



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1  
“DR. ALFONSO MEJIA SCHROEDER”**

**T E S I S**

***“RED SOCIAL Y EL APEGO DEL CONTROL PRENATAL EN AMAS DE CASA DEL HGZ Y MF  
No 1, IMSS, PACHUCA DE SOTO HIDALGO 2014-2015”***

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO**

**JAQUELINE HERNÁNDEZ CRUZ**

**BAJO LA DIRECCIÓN DE:**

**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR METODOLOGICO**

**DRA. MARIA DEL CARMEN RINCON CRUZ  
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES CON ESPECIALIDAD EN ESTUDIOS DE LA MUJER**

**ASESOR CLINICO**

**DRA. JULIA HERNÁNDEZ CABECERA  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD**

**2013-2016**

**PACHUCA DE SOTO, HIDALGO**



NUMERO DE REGISTRO: R-2014-1201-16

## **DEDICATORIAS**

Gracias a Dios por todas las bendiciones recibidas, por permitirme cumplir otra meta trazada en este largo camino.

A mis padres Andrés y Agustina, mi hermano Joel, por todo el apoyo brindado, por su amor, cariño y comprensión sobre todo en los momentos más difíciles, por no dejarme desistir en ningún momento.

A ti Oscar por tu apoyo incondicional en todo momento, por los sacrificios realizados a pesar de la distancia, por saber comprender y entender todos y cada uno de los obstáculos que se presentaron a lo largo de esta etapa y por a verlos superado siempre juntos.

A todos mis familiares y amigos, por eso apoyo moral, por siempre impulsarme a seguir adelante.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis asesores de tesis Dra. Carmen Rincón y Julia Hernández, las cuales fueron mis guías en la realización de este proyecto de tesis.

Un reconocimiento y agradecimiento especial a todos y cada uno de los doctores que en su momento me brindaron y compartieron de sus enseñanzas y experiencia a lo largo de estos tres años no solo en lo intelectual, también en lo personal.

## IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES

### **Asesor Metodológico:**

**Nombre:** María del Carmen Rincón Cruz

**Especialidad:**

Química Farmacobióloga.

Especialista en Salud Pública.

Maestría en estudios regionales de población.

Doctora en ciencias sociales con especialidad en estudios de la mujer y de género.

**Adscripción:**

Laboratorio HGZ MF No1

**Domicilio:** Av. Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.

**Teléfono:** 71 3 78 33

**Correo electrónico:** Carmenc278@hotmail.com

### **Asesor Clínico:**

**Nombre:** Julia Hernández Cabecera

**Especialidad:**

Ginecóloga.

**Adscripción:**

Ginecología HGZ MF No 1

**Domicilio:** Av. Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.

**Teléfono:** 71 3 78 33

**Correo electrónico:** Julia Hernández Cabecera@hotmail.com

### **Asesor Universitario:**

**Nombre:** María del Carmen Rincón Cruz

**Especialidad:**

Química Farmacobióloga.

Especialista en Salud Pública.

Maestría en estudios regionales de población.

Doctora en ciencias sociales con especialidad en estudios de la mujer y de género.

**Adscripción:**

Laboratorio HGZ MF No1

**Domicilio:** Av. Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.

**Teléfono:** 71 3 78 33

**Correo electrónico:** Carmenc278@hotmail.com

### **Tesista:**

**Nombre:** Jaqueline Hernández Cruz

Médico cirujano, residente de la especialidad en medicina familiar.

**Domicilio:** Av. Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.

**Teléfono:** 7715269349

**Correo electrónico:** jhalbc\_22@hotmail.com

## **INDICE**

I.- RESUMEN	7
II.- MARCO TEÓRICO	8
III.- JUSTIFICACIÓN	14
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
V.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
VI.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO	17
VII.- HIPÓTESIS	18
VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS	19
a).- DISEÑO	19
b).- UNIVERSO	19
c).- CRITERIOS DE SELECCIÓN	19
d).- VARIABLES	20
e).- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	23
f).- TAMAÑO DE LA MUESTRA	24
g).- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	25
h).- ASPECTOS ÉTICOS	26
IX.- RESULTADOS	27
X.- DISCUSIONES	33
XII.- CONCLUSIÓN	36
XIII.- BIBLIOGRAFÍA	38
XIV.- ANEXOS	42

## I.- RESUMEN

**Título:** Red social y el apego del control prenatal en amas de casa del HGZ Y MF No 1, IMSS, Pachuca de Soto Hidalgo 2014-2015.

**Antecedentes:** El control prenatal, permite prevenir y atender oportunamente, complicaciones, así mismo, la presencia de una red social de apoyo actúa como estimuladora y facilitadora de una atención prenatal temprana y regular.

**Objetivo:** Determinar la asociación que existe entre la red social y el apego al control prenatal en amas de casa del HGZ y MF No 1 de Pachuca Hidalgo.

**Material y métodos:** Estudio de casos y controles pareado 1:1, con 56 mujeres amas de casa, que llevaron su control prenatal en los consultorios de Medicina Familiar en el HGZ No 1 Pachuca, Hidalgo. Los casos correspondieron las que tuvieron menos de 5 consultas de control prenatal, y como controles a las que tuvieron 5 o más consultas prenatales. Se aplicó un cuestionario en el puerperio inmediato, para recabar las variables del estudio. Se efectuó análisis descriptivo mediante medias y desviación estándar, proporciones e inferencial con Razón de momios IC al 95% y Chi cuadrada.

**Recursos e infraestructura.** Recursos humanos e instalaciones del HGZ y MF No. 1 de Pachuca, Hidalgo.

**Experiencia de grupo y tiempo en desarrollase.** El grupo que participo en esta investigación cuenta con experiencia en trabajos desarrollados en el área de investigación en salud reproductiva.

## II.- MARCO TEÓRICO

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistémicos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal. La NOM 07 define atención prenatal como la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar, la evolución del embarazo, y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido. (1, 2)

El control prenatal, con inicio desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar y prevenir o atender oportunamente, complicaciones del embarazo que pueden derivar en muerte materna. En México la razón de mortalidad materna, ha disminuido de 530 defunciones maternas en 1940 a 56 por cada 100 000 nacidos vivos en el 2010. En México las principales causas de muerte materna obstétrica directa en orden descendente de frecuencia son la preclampsia-eclampsia, las hemorragias del embarazo, el parto y puerperio, y la sepsis puerperal. (3)

El instituto nacional de información y estadística y geografía, menciona que en México en 2007, se produjeron 1094 defunciones de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, la mayoría de ellas evitables. Poco más de la cuarta parte de estas mujeres se debe a enfermedades hipertensivas del embarazo que puede prevenirse o minimizarse con un adecuado control médico. Le siguen las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio (24.3%). El aborto representa 7.4%, la sepsis y otras infecciones puerperales equivalen a 2.6%. (4, 5, 6).

