16.- ANALISIS DE DATOS	30
17.- ASPECTOS ÉTICOS	32
18.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	40
19.- CRONOGRAMA DE GANTT	41
20.-BIOSEGURIDAD	42
21.- RESULTADOS	43
22.- DISCUSIÓN	53
23.- CONCLUSIÓN	57
24.- RECOMENDACIONES	58
25.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
26.- ANEXOS	65
26.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTOS	65
26.2 CONSENTIMIENTO PARA PADRES DE NIÑOS O PERSONAS CON DISCAPACIDAD	67
26.3 CARTA DE ASSENTIMIENTO MENORES DE EDAD	69
26.4 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	70
26.5 ESCALA DE VINCULACION AFECTICA Y ADAPTACION PRENATAL	71
26.6 ESCALA DE EVENOS CRITICOS DE THOMAS HOLMES	76

1. RESUMEN ESTRUCTURADO

Flores NLG¹, Reyes JO², Vazconcelos ALE³

Médico residente¹ Médico Especialista en Medicina Familiar² Médico Especialista en Medicina Familiar³

Título: “Estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92”

Antecedentes: La vinculación afectiva materna es uno de los principales predictores del desarrollo psicosocial infantil. Su formación está estrechamente relacionada con la adaptación prenatal; el desarrollo de un vínculo deficiente suele manifestarse con resultados adversos perinatales. El estrés vital determinado por eventos cotidianos que aumentan las actividades fisiológicas y en consecuencia causan estrés, pueden dar origen a consecuencias negativas en las mujeres embarazadas y en los recién nacidos. A la fecha, el estrés vital, la vinculación afectiva y adaptación prenatal no han sido evaluadas de forma sistemática.

Objetivo: Identificar estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo. A 129 embarazadas del segundo y tercer trimestre, adscritas a la UMF 92, que hayan aceptado participar, se les aplicará los cuestionarios con la escala de vinculación afectiva y adaptación prenatal (EVAP) y la Escala de eventos críticos de Holmes.

Análisis estadístico: La muestra se obtiene con la fórmula de población finita, con un intervalo de confianza de 95% y un margen de error de 5%, elegidos mediante muestreo probabilístico simple. La descripción de las variables con sus características sociodemográficas y ginecobstetricias será con las medidas de tendencia central (media, mediana, moda).

Recursos e infraestructura: Se cuenta con los recursos humanos, materiales y la infraestructura necesarios para llevar a cabo el estudio.

Experiencia del grupo: El grupo cuenta con la experiencia para la elaboración de protocolos de investigación bajo la tutoría de la Dra. Olivia Reyes Jiménez y el Dr. Luis Enrique Vazconcelos Arzola.

Tiempo para desarrollarse: 5 meses comprendidos de agosto a diciembre del 2021.

Palabras clave: Estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal.

STRUCTURED SUMMARY

Flores NLG¹. Reyes JO². Vazconcelos ALE³

Resident Physician¹ Family Medicine Specialist² Family Medicine Specialist³

Title: "Life stress, emotional bonding and prenatal adjustment in second and third trimester pregnant women at UMF 92".

Background: Maternal affective bonding is one of the main predictors of infant psychosocial development. Its formation is closely related to prenatal adaptation; poor bonding development is often manifested by adverse perinatal outcomes. Life stress determined by everyday events that increase physiological activities and consequently cause stress, can give rise to negative consequences in pregnant women and newborns. To date, life stress, bonding and prenatal adaptation have not been systematically evaluated.

Objective: To identify life stress, emotional bonding and prenatal adaptation in second and third trimester pregnant women at UMF 92.

Material and methods: Observational, descriptive, cross-sectional and prolective study. The questionnaires with the Affective Bonding and Prenatal Adaptation Scale (ABPA) and the Holmes Critical Events Scale were administered to 129 pregnant women in their second and third trimester at UMF 92 who agreed to participate.

Statistical analysis: The sample is obtained with the finite population formula, with a confidence interval of 95% and a margin of error of 5%, chosen by simple probability sampling. The description of the variables with their sociodemographic and obstetric and gynecological characteristics will be based on measures of central tendency (mean, median, mode).

Resources and infrastructure: The necessary human and material resources and infrastructure are available to carry out the study.

Experience of the group: The group has experience in the elaboration of research protocols under the supervision of Dr. Olivia Reyes Jiménez and Dr. Luis Enrique Vazconcelos Arzola.

Time to develop: 5 months from August to December 2021.

Key words: Life stress, affective bonding and prenatal adaptation.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 EMBARAZO

El embarazo es el período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. En los seres humanos dura aproximadamente 288 días. Este representa una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos para la mujer, estos cambios están enfocados en ajustarse y adaptarse a las exigencias que el desarrollo de un nuevo ser humano en el interior del cuerpo de la madre, dichos cambios ocurren de manera gradual, a lo largo de todo el embarazo y están influenciados por múltiples factores como la edad, los embarazos previos, su estado físico, nutricional, etc. Los cambios que se experimentan van desde cambios metabólicos y bioquímicos hasta cambios anatómicos macroscópicos evidentes, e incluso cambios conductuales y emocionales. Todos estos cambios suponen una exigencia aumentada (estrés) para la fisiología normal del cuerpo de la mujer, y si estos cambios se combinan con enfermedades previas o una condición predisponente, esto puede traducirse en distintos estados patológicos durante el embarazo como preeclampsia, diabetes gestacional, insuficiencia cardíaca, etcétera.¹

En México, durante el 2016, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda, se registró una población de 61.5 millones de mujeres de las cuales el 53% se encuentran en la edad reproductiva (15-49 años).²

Según los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, se calcula que en México hay 22.2 millones de mujeres de 15 a 49 años que han estado embarazadas al menos una vez durante su vida. Se estima una tasa global de fecundidad de 2.07 nacidos vivos por cada mujer de 15 a 49 años, por grupo de edad. La tasa más alta se presenta en las mujeres de 20 a 24 años, con 118.2 nacidos vivos por cada 1000 mujeres del mismo grupo de edad.³

En cuanto a embarazos adolescentes, existen 5.5 millones de mujeres adolescentes (15 a 19 años) las cuales representan 16.7% de las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). El 15.8% ha estado embarazada alguna vez y 12.2% ha tenido por lo menos un hijo/a nacido vivo. La tasa de fecundidad en las adolescentes fue de 70.6 hijos por cada mil mujeres de 15 a 19 años en 2018. Coahuila y Durango son las entidades federativas con las mayores tasas de fecundidad adolescente en el país: 94.3 y 95.2, respectivamente. La Ciudad de México es la entidad con la menor tasa, 38.6 por cada mil mujeres⁴.

2.2 VINCULACIÓN AFECTIVA Y ADAPTACIÓN PRENATAL

El vínculo se interpreta como "un estado afectivo" del progenitor, que surge durante el embarazo o inmediatamente después del nacimiento, y continúa desarrollándose durante los primeros meses de vida del lactante. La calidad de la relación entre las madres y sus hijos juega un papel central en el desarrollo social, emocional y psicológico de los hijos⁵.

La vinculación afectiva madre-hijo es un aspecto de esta relación, y se refiere al proceso en el que una madre dirige emociones y sentimientos afectivos hacia su hijo⁶.

El vínculo madre-hijo no debe confundirse con el apego, que se refiere a la conexión entre un bebé y su cuidador caracterizado porque el primero utiliza al segundo como base segura para la exploración⁷.

El vínculo madre-hijo, a diferencia del apego, es unidireccional (de madre al hijo) y comienza a desarrollarse durante el embarazo y continúa su evolución hasta la primera infancia⁸. En este vínculo, el niño aprende la manera de relacionarse y comunicarse con los demás y, por lo tanto, se considera como la base para la formación de sus conductas futuras⁹. Además, el vínculo madre-feto está estrechamente relacionado con otros procesos importantes, como la maternidad, la identidad materna y puede contribuir a reducir el riesgo de abuso infantil¹⁰.

A su vez, la crianza materna menos sensible y más pobre se relaciona con un vínculo inseguro, depresión y ansiedad en ambos¹¹.

Conjuntamente, las mujeres con una vinculación afectiva más deficiente muestran menos interés en la salud de sus hijos y se involucran con mayor frecuencia en comportamientos negativos de salud durante el embarazo¹².

Estos comportamientos están asociados con resultados adversos del nacimiento y un desarrollo cognitivo y socioemocional deficiente a largo plazo del niño¹³.

Si bien el embarazo es un fenómeno fisiológico, suele ir acompañado de miedos que pueden derivar en estrés y ansiedad, lo cual afecta negativamente el proceso de vinculación en una proporción considerable de las embarazadas¹⁴.

El temor y la ansiedad maternos aumentan su cortisol plasmático y, a su vez, incrementan la secreción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal en el feto, lo que afecta directamente sus rasgos de personalidad¹⁵.

De acuerdo con Daglar y Nur en diciembre del 2018 en Turquía a través de un estudio transversal llamado "Nivel de vinculación madre-bebe y factores de influencia durante el embarazo y el periodo postparto", sobre 244 mujeres con ≥ 35 semanas de gestación (SDG), encontraron una asociación negativa entre el grado de depresión durante el embarazo y el

período posparto con el vínculo madre-hijo en el período posparto ($r = 0.174$, $p = 0.009$, y $r = 0.221$, $p = 0.001$; respectivamente). Además, registraron una correlación negativa entre el nivel de ansiedad y el grado de vinculación afectiva en el período posparto ($r = 0.151$, $p = 0.023$) y, cuando aumentaba el nivel de la adaptación prenatal, también aumentaba la intensidad de la vinculación postnatal ($r = 0.297$, $p = 0.000$)¹⁶.

Por lo anterior, el embarazo representa un evento psicosomático que es, al mismo tiempo, enriquecedor, gratificante y estresante, debido a la presencia de cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales¹⁷.

De igual manera, la decisión de tener un hijo y el embarazo en sí intensifican la formación de una identidad materna¹⁸.

Durante la gestación, las futuras madres deben reorganizar su experiencia interna y ajustar sus nuevas responsabilidades, roles y relaciones parentales a las anteriores¹⁹.

En particular, durante el primer trimestre del embarazo, la futura madre debe adaptarse constantemente a las nuevas representaciones mentales de sí misma y del futuro bebé, lo que puede crear un alto grado de ambivalencia y una sensación de desorientación²⁰.

Además, desde la semana 18 a la 25 de gestación, la percepción del movimiento fetal permite a la madre diferenciarse entre ella y el feto y considerarlo como un ser con necesidades, formas de comunicación e intencionalidad^{21, 22}.

De tal manera que la adaptación prenatal se refiere a los afectos, cogniciones y comportamientos de la madre hacia el feto, como la atribución del nombre, la interacción con el feto, el cuidado prenatal fetal y la preparación física correspondiente^{23, 24}.

Lafuente en 2008 en Valencia, España; en su estudio llamado "La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal): Un estudio piloto.", donde aplicó la escala EVAP a 116 embarazadas en el Hospital La Fe de Valencia, que se encontraban entre los 3 y los 9 meses de gestación. Esta escala consta de 30 preguntas con 5 opciones de respuesta, que engloban una estructura de seis factores: aproximación afectiva a través del pensamiento; aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad; aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto; experiencias infantiles y cuidado prenatal; aproximación afectiva a través de la interacción con el feto; aproximación afectiva a través del bienestar emocional. El coeficiente de validez fue de 0.671. La fiabilidad fue de 0,8098²⁵.

La puntuación de la escala se realiza sumando el resultado de cada una de las respuestas del 1 al 5, cuanto mayor es el resultado final, mayor es la vinculación afectiva y adaptación prenatal entre la madre y el feto²⁶.

La EVAP cuenta con la versión adaptada de Ártica *et al.*, en 2018, la cual consta de 21 preguntas que conforman dos dimensiones: adaptación gestacional y vinculación afectiva prenatal. El análisis factorial confirmatorio demostró que esta versión presentó mejores bondades de ajuste en comparación con la propuesta teórica original, con una confiabilidad (α de Cronbach) de 0.746 y 0.749 para ambas dimensiones, respectivamente²⁷.

No obstante, para fines de esta investigación, se empleará la versión EVAP, por Lafuente, 2008, ya que esta cuenta con mayor validez y utilización en la población gestante en la actualidad, a comparación de la versión modificada por Ártica en 2018.

2.3 ESTRÉS VITAL DURANTE EL EMBARAZO

Asimilada por la voz griega *Krisis*: decidir. El término fue usado por Hipócrates para referirse al momento en el que una enfermedad cambia su curso para bien o para mal. En el contexto de los síndromes de estrés, puede decirse que una crisis es una experiencia estresante, que en alguno de los casos llega a ser traumática y que casi siempre provoca, o viene precipitada por un cambio vital²⁸.

El proceso grávido-puerperal corresponde a un cambio vital y trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, su entorno social y su procedencia sociocultural; y es, en estas áreas sociales, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual. Sucesos relevantes durante el transcurso del embarazo pueden o no relacionarse con este, como podría ser una mala relación de pareja y/o nulo apoyo del cónyuge, más que por un riesgo biológico verdadero²⁹.

Gómez y Aldana en el 2007, en Veracruz, México, en su estudio "Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo" en una muestra de 107 pacientes embarazadas que acudieron al departamento de psicología por el médico tratante que por su embarazo de alto riesgo exhibían alguna alteración psicológica. Como resultados se muestran trastornos psicológicos más comunes la ansiedad 22%, trastorno adaptativo mixto 18.7%, depresión mayor recidivante leve 11.2%, y problemas conyugales 9.3%, entre otros. Es importante destacar que la influencia de factores psicosociales como el desempleo, problemas económicos, complicaciones del embarazo, eventos de vida negativos, conflictos de pareja, estrés y falta de apoyo social, coinciden en que vuelven a la mujer más vulnerable y desarrolle dificultad para adaptarse a los cambios del mismo embarazo³⁰.

Hace más de cuatro décadas, Holmes y Rahe en 1967 publicaron una lista de verificación de 43 eventos, como la muerte de un cónyuge, el divorcio, el despido en el trabajo y las dificultades sexuales, llamado el Programa de Experiencias Recientes. Su propósito era

hacer un inventario de «incidentes ambientales de fundamental importancia» que se encontraron, en los análisis de las historias clínicas de los pacientes, para predecir la aparición de enfermedades. Los eventos estresantes o críticos de la vida se definieron como «sucesos que probablemente provocarían cambios que requieren reajuste en las actividades habituales de las personas»³¹.

En el ámbito legal, los jueces utilizaron un procedimiento de estimación de magnitud para asignar puntajes de la Unidad de Cambio de Vida a cada uno de los 43 eventos en la lista. Una suma de estos puntajes en eventos que ocurrieron en un período determinado, generalmente reciente, se toma como el indicador de la cantidad de estrés. La lista de verificación se puede responder en un cuestionario auto-administrado o en una entrevista, Alfa de Cronbach 0.882³².

La suma de los eventos se calificó de 0-149 sin problemas, 150-199 crisis leve, 200 a 299 crisis moderadas y más de 300 crisis grave³³.

Dentro de esta lista, el embarazo, *per se*, es un evento crítico en la vida, durante el cual las mujeres experimentan una serie de factores relacionados con el estrés, como cambios físicos y hormonales, ansiedad específica del embarazo, preocupaciones relacionadas con el feto y miedo al dolor durante el parto³⁴. En términos generales, el estrés se conceptualiza como la percepción de las demandas ambientales que exceden los recursos para adaptarse a la situación ³⁵.

Hall, Dalton, Et. al., en el 2017 en Estados Unidos de América en su estudio “acontecimientos vitales estresantes en la época del embarazo no planificado y la salud de la mujer: Hallazgos exploratorios de una muestra nacional” donde participaron 1078 mujeres de entre 18 y 55 años, como resultados: las puntuaciones más altas de eventos de vida estresantes se asociaron positivamente con enfermedades crónicas (ORa 1,21, IC 1,03-1,41) y condiciones de salud mental (ORa 1,42, IC 1,23-1,64), mayor depresión (B 0,37, IC 0,19-0,55), puntajes de estrés (B 0.32, CI 0.22–0.42) y discriminación (B 0.74, CI 0.45–1.04), y se asociaron negativamente con \geq muy buena salud percibida (ORa 0.84, CI 0.73–0.97). Los efectos de los eventos de vida estresantes fueron más fuertes para las sub-puntuaciones emocionales y relacionadas con la pareja. Las mujeres con circunstancias sociales adversas que rodean su embarazo no deseado experimentaron una peor salud³⁶. Varias condiciones biológicas y ambientales, junto con los cambios en las relaciones personales, causan altos niveles de estrés y ansiedad en mujeres embarazadas: como preocupaciones por la salud del recién nacido, la pérdida del embarazo y el parto. Además, las tensiones externas como preocupaciones por el dinero, trabajo, vivienda, salud y las

relaciones maritales pueden interferir con el curso natural del embarazo. Otras experiencias como eventos negativos de la vida (divorcio, enfermedad grave o muerte de un familiar, pérdida de un trabajo o falta de vivienda), eventos catastróficos (terremotos, huracanes o ataques terroristas), estrés prolongado (problemas económicos, abuso, problemas de salud crónicos) y discriminación o racismo³⁷.

2.4 ESTRÉS MATERNO DURANTE LA GESTACION Y EFECTOS EN EL RECIEN NACIDO

Experimentar eventos estresantes genera estrés vital de distinta severidad la cual puede llegar a perturbar la fisiología humana. Durante el embarazo este estrés puede originar consecuencias negativas tanto para la madre como para el bebé, incluido un mayor riesgo de complicaciones del embarazo (hipertensión, ansiedad, depresión, etc.), bajo peso al nacer, parto prematuro e incluso podría estar asociado con un desarrollo mental y motor deficiente³⁸, alteraciones congénitas³⁹, alergias⁴⁰, infertilidad⁴¹ y condiciones psiquiátricas durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta⁴².