En la atención de la salud materna se ha descrito el reconocimiento, prácticas de cuidados y creencias que llevan a cabo las gestantes, a partir de sus cosmovisiones, las cuales deben ser tomadas en cuenta. Al respecto se ha descrito que las demoras que enfrentaron las mujeres fallecidas en 6 municipios estudiados en el estado de Yucatán del 2006 a 2008, se relacionaron con la falta de reconocimiento de los signos de alarma de la complicación materna, el retraso en solicitar ayuda médica y la calidad de la atención de la emergencia obstétrica. (7, 8)

Por otra parte existen investigaciones que muestran como la utilización de la atención prenatal, se relacionan con la disponibilidad de los servicios de salud, la percepción de las mujeres de su estado de salud, el número de hijos previos, el nivel de escolaridad. Así también se ha determinado que la falta de apego al

control prenatal es un predictor para la mortalidad materna que a la vez se correlacionan con la muerte fetal. (9,10)

La escasez o ausencia de controles prenatales se han relacionado con factores personales, socioeconómicos, geográficos, educacionales y políticos. Munares encontró que factores personales que pueden asociarse a no concluir la atención prenatal son la importancia al control prenatal, la dificultad por quehaceres domésticos y multiparidad, actitudes de desánimo, residir en barrios marginados. Factores institucionales como servicios incompletos, no tener cita para la siguiente consulta de control prenatal, la incoordinación entre los servicios que brinda el establecimiento de salud. Tiempos cortos de consulta, largos tiempos de espera, insatisfacción en la relación médico-paciente. (11)

Así también entre los factores asociados a la baja adherencia al control prenatal se encuentra la edad, los bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y la falta de un trato adecuado por parte del personal. Dentro de los factores de riesgo epidemiológicos se han descrito los siguientes: la residencia en barrios bajos, contar con educación primaria, vivir en unión libre, la edad. Tener un domicilio alejado a la unidad de salud, el desempleo, costo de los medicamentos, así como el desconocimiento de la importancia del control. En el caso específico de la escolaridad se ha descrito que un nivel mayor de estudios favorece la participación en la educación prenatal, y se vincula a un mejor aprovechamiento de lo que el sistema sanitario ofrece. (12, 13, 14,15)

Otro aspecto que influye en el apego al control prenatal es la calidad de los servicios en la atención primaria de salud depende de muchos factores y está directamente vinculada con la competencia del equipo sanitario que brinda asistencia y los resultados alcanzados por estos en la mejoría del estado de salud de la población. (16, 17)

La salud materna guarda relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre aun desde la etapa pre concepcional, la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos, controles prenatales y neonatos de alta calidad, los factores de mayor incidencia en las tasas de mortalidad materna y perinatal., (18, 19)

El control prenatal como ya se mencionó, se ha relacionado con factores socioeconómicos, los cuales, si bien tienen gran incidencia a macro escala, también lo tienen las redes sociales a partir de sus actores sociales y sus interrelaciones en el contexto familiar y cotidiano que influye en la accesibilidad y

apego a los servicios de salud. Una red social es un conjunto de relaciones entre personas o cualquier otra entidad o unidad social (grupos, organizaciones, países, etc.) y la teoría de redes sociales intenta describir dichas relaciones (con frecuencia en forma visual) y utilizarlas a fin de extraer conclusiones sobre las interacciones que se registran entre las unidades sociales (en este caso las relaciones personales de la mujer durante el embarazo y parto. (20)

Se ha documentado que el apoyo social más relevante se da por parte de las redes de parentesco. El siguiente grado de apoyo son las parteras, sobre todo en zonas de población indígena y rural, y se complementa por el personal de salud. (21)

La ayuda que se obtiene de las redes sociales está asociada con la utilización de servicios. Lo cual se refleja en las características del proceso de búsqueda de atención prenatal dando lugar a diferentes patrones de utilización de estos servicios. Así puede verse como en el caso del acceso a la seguridad social, el hecho de que las mujeres sean dependientes económicamente influye en el acceso a la atención prenatal a través de la mediación del estado civil debido quizá a la situación laboral del conyugue. (22)

La presencia de una red social actúa como estimuladora y facilitadora de una atención prenatal temprana y regular, que previenen la presencia de un control prenatal inadecuado que conlleva a mayores tasas de parto pre término, retardo del crecimiento intrauterino, pequeños para la edad gestacional, mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal. Las redes sociales son una serie de vínculos entre un conjunto definido de actores sociales, tienen la propiedad de proporcionar interpretaciones de la conducta social de los actores implicados en la red. Dentro de estas relaciones hay motivaciones e intereses que de forma racional los actores actúan para satisfacerlos. Los sistemas de salud con las redes sociales han ido acompañados de una reducción de los recursos y presupuestos destinados a salud y así como búsqueda de soluciones alternativas apareciendo el apoyo social presente en disciplinas como la Medicina Preventiva, la Sociología, la Psicología Comunitaria y Salud, y la Antropología. La literatura existente sobre tales asociaciones coincide en la importancia de las redes personales de los afectados y en la necesidad de ampliarlas y reforzarlas. Podemos observar la interrelación entre el sistema de salud, apoyo social, grupos de ayuda mutua y redes personales. (23)

En conformidad con otros estudios, la investigación ratifica que la presencia de una red social activa y accesible no solo afecta positivamente la salud de la persona, sino también actúa como estimuladora y facilitadora de una atención prenatal temprana y regular. Estas redes se colocan en un lugar privilegiado

garantizado por la proximidad y la confianza que los vínculos otorgan, integradas principalmente por familiares, con vínculos muy intensos, que brindan consejos y prestan ayuda instrumental, operando como reductoras del estrés producido por el embarazo durante esa etapa de su vida. (24)

Las redes sociales tienen un efecto directo sobre la salud, proporcionando una identidad social, de pertenencia y participación, fomentando conductas saludables, incrementando el auto estima y optimizando las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente. De esta contribución se deriva que el paciente puede adquirir un mayor compromiso con su salud en relación al patrón de relaciones que le rodea. Los estudios de han puesto de manifiesto que pacientes con redes más reducidas o más débiles tienen más posibilidades de obtener un menor apoyo social. El efecto de una red social en negativo observada en caso de la violencia de pareja y la vulnerabilidad social en condiciones de vida materiales de extrema precariedad que conforman un contexto adverso para el cuidado de la salud materna, como es el caso del estudio efectuado por castro que analizo si aumentaba o disminuía la violencia contra las mujeres durante el embarazo, encontrando mujeres que a raíz del embarazo cambiaron de condición respecto a la violencia; hallando que casi el 8% de las mujeres de la muestra en su conjunto, registro un aumento en la violencia total, pasando de no tener violencia antes del embarazo a si tenerla durante el mismo. (25, 26)

Las redes sociales son una serie de vínculos entre un conjunto definido de actores sociales, tienen la propiedad de proporcionar interpretaciones de la conducta social de los actores implicados en la red. Dentro de estas relaciones hay motivaciones e intereses que de forma racional los actores actúan para satisfacerlos. Los sistemas de salud con las redes sociales han ido acompañados de una reducción de los recursos y presupuestos destinados a salud y así como búsqueda de soluciones alternativas apareciendo el apoyo social presente en disciplinas como la Medicina Preventiva, la Sociología, la Psicología Comunitaria y Salud, y la Antropología. La literatura existente sobre tales asociaciones coincide en la importancia de las redes personales de los afectados y en la necesidad de ampliarlas y reforzarlas. Podemos observar la interrelación entre el sistema de salud, apoyo social, grupos de ayuda mutua y redes personales. (27)

Las redes son utilizadas como una guía o una herramienta de conocimiento a través de las cuales los individuos pueden encontrar ayuda o consejo para todo el proceso de su enfermedad. A su vez, todo este contexto está mediado por las ideologías del individuo, la comunidad, los amigos y la familia, lo cual puede influir en todo el proceso del autocuidado. La investigación psicosocial ha puesto de manifiesto la importancia de las redes interpersonales como una fuente de recursos esenciales para la promoción de la salud y el bienestar. Cuando

analizamos la red del paciente, estudiamos determinados parámetros que nos permiten optimizar este recurso social. Cuantificar el tamaño de la red, la densidad, la reciprocidad, el parentesco y la homogeneidad, facilita abordar los problemas o las barreras de cada paciente y su entorno de forma más efectiva (28)

En los últimos años se han acumulado estudios empíricos, se han desarrollado métodos de investigación y programas informáticos que hacen posible abordar de forma realista el estudio de las redes personales y evaluar su impacto en diferentes dimensiones de la vida social, el apoyo social en este caso. Estudiar las redes personales y sus cambios delante de situaciones críticas, nos ayuda a entender los cambios que se producen para adaptarse a las nuevas circunstancias. (29)

Con respecto a las personas que más proporcionan apoyo, aunque con diferencias en función del tipo de apoyo, es la familia cercana, cónyuge e hijos. En el apoyo psicológico, el cónyuge y los hijos implican 66.7% en el caso de los hombres y 64.3% en el caso de las mujeres; el apoyo instrumental para los hombres supone 68.3% y para las mujeres 79.2 %. Los hijos son una clara orientación como proveedores de apoyo, los amigos son la tercera figura de apoyo. En el matrimonio en las mujeres recae el mayor esfuerzo para el mantenimiento de las relaciones familiares y del hogar. (30)

El apoyo social es un factor protector de la salud. El conocimiento del funcionamiento familiar y las redes de apoyo social permite identificar recursos que faciliten el desarrollo de estrategias específicas para la implementación de intervenciones tanto clínicas como psicosociales en familias con diferentes tipos de funcionamiento familiar. La red de apoyo social que se relacionó directa y estadísticamente significativa con el funcionamiento familiar fue la red de apoyo familiar. Las redes de amigos se asociaron a su vez con las redes de apoyo religiosas y de vecinos. Un cambio o evento en alguna de las subestructuras sociales impactan de manera directa o indirecta en la actuación de otras subestructuras sociales, por lo que las interacciones que la familia tenga con otras redes de apoyo social también impactan el funcionamiento familiar. (31)

El apoyo social y la red de apoyo juegan un papel importante como factor protector ante cualquier situación crítica. Pueden actuar previniendo o disminuyendo las respuestas del individuo ante el estrés. El tener un mayor número de contactos y la frecuencia con la que se ven y hablan, interviene en un mejor estado de salud y bienestar, ya que puede prever y/o amortiguar los efectos negativos del estrés en la salud de las personas. En base a lo anterior es necesario crear y mantener

lazos con las personas que nos rodean con la finalidad de contribuir a elevar la calidad de vida sea esta familiar, social o laboral. (32)

En un estudio realizado en el HGZMF No 1 de Pachuca Hidalgo se demostró que en el apoyo social el principal actor fue la pareja, seguido de los hijos, no se encontró una relación significativa entre el apoyo social y el control metabólico.(37)

### III.- JUSTIFICACIÓN

La maternidad debería estar libre de complicaciones y, por lo tanto, de muerte. Cada año fallecen más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas. En México, la razón de mortalidad materna ha disminuido en las últimas décadas de 530 defunciones maternas en 1940 a 56 por cada 100 000 nacidos vivos en 2010.

La disminución de la mortalidad materna es considerada actualmente como una prioridad internacional y en la cumbre del Milenio del año 2000 se tomó el acuerdo de reducir la mortalidad materna en 75% para 2015; para alcanzar este objetivo es necesario reducir en 5.5% anual la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015. En México la RMM para el 2015 debería de ser de 22 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, sin embargo este objetivo está lejos de ser alcanzado, ya que las cifras publicadas por la OMS muestra una reducción anual inferior al 1%.

Se ha documentado que las redes sociales de apoyo específicamente familiares influyen de manera importante en la selección y búsqueda de atención, en ocasiones han facilitado económicamente el acceso a un servicio privado. Las principales redes de apoyo se encuentran al interior de las familias, la pareja, la suegra, la madre y los hermanos, quienes participan en las decisiones sobre donde, cuando y con quien llevar a las mujeres para su atención.

Dentro de lo que se ha analizado acerca de las causas de morbimortalidad encontramos a las redes de apoyo social como factores de riesgo o protección para el cuidado de la salud materna, sin embargo a parte de las redes sociales se han observado otras características que influyen directa o indirectamente como son el nivel socioeconómico bajo, edad, analfabetismo, inestabilidad familiar, ser ama de casa, por lo que estas mujeres se encuentran con mayor vulnerabilidad para tener un cuidado adecuado al control prenatal.

En base a lo anterior se ha observado en el HGZ con MF No 1 en estudios previos realizados que la ocupación, básicamente ser ama de casa es un factor de riesgo para un buen control prenatal. Así mismo que el inicio del control prenatal fue en promedio de 11 SDG para las empleadas asalariadas y de 14 SDG para las amas de casa. Lo cual indica que las amas de casa inician tardíamente el control.

Como otro factor de riesgo asociado al control prenatal en otro estudio realizado en el HGZ MF No 1 en el 2012; se observó que el 31.1% de las paciente embarazadas habían estado expuestas a algún tipo de violencia por parte de su pareja durante el embarazo. De este grupo el grupo de edad con mayor riesgo fue de 17 a 25 años. Así mismo se confirmó que las amas de casa que tenían un

menor grado escolar presentaron mayor probabilidad de complicaciones durante su embarazo.

A partir de lo anterior se puede decir que las características sociales representan factores de riesgo para la presencia de morbimortalidad materna, como es el caso de las redes sociales de apoyo, aunque existen pocos estudios por lo cual es necesario llevar a cabo más investigaciones con este mismo enfoque.

#### **IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El control prenatal en el HGZ MF No1, ha ido en aumento 49.94% en el 2011, al 54.3% y 56.4% en 2012 y 2013 respectivamente. Sin embargo esto no ha sido suficiente ya que no se han alcanzado los objetivos trazados en la Cumbre del milenio del año 2000, que planteaba reducir la mortalidad materna en un 75% para el 2015, cifras reportadas por la OMS muestran una reducción anual inferior al 1%.

En cuanto a la morbilidad materna en el 2010, del total de egresos hospitalarios por padecimientos que pueden generar una emergencia obstétrica de las mujeres hidalguenses de 15 a 49 años de edad, 18.4% ocurrieron en la primera mitad del embarazo, 64.1% en la segunda mitad del mismo, y 9.2% después del parto; y las principales complicaciones obstétricas fueron la preclampsia con 47.7%, el embarazo ectópico con 17.7%, la placenta previa con 9.3% y la hemorragia postparto con 5.3%. En 2011 ocurrieron en Hidalgo 15 defunciones de mujeres de 15 a 49 años 19 por complicaciones del embarazo, parto o puerperio; la razón de mortalidad materna para este grupo de edad fue de 27 defunciones por cada cien mil nacidos vivos. Hasta la semana 26 del 2014 se han reportado 18 muertes maternas en Hidalgo, en comparación con el 2011 ocurrieron 15 defunciones. (6)

En el HGZ MF No 1 hasta junio del 2014 cuenta con 81,622 beneficiarios, de los cuales 62,499 mil son mujeres y de estas 25,993 son amas de casa. Con base a lo anterior en el 2012 se realizó en este mismo hospital un estudio en el cual se encontró que la ocupación, básicamente ser ama de casa es un factor de riesgo para un adecuado control prenatal; este grupo de mujeres iniciaron tardíamente el control prenatal. (33, 36)

Se ha documentado que entre los factores asociados a la baja adherencia al control prenatal se encuentran la edad, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo, multiparidad, ser soltera, el maltrato físico, entre otros. Y se ha observado en diversos estudios previos que el ser ama de casa y el bajo nivel educativo son factores de riesgo para morbimortalidad materna, pero al mismo tiempo se ha observado que las redes sociales de apoyo pueden ser también un factor protector. Por lo que hemos observado que el control prenatal y las redes sociales de apoyo pueden tener influencia en la disminución de la morbimortalidad materna, en base a lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta.