Sabemos que, durante la gestación, el estrés prolongado y las preocupaciones que genera este período pueden alterar el desarrollo cerebral del feto, de ahí la importancia que se atribuye a los distintos programas de estimulación temprana dirigidos a las mujeres gestantes⁴³. Se define la estimulación intrauterina o prenatal como “dar al futuro recién nacido excelentes condiciones que le permitan desarrollarse mejor según su proceso natural, su propia dinámica y, de este modo, desarrollar todas las capacidades y facultades que posee en su carga genética. En otras palabras, es el proceso que promueve el “aprendizaje” del feto, optimizando y potenciando su desarrollo físico, sensorial, afectivo y social, a través de diferentes estímulos como el sonido, el movimiento, la presión, las vibraciones y la luz, en el contexto de una comunicación afectuosa y constante entre los padres y el niño aún por nacer⁴⁴.

Cada vez hay más investigadores que quieren profundizar en demostrar la capacidad del feto en su mundo intrauterino y observan sus respuestas y reacciones ante estímulos externos, mediante el empleo de la estimulación prenatal intrauterina se pueden proporcionar mejores estados afectivos durante el embarazo y el proceso de parto, lo que influye favorablemente sobre los indicadores que lo caracterizan y en el bienestar del recién nacido ⁴⁵.

3. JUSTIFICACIÓN

El embarazo y la transición hacia la maternidad son momentos de rápidos cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, que pueden ser desafiantes y estresantes para las madres. El período prenatal puede estar asociado con una mayor vulnerabilidad psicológica, dejando a las mujeres susceptibles a la depresión y ansiedad de forma significativa, deteriorando su funcionamiento en general. Asimismo, estas condiciones se asocian con resultados obstétricos adversos y con un detrimento del desarrollo cognitivo, conductual y emocional infantil^{5, 13}.

Durante este período de adaptación y vulnerabilidad psicológica, inicia la generación de la vinculación afectiva madre-hijo, la cual posee un papel importante en el desarrollo psicológico, cognitivo y social del niño, contribuyendo decisivamente en la forma en la que interactúa y se relaciona con los demás en la edad adulta^{9,10}.

El deterioro de la vinculación afectiva materno-infantil suele asociarse con ansiedad y depresión maternas, apego materno inseguro, primi-paridad, apoyo familiar deficiente, violencia intrafamiliar, embarazos no deseados y cesáreas no planificadas. Además, los eventos críticos o estresantes de la vida, como la pérdida de trabajo o la muerte de un ser querido, son experiencias o sucesos que causan una grave tensión en los individuos y, en las mujeres embarazadas, se relacionan con resultados fetales y maternos adversos, especialmente cuando se presentan múltiples eventos de forma simultánea³⁰.

Dentro de los beneficios para la paciente embarazada que desee contribuir con el estudio será la identificación de factores de su vida los cuales puedan afectar el vínculo y afecto hacia su bebé, y que conjuntamente puedan ser desencadenantes de complicaciones durante su embarazo; así mismo, como médicos de primer contacto durante la consulta prenatal, podamos influir de forma oportuna y positivamente en su gestación; lo que, en consecuencia, sería benéfico para mejorar su calidad de vida, para el adecuado desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos en un futuro y de ellas mismas como madres^{36,37}.

Los beneficios para el instituto al evaluar las crisis, la vinculación afectiva y adaptación prenatal en las pacientes embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar 92, permitirá a los médicos familiares y al resto del equipo prestador de servicios de salud, identificar el estrés vital originado como marcador pronóstico de riesgo de disfunción o déficit de la vinculación afectiva prenatal dado que estos son fácilmente identificables y en el curso de una evaluación clínica rutinaria para poder intervenir de forma temprana en ellas, brindando asesoría acerca de estimulación temprana al feto a través estímulos como el sonido, el

movimiento, la presión, las vibraciones y la luz, en el contexto de una comunicación afectuosa y constante entre los padres y el niño aún por nacer⁴⁴.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 MAGNITUD:

Para 2016, de los 812 casos de fallecimientos durante el embarazo, parto o puerperio, 248 (30.5%) corresponden a afecciones obstétricas indirectas, es decir, enfermedades pre-existentes o enfermedades que evolucionaron durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por efectos fisiológicos del embarazo, como: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia renal crónica, Insuficiencia cardiaca o Enfermedad articular. Los trastornos hipertensivos con 24.4% son la segunda causa de muerte, seguida por las complicaciones del trabajo de parto y del parto que representan 15.9% del total de fallecimientos; 8.6% se debe a embarazos que terminaron en abortos, así como 8.1% por complicaciones relacionadas con el puerperio; 7.8% por atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y 4.7% debido a otros trastornos del embarazo⁴⁶.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Y Geografía en su última actualización en septiembre del 2020: En México, se contabilizaron 2, 092, 214 nacimientos registrados en las oficinas del Registro Civil. El INEGI, en su comunicado de prensa el 31 de agosto del 2020: durante el 2019, en México se registraron 23.868 defunciones fetales, el 83.4 de los fallecimientos ocurrieron antes del parto, 15.4% durante el parto y en 1.2% de los casos no fue especificado. El 83% de mujeres sí recibieron atención prenatal. De ellas el 64.2% recibieron entre 1 y 5 consultas, 29.5% entre 6 y 10, 2.7% entre 11 y 15 consultas y el 2.8% no especificó a cuantas consultas acudió. Con la estadística previa se actualizan los principales indicadores de mortalidad fetal pues se observa una relación directa con la salud materna, la información referente a variables como las causas que lo provocaron, la edad gestacional, y peso de producto, así como la edad de la madre y la atención prenatal que recibieron durante la gestación, permiten identificar factores de riesgo prevenibles e incidir en una mejoría de la salud materno- infantil en nuestro país.

4.2 TRASCENDENCIA:

El utilizar la escala de vinculación afectiva y adaptación prenatal y la escala de eventos críticos de Holmes durante la vigilancia prenatal permitirá a los médicos familiares identificar el estrés vital originado como marcador pronóstico de riesgo de disfunción o déficit de la vinculación afectiva prenatal, dado que estos son fácilmente identificables, y en el curso de una evaluación clínica rutinaria, para poder intervenir de forma temprana en ellas, brindando asesoría acerca de estimulación temprana al feto a través estímulos como el sonido, el

movimiento, la presión, las vibraciones y la luz, en el contexto de una comunicación afectuosa y constante entre los padres y el niño aún por nacer⁴⁴.

4.3 VULNERABILIDAD:

A pesar de que el embarazo es un evento fisiológico normal, implica importantes cambios en la vida de una mujer y requiere un proceso de adaptación física y psicológica con resultados variables.^{14, 17}.

El proceso grávido-puerperal corresponde a un cambio vital y trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, su entorno social y su procedencia sociocultural; y es, en estas áreas sociales, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual. Sucesos relevantes durante el transcurso del embarazo pueden o no relacionarse con este, como podría ser una mala relación de pareja y/o nulo apoyo del cónyuge, más que por un riesgo biológico verdadero²⁹.

4.4 FACTIBILIDAD:

A pesar de lo anterior, identificar el estrés vital con la vinculación afectiva y la adaptación prenatal en las pacientes embarazadas de la UMF 92 no ha sido evaluada de forma sistemática. La unidad cuenta con las instalaciones donde se podrá llevar a cabo el llenado de los cuestionarios con la escala de vinculación afectiva y adaptación prenatal y la escala de eventos críticos de Holmes, así mismo se cuenta con la experiencia y la capacidad técnica para la ejecución y análisis de estudios observacionales para la investigación en esta población.

4.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Por lo tanto, proponemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Interpretar el estrés vital en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92 mediante la Escala de Vinculación Afectiva y Adaptación Prenatal.
2. Examinar la vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92 mediante la Escala de Eventos Críticos de Holmes.
3. Describir las características ginecobstetricias: semanas de gestación, trimestre del embarazo, número de consultas prenatales, número de embarazos previos.
4. Revisar las características sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad y ocupación.
5. Descubrir las comorbilidades más frecuentes durante el embarazo como: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia Renal Crónica, Insuficiencia Cardíaca o Enfermedad Articular, así como las complicaciones durante el mismo en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92.

6. HIPÓTESIS

6.1 H1 O HIPÓTESIS DE TRABAJO

El estrés vital será igual o mayor al 50% a muy baja vinculación afectiva y adaptación prenatal en las embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92

6.2 H0 O HIPÓTESIS NULA

El estrés vital No será igual o mayor al 50% a muy baja vinculación afectiva y adaptación prenatal en las embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 CARACTERÍSTICAS DE DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

El presente trabajo se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar número 92 de la Delegación Regional Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada sobre Avenida Carlos Hank González sin número, esquina con avenida Santa Prisca Norte, colonia Laderas del Peñón, código postal 55135, Ecatepec de Morelos, Estado de México, México. La Unidad cuenta con 32 consultorios de medicina familiar, 10 de atención preventiva integrada, tres de enfermería especialista, los servicios de apoyo, nutrición, trabajo social, estomatología, así como consultorios para, optometría, laboratorio, rayos x y fármaco-vigilancia.

Durante el periodo de enero a diciembre del 2020 se atendió a 393 embarazadas en ambos turnos.

8. DISEÑO DEL ESTUDIO

Encuesta transversal.

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo.

8.1 CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

- Por el control de la maniobra hecha por los investigadores: observacional, ya que se describió situaciones y acontecimientos de mujeres embarazadas.
- Por la captación de la información: prolectivo, porque la recolección de datos se hizo a partir de instrumentos estandarizados.
- Por la medición del fenómeno en el tiempo: transversal, debido a que las variables de resultado fueron medidas una sola vez, no se hizo seguimiento a través del tiempo.
- Por la presencia de grupo control: Descriptivo, porque se estudió solo un grupo, no se hicieron comparaciones.
- Por la direccionalidad: transversal. Se hizo una sola medición en el tiempo de las variables de estudio.
- Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: abierto, ya que el investigador conoció las condiciones de aplicación de la maniobra y resultado de las variables.

9. UNIVERSO DE TRABAJO

Embarazadas derechohabientes del IMSS, adscritas a la UMF 92, que se encontraron en control prenatal mensual durante el segundo y tercer trimestre.

10. CRITERIOS DE SELECCIÓN

10.1 Criterios de inclusión

1. Embarazadas derechohabientes y adscritas a la UMF 92.
2. Embarazadas del segundo y tercer trimestre que acudieron a seguimiento mensual de embarazo.
3. Embarazadas de 15-49 años de edad que aceptaron participar en el estudio con previa firma de consentimientos informados.⁴⁶

10.2 Criterios de exclusión

1. Diagnóstico de enfermedades neuropsiquiátricas graves (trastornos psicoafectivos, neuróticos, psicóticos, disociativos, de la personalidad, etc.) que impidieron la realización de los cuestionarios.
2. Embarazadas con antecedente de baja convivencia madre-hijo por trabajo o estudios.

10.3 Criterios de eliminación

1. Participantes que, por cualquier motivo, retiraron su participación del estudio.

11. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el estudio de las variables, Alvarado y Medina en el 2002 en su estudio "El efecto de variables psicosociales durante el embarazo en el peso y la edad gestacional del recién nacido", realizaron una revisión de variables psicosociales durante la gestación mediante eventos vitales como potenciales factores de riesgo. En 192 mujeres se evaluó estrés vital con la escala de eventos vitales, se analizó la evaluación que las mujeres tenían acerca de su embarazo respecto a su vida; 68.2% lo considero como un suceso positivo y 31.8% como un evento negativo.⁵⁶

Para el presente estudio el tamaño de la muestra fue de 129 mujeres gestantes.

Para calcular el tamaño mínimo de la muestra se utilizó la fórmula de población finita, es decir, se deseó saber cuántos del total se estudiarán.

La fórmula fue:

Fórmula para cálculo del tamaño mínimo de la muestra en población finita =

$$n = \frac{NZ\alpha^2pq}{d^2(N-1) + Z\alpha^2pq} =$$

Dónde:

N = Total de la población = 192

Z α = nivel de confianza (1.96 al cuadrado si la seguridad es del 95% = 3.84)

p = proporción esperada (5% = 0.05)

q = no ocurrencia del evento, 1 - p (1 - 0.05 = 0.95)

d = margen de error 5% = 0.05

Sustitución:

$$n = \frac{(192) (1.96^2) (0.5)(0.5)}{0.05^2 (192-1) + 1.96^2 (0.5) (0.5)} =$$

$$n = \frac{(192) (3.84) (0.25)}{(0.0025) (191) + 3.84 (0.25)} =$$

$$n = \frac{(737.28) (0.25)}{0.47 + 0.96} =$$

$$n = \frac{184.32}{1.43} = 128.89$$

$$n = \underline{129}$$

12. TÉCNICA DE MUESTREO

Muestreo aleatorizado simple. Esto implica que todas las pacientes que formaron el universo y que, por lo tanto, estuvieron incluidas en el marco muestral, tuvieron una idéntica probabilidad de ser seleccionadas. Después de haber realizado la lista nominal y tras haberla numerado en orden ascendente; se identificó el total del marco muestral y por medio de un generador de secuencias aleatorias digital se eligió a las participantes, de no contar con los criterios que la incluyan en el estudio se volverá a elegir mediante el mismo programa.

13. VARIABLES.

CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición		Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
	Conceptual	Operacional			
Variable independiente					
Estrés vital	Eventos cotidianos que aumentan las actividades fisiológicas y, en consecuencia, causan desgaste físico y psicológico en cierta medida ³¹ .	El puntaje obtenido y el número de eventos críticos de la escala de Thomas Holmes. Alfa de Cronbach 0.882, 43 ítems. ³²	Cualitativa ordinal	1. no hay problemas 2. Crisis leve 3. crisis moderada 4. crisis severa	Puntos 1. 0-149 2. 150-199 3. 200-299 4. >300
Variable dependiente					
Vinculación afectiva y adaptación prenatal	Se refiere al proceso por el cual una madre forma un enlace afectivo hacia su hijo ⁵ .	El puntaje obtenido en el componente correspondiente de la Escala de vinculación afectiva y adaptación prenatal. Alfa de Cronbach de 0,8098. 30 ítems. ²⁵	Cualitativa ordinal	1. extremadamente baja 2. muy baja 3 baja, 4. moderada 5. alta 6. muy alta.	Puntos 1. <83 2. 83-98 3. 99-114 4. 115-30 5. 131-140 6. 141-150

Características gineco-obstétricas

Trimestre gestacional	Número de semanas estimadas desde la implantación hasta el momento del nacimiento, divididas en 3 periodos del embarazo ⁵⁴ .	Es estimado a partir de la fecha de última menstruación o ultrasonido obstétrico.	Cualitativo ordinal	1. primer trimestre: semana 1-12. 2. segundo trimestre: semana 13 -26 3. tercer trimestre: semana 27-40	1. primer trimestre 2. segundo trimestre 3. tercer trimestre
Gestaciones previas	El resultado de la fecundación y desarrollo intrauterino ⁵⁴ .	Número de embarazos previos de la paciente, clasificados como partos, cesáreas o abortos.	Cuantitativo a discreta	De razón.	Número de embarazos previos
Consultas prenatales	Consultas periódicas destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores de riesgo que condicionan morbilidad materna ⁵⁴ .	El número de consultas asistidas referidas por la paciente y consignadas en el expediente.	Cuantitativo a discreta.	De razón.	Número de consultas prenatales previas.

Características sociodemográficas

Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo ⁵³ .	Número de años cumplidos del participante al momento de la inclusión en el estudio.	Cuantitativo a discreta.	De razón.	Años.
Escolaridad	Período durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios ⁵³ .	Categorización de los años y tipo de enseñanza en función del sistema educativo mexicano, en: primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado.	Cualitativa.	Ordinal.	1. Ausente, 2. Primaria 3. secundaria 4. media superior 5. Superior, 6. posgrado.
Estado civil	Condición de una persona, según el registro civil, en función de si tiene o no pareja y	Ausencia de pareja, estado de viudez o la situación del amasiato en unión libre o en	Cualitativa	Nominal politómica	1. soltera 2. casada 3. unión libre 4. divorciada

	su situación legal que determinan los derechos y obligaciones de las personas en relación con su situación conyugal ⁵³ .	matrimonio.			5. viuda
Ocupación	Se refiere al empleo, es decir, al trabajo asalariado o al servicio de un empleador ⁵³ .	Ausencia o presencia de una actividad económicamente remunerada.	Cualitativa.	Nominal politómica	1. ninguna 2. ama de casa 3. comerciante 4. empleada 5. profesionalista
Comorbilidades					
Diabetes Mellitus	Conjunto de trastornos metabólicos, que comparten la característica común de presentar concentraciones elevadas de glucosa ⁵⁵ .	Información otorgada por el paciente	Cualitativo	Nominal dicotómica	1- Si 2- No
Insuficiencia renal crónica	Disminución de filtrado glomerular de menos de 60 mililitros/minuto por más de 3 meses por 3.14 metros de superficie corporal ⁵⁵ .	Información otorgada por el paciente	Cualitativo	Nominal Dicotómica	1- Si 2- No
Hipertensión Arterial Sistémica	Trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta ⁵⁵ .	Información otorgada por el paciente	Cualitativo	Nominal Dicotómica	1- Si 2- No
Insuficiencia cardiaca	Incapacidad del corazón de bombear sangre en los volúmenes adecuados para satisfacer las demandas del metabolismo ⁵⁵ .	Información otorgada por el paciente	Cualitativo	Nominal Dicotómica	1- Si 2- No

Enfermedad articular degenerativa	Pérdida del cartílago y alteraciones del hueso subcondral, asociado a cambios de los tejidos blandos ⁵⁵ .	Información otorgada por el paciente	Cualitativo	Nominal Dicotómica	1- Si 2- No
--	--	--------------------------------------	-------------	--------------------	----------------

14. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El estudio fue supervisado por los asesores temático y metodológico hasta su aprobación. Posterior a la aprobación del comité del presente protocolo, se integraron en el estudio aquellas pacientes que reunieron los criterios de inclusión propuestos que se localizaron en el censo de embarazadas de la UMF 92, de ambos turnos. A cada mujer se le asignó un número progresivo y ascendente con base en la fecha de su registro en el censo, hasta la fecha de la ejecución de la selección de la muestra. A continuación, por medio de un generador de secuencias aleatorias digital (NúmeroAleatorio®), se ejecutó el sorteo de las posibles participantes, obteniendo el número estimado de 129 pacientes.