#### **V.- PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Existe asociación entre la red de apoyo social y el apego al control prenatal en amas de casa, adscritas al HGZ y MF No 1 de Pachuca Hidalgo?

## VI.- OBJETIVOS

Objetivo general:

- a) Determinar la asociación que existe entre la red social de apoyo y el apego al control prenatal en amas de casa adscritas al HGZ MF No 1 de Pachuca Hidalgo.

Objetivos específicos:

- a) Establecer si existe presencia de red social para la mujer embarazada durante el control prenatal.
- b) Determinar el número de actores que conforman la red de apoyo social de las mujeres embarazadas amas de casa.
- c) Analizar la características ginecobstétricas de las mujeres amas de casa.
- d) Identificar las características del control prenatal y resolución del embarazo.
- e) Identificar las complicaciones antes, durante, y después del parto de las mujeres en control prenatal amas de casa.
- f) Estudiar las características socioeconómicas de las mujeres amas de casa con mayor o menor apego al control prenatal.

## **VII.- HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS ALTERNA**

Las redes de apoyo social se asocian en el apego al control prenatal en las amas de casa.

### **HIPÓTESIS NULA.**

Las redes de apoyo social no se asocian en el apego al control prenatal en las amas de casa.

## VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS

**a) Diseño.** Estudio de casos y controles pareado: 1:1, el cual correspondió a un estudio:

- Prolectivo: la información se recolectó mediante un cuestionario
- Descriptivo: Se analizó la asociación entre red social y apego al control prenatal.
- Observacional: no hay manipulación de las variables a estudiar
- Transversal: la información se recolecta en una sola medición
- Efecto-causa, partimos del apoyo familiar y social de la paciente embarazada como factores asociados al control prenatal.

**b) Universo.** Mujeres derechohabientes amas de casa en puerperio inmediato adscritas al HGZ Y MF No 1 durante todo su embarazo.

### **c) Criterios de selección**

**Los criterios de inclusión fueron:**

- Mujeres derechohabientes amas de casa en puerperio inmediato
- Mujeres derechohabientes amas de casa en puerperio inmediato adscritas al HGZ Y MF No 1 durante todo su embarazo.
- Mujeres derechohabientes amas de casa que cuenten con expediente clínico completo
- Mujeres amas de casa en puerperio inmediato que firmen el consentimiento informado.

**Los criterios de exclusión:**

- Mujeres derechohabientes amas de casa que no se encuentren en puerperio inmediato.
- Mujeres derechohabientes amas de casa en puerperio inmediato que no hayan estado adscritas al HGZ Y MF No 1 durante todo su embarazo.
- Mujeres amas de casa puérperas que no cuenten con expediente clínico completo
- Mujeres amas de casa en puerperio inmediato que no firmen el consentimiento informado.

**Los criterios de eliminación:**

- Cuestionarios incompletos

## Definición de variables

### Definición de caso:

Los casos corresponden a mujeres con desapego al control prenatal: Se considerara desapego cuando las mujeres hayan tenido menos de 5 consultas prenatales durante todo el embarazo.

**Escala de medición:** Cuantitativa

**Indicador:** < de 5 consultas

### Definición de control:

Los controles corresponden a mujeres con 5 o más controles prenatales y que la primera consulta haya sido en el primer trimestre de gestación y con visitas periódicas y de forma regular.

**Escala de medición:** Cuantitativa

**Indicador:**  $\geq$  de 5 consultas

## d) VARIABLES

### VARIABLE DEPENDIENTE: APEGO AL CONTROL PRENATAL

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
<b>Apego al control prenatal</b>	Cumplimiento del conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación, que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones sin secuelas físicas o psíquicas, para la madre, el recién nacido o la familia.	Total de consultas prenatales, registradas en el expediente clínico, antes del nacimiento, siendo control prenatal adecuado cuando la primera consulta es en el primer trimestre y acude a 5 o más consultas en forma periódica. Es inadecuado el control prenatal si acude después del primer trimestre o tiene menos de 5 consultas.	Cuantitativa	Intervalo	$\geq 5$ a partir del primer trimestre, hay apego al control prenatal < 5 desapego al control prenatal

## VARIABLE INDEPENDIENTE: RED SOCIAL

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
<b>Red social</b>	Grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia	Herramienta de apoyo MOS (estudio de resultados médicos)	Cualitativa	Nominal	Apoyo social=95 Apoyo social medio= 57 Mínimo apoyo social=19
<b>Ocupación</b>	Actividad laboral o de la vida diaria que es o no remunerada. Ama de casa: mujer que se ocupa de las tareas domésticas de su casa.	Se obtendrá a través del expediente siendo ama de casa mujer que únicamente se dedica a las labores del hogar, sin recibir prestaciones oficiales o salario.	Cualitativa	Nominal	Ama de casa
<b>Derecho-habiciencia</b>	Asegurado, pensionado y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la Ley tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social	Paciente el cual tenga el derecho vigente de recibir atención médica en el IMSS	Cualitativa	Nominal	1.Asegurado 2.Beneficiario
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Años cumplidos de la vida del paciente	Cuantitativa	De razón	Años
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Ultimo grado estudiado	cualitativas	Ordinal	1.Primaria 2.Secundaria 3.Bachillerato 4.Licenciatura 5.Postgrado
<b>Estado civil</b>	Calidad de un individuo en cuanto a sus derechos y obligaciones civiles y familiares	Condición de una persona en cuanto a sus derechos y obligaciones civiles.	Cualitativa	Nominal	1.Soltera 2.Casada 3.Viuda 4.Divorciada 5.Union libre 6.Separada
<b>Edad de la 1ª gesta</b>	Edad que tenía la madre en el momento del 1er embarazo, se haya concluido o no.	Edad de la paciente en el momento del 1er embarazo	Cuantitativa	De razón	Años
<b>Gestas</b>	Son los embarazos que ha presentado un mujer en su edad reproductiva	Numero de embarazadas que ha tenido la paciente incluyendo cesáreas, partos y abortos	Cuantitativa	Nominal	1, 2, 3, 4 o más.
<b>Partos</b>	Número de embarazos en los cuales se obtiene el producto por vía vaginal	Numero de resoluciones de embarazo vía vaginal, excluyendo abortos	Cuantitativa	Nominal	1, 2, 3, 4 o más.
<b>Cesáreas</b>	Número de embarazos en los cuales se obtiene el producto por vía abdominal	Numero de resoluciones de embarazo vía abdominal	Cuantitativa	Nominal	1, 2, 3, 4 o más.

<b>Abortos</b>	Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno	Dato que se obtiene del expediente clínico	Cuantitativa	Nominal	1, 2, 3, 4 o más.
<b>Espacio intergenesico</b>	Tiempo comprendido entre los dos últimos embarazos independientemente de las semanas de gestación	Obtenido a través del expediente clínico en antecedentes ginecobstétricos	Cuantitativa	Nominal	En años
<b>Complicaciones en el embarazo</b>	Condiciones patológicas asociadas con el embarazo y van desde molestias leves a enfermedades graves que requieren intervención medica	Se obtiene la información través del expediente clínico	Cualitativo	Nominal	1.Anemia 2.Infecciones 3.Amenaza de aborto o parto 4.Enfermedad hipertensiva del embarazo 5.Preeclampsia/Eclampsia 6.Diabetes gestacional
<b>Parto normal</b>	Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación	Se obtiene a través del interrogatorio directo	Cuantitativa	Nominal	1,2,3,4 o mas
<b>Fecha de inicio del control prenatal</b>	Tiempo en que la mujer embarazada acudió al médico por primera vez a consulta de control prenatal	Se obtiene de la información a través del expediente clínico	Cuantitativa	Nominal	Día, mes y año
<b>Número de controles prenatales</b>	Consultas a las que la paciente embarazada acudió al médico a control prenatal	Obtención de información, a través del expediente clínico	Cuantitativa	Nominal	1,2,3,4,5,6,7 o mas

### CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL Y RESOLUCION DEL EMBARAZO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Semanas de gestación de inicio del control prenatal	Semanas de gestación en la que acudió a su primer consulta prenatal	Semanas de gestación tomando en cuenta la fecha de ultima menstruación en la que acudió a su primer consulta prenatal	Cuantitativa	De razón	Años
<b>Complicaciones en el embarazo</b>	Condiciones patológicas asociados con el embarazo y van desde molestias leves a enfermedades graves que requieren intervención medica	Patologías detectadas durante el embarazo registradas en el expediente clínico	Cualitativo	Nominal	1.Anemia 2.Infecciones 3.Preeclampsia/Eclampsia 4.Amenaza de aborto 5.Otras
<b>Resolución del embarazo</b>	Vía de obtención del producto	Vía de obtención del producto excluyendo abortos	Cualitativa	Nominal	1.Parto 2.Cesarea

<b>Semanas de gestación del neonato por Capurro</b>	Semanas de gestación del neonato calculadas por el índice de Capurro	Semanas de gestación del neonato calculadas por el índice de chapurro, registrado en certificado de nacimiento del neonato	Cuantitativa	Nominal	Semanas
<b>Calificación de apgar del neonato</b>	Método utilizado por el médico neonatólogo, para evaluar al recién nacido	Calificación de APGAR registrada en certificado de nacimiento del neonato	Cuantitativa	Ordinal	Puntuación
<b>Destino del recién nacido</b>	Área hospitalaria donde es indicado pasa el neonato posterior al nacimiento	Área del hospital en donde pasa el neonato al nacer, se buscara información en nota pediátrica.	Cualitativa	Nominal	1.Alojamiento conjunto 2.UCIN(unidad de cuidados intensivos) 3.Defunción

### e) DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No 1 de Pachuca, Hgo., durante un periodo de 6 meses, una vez aprobado el protocolo de investigación. Se realizó un estudio de casos y controles, con una muestra probabilística para comparación de proporciones, que fue constituida por 28 casos y 28 controles. Los pacientes se captaron de manera dirigida, mujeres amas de casa que cursaban con puerperio inmediato y que se hallaban en el área de hospitalización en el primer piso del HGZ y MF No 1, que llevaron su control prenatal en los consultorios de medicina familiar del HGZ y MF No 1. Antes de iniciar la entrevista, se entregó a cada mujer una carta de consentimiento informado (Anexo 2), en la cual se les garantizó la confidencialidad de la información, con el fin de lograr un ambiente de confianza para las entrevistadas. Una vez que cumplieron con los criterios de selección, se continuó con la revisión de expedientes clínicos correspondientes, se llenó la cedula de recolección de datos. Para ello se utilizó un instrumento de recolección, el cual contenía 27 ítems, este instrumento estaba constituido por cuatro apartados: Ficha de identificación la cual consistió en 9 variables con información propia de la paciente como nombre, edad, NSS, ocupación, escolaridad etc. Antecedentes ginecobstétricos, la cual constaba de 6 variables y características del control prenatal, resolución del embarazo, que constaba de 9 variables en las cuales se incluyó información del momento de ingreso al control prenatal, número de consultas a las que acudió la paciente, complicaciones del embarazo y datos propios del recién nacido; además la red social que constaba de 3 variables que son el número de amigos o familiares con los que cuenta, personas de las cuales recibió más apoyo durante el embarazo, resultado de índice global de apoyo social. Así mismo se aplicó el cuestionario de MOS autoadministrado, el cual consta de 20 ítems, este es un instrumento desarrollado por Sherbourne y cols.,

en pacientes participantes del Medical Outcomes Study (MOS), con una consistencia interna medida con Alfa de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, permite conocer la red familiar y extrafamiliar. El cuestionario MOS es un instrumento que fue validado por De la Revilla Ahumada L y et al, en 2005. De acuerdo al instrumento, el índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19. (38, 39). Una vez sistematizada la información se procesó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22.0; mediante análisis descriptivo e inferencial con OR e IC al 95%, Chi cuadrada con corrección de Yates y significancia de  $p < 0.05$  para rechazo de hipótesis nula.

#### f) TAMAÑO DE MUESTRA

- Frecuencia de exposición entre los controles: 48%
- Odds ratio previsto: 4.8
- Nivel de seguridad 95%
- Poder estadístico 85%

El estudio es de casos y controles por lo que se utilizará la fórmula de Shelesselman para la comparación de 2 grupos.

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dónde:

W: es la idea aproximada del Odds ratio que se desea estimar = 4.8 (OR=4.8) obtenida de contar con apoyo social, asociado al apego del control prenatal.

P1: Frecuencia de la exposición entre los casos = 0.944

Obtenida sustituyendo:  $p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2) + wp_2}$

P2: Frecuencia de la exposición de los controles = 0.48

P = 0.712

Obtenida  $P = p_1 + p_2$

Resultado final 13.69 (14)

Por lo que se obtuvo una muestra de 28 casos y 28 controles para la realización del estudio, utilizando un modelo probabilístico pareado en base a la edad.

### **g) ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizó mediante el cálculo de porcentajes, promedios, desviaciones estándar, varianza, media, prueba de  $Ji^2$  de Maentel-Haenzel para valorar la asociación entre variables categóricas; cálculo de razón de momios para evaluar la fuerza de asociación entre variables e intervalos de confianza al 95% para cada estimador. Se aplicó la Chi cuadrada con valores significativos de  $p < 0.05$ . Utilizando para el análisis de datos el paquete estadístico SPSS Statistics versión 22. Se considera un valor de alfa igual o menor de 0.05 estadísticamente.

## **f) ASPECTOS ÉTICOS**

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la Investigación del material humano y de información identificables. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad, en la práctica médica actual, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos.

En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento posibles, conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento de investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestado formalmente.

En base a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud título segundo, capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en humanos, artículos 13,17 y 20 publicado en el Diario Oficial de la federación el día 7 de febrero de 1987. El presente estudio no viola ninguno de los estatutos asentados.

## IX.- RESULTADOS

Se estudiaron a 56 pacientes amas de casa, 28 con apego al control prenatal denominadas controles y 28 sin apego que fueron los casos, encontrando lo siguiente con respecto a la red social de apoyo. Como actores principales de quienes se obtuvo apoyo en orden de importancia en las pacientes que llevaron apego al control prenatal en 1er lugar está el esposo con el 100% (28), madre 89% (24), otros 71% (20), hermanos y suegra 68% (19), cuñados 43% (12), padre 39% (11), amigos y suegro ambos 25% (7), vecinos 4%(1). En las pacientes que no tuvieron apego al control prenatal los actores principales fueron el esposo con el 100% (28), la madre con 86% (24), hermanos 79% (22), suegra y otros ambos con 57% (16), amigos 50% (14), padre 36% (10), cuñados 29% (8), suegro 18% (5), vecinos 11%(3), como se muestra en el cuadro 1.