De las pacientes seleccionadas se identificó su expediente electrónico a través del Sistema de Información de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la UMF 92, para contrastar los criterios de exclusión. Asimismo, se buscó su información de contacto para ser invitadas a este estudio por vía telefónica o correo electrónico, o en su defecto se localizaron directamente en la consulta externa del servicio de medicina familiar de ambos turnos.

Las pacientes fueron informadas sobre su participación asociada a los cuestionarios, los beneficios y riesgos del estudio y se les solicitó firma de consentimiento informado para adultos, o en su caso el consentimiento informado para padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad, según lo amerito; para responder, analizar y publicar los resultados. Se aplicó la totalidad de cuestionarios en un lapso de 3 meses.

A las pacientes se les facilitó una copia de cada escala, así como una tabla y bolígrafo para permitir que respondieran de forma autoadministrada para evitar un posible sesgo de autoridad por parte de quien aplicó los cuestionarios; no obstante, la aplicación fue supervisada por la investigadora para solucionar dudas sobre el llenado.

Del mismo modo, se recabó la información sociodemográfica y características gineco-obstétricas contenida en la hoja de recolección de datos. En la medida de lo posible, se

buscó un espacio cerrado, para permitir a los participantes responder las escalas sin interrupciones, no se les dio un límite de tiempo a las participantes.

La información se recabó del instrumento de recolección de datos por participante. Posteriormente, la información de estas hojas se vació en una hoja de cálculo en los softwares Microsoft® Excel® 2016 para Windows®. Esta hoja de cálculo fue analizada en presencia del asesor.

15. INSTRUMENTOS

15.1 ESCALA DE EVENTOS CRÍTICOS DE THOMAS HOLMES

Para evaluar los eventos críticos de la vida se empleó la escala de Holmes y Rahe. Esta escala se realiza según las situaciones ocurridas de 6 a 8 meses antes, los cambios de vida a medida que van produciéndose, cuando estos cambios sobrepasan cierto umbral pueden producir el suficiente estrés como para perturbar la función. Hace más de cuatro décadas, Holmes y Rahe en 1967 publicaron una lista de verificación de 43 eventos, como la muerte de un cónyuge, el divorcio, el despido en el trabajo y las dificultades sexuales, llamado el Programa de Experiencias Recientes. Su propósito era hacer un inventario de «incidentes ambientales de fundamental importancia» que se encontraron, en los análisis de las historias clínicas de los pacientes, para predecir la aparición de enfermedades. Los eventos estresantes o críticos de la vida se definieron como «sucesos que probablemente provocaran cambios que requieren reajuste en las actividades habituales de las personas»³¹

Cada evento posee un valor adjudicado, aunque sea feliz, la suma de los eventos se calificó de 0-149 sin problemas, 150 a 199 crisis leve, 200 a 299 crisis moderada y más de 300 crisis grave. Una crisis mayor alcalde riesgo de enfermedad³³.

15.2 ESCALA DE VINCULACIÓN AFECTIVA Y ADAPTACIÓN PRENATAL DE LAFUENTE

Lafuente en 2008 en Valencia, España; en su estudio llamado “La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal): Un estudio piloto.”, donde aplicó la escala EVAP a 116 embarazadas en el Hospital La Fe de Valencia, que se encontraban entre los 3 y los 9 meses de gestación. Esta escala consta de 30 preguntas con 5 opciones de respuesta, que engloban una estructura de seis factores: aproximación afectiva a través del pensamiento; aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad; aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto; experiencias infantiles y cuidado prenatal;

aproximación afectiva a través de la interacción con el feto; aproximación afectiva a través del bienestar emocional. El coeficiente de validez fue de 0.671. La fiabilidad fue de 0,80982225.

De acuerdo a Arranz, et. al., 2017, Cada uno de los ítems tiene 5 opciones de respuesta. La puntuación global de la escala se realiza sumando el resultado de cada una de las preguntas del 1 al 5, cuanto mayor es el resultado final mayor es la vinculación entre la madre y el feto. La interpretación de los resultados es a más puntuación más vinculación: puntuaciones menores a 83 corresponden a una vinculación extremadamente baja, entre 83 y 98 a una vinculación muy baja, entre 99 y 114 a una vinculación baja, entre 115 y 130 corresponde a una vinculación moderada, entre 131 y 140 a una vinculación alta, entre 141 y 150 una vinculación muy alta.

16. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados en hoja de cálculo mediante el *software* Microsoft® Excel® 2016 para Windows®, los hallazgos se representaron de forma esquemática mediante tablas y gráficas. Definiendo el comportamiento de las variables utilizando frecuencia y porcentajes, así como medidas de tendencia central acorde a las siguientes tablas:

Estrés vital

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Tipo de análisis	Representación Estadística
Estrés vital	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de barras

Vinculación afectiva y adaptación prenatal

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Tipo de análisis	Representación Estadística
Vinculación afectiva y adaptación prenatal	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de barras

Características gineco- obstétricas

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Tipo de análisis	Representación Estadística
Trimestre gestacional	Cualitativo	ordinal	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de barras
Gestaciones previas	Cuantitativa	Discreta de razón	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de barras
consultas prenatales	Cuantitativa	Discreta de razón	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de barras

Características sociodemográficas

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Tipo de análisis	Representación Estadística
Estado civil	Cualitativa	Nominal politómica	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de barras
Edad	Cuantitativa	Discreta	Media y mediana	Gráfica de barras
Escolaridad	Cualitativa	ordinal	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de barras
Ocupación	Cualitativa	Nominal politómica	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de barras

Comorbilidades

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Estadística Descriptiva	Representación Estadística
Diabetes Mellitus	Cualitativa	Nominal dicotómica	Frecuencias y porcentajes	Gráfica de barras
Insuficiencia renal crónica	Cualitativa	Nominal dicotómica	Frecuencias y porcentajes	Gráfica de barras
Hipertensión Arterial Sistémica	Cualitativa	Nominal dicotómica	Frecuencias y porcentajes	Gráfica de barras

Insuficiencia cardiaca	Cualitativa	Nominal dicotómica	Frecuencias y porcentajes	Gráfica de barras
Enfermedad articular degenerativa	Cualitativa	Nominal dicotómica	Frecuencias y porcentajes	Gráfica de barras

17. ASPECTOS ÉTICOS

17.1 Código de Nüremberg⁴⁷

I. Para esta investigación fue obligatorio solicitar el Consentimiento Informado para la expresión de la autonomía de la paciente embarazada firmando de forma voluntaria su participación.

II. La investigación fue útil para el bien de la sociedad ya que se obtendrá información valiosa que servirá para aplicar de forma adecuada y oportuna la escala de vinculación afectiva y adaptación prenatal y escala de eventos críticos de Holmes durante la consulta del médico familiar.

III. Está basada en estudios previos sobre la escala de vinculación afectiva y adaptación prenatal y la escala de eventos críticos de Holmes

IV. La investigación fue ejecutada de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario a la paciente embarazada.

V. Al utilizar cuestionarios que recolectan información acerca de la paciente embarazada, se clasifico como investigación como riesgo mínimo; no existen razones para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave.

VI. Se establecieron adecuadas condiciones para proteger a la paciente contra cualquier posibilidad de daño, incapacidad y muerte al encontrarse dentro de las instalaciones de la unidad de medicina familiar 92.

VII. La investigación fue conducida y supervisada por médicos especialistas capacitados en la elaboración de protocolos de investigación.

VIII. Durante todo el curso de la investigación la paciente tuvo la completa libertad para poner fin a su participación si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual le parezca imposible continuarlo.

17.2 Declaración de Helsinki⁴⁸

a) La investigación que se realizo tuvo interacción con pacientes embarazadas, se respetaron los principios científicos aceptados universalmente con literatura científica

previamente conocida en las escalas de vinculación afectiva y adaptación prenatal y escala de eventos críticos de Holmes.

b) El diseño de la investigación se estableció como un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prolectivo, con interacción con pacientes embarazadas mediante información obtenida con cuestionarios escritos.

c) La investigación fue guiada y supervisada por médicos especialistas en medicina familiar capacitados en la elaboración de protocolos de investigación.

d) La investigación biomédica implicó relación con pacientes embarazadas, el objetivo no puso en riesgo inherente a las participantes al realizarse cuestionarios escritos.

e) Esta investigación no implicó riesgo por contacto con la paciente, existió beneficio de obtener datos relevantes y con gran importancia la determinación de estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal.

f) La investigación se basó en la obtención de datos a través de cuestionarios escritos, sin poner en riesgo al paciente y cuidando de forma confidencial los datos obtenidos de cada una de las participantes, únicamente realizando una base de datos, respetando su intimidad, su integridad física y mental y su personalidad.

g) En la publicación de los resultados, nos comprometimos a presentar con exactitud los resultados obtenidos, y apegarnos a los reglamentos y normas para así poder ser publicados.

h) En esta investigación cada participante fue informada de los objetivos, métodos, beneficios y probables riesgos y molestias que podría acarrear. Fueron informadas de que eran libres de no participar en el estudio y de revocar en cualquier momento su participación. Se obtuvo por escrito el consentimiento informado otorgado libremente por las pacientes embarazadas.

i) El consentimiento informado en caso de incompetencia legal fue otorgado por el tutor legal. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona era menor de edad, la autorización del pariente responsable sustituyó a la de la persona participante siempre y cuando el niño menor de edad pudiera de hecho otorgar su consentimiento escrito además del consentimiento de su tutor legal.

j) Esta investigación observacional, descriptiva, transversal y prolectiva cumplió con lo declarado en las consideraciones implicadas de ética, se cumplieron los principios enunciados en la presente declaración.

17.3 Informe Belmont⁴⁹

En este estudio se aplicó en todo momento los principios éticos fundamentales al tener interacción con pacientes embarazadas tomando en cuenta que:

- a) En todo momento se respetó a las personas protegiendo su autonomía refiriéndonos a la capacidad que tiene de decidir con todas las libertades si deseaba o no participar en este estudio una vez explicados los riesgos a que este se sometería al contestar el cuestionario con la Escala de vinculación afectiva y adaptación prenatal y eventos críticos de Holmes.
- b) Siempre beneficencia donde se busco incesantemente los potenciales beneficios para las participantes de este estudio que consiste en la identificación de factores de su vida los cuales puedan afectar el vínculo y afecto hacia su bebe, y que conjuntamente puedan ser desencadenantes de complicaciones durante su embarazo; y que como médicos de primer contacto durante la consulta prenatal podamos influir de forma oportuna y positivamente en su gestación; lo que, en consecuencia, sería benéfico para mejorar su calidad de vida, para el adecuado desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos en un futuro y de ellas mismas como madres.
- c) Justicia tanto de los riesgos y beneficios de este estudio repartiéndose de manera equitativa a los participantes a través de una elección de muestra aleatoria simple, debe de evitarse bajo cualquier circunstancia todo estudio de procedimientos de riesgo en población vulnerable.

17.4 Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012⁵⁰

- a) **Apartado 6.** Este estudio para poder ser aplicado y realizado fue presentado y autorizado, así como cuenta con un dictamen favorable de los Comités de investigación y Ética del Instituto mexicano del Seguro Social, así como una carta de consentimiento informado.
- b) **Apartado 7.** Durante la aplicación de esta investigación y hasta su término se dio seguimiento e informes técnicos descriptivos, de seguimiento como un informe técnico-descriptivo de carácter parcial relacionado a los avances de la investigación y al término de éste uno de carácter final que contenga los resultados obtenidos.
- c) **Apartado 8:** la aplicación de los cuestionarios se realizó en la unidad de medicina familiar 92 del Instituto Mexicano de Seguro Social la cual cuenta con la infraestructura y la capacidad resolutive suficiente, que permitió proporcionar

atención médica adecuada, a través de terceros, que se relacione con cualquier efecto adverso o de maniobra física o experimental que resultara del protocolo de investigación. Aclarando que no se otorgó atención médica a una persona a cambio de otorgar el consentimiento para participar en la investigación. El investigador principal de este estudio comunicará al comité de Ética en la investigación de todo efecto adverso probable o directamente relacionado con la investigación, así mismo, deberá de informar al mismo Comité de Ética de manera periódica sobre la ausencia de efectos adversos del proyecto.

- d) **Apartado 10:** En el protocolo el investigador principal planeó y elaboró el proyecto o protocolo de investigación dirigido y apegado a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto de investigación (embarazadas).
- e) **Apartado 11:** de la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación (embarazada) de este protocolo titulado estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal; respecto al desarrollo de la maniobra experimental es responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, el sujeto de investigación, su familiares, tutor o representante legal tuvo el derecho de retirar en cualquier tiempo, su consentimiento para dejar de participar en la investigación en el momento que así se solicitar, asegurando en todo momento por parte del investigador principal la continuidad del cuidado y tratamiento sin costo alguno hasta tener certeza de que no hubo daños que resultaran de la investigación.
- f) **Apartado 12:** la información implicada en el protocolo, en donde el investigador principal y los comités en materia de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social se encargaron de proteger en todo momento la identidad y los datos personales de los sujetos de esta investigación ya fuera durante el desarrollo de la investigación, como en las fases de publicación o divulgación de los resultados apegado a la legislación específica en materia.

17.5 Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2010⁵¹

- a) **Artículo 7:** en el estudio los datos personales fueron recabados y tratados de manera lícita aplicados por esta ley, no aplicado a través de medios engañosos o fraudulentos, recalando en todo momento de manera privada, siendo la confianza depositada de una persona en otra.

- b) **Artículo 8:** El consentimiento al recabar los datos personales fue expreso cuando la voluntad lo manifieste de manera verbal al aceptar participar posterior, por escrito a través del consentimiento informado, o por signos inequívocos.
- c) **Artículo 9:** en el estudio que al tratarse del estado de salud fue requisito indispensable contar con un consentimiento informado expreso por escrito que será aceptado a través de su firma autógrafa, o sello de su huella, será importante resaltar que no se realizó base de datos que contuviera datos personales sensibles, sin que este justifique la creación de esta para finalidades legítimas, concretas y acordes con el estudio.
- d) **Artículo 11:** el investigador principal del estudio procuro que los datos personales contenidos en esta investigación a través de la base de datos, sean pertinentes, correctos y actualizados por los fines para los cuales fueron creados. Una vez que los datos personales dejen de ser necesarios para la aplicación de este estudio deberán ser eliminados por el investigador principal relativa al incumplimiento de obligaciones contractuales, una vez transcurrido un plazo de 72 meses contando a partir de la fecha calendario en que se presenta el mencionado incumplimiento.
- e) **Artículo 12:** el uso de los datos personales que surjan del estudio fueron limitados para el uso del mismo y de ser requerido en futuros estudios se solicitará obtener nuevamente el consentimiento del titular.
- f) **Artículo 13:** se utilizaron los datos personales del estudio, en un periodo establecido desde su aplicación, hasta la obtención de resultados en un periodo de 10 meses mínimo indispensable.

Artículo 14 El investigador principal del estudio, vela por el cumplimiento de principios de protección de datos personales que se establecen en esta ley, implementando las medidas necesarias como son confidencialidad, privacidad a través de paquetes de datos que contengan principios de calidad de datos, principios de salvaguardar la seguridad, así como de responsabilidad, para su aplicación, tomando en cuenta las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el consentimiento informado dado a conocer a la paciente embarazada fuera respetado en todo momento.

**17.6 Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud:
Título segundo de los aspectos Éticos de la investigación de los seres humanos⁵²**

Título segundo. De los aspectos Aplicando los siguientes artículos:

- a) **Artículo 13** En todo momento durante la realización del estudio prevaleció el criterio de respeto a su dignidad, así como la protección de sus derechos y bienestar.
- b) **Artículo 14:** El estudio que se realizó en seres humanos con base en:
 - I. Apegado a principios científicos y éticos que lo justifiquen.
 - II. Debe de prevalecer los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.
 - III. Conto con el consentimiento informado y por escrito del adulto mayor de esta investigación o su representante legal.
 - IV. Fue realizado por profesionales de la salud referido en el artículo 114 de este reglamento, en el estudio se contó con la experiencia por parte del investigador en pacientes embarazadas así como especialista en Medicina Familiar con experiencia en asesoramiento de protocolos de investigación, el cual conto con conocimiento y experiencia para poder cuidar la integridad del ser humano, así como bajo la responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social y de las autoridades sanitarias competentes conto con los recursos materiales, humanos necesarios, con el fin de garantizar el bienestar de las pacientes gestantes.
 - V. Conto con la aprobación de la comisión de investigación, ética y de bioseguridad en caso de ser necesario.
- c) **Artículo 15** este estudio no fue de carácter experimental no obstante siempre se evitó cualquier riesgo y daño a las embarazadas.
- d) **Artículo 16** en el estudio se protegió en todo momento la privacidad de la paciente embarazada, identificándose solo cuando los resultados lo requieran y siempre bajo su autorización.
- e) **Artículo 17**, Sección II. Este estudio no represento riesgo para la salud, al tratarse de un estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo a través de cuestionarios estandarizados. **Por lo que se clasifico como: Categoría I: Investigación con Riesgo Mínimo:** «son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta». De igual manera, el Capítulo IV, Artículo 45 cita: «las investigaciones en mujeres embarazadas, cuyo objetivo sea obtener

conocimientos generalizables sobre el embarazo, no deberán representar un riesgo mayor al mínimo para la mujer, el embrión o el feto». Se suspendió el estudio cuando la paciente embarazada así lo manifieste.