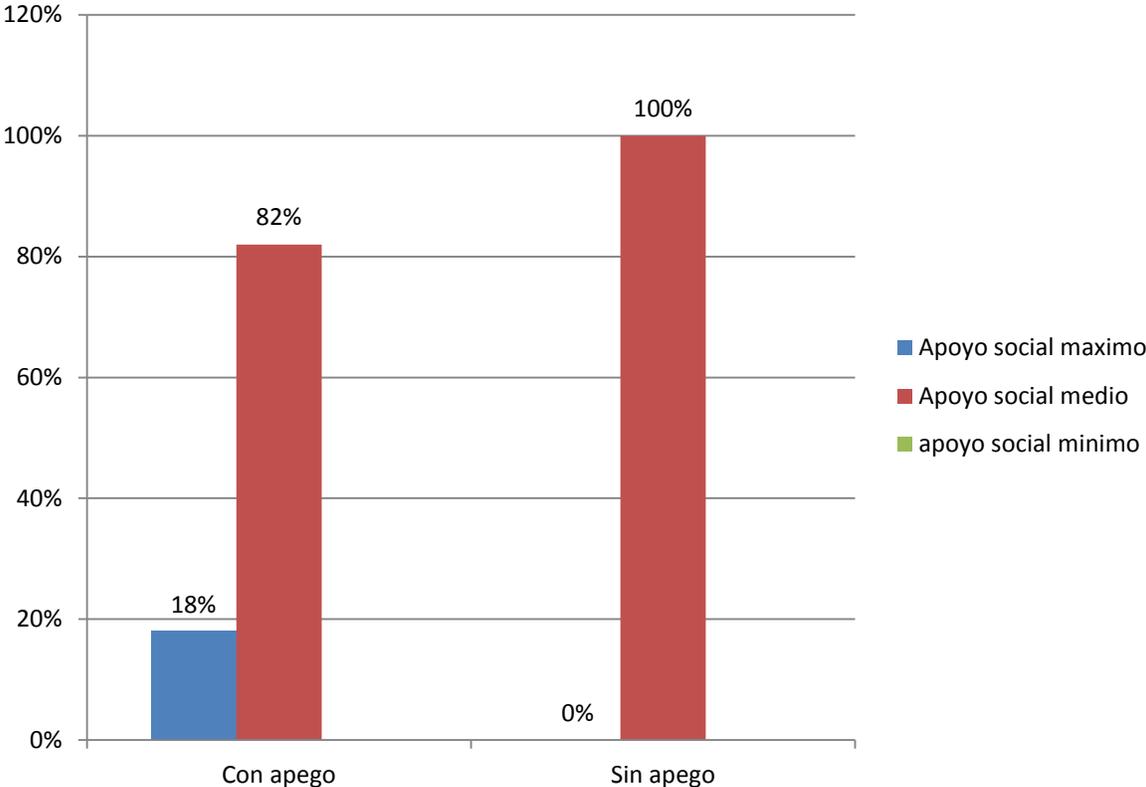
**CUADRO 1. APOYO SOCIAL EN EL EMBARAZO DE LOS GRUPOS CON Y SIN APEGO AL CONTROL PRENATAL.**

APOYOS	CON APEGO n=28	SIN APEGO n=28
<b>Esposo</b>		
Con apoyo	100% (28)	100% (28)
Sin apoyo	0%	0%
<b>Madre</b>		
Con apoyo	89% (25)	86% (24)
Sin apoyo	11% (3)	14% (4)
<b>Padre</b>		
Con apoyo	39% (11)	36% (10)
Sin apoyo	61% (17)	64% (18)
<b>Hermanos</b>		
Con apoyo	68% (19)	79% (22)
Sin apoyo	32% (9)	21% (6)
<b>Suegra</b>		
Con apoyo	68% (19)	57% (16)
Sin apoyo	32% (9)	43% (12)
<b>Suegro</b>		
Con apoyo	25% (7)	18% (5)
Sin apoyo	75% (21)	82% (23)
<b>Cuñados</b>		
Con apoyo	43% (12)	29% (8)
Sin apoyo	57% (16)	71% (20)
<b>Amigos</b>		
Con apoyo	25% (7)	50% (14)
Sin apoyo	75% (21)	50% (14)
<b>Vecinos</b>		
Con apoyo	4% (1)	11% (3)
Sin apoyo	96% (27)	89% (25)
<b>Otros</b>		
Con apoyo	71% (20)	57% (16)
Sin apoyo	29% (8)	43% (12)

FUENTE: RED SOCIAL Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN AMAS DE CASA DE HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA DE SOTO HIDALGO.

En la gráfica 1, se observan los resultados de las redes sociales que presenta las amas de casa durante el control prenatal, las cuales se obtuvieron de la aplicación del cuestionario de MOS, donde el índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 9, en nuestro estudio tenemos como resultados que las pacientes que llevaron apego al control prenatal solo el 18% obtuvo un apoyo social máximo y el 82% de las pacientes obtuvo un apoyo social medio, en las pacientes que no llevaron apego al control prenatal el 0% obtuvo apoyo social máximo y el 100% recibió apoyo social medio con OR 0.4 (IC 95% 0.33-0.61)  $p < 0.051$ .

**GRAFICA 1. REDES SOCIALES DE APOYO CON Y SIN APEGO A LA CONSULTA PRENATAL**



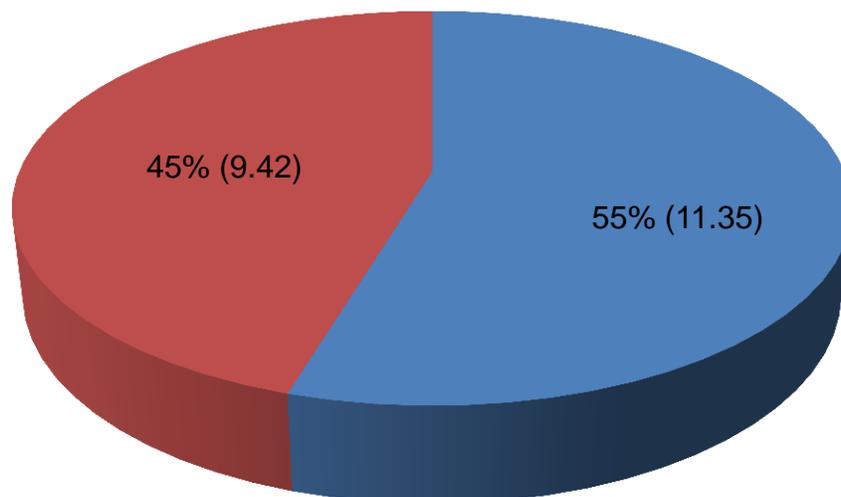
**FUENTE: RED SOCIAL Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN AMAS DE CASA DE HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA DE SOTO HIDALGO.**

En la gráfica 2, nos muestra el tamaño de la red social, el promedio del número de integrantes que formaron parte de la red social de apoyo durante el control prenatal en pacientes amas de casa, las pacientes que llevaron apego cuentan con un mayor número de integrantes en sus redes sociales de apoyo, siendo menor la red en las pacientes que no llevaron apego al control prenatal.

**GRAFICA 2. NUMERO DE INTEGRANTES DE LAS REDES SOCIALES DE APOYO EN PACIENTES CON Y SIN APEGO AL CONTROL PRENATAL**

**PROMEDIO DEL NUMERO DE INTEGRANTES DE LA RED SOCIAL DE APOYO**

■ CON APEGO ■ SIN APEGO



FUENTE: RED SOCIAL Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN AMAS DE CASA DE HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA DE SOTO HIDALGO.

Con respecto a las características sociodemográficas, en las pacientes que tuvieron apego al control prenatal presentaron edad de  $28 \pm 6$  años y las que no tuvieron apego presentaron edad de  $25 \pm 5$  años, cursaban bachillerato 32.1% (9) las pacientes que presentaron apego y 35.7% (10) las que no presentaron apego al control prenatal; con respecto al estado civil estaban casadas 78.6% (22) en ambos grupos, y solamente se encontraba soltera el 3.6% (1) de las pacientes sin apego al control prenatal, como se aprecia en el cuadro 2.

**CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS CON Y SIN APEGO AL CONTROL PRENATAL.**

CARACTERÍSTICAS	CON APEGO	SIN APEGO
Edad promedio	28 ± 6 años	25 ± 5 años
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	7.1%	14.3%
Secundaria	32.1%	32.1%
Bachillerato	32.1%	35.7%
Carrera técnica	7.1%	3.6%
Licenciatura	17.9%	14.3%
Posgrado	3.6%	0%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	0%	3.6%
Casada	78.6%	78.6%
Unión libre	21.4%	17.9%

FUENTE: RED SOCIAL Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN AMAS DE CASA DE HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA DE SOTO HIDALGO.

De los antecedentes ginecoobstétricos se observó en las pacientes primigestas que el 11% (3) cursaron con apego al control prenatal y 36% (10) no tuvieron apego al control prenatal con OR 4.6 (IC 95% 1.1-19) y  $P < 0.027$ . Con respecto a los abortos el 29% (8) de las pacientes que tuvieron apego al control prenatal presentaron abortos previos y en las pacientes que no presentaron apego al control prenatal únicamente el 8% (2) presentaron abortos previos con OR de 0.19 (0.03-1) y  $p < 0.036$ . Las cesáreas en ambos grupos fueron mayores del 50%. El espacio intergenésico mayor a 2 años fue de 71.4% (20) en la pacientes que tuvieron apego al control prenatal y del 0% en pacientes que no tuvieron apego; los detalles se observan en el cuadro 3.

**CUADRO 3. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LOS GRUPOS CON Y SIN APEGO AL CONTROL PRENATAL.**

CARACTERÍSTICAS	CON APEGO n=28	SIN APEGO n=28	OR (IC 95%)	P<
Edad promedio 1ra gestación	22 ± 4 años	20 ± 4 años		
<b>Gestas</b>			4.6% (1.1-1.9)	0.027
Primigestas	11% (3)	36% (10)		
Multigestas	89% (25)	64% (18)		
<b>Partos</b>			0.74% (0.25-2.1)	0.589%
Partos previos	61% (17)	54% (15)		
Sin partos previos	39% (11)	46% (13)		
<b>Abortos</b>			0.19 (0.03-1)	0.036
Abortos previos	29% (8)	8% (2)		
Sin abortos previos	71% (20)	92% (26)		
<b>Cesáreas</b>			0.38 (0.12-1.1)	0.094
Cesáreas previas	75% (21)	54% (15)		
Sin cesáreas previas	25% (7)	46% (13)		
<b>Espacio intergenésico</b>				0.012*
Menor a 2 años	17.9% (5)	65% (18)		
Mayor a 2 años	71.4% (20)	0%		
No aplica	10.7% (3)	35% (10)		
<b>Inicio de control prenatal</b>				0.000*
1er trimestre	93% (26)	0%		
2o trimestre	7% (2)	63% (17)		
3er trimestre	0%	37% (10)		

FUENTE: RED SOCIAL Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN AMAS DE CASA DE HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA DE SOTO HIDALGO.

De las complicaciones durante el embarazo se presentaron en primer lugar las infecciones genitourinarias con un 46% (13) en las pacientes que llevaron apego al control prenatal y de 56% (16) en las pacientes sin apego al control prenatal con un OR de 1.4 (IC 95% 0.49-4.1)  $p < 0.498$ . La preclampsia se presentó en un 4% en las pacientes que llevaron apego al control prenatal y en un 11% en pacientes que no llevaron apego al control prenatal, con OR de 3.3 (0.32-34.6)  $p < 0.352$ . La diabetes gestacional con 0% en las pacientes con apego y de 4% (1) en las pacientes sin apego con OR de 2 (IC 95% 1.5-2.7)  $p < 0.491$ . En cuanto a las complicaciones como anemia, amenazas de abortos, partos pretermino y eclampsia no hay diferencia entre ambos grupos. Como se puede observar en el cuadro 4.

**CUADRO 4. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO DE LOS GRUPOS CON Y SIN APEGO AL CONTROL PRENATAL.**

COMPLICACIONES	CON APEGO n=28	SIN APEGO n=28	OR (IC 95%)	P<
<b>Anemia</b>				
Presente	11% (3)	11% (3)		1.000
Ausente	89% (25)	89% (25)		
<b>Infecciones</b>				
Presente	46% (13)	56% (16)	1.4 (0.49-4.1)	0.808
Ausente	54% (15)	44% (12)		
<b>Abortos/partos pretermino</b>				
Presente	25% (7)	22% (6)	0.85 (0.24-2.9)	0.808
Ausente	75% (21)	78% (22)		
<b>Hipertensión arterial</b>				
Presente	14% (4)	4% (1)	0.23 (0.02-2.2)	0.187
Ausente	86% (24)	96% (27)		
<b>Preeclampsia</b>				
Presente	4% (1)	11% (3)	3.3 (0.32-34.6)	0.352
Ausente	96% (27)	89% (25)		
<b>Eclampsia</b>				
Presente	0%	0%	-----	-----
Ausente	100% (28)	100% (28)		
<b>Diabetes mellitus</b>				
Presente	0%	4% (1)	2 (1.5-2.7)	0.491
Ausente	100% (28)	96% (27)		

FUENTE: RED SOCIAL Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN AMAS DE CASA DE HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA DE SOTO HIDALGO.

Entre los resultados perinatales vemos que el 50% (14) de las pacientes que tuvieron apego al control prenatal la resolución del embarazo fue por vía vaginal y en las pacientes que no tuvieron apego la resolución del embarazo por vía vaginal fue del 48% (13), OR de 0.92 (IC 95% 0.32-2.6)  $p < 0.821$ ; Capurro y APGAR fue similar en ambos grupos.

En cuanto al destino del neonato se puede apreciar que en las pacientes que llevaron apego al control prenatal el 100% paso a alojamiento conjunto a diferencia de las pacientes que no llevaron apego solo el 85% paso a alojamiento conjunto, OR 0.85 (0.72-0.99)  $p < 0.051$ . Los detalles se observan en el Cuadro 5.

**CUADRO 5. RESULTADOS PERINATALES DEL EMBARAZO DE LOS GRUPOS CON Y SIN APEGO AL CONTROL PRENATAL.**

RESULTADOS PERINATALES	CON APEGO n=28	SIN APEGO n=28	OR (IC 95%)	P<
<b>Resolución del embarazo</b>			0.92(0.32-2.6)	0.821
Vaginal	50% (14)	48% (13)		
Abdominal	50% (14)	52% (15)		
<b>Capurro</b>			-----	1.000
Prematuros	11% (3)	11% (3)		
A termino	89% (25)	89% (25)		
<b>APGAR</b>			-----	-----
>8 puntos	100% (28)	100% (28)		
>8 puntos	0%	0%		
<b>Destino del neonato</b>			0.85 (0.72-0.99)	0.051
Alojamiento conjunto	100%	85% (23)		
UCIN	0%	15% (5)		

FUENTE: RED SOCIAL Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN AMAS DE CASA DE HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA DE SOTO HIDALGO.