- f) **Artículo 19** fue responsabilidad de la institución proporcionar atención médica a la paciente embarazada que sufra algún daño relacionado directamente con la investigación en la unidad de medicina familiar 92.
- g) **Artículo 21**, la embarazada o en su caso su representante legal dejará recibir una explicación clara y completa sobre los beneficios y la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento de la investigación.
- h) **Artículo 20** en el estudio en donde se aplicó el consentimiento informado que se refiere a un acuerdo por escrito el cual el sujeto de aplicación (embarazada), o en su caso, su representante legal recibió una explicación clara con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos en que se sometió con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.
- i) **Artículo 21** en el estudio se explicó al sujeto de investigación (embarazada) o en su defecto al representante legal clara y completa de la manera en la que se aplicará esta investigación, de tal forma que comprendiera por lo menos, que este estudio permitirá conocer factores de su vida los cuales puedan afectar el vínculo y afecto hacia su bebe, y que conjuntamente puedan ser desencadenantes de complicaciones durante su embarazo; y que como médicos de primer contacto durante la consulta prenatal podamos influir de forma oportuna y positivamente en su gestación; lo que, en consecuencia, sería benéfico para mejorar su calidad de vida, para el adecuado desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos en un futuro y de ellas mismas como madres; en todo momento se aclararon dudas y recibieron respuestas acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios a otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto, teniendo la libertad de retirar en todo momento su consentimiento de participar en el estudio y dejar de participar en el estudio sin que esto creara prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, así como que no se identificó al sujeto de estudio y se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, haciendo un compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando: la disponibilidad del tratamiento médico y la indemnización a la que

legalmente tendría derecho por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, en caso de daños que lo ameriten, directamente relacionados con la investigación, y si existen gastos adicionales serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

- j) **Artículo 22** Para esta investigación, se contó con un consentimiento informado formulado por escrito elaborado por el investigador principal que cuenta con la información revisada en el artículo anterior, revisado y aprobado por el comité de ética del Instituto Mexicano del Seguro Social, se indican nombres y direcciones de dos testigos y su relación con el sujeto de investigación. Para la aplicación del instrumento de investigación, se contó con la firma de dos testigos y por el sujeto de investigación (embarazada) o de ser preciso por el representante legal. En caso de que la paciente embarazada no sepa firmar, imprimió su huella digital y a su nombre firmo otra persona que él designe, y se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del participante y otro en el representante legal.
- k) **Artículo 24:** De existir algún tipo de relación investigador-sujeto de investigación (embarazada) que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste fue obtenido por otro miembro del equipo de investigación que sea completamente independiente de la relación investigación-sujeto de investigación.

18. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

18.1 Recursos humanos

Investigador: Dra. Laura Grecia Flores Nava, Médico Residente de 2ª de la Especialidad de Medicina Familiar, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar N°92, Ciudad Azteca.

Asesor Temático y Metodológico: Dra. Olivia Reyes Jiménez, Especialista en Medicina Familiar, Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF. 92, Ciudad Azteca, y Dr. Luis Enrique Vazconcelos Arzola, Especialista en Medicina Familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar 92, Ciudad Azteca.

18.2 Recursos Materiales

Instalaciones: Aula de enseñanza, área de biblioteca y área de computadoras dentro de la Unidad de Medicina Familiar 92 del IMSS.

Consumibles: Hojas blancas y hojas recicladas, computadora de escritorio, impresora, plumas, fólder, Material bibliográfico recopilado, Hojas de recolección de datos, cuestionarios EVAP, cuestionarios del instrumento de eventos críticos de Holmes, y paquete para análisis estadístico y base de datos

18.3 Recursos financieros

Se utilizó la beca del Investigador proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

18.4 Factibilidad

La Unidad cuenta con las instalaciones donde se pudo llevar a cabo el llenado de los cuestionarios. Se contó con la experiencia y la capacidad técnica para la ejecución y análisis de estudios observacionales en esta población vulnerable. Los consumibles fueron financiados por el investigador.

19. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE GANT

“Estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92” Dra. Flores Nava Laura Grecia

P=PROGRAMADO

R=REALIZADO

Actividad	2021												2022		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Búsqueda sistemática	P	P	P	P											
	R	R	R	R											
Redacción del protocolo		P	P	P											
		R	R	R											
Revisión del protocolo			P	P	P										
			R	R	R										
Aprobación por parte del Comité Local de Investigación					P	P	P	P							
								R							
Aprobación por parte del Comité Local de Ética en Investigación						P									
						R									
Registro del Protocolo							P	P							
								R							
Recolección de datos									P	P	P				
									R	R	R				
Análisis estadístico										P	P				
										R	R				
Presentación de resultados											P	P			
											R	R			

20. BIOSEGURIDAD

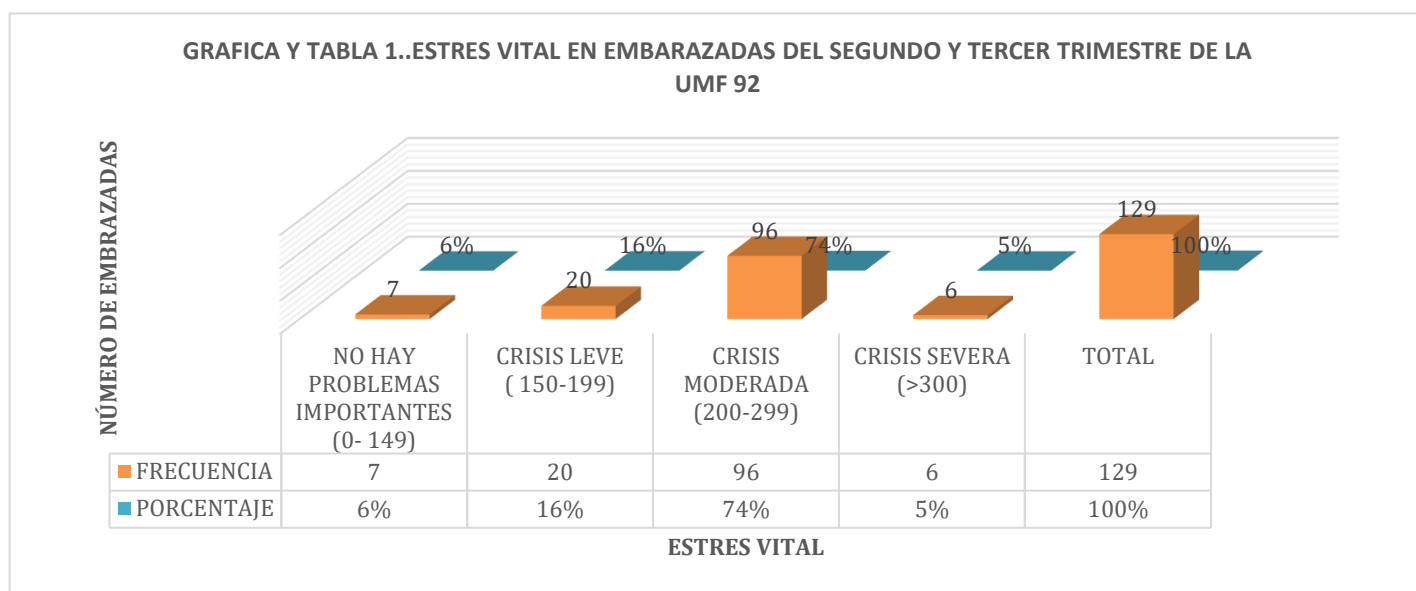
Debido a la actual pandemia por SARS COV-2 (COVID 19); se llevaron a cabo en todo momento medidas de seguridad como: fomentar el uso de cubrebocas, en su caso otorgar cubrebocas a las pacientes que no contaran con él, así como medidas de higiene como el lavado de manos, el uso de alcohol gel, estornudo de etiqueta, la desinfección de superficies de contacto frecuente como las tablas que se otorgaron para contestar cuestionarios, evitando el saludo de mano y manteniendo sana distancia.

21. RESULTADOS

Se realizó estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo. Se efectuó el cálculo de la muestra por medio de la fórmula para poblaciones finitas, el tamaño de muestra fue de n=129 mujeres embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92 como sujetos de investigación.

ESTRÉS VITAL

Mediante la escala de eventos críticos de Thomas Holmes, en la gráfica y tabla No. 1 se muestra la frecuencia y el porcentaje de mujeres embarazadas con distintos grados de severidad de estrés vital, se puede observar que, de acuerdo con el puntaje total, el mayor porcentaje de las mujeres embarazadas encuestadas con un 74% (n=94) se encontró en crisis moderada, el 16% (n=20) presento crisis leve, el 6% (n=7) no hay problemas importantes y 5% (n=6) presento crisis severa de estrés vital.

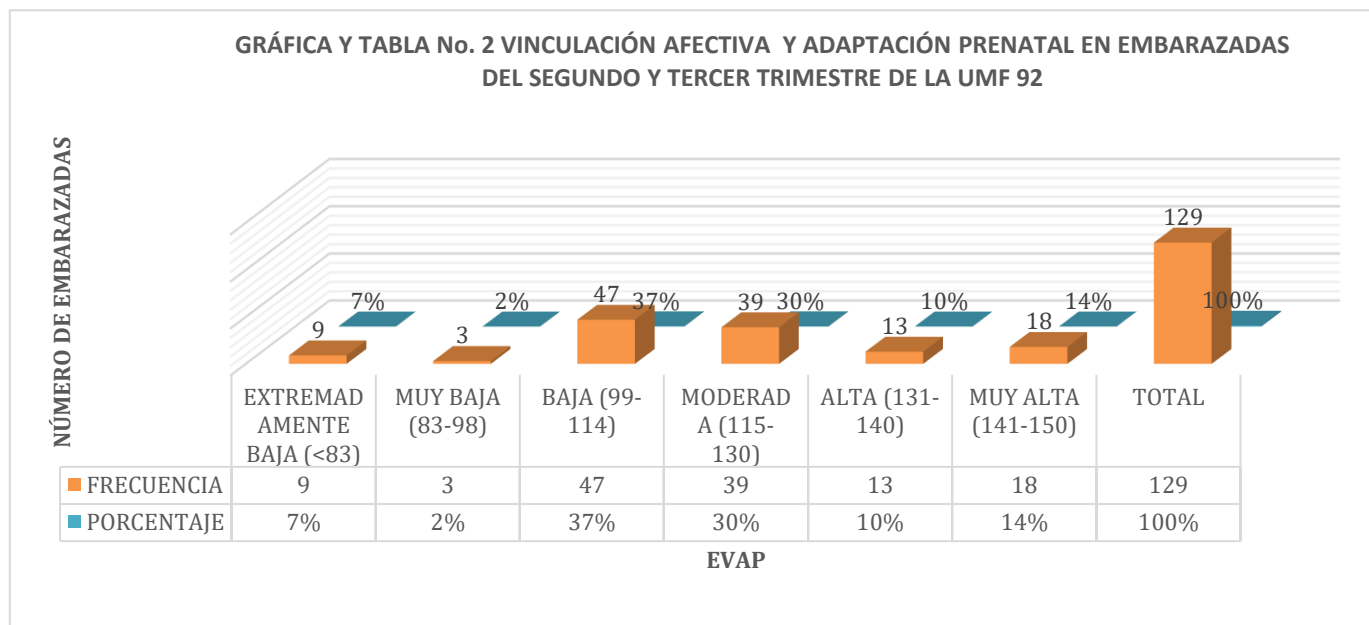


Fuente: Tomado de la Escala de eventos críticos de tomas Holmes de embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92, 2021.

VINCULACIÓN AFECTIVA Y ADAPTACIÓN PRENATAL

Se reportó mediante la escala de vinculación afectiva y adaptación prenatal (EVAP), en la gráfica y tabla No. 2 se muestra la frecuencia y el porcentaje de mujeres embarazadas con distintos grados de vinculación afectiva y adaptación prenatal, se puede observar que, de acuerdo con el puntaje total, el mayor porcentaje de vinculación afectiva y adaptación

prenatal fue baja con un 36% (n=37) de las mujeres embarazadas encuestadas, el 30% (n=39) fue moderada, el 14% (n=18) fue muy alta, el 10% (n=13) fue alta, el 7% (n=9) fue extremadamente baja y la que representa en menor porcentaje con un 2% (n=3) presento



muy baja vinculación afectiva y adaptación prenatal.

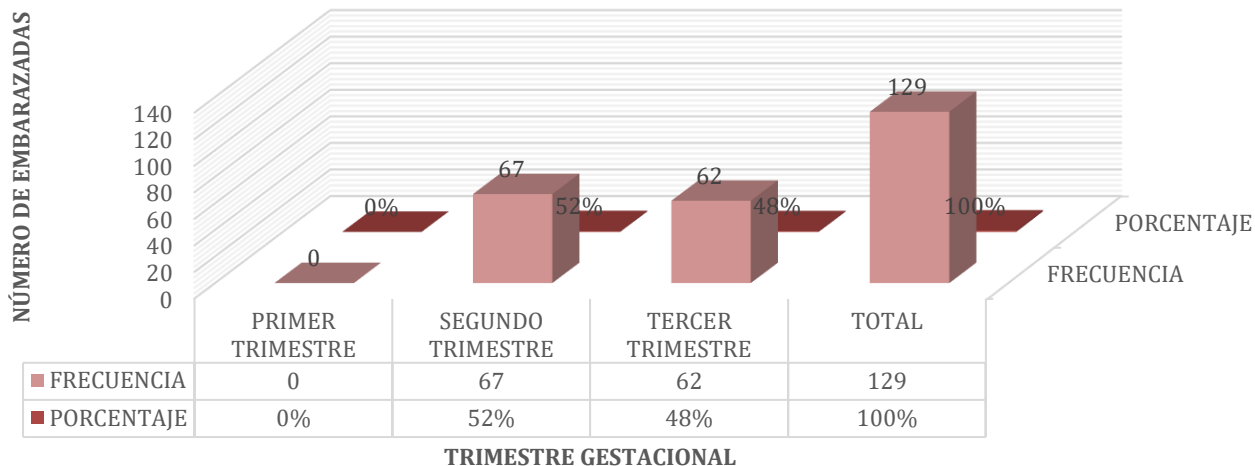
Fuente: Tomado de la Escala de vinculación afectiva y adaptación prenatal (EVAP) en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92, 2021

CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICAS

TRIMESTRE GESTACIONAL

Como se puede observar en la gráfica y tabla No. 3 la frecuencia y el porcentaje de mujeres embarazadas encuestadas de acuerdo con el puntaje total, el mayor porcentaje con el 52% (n=67) se encontraban en el segundo trimestre gestacional, y en menor porcentaje con el 48% (n=62) se encontraban en el tercer trimestre de gestación.

GRÁFICA Y TABLA No. 3 TRIMESTRE GESTACIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE LA UMF 92

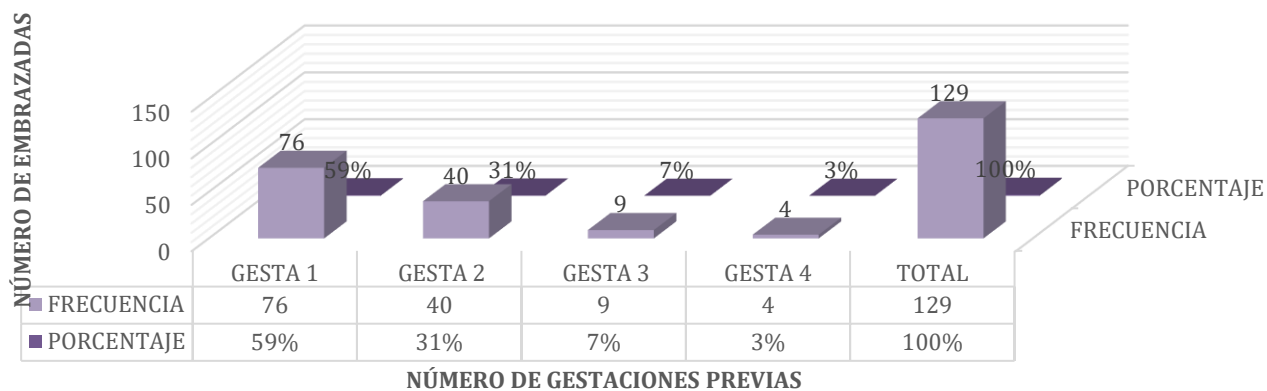


Fuente: Tomado de encuestas de "Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92", 2021

GESTACIONES PREVIAS

En cuanto al número de embarazos previos, se muestra en la gráfica y tabla No. 4 la frecuencia y el porcentaje de mujeres embarazadas encuestadas de acuerdo con el puntaje total, el mayor porcentaje con el 59% (n=76) eran primigestas, el 31% (n=40) se encontraban en su segunda gestación, el 7% (n=9) se encontraba en su tercera gestación y el menor porcentaje con el 3% (n=4) se encontraba en su cuarta gestación. No se reportaron más de 4 embarazos en las mujeres encuestadas.

GRÁFICA Y TABLA No. 4. GESTACIONES PREVIAS EN MUJERES EMBARAZADAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE LA UMF 92

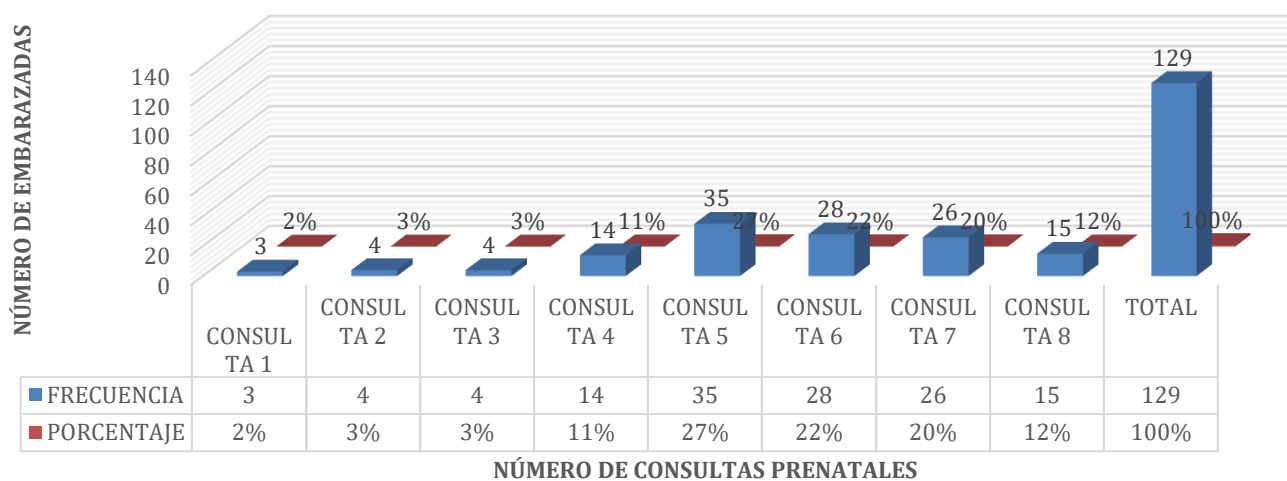


Fuente: Tomado de encuestas de "Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92", 2021

CONSULTAS PRENATALES

Respecto al número de consultas prenatales, se muestra en la gráfica y tabla No. 5 la frecuencia y el porcentaje. De acuerdo con el puntaje total, el mayor porcentaje con el 27% (n=35) se encontraban en su quinta consulta prenatal, el 22% (n=28) en su sexta consulta, el 20% (n=26) en su séptima consulta, el 12% (n=15) en su octava consulta, el 11% (n=14) en su cuarta consulta, el 3% (n=4) en su tercera consulta, el 3% (n=4) en su segunda consulta y con solo el 2% (n=3) se encontraba en su primera consulta de control prenatal.

GRÁFICA Y TABLA No. 5 CONSULTAS PRENATALES EN EMBARAZADAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE LA UMF 92

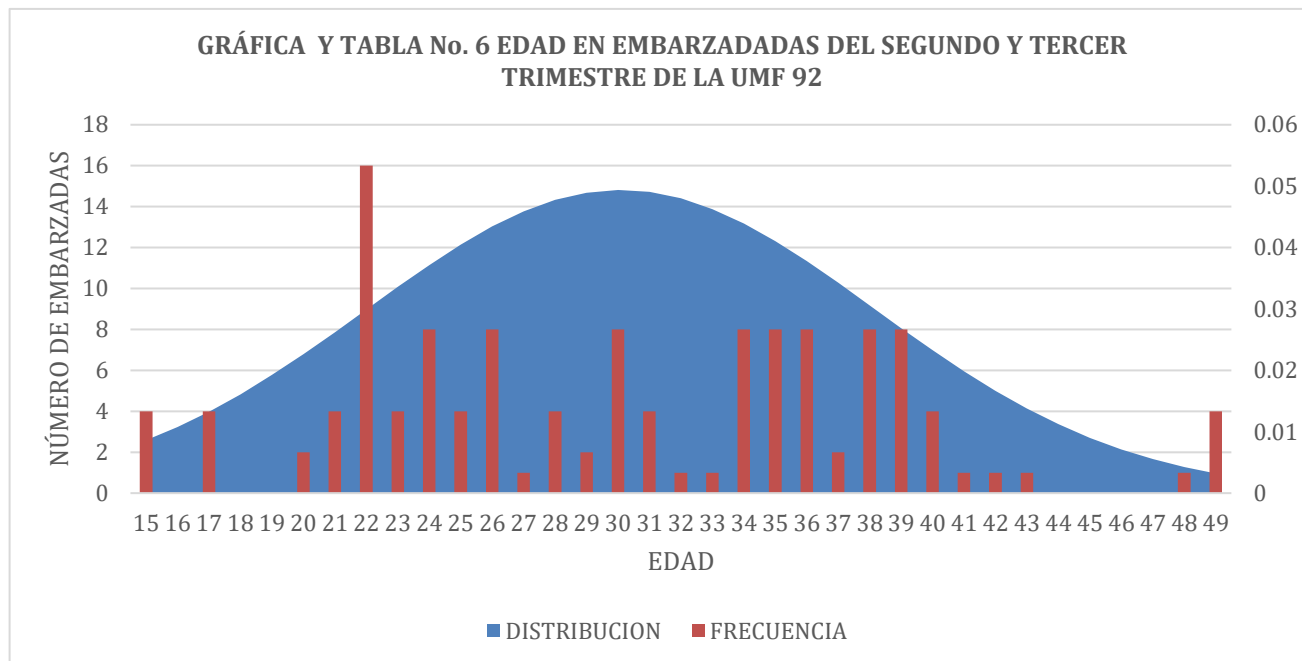


Fuente: Tomado de encuestas de "Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92", 2021

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD

En cuanto a la edad de las mujeres embarazadas encuestadas, se reportó en gráfica y tabla No.6 Las medidas de tendencia central con una moda o edad promedio de 30.093 años, una media de edad de 30 años, moda de 22 años de edad y desviación estándar de 8.0791.



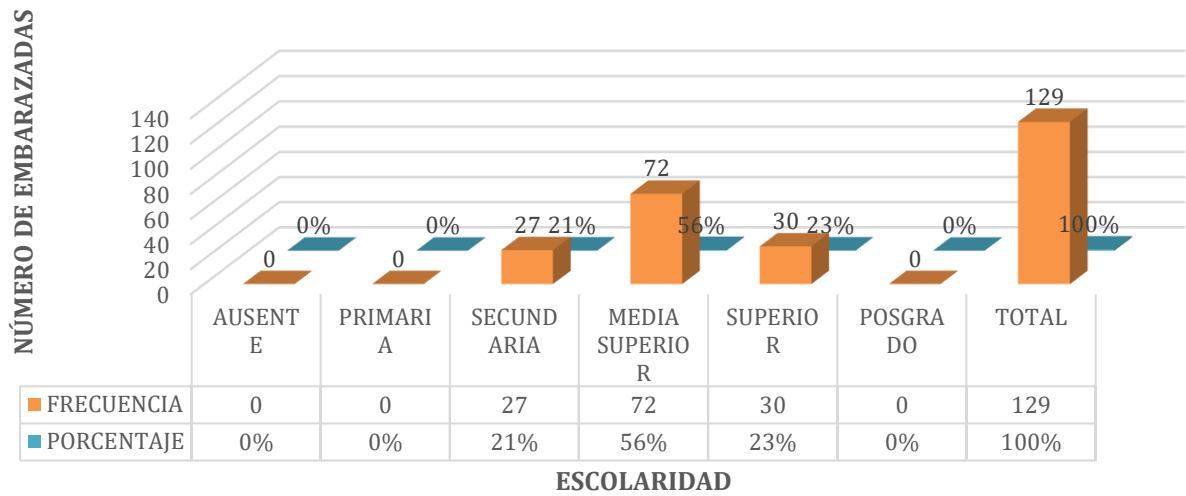
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	VALOR
MEDIA	30.09302326
MEDIANA	30
MODA	22
DESVIACION ESTANDAR	8.079141605

Fuente: Tomado de encuestas de "Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92", 2021

ESCOLARIDAD

En relación con la escolaridad, en la gráfica y tabla No. 7 se reportó que el mayor porcentaje de embarazadas encuestadas con el 56% (n=72) corresponde a educación medio superior, el 23% (n=30) para educación superior, el 21% (n=27) para educación secundaria, y en menor porcentaje con el 0% (n=0) educación ausente, el 0% (n=0) para educación primaria y 0% (n=0) con postgrado.

GRÁFICA Y TABLA No. 7 ESCOLARIDAD EN EMBARAZADAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE LA UMF 92

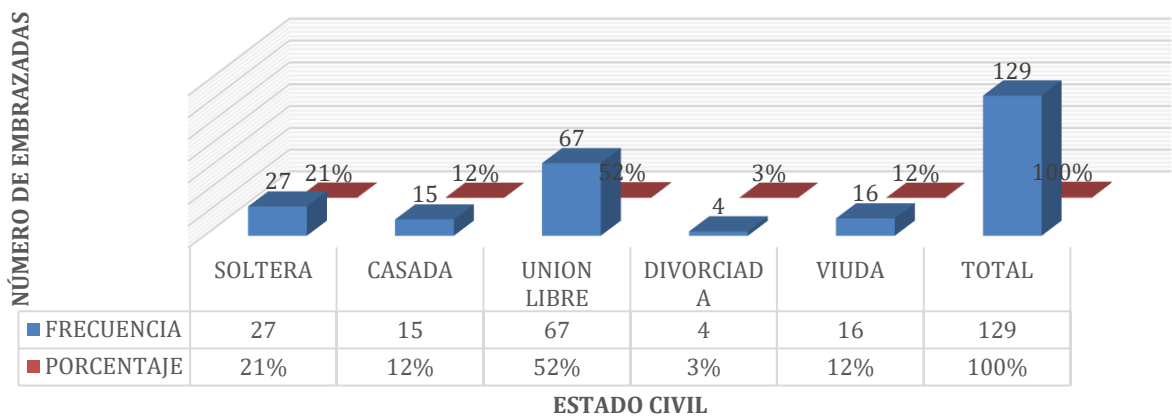


Fuente: Tomado de encuestas de "Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92", 2021

ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil, en la gráfica y tabla No. 8 se reportó que el 52% (n=67) estaban en unión libre, el 21% (n=27) solteras, el 12% (n=16) viudas, el 12% (n=15) casadas, y el 3% (n=4) divorciadas.

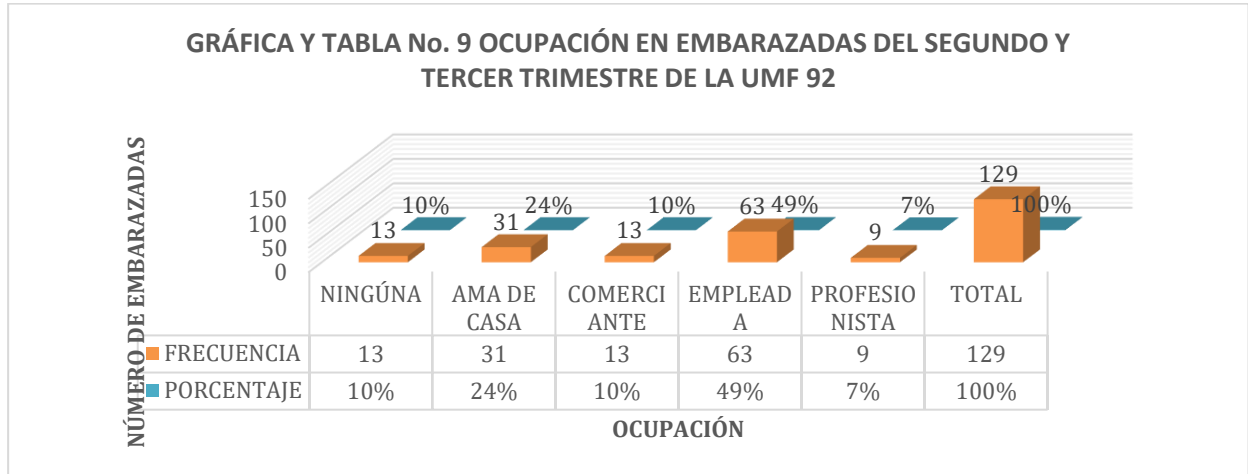
GRÁFICA Y TABLA No. 8 ESTADO CIVIL EN EMBARAZADAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE LA UMF 92



Fuente: Tomado de encuestas de "Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92", 2021

OCUPACIÓN

Referente a la ocupación, en la gráfica y tabla No. 9 se encontró que el 49% (n=63) eran empleadas, el 24% (n=31) amas de casa, 10% (n=13) comerciantes, el 10% (n=13) ninguna ocupación y solo el 7% (n=9) profesionistas.

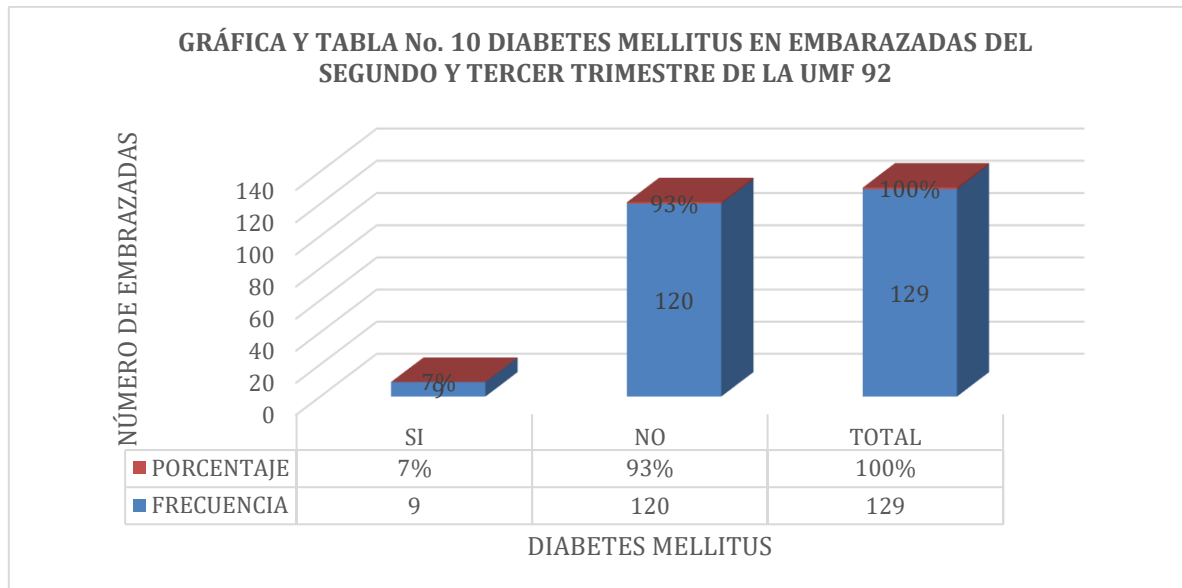


Fuente: Tomado de encuestas de "Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92", 2021.

COMORBILIDADES

DIABETES MELLITUS

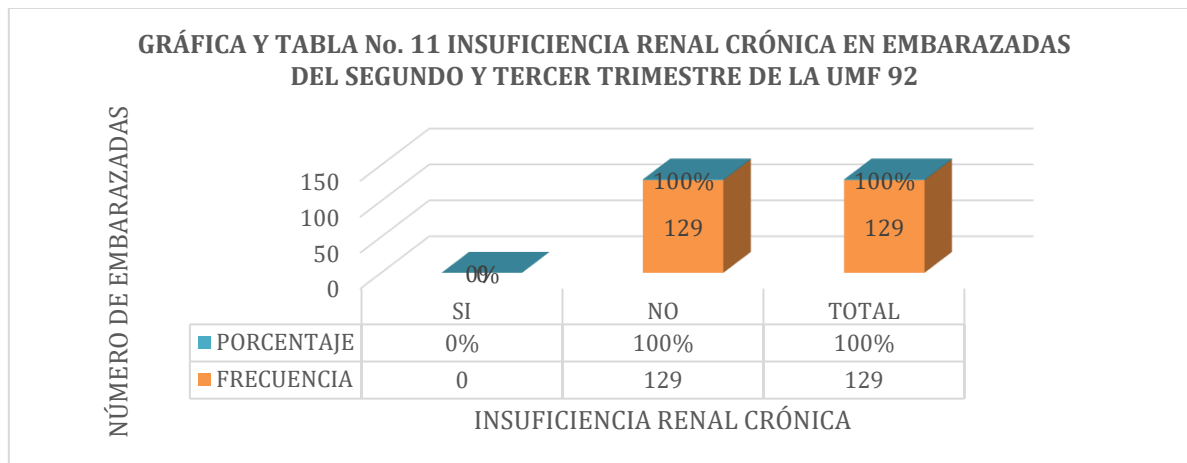
En la gráfica y tabla No. 10 se observó que de las pacientes embarazadas encuestadas el 93% (n=120) no padecía diabetes mellitus y solo el 7% (n=9) si padecía dicha comorbilidad.



Fuente: Tomado de encuestas de "Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92", 2021.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

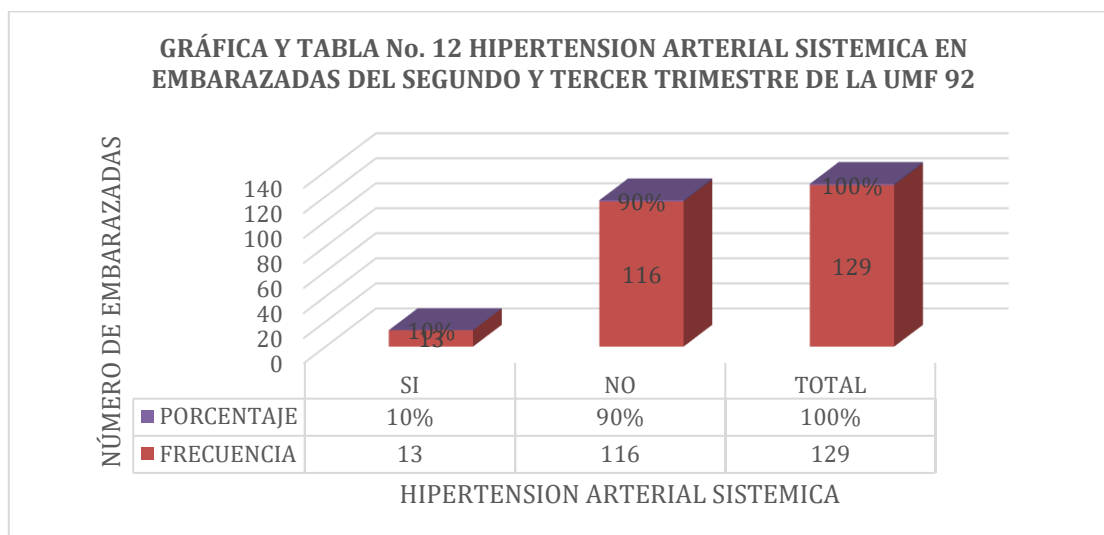
En la gráfica y tabla No. 11 se reportó que de las pacientes embarazadas encuestadas el 100% (n=129) no padecía insuficiencia renal crónica y el 0% (n=0) si padecía dicha comorbilidad.



Fuente: Tomado de encuestas de "Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92", 2021.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA

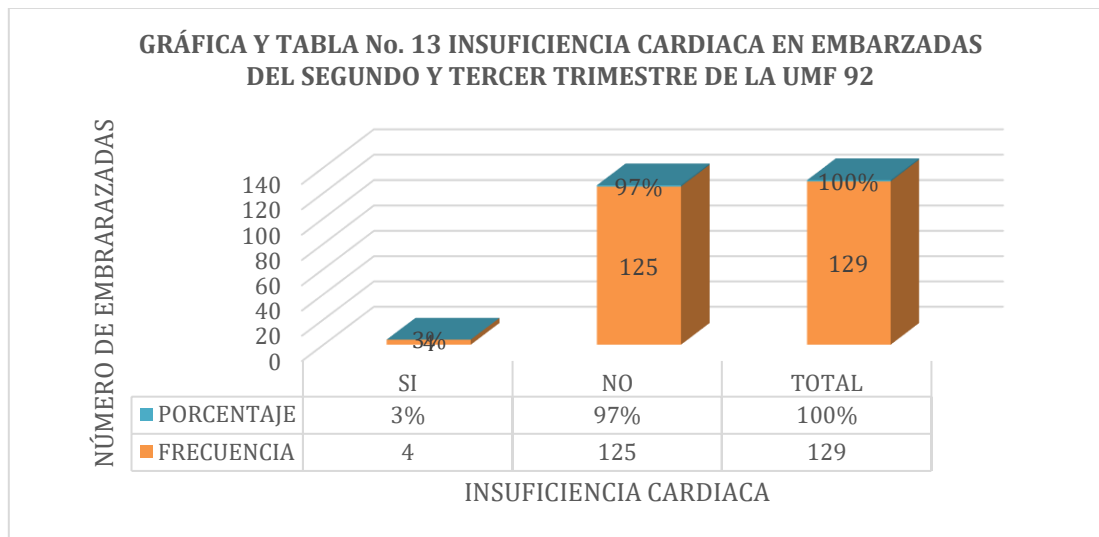
En la gráfica y tabla No. 12 se presentó que de las pacientes embarazadas encuestadas el 90% (n=116) no padecía hipertensión arterial sistémica y el 10% (n=13) si padecía dicha comorbilidad.



Fuente: Tomado de encuestas de "Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92", 2021.

INSUFICIENCIA CARDIACA

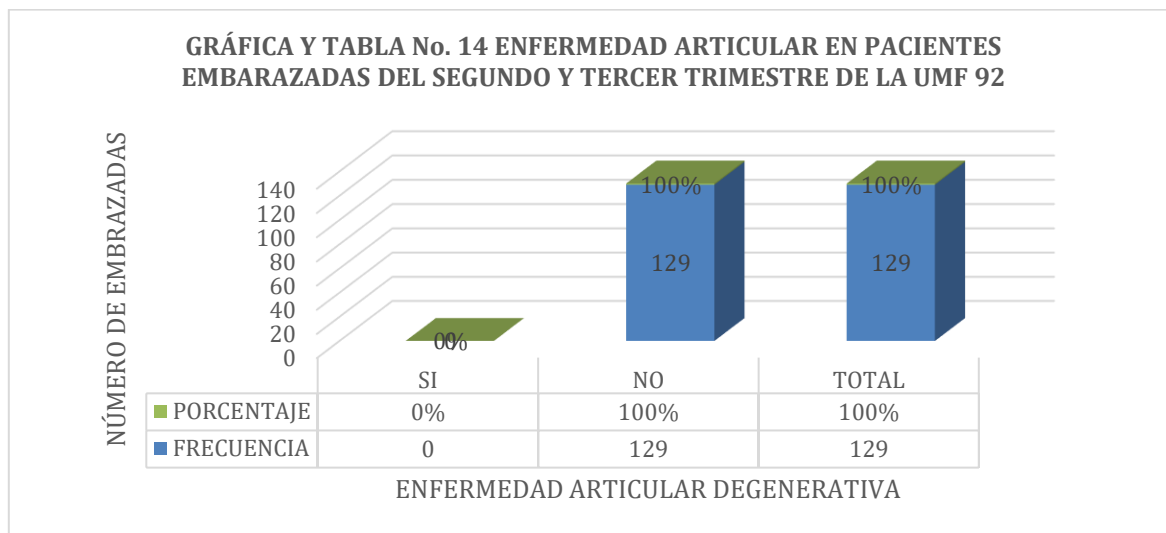
En la gráfica y tabla No. 13 se reportó que de las pacientes embarazadas encuestadas el 100% (n=129) no padecía insuficiencia cardiaca y el 0% (n=0) si padecía dicha comorbilidad.



Fuente: Tomado de encuestas de “Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92”, 2021.

ENFERMEDAD ARTICULAR

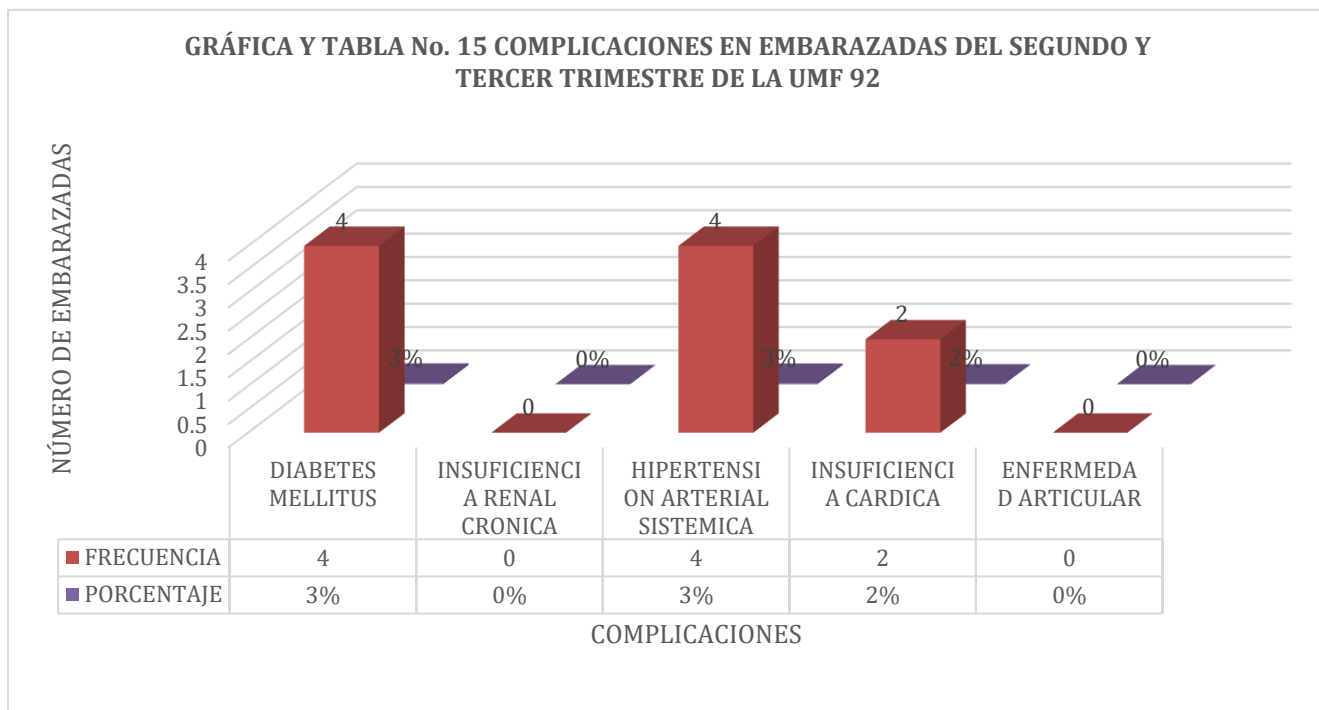
En la gráfica y tabla No. 14 se representó que de las pacientes embarazadas encuestadas el 100% (n=129) no padecía enfermedad articular y el 0% (n=0) si padecía dicha comorbilidad.



Fuente: Tomado de encuestas de “Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92”, 2021

COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACION

En la gráfica y tabla No. 15 se reportó que de las pacientes embarazadas cursaron como complicaciones durante la gestación con el 3% (n=4) se complicó con Diabetes mellitus, el 3% (n= 4) con Hipertensión arterial sistémica, el 2% (n=2) con Insuficiencia cardiaca y el 0% (n=0) con insuficiencia renal crónica y enfermedad articular.



Fuente: Tomado de encuestas de "Estrés vital. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92", 2021.

22. DISCUSIÓN

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo. Se efectuó el cálculo de la muestra por medio de la fórmula para poblaciones finitas basado en el número de mujeres embarazadas en el estudio de Alvarado y Medina 2002 titulado “EL efecto de variables psicosociales durante el embarazo en el peso y la edad del recién nacido” en quienes se evaluó estrés vital con la escala de eventos vitales como potenciales factores de riesgo para el recién nacido. El tamaño de muestra fue de $n=129$ mujeres embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92 como sujetos de investigación, con un intervalo de confianza de 95%, con un margen de error del 5%, mediante muestreo aleatorizado simple, quienes cumplieron con los criterios de inclusión, así como previa autorización y firma de consentimientos informados correspondientes.

El proceso grávido-puerperal corresponde a un cambio vital y trascendente para la vida de la mujer, de su grupo familiar, su entorno social y su procedencia sociocultural; y es, en estas áreas sociales, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual. Sucesos relevantes durante el transcurso del embarazo pueden relacionarse con este, como podría ser una mala relación de pareja y/o nulo apoyo del cónyuge, más que por un riesgo biológico verdadero.²⁹

Mediante los resultados de la investigación, se determinó que el mayor porcentaje de estrés vital en mujeres embarazadas con un 74% ($n=94$) tuvo crisis moderada, mientras que el mayor porcentaje de vinculación afectiva y adaptación prenatal fue baja con un 36% ($n=47$), lo cual responde a la hipótesis planteada en donde el estrés vital será igual o mayor al 50% a muy baja vinculación afectiva y adaptación prenatal en las embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92. Lo que se traduce que a mayor estrés vital, menor vinculación afectiva y adaptación prenatal.

Se interpretó el estrés vital obteniendo que, de acuerdo con el puntaje total, el mayor porcentaje de las mujeres embarazadas con un 74% ($n=94$) se encontró en crisis moderada, el 16% ($n=20$) presentó crisis leve, el 6% ($n=7$) no tuvo problemas importantes y 5% ($n=6$) presentó crisis severa de estrés vital.

De acuerdo con Gómez y Aldana en su estudio Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo en 2007; en una muestra de 107 pacientes embarazadas se

destaca que la influencia de factores psicosociales como el desempleo, problemas económicos, complicaciones del embarazo, eventos de vida negativos, conflictos de pareja, estrés y falta de apoyo social coinciden que vuelven a la mujer más vulnerable y desarrolle dificultad para adaptarse a los cambios del mismo embarazo y condicione deterioro de la vinculación afectiva materno-infantil.³⁰

De las mujeres encuestadas con la escala de eventos críticos de Thomas Holmes los ítems de mayor puntaje son la muerte del conyugue y el divorcio por lo que con la actual pandemia covid-19 se esperaba que los puntajes fueran mayores ya que hubo gran número de fallecimientos de hombres en su mayoría lo cual fue observado en n=16 pacientes embarazadas que se encontraban viudas y n=4 en divorcio en esta escala por lo que presentaron mayor estrés vital en las encuestas. Como limitante del estudio se observa que es importante describir con mayor detalle cada uno de los ítems de la escala de eventos críticos de Holmes en futuros estudios para relacionarlo con efecto que cada uno de estos podrían tener en la vinculación afectiva y adaptación prenatal.

Se examinó la vinculación afectiva y adaptación prenatal en donde se pudo observar que, de acuerdo con el puntaje total, el mayor porcentaje de vinculación afectiva y adaptación prenatal fue baja con un 36% (n=37) de las mujeres embarazadas encuestadas, el 30% (n=39) fue moderada, el 14% (n=18) fue muy alta, el 10% (n=13) fue alta, el 7% (n=9) fue extremadamente baja y la que representa en menor porcentaje con un 2% (n=3) presento muy baja vinculación afectiva y adaptación prenatal.

Carrillo, García, Soto, et al. en su artículo Cambios fisiológicos durante el embarazo normal en el 2021, México; mencionan que el embarazo representa una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos para la mujer, estos cambios están enfocados en ajustarse y adaptarse a las exigencias del desarrollo de un nuevo ser humano en el interior del cuerpo de la madre, los cuales ocurren de manera gradual y están influenciados por múltiples factores. Los cambios que se experimentan van desde metabólicos, bioquímicos, hasta anatómicos macroscópicos, e incluso cambios conductuales y emocionales; estos suponen una exigencia aumentada del estrés para la fisiología normal del cuerpo de la mujer, y si se combinan con una condición predisponente, esto puede traducirse en distintos estados patológicos durante el embarazo.¹

De acuerdo con Daglar y Nur en su estudio llamado Nivel de vinculación madre-bebe y factores de influencia durante el embarazo, en Turquía, 2018 sobre 244 mujeres se registró una correlación negativa entre el nivel de ansiedad con el grado de vinculación afectiva en

el periodo postparto, lo que traduce que a menor ansiedad aumentaba el nivel de vinculación afectiva y adaptación prenatal.¹⁶

En nuestro estudio en las pacientes gestantes se puede afirmar lo dicho por Daglar y Nur, es decir, se presentó a mayor estrés vital, menor vinculación afectiva y adaptación prenatal, sin embargo en México no se cuenta con investigaciones acerca de la vinculación afectiva y adaptación prenatal lo que puede limitar los resultados de esta investigación al no contar con comparaciones dentro de nuestra población, por lo que se necesita más estudios sobre este tema en nuestro país.

Se describieron las características ginecobstetricias: en cuanto al trimestre gestacional el mayor porcentaje de mujeres embarazadas encuestadas con un 52% (n=67) se encontraban en el segundo trimestre gestacional, y en menor porcentaje con el 48% (n=62) se encontraban en el tercer trimestre de gestación.

De acuerdo a Lafuente 2008, España en su estudio "la escala EVAP. Un estudio piloto" se reportó que a mayor edad gestacional va aumentando la vinculación y apego materno esto debido a los movimientos fetales que empiezan a notarse a partir de los 4 meses de gestación y a preparativos y elecciones que son más frecuentes en el tercer trimestre por lo que parte de los criterios de inclusión fue que se encontraran dentro del segundo y tercer trimestre de gestación. en este caso siendo más frecuente el segundo trimestre de nuestras embarazadas encuestadas. En cuanto al número de embarazos previos, el mayor porcentaje con el 59% (n=76) fueron primigestas, el 31% (n=40) se encontraban en su segunda gestación, el 7% (n=9) se encontraba en su tercera gestación y el menor porcentaje con el 3% (n=4) se encontraba en su cuarta gestación. No se reportaron más de 4 embarazos en las mujeres encuestadas. Respecto al número de consultas prenatales, el mayor porcentaje con el 27% (n=35) se encontraban en su quinta consulta prenatal, el 22% (n=28) en su sexta consulta, el 20% (n=26) en su séptima consulta, el 12% (n=15) en su octava consulta, el 11% (n=14) en su cuarta consulta, el 3% (n=4) en su tercera consulta, el 3% (n=4) en su segunda consulta y con solo el 2% (n=3) se encontraba en su primera consulta de control prenatal. No se reportaron más de 8 consultas prenatales al momento de la entrevista. El INEGI en su comunicado de prensa del 31 de agosto 2020 menciona que en el 2019 en México registraron 23,868 defunciones fetales. El 83% de mujeres si recibieron atención prenatal, de ellas el 64.2% recibieron entre 1 y 5 consultas, el 29.5% entre 6 y 10 consultas, el 2.7% entre 11 y 15 consultas y el 2.8% no especifico a cuantas consultas acudió. En esta investigación se demuestra lo dicho por la INEGI que el mayor

porcentaje de mujeres en este estudio se encontraba en su quinta consulta prenatal con el 27% (n=35).

Se revisaron las características sociodemográficas: En cuanto a la edad de las mujeres embarazadas encuestadas, se reportaron las medidas de tendencia central con una moda o edad promedio de 30.093 años, una media de edad de 30 años, moda de 22 años de edad y desviación estándar de 8.0791. En relación con la escolaridad, el mayor porcentaje con el 56% (n=72) corresponde a educación medio superior, el 23% (n=30) para educación superior, el 21% (n=27) para educación secundaria, y en menor porcentaje con el 0% (n=0) educación ausente, el 0% (n=0) para educación primaria y 0% (n=0) con postgrado.

Respecto al estado civil, el 52% (n=67) estaban en unión libre, el 21% (n=27) solteras, el 12% (n=16) viudas, el 12% (n=15) casadas, y el 3% (n=4) divorciadas. Se reportó muerte del conyugue en n=16 pacientes lo que como se mencionó anteriormente se esperaba que fuera más frecuente debido a la actual pandemia covid-19. Referente a la ocupación, se encontró que la mayoría con el 49% (n=63) eran empleadas, el 24% (n=31) amas de casa, 10% (n=13) comerciantes, el 10% (n=13) ninguna ocupación y solo el 7% (n=9) ejercían como profesionistas. Por lo que las embarazadas encuestadas la mayoría tuvo una edad promedio de 30 años, con educación medio superior, en unión libre y empleadas.

Finalmente Se descubrieron las comorbilidades más frecuentes durante el embarazo como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial sistémica, insuficiencia cardiaca o enfermedad articular; se reportó que el 90% (n=116) no padecía hipertensión arterial sistémica y el 10% (n=13) si padecía dicha comorbilidad, el 93% (n=120) no padecía diabetes mellitus y solo el 7% (n=9) si padecía dicha comorbilidad, el 100% (n=129) no padecía insuficiencia renal, el 100% (n=129) no padecía insuficiencia cardiaca, y el 100% (n=129) no padecía enfermedad articular. Siendo la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica las más frecuentes comorbilidades en las pacientes embarazadas encuestadas. Del mismo modo se descubrieron como complicaciones durante la gestación con el 3% (n=4) se complicó con Diabetes mellitus, el 3% (n= 4) con Hipertensión, el 2% (n=2) con Insuficiencia cardiaca y el 0% (n=0) con insuficiencia renal crónica y enfermedad articular.

Se ha estudiado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística e Instituto Nacional de las Mujeres en el 2018, México; que casos de fallecimientos durante el embarazo, parto o puerperio, 30.5% corresponden a afecciones obstétricas indirectas, es decir,

enfermedades pre-existentes o enfermedades que evolucionaron durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por efectos fisiológicos del embarazo, como: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia renal crónica, Insuficiencia cardiaca o Enfermedad articular. Los trastornos hipertensivos con 24.4% son la segunda causa de muerte, seguida por las complicaciones del trabajo de parto y del parto que representan 15.9% del total de fallecimientos; 8.6% se debe a embarazos que terminaron en abortos, así como 8.1% por complicaciones relacionadas con el puerperio; 7.8% por atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y 4.7% debido a otros trastornos del embarazo. En este estudio tuvo relevancia a favor de nuestras pacientes entrevistadas pues la gran minoría reporto enfermedades previas o complicaciones durante el embarazo.

Por último, cabe destacar la importancia de determinar el estrés vital, la vinculación afectiva y adaptación prenatal así como el indagar en sus características gineco-obstétricas, sociodemográficas y comorbilidades para lograr identificar a pacientes quienes el estrés vital afecte en gran medida su vinculación afectiva y adaptación prenatal para poder influir de forma oportuna y positivamente en su gestación; lo que, en consecuencia, sería benéfico para mejorar su calidad de vida, para el adecuado desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos en un futuro y de ellas mismas como madres.

23. CONCLUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar el estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92. Con base en la descripción de variables sociodemográficas, ginecobstetricias y medidas de tendencia central, se puede concluir que a mayor estrés vital, menor vinculación afectiva y adaptación prenatal. Los resultados indican que mientras más eventos críticos de la vida presenten mayor estrés vital y por lo tanto disminuye el proceso por el cual una madre forma un enlace afectivo hacia su hijo y se adapta al proceso prenatal, avalando de esta manera la hipótesis.

Para contribuir es de vital importancia la implementación de estrategias que pudieran aumentar la salud física y de igual importancia salud emocional, de tal forma que se pueda tratar de manera oportuna y multidisciplinaria la problemática para aumentar la vinculación

afectiva y adaptación prenatal de cada paciente embarazada y lograr que se sienta más comprometida con su gestación.

Con base en estas conclusiones, los profesionales durante la consulta médica deberían considerar implementar asesoría acerca de estimulación temprana al feto a través estímulos como el sonido, el movimiento, la presión, las vibraciones y la luz, en el contexto de una comunicación afectuosa y constante entre los padres y el niño aún por nacer. De esta manera se obtendrán beneficios como la reducción de los costos institucionales en la atención de las complicaciones derivadas o agravadas por el embarazo como por ejemplo Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia renal crónica, Insuficiencia cardiaca, Enfermedad articular trastornos hipertensivos, complicaciones del trabajo de parto y del parto y abortos.

Para comprender mejor las implicaciones de los resultados, los estudios futuros podrían abordar a pacientes que por condición preexistente o condicionada por el embarazo se encuentren en el programa institucional de pulsera roja.

Se necesita más investigación para determinar las causas / efectos / relación entre estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal.

24. RECOMENDACIONES

- Para el paciente.

Adoptar hábitos saludables, acudir a consulta médica al desear embarazarse así como al enterarse o sospechar de embarazo para iniciar control prenatal y acudir periódicamente estudios y revisión de control, para prevenir el riesgo de otras enfermedades y/o complicaciones gineco-obstetricas, implementar una alimentación equilibrada, suspender el consumo de alcohol tabaco durante el embarazo, practicar actividad física leve, ya que contribuye a reducir el estrés, mejora el estado de ánimo por ende colabora en la calidad de vida. Fomentar la autoestima la cual resulta fundamental para afrontar el embarazo y la vida en general con una actitud positiva.

- Para el médico familiar.

El médico de atención primaria cumple un rol primordial en control prenatal de esta manera la identificación oportuna de estrés vital asociada una baja vinculación afectiva le dará oportunidad única para impulsar cambios en el estilo de vida y asesoramiento acerca de hábitos saludables, así como el abandono de conductas perjudiciales, invitarla a mejorar sus relaciones interpersonales, escuchar y orientar a la paciente si cuenta con crisis normativas o paranormativas, alentar a acudir periódicamente a sus consultas médicas. Es de gran importancia que el médico tratante cuente con herramientas como la escala EVAP y la escala de eventos riticos de Thomas Holmes, los cuales son instrumentos de fácil utilización que ayudaran al médico de primer contacto a lograr una intervención oportuna en pro de mejorar la vinculación afectiva y adaptación prenatal de las pacientes.

- Para el Instituto Mexicano del Seguro Social

se debe fortalecer del primer nivel en el país en cuanto a control prenatal pues el INEGI, en su comunicado de prensa el 31 de agosto del 2020: durante el 2019, en México se registraron 23.868 defunciones fetales, el 83.4 de los fallecimientos ocurrieron antes del parto, 15.4% durante el parto y en 1.2% de los casos no fue especificado. El 83% de mujeres sí recibieron atención prenatal. De ellas el 64.2% recibieron entre 1 y 5 consultas, 29.5 entre 6 y 10, 2.7% entre 11 y 15 consultas y el 2.8% no especificó a cuantas consultas acudió. Con la estadística previa se actualizan los principales indicadores de mortalidad-fetal pues se observa una relación directa con la salud materna, la información referente a variables como las causas que lo provocaron, la edad gestacional, y peso de producto, así como la edad de la madre y la atención prenatal que recibieron durante la gestación, permiten identificar factores de riesgo prevenibles e incidir en una mejoría de la salud materno- infantil en nuestro país. De tal manera que se puedan identificar a pacientes que ameriten valoración por segundo o tercer nivel de forma oportuna para evitar complicaciones que representan un alto costo para el instituto. Por tal motivo es necesario ofrecer herramientas al médico como contar con información actualizada y recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica para así atender las necesidades de la población gestante con calidad desde el primer nivel, lo que finalmente se verá reflejado en un embarazo normoevolutivo.

25. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Carrillo MP, García FA, Soto LM, Et al. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, Vol. 64 (1): 39-41, enero-febrero 2021, Disponible en: <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
- 2) Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2019, Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- 3) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Estadísticas a propósito del día de la madre, datos nacionales, comunicado de prensa núm. 209/20, México. 7 mayo 2020.
- 4) Instituto Nacional de Geografía y Estadística e Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Madres adolescentes. México, 2018. Disponible en : http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Madres_adolescentes.pdf
- 5) Hairston IS, Handelzalts JE, Lehman-Inbar T, Kovo M. Mother-infant bonding is not associated with feeding type: A community study sample. BMC Pregnancy Childbirth. 19(1):1–12. 2019.
- 6) Phuma NE, Welcome KF. Supporting mothers to bond with their newborn babies: Strategies used in a neonatal intensive care unit at a tertiary hospital in Malawi. Int J Nurs Sci.; 3 (4):362–6. 2016.
- 7) Gholampour F, Riem MME, Van DHMI. Maternal brain in the process of maternal-infant bonding: Review of the literature. Soc Neurosci. 2020;00(00):1–5.
- 8) Tichelman E, Westerneng M, Witteveen AB, et al. Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. PLoS One. 2019;14(9):1–15.
- 9) de Cock ESA, Henrichs J, Klimstra TA, et al. Longitudinal Associations Between Parental Bonding, Parenting Stress, and Executive Functioning in Toddlerhood. J Child Fam Stud. 2017;26(6):1723–33.
- 10) Salehi K, Taleghani F, Kohan S. Effect of attachment-based interventions on prenatal attachment: a protocol for systematic review. Reprod Health. 2019;16(1):1–5.
- 11) Leerkes EM, Zhou N. Maternal sensitivity to distress and attachment outcomes: Interactions with sensitivity to nondistress and infant temperament. J Fam Psychol. septiembre de 2018;32(6):753–61.
- 12) Nieto L, Lara MA, Navarrete L. Prenatal Predictors of Maternal Attachment and Their Association with Postpartum Depressive Symptoms in Mexican Women at Risk of Depression. Matern Child Health J.; 21(6):1250–9. 2017.

- 13) Zdolska A, Bidzan M, Pizuńska D, Chrzan DM. The dynamics of becoming a mother during pregnancy and after childbirth. *Int J Environ Res Public Health*.;17(1), 2020
- 14) Atashi V, Kohan S, Salehi Z, Salehi K. Maternal-fetal emotional relationship during pregnancy, its related factors and outcomes in Iranian pregnant women: A panel study protocol 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services 11 Medical and Health Sciences 1114 Paediatric. *Reprod Health*; 15(1):1–7. 2018.
- 15) Akbarzadeh M, Dokuhaki A, Joker A, Pishva N, Zare N. Teaching attachment behaviors to pregnant women: A randomized controlled trial of effects on infant mental health from birth to the age of three months. *Ann Saudi Med*. 2016; 36(3):175–83.
- 16) Daglar G, Nur N. Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *Psychiatr Danub*. 2018; 30(4):433–40.
- 17) Zdolska WA, Chrzan DM, Bidzan M. Maternal attachment style during pregnancy and becoming a mother in Poland. *J Reprod Infant Psychol*. 2018; 36(1):4–14.
- 18) Shreffler KM, Tiemeyer S, Ciciolla L, Croff JM. Effect of a mindfulness-based pilot intervention on maternal-fetal bonding. *Int J Womens Health*. 2019; 11:377–80.
- 19) Barba ME, Craddock S, Carmona S, Hoekzema E. Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Arch Womens Ment Health*. 2019; 22(2):289–99.
- 20) Mihelic M, Morawska A, Filus A. Preparing parents for parenthood: Protocol for a randomized controlled trial of a preventative parenting intervention for expectant parents. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1):1–13.
- 21) Laxton-Kane M, Slade P. The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *J Reprod Infant Psychol*. 2002; 20(4):253–66.
- 22) Kohan S, Salehi K. Maternal-Fetal Attachment: What We Know and What We Need to Know. *Int J Pregnancy Child Birth*. 2017; 2(5):146–8.
- 23) Rollè L, Giordano M, Santoniccolo F, Trombetta T. Prenatal attachment and perinatal depression: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(8).
- 24) Guzmán SG, Contreras GY, Pérez VC, Manríquez VC. Propiedades psicométricas de una escala de Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017;82(2):37–49.
- 25) Lafuente MJ. La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal): Un estudio piloto. *Index de Enfermería*. junio de 2008;17(2):133–7.
- 26) Castañeda EN, Espinoza TY, et. al. Vínculo afectivo entre gestantes adolescentes con

- depresión y sus recién nacidos en establecimientos de salud de Huánuco. *Rev. Int. Salud Materno fetal*. 2018; 3 (3):15 – 19.
- 27) Artica,MJ, Barba AG, Mejía MAM, Manco ÁE, Orihuela SJ. Evidencias de validez de la escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP) en gestantes usuarias del INMP. *Rev Investig en Psicol*. 2019;21(2):267.
- 28) González RJL, *Psicoterapia de la crisis*, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2001, No. 79. 1298-1313.
- 29) Wedel HK. Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo, *Revista Médica Sinergia*, enero 2018, vol.3 (1): 3-8.
- 30) Gómez LME; Aldana CE. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*. 2007, Vol. 17 (001): 53-61.
- 31) Bruner CA.; Acuña L; Et.al. La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México. *Revista latinoamericana de psicología*. 1994, Vol. 26 (2):253-269.
- 32) Dohrenwend BP. Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychol Bull*. mayo de 2006;132(3):477–95.
- 33) Guerra SL, Ponce LAE. Nivel de estrés derivado de los acontecimientos vitales de la vida diaria y percepción de apoyo social en pacientes de 20 a 49 años de edad con diagnóstico de obesidad, adscritos a la UMF 1 delegación Aguascalientes que acuden a nutrimss de ambos turnos. tesis de postgrado. Universidad autónoma de Aguascalientes. Enero, 2020
- 34) Chen L, Shi L, Chao MS, Tong X, Wang F. Stressful life events, hypertensive disorders, and high blood sugar during pregnancy. *Stress Heal*. 2020;36(2):160–5.
- 35) Sheldon C, Denise J-D, Gregory EM. Psychological Stress and Disease. *J Am Med Assoc*. 2007;298(14):1685–7.
- 36) Hall KS, Dalton VK, Zochowski M, Johnson TRB, Harris LH. Stressful Life Events Around the Time of Unplanned Pregnancy and Women’s Health: Exploratory Findings from a National Sample. *Matern Child Health J*. 2017; 21(6):1336–48.
- 37) Abdi F, Navidpour F, Dolatian M. A literature review of pregnancy worries and stress scales. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2018; 12(3).
- 38) Buffa G, Dahan S, Sinclair I, St-Pierre M, Roofigari N, Mutran D, et al. Prenatal stress and child development: A scoping review of research in low- and middle-income countries. *PLoS One*. 2018;13(12):1–24.
- 39) Lyu J, Zhao K, Xia Y, Zhao A, Yin Y, Hong H, et al. Associations between maternal

- social support and stressful life event with ventricular septal defect in offspring: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1):429.
- 40) Smejda K, Polanska K, Merez-Kot D, Krol A, Hanke W, Jerzynska J, et al. Maternal Stress During Pregnancy and Allergic Diseases in Children During the First Year of Life. *Respir Care*. 2018; 63(1):70–6.
- 41) Brauner E V., Hansen AM, Doherty DA, Dickinson JE, Handelsman DJ, Hickey M, et al. The association between in-utero exposure to stressful life events during pregnancy and male reproductive function in a cohort of 20-year-old offspring: The Raine Study. *Hum Reprod*. 2019; 34(7):1345–55.
- 42) Mukherjee S, Coxe S, Fennie K, Madhivanan P, Trepka MJ. Stressful Life Event Experiences of Pregnant Women in the United States: A Latent Class Analysis. *Women's Heal Issues*. 2017;27(1):83–92.
- 43) Aguilar CMJ, Vieite RM, Padilla LCA, Mur VN, Rizo BM, Gómez GCI. La estimulación prenatal: Resultados relevantes en el parto. *Nutr Hosp [Internet]*. 2012 [acceso 18 de julio de 2016]; 27(6), 2102-2108. Disponible en: http://scielo.isciii.es/sire.ub.edu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012006600441&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- 44) Bejarano N, Bejarano M. Conociendo el bebé los diferentes estímulos. Cómo reacciona el bebé a los estímulos visuales. En: *Preparación para la Maternidad y Paternidad*. Bogotá: Unibiblos; 2004. P 120-122-174-223
- 45) Gasperin D, Netuveli G, Dias DJS, Pattussi MP. Effect of psychological stress on blood pressure increase: A meta-analysis of cohort studies. *Cad Saude Pública*. 2009; 25(4):715–26.
- 46) Instituto Nacional de Geografía y Estadística e Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2018). *Mujeres y Hombres en México 2018*. México. INEGI. Recuperado el 24 de enero de 2020, de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf
- 47) Merz JF. The Nuremberg Code and Informed Consent for Research. *JAMA* 2018 Jan 2;319(1):85-86. doi: 10.1001/jama.2017.17704.
- 48) Barrios I, Anido V, Morena M. Declaración de Helsinki: Cambios y Exégesis. *Rev Cuba Salud Pública*. 2016;42(1):132-42.
- 49) Comisión Nacional Para La Protección Sujetos Humanos De Investigación Biomédica Y Comportamental. Informe Belmont Principios Y Guías Éticos Para La Protección De Sujetos Humanos De Investigación. *Natl Institutes Heal*. 2003; 12. Disponibles en:

- <http://www.etsu.edu/irb/BelmontReportinSpanish.pdf>
- 50) Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Estados Unidos Mexicanos: Diario oficial de la federación; 2013. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013.
 - 51) Ley Federal De Protección De Datos Personales En Posesión De Los Particulares. Estados Unidos Mexicanos: Diario oficial de la federación, 2010. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/leyesbiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
 - 52) Última Reforma Publicada DOF .12-07, 2018. Disponible en: http://Www.Salud.Gob.Mx/Cnts/Pdfs/Ley_General_De_Salud.
 - 53) Pérez RS, Gascón CJJ, Salmerón MD, Et.al. Sociodemographic characteristics and geographic variability associated with patient satisfaction in Primary Care, 31(5) 300-308, septiembre-octubre 2016.
 - 54) Álvarez MRA, De la Cruz VJA , Blanco GNO, Et. al. Factores Gineco-obstétricos y Sociodemográficos asociados a la Salud Reproductiva de mujeres indígenas atendidas en el Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense., Universidad Autónoma de Guerrero, Artículo original 1-9, 2009-2011.
 - 55) Fernández NJA, Bustos VE, Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición, Ensayo, Biomédica, Cuernavaca, México, 2016;36:188-203. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i2.2710>
 - 56) Alvarado MR, Medina LE, Aranda CW, El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. Santiago, Chile, v130, No.5, mayo 2002. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000500012S>

26. ANEXOS

26.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTOS



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ecatepec de Morelos, Estado de México. Agosto del 2021
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Con este estudio queremos mejorar los conocimientos sobre la forma en cómo la madre siente el estar embarazada y como mejorar el afecto con su bebe durante el embarazo. Y también conocer hechos que pueden afectarlos, como pérdida del trabajo, un préstamo o mudarse de casa.
Procedimientos:	Le pediremos respuesta preguntas cortas, en dos cuestionarios. Es indispensable identifique sus respuestas de forma sincera. No hay respuestas equivocadas ni límite de tiempo.
Posibles riesgos y molestias:	Categoría" riesgo mínimo". Le pediremos responder los dos cuestionarios, por lo que no hay riesgos para su salud. Pueden causar incomodidad las preguntas: 4, 7,11,21 y 30 del cuestionario EVAP y los ítems 1 al 6 de la escala de Eventos Críticos de Holmes
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se podrá conocer hechos en su vida que puedan afectar el vínculo y afecto a su bebe, y que puedan dar dificultades en el embarazo; para poder influir de forma oportuna y positivamente en su gestación durante su consulta con estimulación temprana a su bebe durante el embarazo lo que, en consecuencia, sería benéfico para mejorar su calidad de vida, para el adecuado desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos en un futuro y de usted misma como madre.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si usted lo desea, podemos darle los resultados de las preguntas que usted responda, las cuales miden la forma en cómo percibe al nuevo bebé, los cambios que tiene que hacer en su vida por el embarazo y una serie de eventos que suelen ser muy desgastantes para la mayoría de nosotros. De ser necesario se brindará asesoría sobre estimulación temprana a su bebe durante su embarazo a través del sonido, el movimiento, la presión las vibraciones o la luz. Deberá anotar y guardar el número de folio de los cuestionarios que responda y preguntar por sus resultados en su próxima consulta de medicina familiar con la Dra. Laura Grecia Flores Nava, matrícula: 96152420 teléfono: (55) 1199-3126 .
Participación o retiro:	Podrá retirarse del estudio sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica o cualquier prestación por parte de la UMF 92 o del IMSS.

Privacidad y confidencialidad:

En ningún momento relacionaremos su información personal con los resultados obtenidos de los cuestionarios. Asimismo, los resultados de los cuestionarios sólo los usaremos para fines científicos y académicos.

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Laura Grecia Flores Nava, 551199 – 3126, grzz32@gmail.com

Colaboradores:

Dr. Luis Enrique Vazconcelos Arzola, 557010-0645, lenrri.va@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Dra. Laura Grecia Flores Nava

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

26.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE NIÑOS O PERSONAS CON DISCAPACIDAD



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)

Nombre del estudio:	Estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ecatepec de Morelos, Estado de México. Agosto del 2021
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio tiene la finalidad de mejorar nuestro conocimiento sobre la forma en cómo la madre se adapta al embarazo y desarrolla un vínculo afectivo con su bebe durante el embarazo y si diversos sucesos desastrosos en la vida, como la pérdida del trabajo, un préstamo o mudarse de casa, entre otros, pueden afectarlo.
Justificación y objetivo del estudio:	Con este estudio queremos mejorar los conocimientos sobre la forma en cómo la madre siente el estar embarazada y como mejorar el afecto con su bebe durante el embarazo. Y también conocer hechos que pueden afectarlos, como pérdida del trabajo, un préstamo o mudarse de casa.
Procedimientos:	Le pediremos respuesta preguntas cortas, en dos cuestionarios. Es indispensable identifique sus respuestas de forma sincera. No hay respuestas equivocadas ni límite de tiempo.
Posibles riesgos y molestias:	categoría" riesgo mínimo". Le pediremos responder los dos cuestionarios, por lo que no hay riesgos para su salud. Pueden causar incomodidad las preguntas: 4, 7,11,21 y 30 del cuestionario EVAP y los ítems 1 al 6 de la escala de Eventos Críticos de Holmes
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se podrá conocer hechos en su vida que puedan afectar el vínculo y afecto a su bebe, y que puedan dar dificultades en el embarazo; para poder influir de forma oportuna y positivamente en su gestación durante su consulta con estimulación temprana a su bebe durante el embarazo lo que, en consecuencia, sería benéfico para mejorar su calidad de vida, para el adecuado desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos en un futuro y de usted misma como madre.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si usted lo desea, podemos darle los resultados de las preguntas que usted responda, las cuales miden la forma en cómo percibe al nuevo bebé, los cambios que tiene que hacer en su vida por el embarazo y una serie de eventos que suelen ser muy desgastantes para la mayoría de nosotros. De ser necesario se brindará asesoría sobre estimulación

temprana a su bebe durante su embarazo a través del sonido, el movimiento, la presión las vibraciones o la luz. Deberá anotar y guardar el número de folio de los cuestionarios que responda y preguntar por sus resultados en su próxima consulta de medicina familiar con la Dra. Laura Grecia Flores Nava, matrícula: 96152420 teléfono: (55) 1199-3126 .

Privacidad y confidencialidad:

En ningún momento relacionaremos su información personal con los resultados obtenidos de los cuestionarios. Asimismo, los resultados de los cuestionarios sólo los usaremos para fines científicos y académicos.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Laura Grecia Flores Nava, 551199 – 3126, grzz32@gmail.com

Colaboradores:

Dr. Luis Enrique Vazconcelos Arzola, 557010-0645, lenrri.va@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Dra. Laura Grecia Flores Nava

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-014

26.3 CARTA DE ASENTIMIENTO EN MENORES DE EDAD



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

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: Estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92

Número de registro institucional _____

- Objetivo del estudio y procedimientos:

Hola, mi nombre es Laura Grecia Flores Nava y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de: la forma en cómo la madre se adapta al embarazo y desarrolla un vínculo afectivo con su bebe durante el embarazo y si diversos sucesos desastrosos en la vida, como la pérdida del trabajo, un préstamo o mudarse de casa, entre otros, pueden afectarlo y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en: solicitarle que responda dos breves cuestionarios de preguntas cortas. Es indispensable identifique sus respuestas de forma sincera. No hay respuestas equivocadas ni límite de tiempo.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice "Si quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Dra. Laura Grecia Flores Nava

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

26.4 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

«Estrés vital, vinculación afectiva y adaptación prenatal en embarazadas del segundo y tercer trimestre de la UMF 92»

No. de seguridad social: _____ Edad: _____ años Folio: _____
 Teléfono particular: _____ Correo electrónico: _____
 No. de consultorio: _____ Turno: () matutino () vespertino

Ocupación: 1) Ninguna, 2) ama de casa, 3) comerciante, 4) empleada, 5) profesionista
 Estado civil: 1) Soltera, 2) Unión libre, 3) casada, 4) Divorciada, 5) Viuda
 Escolaridad: 1) Ausente, 2) Primaria, 3) Secundaria, 4) Media superior, 5) Superior, 6) Posgrado.

Fecha de última menstruación (día que empezó, mes y año): _____
 Semanas de gestación: _____ Trimestre gestacional: 1) primero 2) segundo 3) tercero
 Número de veces que ha estado embarazada: _____
 Número de consultas de control prenatal en la UMF 92: _____

¿Padece usted de alguna enfermedad crónica como: ¿Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia renal crónica, Insuficiencia cardíaca o Enfermedad articular? No () Si () ¿Cuál?: _____
 ¿Se ha complicado su embarazo con alguna enfermedad como las anteriores? No () Si () ¿Cuál?: _____

EVAP: Escala de vinculación afectiva y adaptación prenatal: _____

<83	Extremadamente baja
83 - 98	Muy baja
99 - 114	Baja,
115 - 130	Moderada
131 - 140	Alta
141 - 150	Muy alta

Escala de eventos críticos de Holmes: _____

0-149	No hay problemas importantes
150-199	Crisis leve
200-299	Crisis moderada
>300	Crisis severa

Observaciones: _____

Capturó: _____ fecha y hora: _____

26.5 ESCALA EVAP (ESCALA DE VINCULACION AFECTIVA Y ADAPTACION PRENATAL

Instrucciones: Son 30 preguntas con 5 opciones de respuesta, indique con una X o encerrando en un círculo el enunciado u oración que mejor describa cómo se siente respecto al enunciado. Trate de ser lo más honesta posible. No hay respuestas erróneas.

1. Cuando tuve mi primera falta:

1. Se me cayó el mundo encima, porque no deseaba en absoluto quedarme embarazada
2. Me puse muy nerviosa, porque no había previsto quedarme embarazada.
3. Me gustó pensar que posiblemente estaba embarazada, pero al mismo tiempo tuve ciertas dudas y temores.
4. Me hizo ilusión la posibilidad de estar embarazada, aunque no lo estábamos buscando.
5. Me llevé una gran alegría, porque estaba deseando quedarme embarazada.

2. Me considero una persona:

1. Poco agradable a los demás
2. Del montón
3. Creo que valgo, pero que los demás no lo aprecian
4. Mejor que la mayoría
5. Que se hace querer

3. Toco mi vientre para sentir los movimientos de mi hijo o hija:

1. Nunca
2. Casi nunca
3. A veces
4. Bastante
5. Muchísimo

4. Cuando hablo de mi futuro hijo o hija suelo llamarlo:

1. Eso, esa cosa
2. Lo que tengo ahí dentro
3. No sé cómo llamarlo
4. El feto, el no nacido
5. Mi hijo/hijo, el niño/niña o me refiero a él con el nombre que va a tener

5. Cuando pienso en mi vida con el bebé:

1. Me siento mal
2. Me agobio
3. Tengo muchas dudas y temores
4. Me considero una madre capaz
5. Creo que le gustaré y que lo haré bien

6. He elegido un nombre para mi hijo o hija:

1. No, no tengo ganas de pensarlo
2. No, no he tenido tiempo de pensarlo
3. No, es aún un poco pronto para pensarlo
4. He dedicado un poco de tiempo a eso, pero aún no le he decidido
5. Si, ya sé el nombre que le voy a poner o ya tengo elegidos dos o tres

7. He comentado con mi pareja los cambios (en las relaciones sociales, en las responsabilidades, en el trabajo, etc.) que la llegada del bebé producirá en nuestras vidas:

1. No nunca
2. Casi nunca
3. Alguna vez
4. Bastante
5. Mucho

8. Imagino cómo es ahora mi hijo o hija:

1. No, me resulta imposible
2. No, no lo he intentado
3. Me cuesta hacerlo
4. Lo hago algunas veces
5. Lo hago con frecuencia

9. Las relaciones sexuales con mi pareja

1. No existen, han desaparecido del mapa
2. Son malas
3. A veces son buenas y a veces no tanto
4. Son bastante buenas en general
5. Son excelentes

10. Acaricio mi abdomen para que mi hijo o hija sienta el cariño que le tengo o para calmarlo si está inquieto moviéndose demasiado:

1. No, porque no creo que vaya a darse cuenta
2. No, porque me siento ridícula haciendo eso
3. No, porque no se me ha ocurrido
4. Si, algunas veces
5. Sí, con relativa frecuencia

11. Encuentro que mi cuerpo actualmente:

1. Es horrible, un desastre
2. Es algo desgarbado
3. Me da lo mismo
4. No es el de una modelo, pero tiene gracia
5. Me encuentro favorecida con mi nuevo aspecto

12. Imagino cómo será mi bebé (su aspecto, su forma de ser, etc.):

1. No, me resulta imposible
2. No, no lo he intentado
3. Me cuesta hacerlo
4. Lo hago algunas veces
5. Lo hago con frecuencia y me resulta fácil

13. Evito realizar actividades que pueden resultar peligrosas para mi hijo o hija (llevar excesivo peso, hacer ejercicio demasiado violento, fatigarse en exceso, etc.):

1. No, porque no creo que exista ningún peligro
2. No, porque no voy a ir pidiendo ayuda por ahí
3. No sé, no me he parado a pensarlo
4. Sí, siempre que puedo
5. Sí, siempre

14. Cuando mi hijo o hija se mueve:

1. Me molesta
2. Me pone un poco nerviosa
3. Me resulta indiferente
4. Me llama la atención
5. Me gusta y/o me emociona

15. Cuando pienso en la época de mi infancia:

1. La aparto de mi pensamiento
2. Creo que no fue demasiado buena
3. Me gusta y disgusta al mismo tiempo
4. Me parece buena en general
5. Creo que fue estupenda

16. Voy/ he ido a clases de preparación para el parto:

1. No, ni pienso hacerlo, no las considero útiles
2. No, no tengo tiempo
3. No quizás más adelante
4. Sí, porque quiero evitar en lo posible el dolor del parto
5. Sí, porque quiero que el parto vaya lo mejor posible y pienso que así ayudo también a mi hijo o hija.

17. Le hablo a mi hijo o hija, le canto, le pongo música o le leo cosas en voz alta:

1. No, porque creo que es completamente inútil
2. No, porque me da vergüenza y pueden pensar que estoy algo loca
3. No, porque no me sale de forma espontánea
4. Sí, hago alguna de esas cosas a veces
5. Sí, con frecuencia hago alguna de estas cosas.

18. Cuando era pequeña:

1. Nadie se mostraba cariñosa conmigo
2. Mis padres me pegaban bastante, porque me lo merecía
3. Algunas personas no se portaron bien conmigo

4. Mis padres eran buenos, pero no me entendían bien
5. Mis padres me querían y supieron educarme bien.

19. Puedo hacerme cierta idea del carácter de mi hijo o hija por su forma de moverse dentro de mí (por ejemplo, muy activo o muy reposado):

1. No
2. Casi nada
3. Tengo dudas
4. Un poco
5. Sí

20. He empezado a preparar algunas cosas para el nacimiento del bebé (su habitación, su ropa, la cuna, los biberones, etc.):

1. No, aún no he preparado nada porque me da pereza, no tengo muchas ganas, estoy poco motivada
2. No, aún no he tenido tiempo
3. Poca cosa, ya tendré tiempo más adelante
4. Algunas cosas
5. Ya lo he preparado casi todo.

21. Cuando se confirmó el embarazo

1. No quería creérmelo, la verdad es que aún no deseo tener este hijo
2. Me costó mucho hacerme a la idea y no sé aún si lo he aceptado del todo
3. Me costó algún tiempo aceptarlo, pero ya lo tengo bien asumido.
4. Lo acepté bien, porque, aunque no lo había planeado, no hubiera tardado demasiado en hacerlo.
5. Me puse contentísima, ya que era lo que quería.

22. He recogido información sobre el feto, sobre el bebé o sobre ambos:

1. No, ninguna
2. Algo, hablando con otras madres
3. Algo, hablando con otras madres y leyendo algunas cosas
4. Bastante (de otras madres, libros, revistas, etc.)
5. Mucha (de otras madres, libros, revistas, matronas, médicos, etc.)

23. Procuro llevar una alimentación equilibrada:

1. No me preocupo de ello.
2. Como de capricho
3. Cuando me acuerdo de mi estado, procuro hacerlo
4. Sí, aunque ya la llevaba antes
5. Sí, sigo todas las indicaciones de mi ginecólogo

24. He pensado en la vuelta a casa desde el hospital:

1. No, creo que es un fastidio pensar en esas cosas
2. No, ni se me ha ocurrido
3. No, lo haré algo más adelante

4. Sí, creo que me las podré arreglar sola
5. Sí, creo que necesitaré algo de ayuda (de mi madre, de mis parejas o de algún otro)

25. Creo que el embarazo:

1. Es un auténtico fastidio
2. Es algo por lo que no hay más remedio que pasar si quieres un hijo
3. Es una época como otra cualquiera
4. Es algo nuevo e interesante, aunque pueda ocasionar algunas molestias
5. Es algo muy especial, es un privilegio ser una mujer en este caso

26. Me resulta fácil imaginarme a mí misma dando de comer al bebé, cuidándolo, cambiándole los pañales, durmiéndolo, etc.:

1. Para mí es imposible imaginar todo eso
2. Me cuesta mucho esfuerzo imaginarlo
3. Me lo imagino, pero no sé si sabré hacerlo
4. Me lo imagino alguna vez
5. Me lo imagino muchas veces y con facilidad

27. Mi pareja y yo hablamos del futuro bebé:

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Alguna vez
4. Bastante
5. Mucho

28. He pensado en la alimentación de mi futuro bebé:

1. No, me aburre dedicarme a eso
2. No, es demasiado pronto
3. Estoy dudosa
4. Sí, lo alimentaré con biberón
5. Sí, sí puedo lo alimentaré con pecho

29. Siempre me han gustado los niños:

1. No, ahora siguen sin gustarme
2. No, pero los tolero
3. Ni me gustan ni me disgustan
4. Sí, pero me cuesta ganármelos
5. Si, lo paso bien con ellos y suelen simpatizar conmigo

30. El embarazo:

1. Me ha producido muchas molestias (náuseas, vómitos, dolores), creo que no volveré a repetir
2. Me ha producido algunas molestias, que me han tenido bastante preocupada
3. Me ha producido algunas molestias, pero eso es bastante corriente y sabes que va a pasar
4. Apenas me ha producido molestias, creo que he tenido suerte
5. Ha sido excelente, no he tenido ni una molestia

26.6 ESCALA DE EVENTOS CRÍTICOS DE HOLMES

Instrucciones: Son 43 enunciados, responda la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos en los últimos 6 meses. Señale con una X y permita que el evaluador obtenga el puntaje final. Tómese el tiempo que necesite

EVENTO CRÍTICO

1. Muerte del cónyuge	100
2. Divorcio	73
3. Separación matrimonial	63
4. Causas penales	63
5. Muerte de un familiar cercano	63
6. Lesión o enfermedad personal	53
7. Matrimonio	50
8. Pérdida del empleo	47
9. Reconciliación matrimonial	45
10. Jubilación	45
11. Cambios en la salud de un familiar	44
12. Embarazo	40
13. Problemas sexuales	39
14. Nacimiento de un hijo	39
15. Reajuste en los negocios	39
16. Cambios en el estado financiero	38
17. Muerte de un amigo muy querido	37
18. Cambio a línea diferente de trabajo	36
19. Cambio de número de discusiones con la pareja	35
20. Hipoteca mayor	31
21. Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23. Uno de los hijos abandona el hogar	29
24. Dificultades con los parientes políticos	29
25. Logro personal notable	28
26. La esposa comienza a (o deja de) trabajar	26
27. Inicia o termina la escuela	26
28. Cambio en las condiciones de vida	25
29. Revisión de hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio de horario o condiciones de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio de escuela	20
34. Cambio de recreación	19
35. Cambio en las actividades religiosas	19
36. Cambio en las actividades sociales	18
37. Hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambio en los hábitos del sueño	16
39. Cambio en el número de reuniones familiares	15
40. Cambio en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	13
42. Navidad	12
43. Violaciones menores a la ley	11

Puntaje: _____