## **X.- DISCUSIONES**

Se mostró que prevaleció en las amas de casa que si llevaron apego al control prenatal la red social de apoyo, en comparación con las que no llevaron apego donde ninguna paciente obtuvo la puntuación máxima de apoyo social, y que dentro de los principales actores en el apoyo de la red social estuvo integrada principalmente por familiares de ambos conyugues; identificando que existe en promedio mayor número de integrantes que conforman la red social de apoyo en el grupo de pacientes que llevo apego al control prenatal, y donde la falta de red social de apoyo fue significativa en gestantes sin apoyo al control prenatal. Las redes sociales de apoyo en este estudio se observó un mayor apoyo a la gestante con apego al control prenatal por parte de la madre, la suegra y en ambos grupos fue del 100% por parte de esposo. Estos resultados relacionados con lo mencionado por Cohen (2000), quien encontró que tanto el sentido psicológico de apoyo y expresiones reales de apoyo juegan un papel crítico en el mantenimiento de la salud y el bienestar. Podría considerarse que existe una relación positiva entre apoyo social y bienestar individual, aunque no están claros los mecanismos mediante los cuales las relaciones sociales afectan a la cognición, las emociones y la salud; ya que el apoyo social se mostró en 18% (5) en las amas de casa con apego al control prenatal y ninguno en las pacientes que no estaban apegadas al control prenatal; los demás presentaron apoyo intermedio en 82% con apego y en 100% sin apego; en ambos grupos no se observó apoyo bajo. (45)

Dentro de ese apoyo social se deriva el apoyo emocional, instrumental, interacción social y el apoyo afectivo donde se determinó que las áreas más bajas de apoyo fueron el instrumental e interacción social seguida del apoyo emocional e instrumental en las pacientes que no llevaron apego al control prenatal. En las pacientes con apego al control prenatal el menor apoyo se observó en el área instrumental y emocional, máximo apoyo en el área de interacción social y afectiva.

La edad fue de  $28 \pm 6$  años con apego y de  $25 \pm 5$  años sin apego, del estado civil estaban solteras 3.6% (1) en el grupo sin apego; similar a estudios realizados por Fernández y Colodin donde consideran que entre los riesgos de pacientes con y sin apego a control prenatal, sobresalen en la edad materna promedio de  $27 \pm 6$  años; además en casos de mujeres solteras o con cónyuges migrantes, el tamaño de la red se reduce a uno o dos actores, y en algunos casos estas mujeres no cuentan con ninguna red social de apoyo.

Por otra parte la presencia de antecedentes de abortos en pacientes con apego al control prenatal fue de 29% (8) y sin apego 8% (2); con OR 0.19 (IC 95% 0.03-1) y  $p < 0.036$ ; por lo que puso más en atención a su cuidado en este grupo de pacientes, ya que las multigestas fueron en ambos grupos mayor a 64%; de acuerdo a lo que se menciona por Gonzaga-Soriano (2014) al estudiar la mortalidad en mujeres embarazadas en Tijuana, México; que es necesario que las mujeres embarazadas tengan una vigilancia prenatal temprana, periódica y sistemática que permita la identificación y el diagnóstico oportuno de pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones durante su embarazo. (42)

En cuanto a la atención de las primigestas, 11% (3) cursaban con apego y 36% (10) sin apego con OR 4.6 (IC 95% 1.1-19); además del espacio intergenésico mayor a 2 años 71.4% (20) con apego y sin apego 0%; condiciones que ponen en riesgo al binomio madre hijo de acuerdo con lo que se menciona en otros artículos de Reino Unido, donde el Centro Nacional de Colaboración para la Salud de la Mujer y el Niño ha publicado unas directrices sobre la atención prenatal y recomienda que en la primera visita se debe evaluar el riesgo que presenta cada paciente para sufrir preeclampsia durante la actual gestación, también una serie de características maternas, antecedentes familiares y personales y antecedentes obstétricos, y establecer una línea de visitas en atención prenatal. (43)

Asimismo, estudios realizados México como el de Peñuelas y Pérez Molina, de, las principales complicaciones perinatales que se presentaron fueron: preeclampsia, diabetes gestacional, amenaza de parto pretérmino y ruptura de

membranas. Al comparar estas complicaciones por edad y paridad no se encontraron diferencias significativas. En nuestro estudio se presentó infecciones genitourinarias en gran parte en las embarazadas sin apego al control prenatal. La Diabetes gestacional estuvo presente en 0% con apego y sin apego en 4%; las demás complicaciones como preeclampsia se presentó en 3 pacientes sin apego y en uno con apego y eclampsia en ningún grupo se hizo presente; de abortos y parto pretérmino no se observaron diferencias significativas.

## **XII.- CONCLUSIONES**

En este estudio se demostró que si existe asociación entre la red social de apoyo y el apego a control prenatal en amas de casa por lo que lo podemos considerar como un factor de protección. Poniendo especial atención en el área instrumental, de interacción social y emocional, que son factores asociados al abandono del control prenatal.

Respecto a los actores principales que conforman estas redes de apoyo se encuentran el esposo, la madre, hermanos, suegra y otros. En promedio el tamaño de la red con base al número de actores que la conforman es de 11.3 personas para las pacientes que si llevaron apego al control prenatal y de 9.42 personas para las pacientes sin apego al control prenatal.

En las pacientes que no llevaron apego al control prenatal se mostró un nivel de escolaridad bajo, menor edad, espacio intergenesico menor a 2 años; las complicaciones fueron infección genitourinaria, preclampsia y diabetes mellitus presentándose en mayor porcentaje en pacientes sin apego.

Se ha contemplado que los sistemas de salud y las redes sociales han ido acompañados de una reducción de los recursos y presupuestos destinados a la salud, así como la búsqueda de soluciones alternativas. De ahí la importancia de continuar con su práctica y como médicos familiares considerando que somos el primer contacto en el primer nivel de atención no solo debemos de limitarnos hacer diagnósticos y tratamientos, sino identificar, prevenir y disminuir el riesgo de complicaciones, promoviendo y haciendo uso adecuado en este caso de las redes sociales de apoyo en cada paciente que en su momento lo requiera, identificando las fortalezas y debilidades que estas redes puedan presentar tanto en las relaciones intrafamiliares como en las extra familiares, usándolas a favor y como un apoyo que favorezca el manejo de la intervención preventiva y terapéutica en trabajo conjunto con un equipo multidisciplinario. Siendo que actualmente se ha

observado que aunque se lleve un control prenatal adecuado siguen existiendo complicaciones y muertes tanto maternas como perinatales. Por lo que se sugiere que durante la primera visita de control prenatal se identifique el tamaño de la red y los actores principales que la conforman, ya que como se concluyó en este estudio, si están asociadas a un mejor control prenatal.

### XIII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaria de Salud. Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. México D.F: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2008[2012; 20 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-2007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la presentación del servicio. México DF. 6 de enero de 1995.
3. Gonzaga MR, Zonana NA, Anzaldo MA, Olazarán GA. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Sal Pub Mex. 2014; 56(1):32-39.
4. Peñuelas JE, Ramírez MG, González BM, Gil JA, Cárdenas AA, García NL. Factores Asociados a mortalidad materna. A S Sin [Internet] 2008. [27 de febrero 2014]; 2(3):86-90. Disponible en: <http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/rev6&20Art%201%20Factores%20Asociados%20a%20mortalidad%20materna.pdf>.
5. Jiménez MA, Peralta SE, Hinojosa GL, García GP, Castillo MY, Miranda PC. Beneficios y barreras percibidas por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. Ciencia UANL. 2012; 15(57):81-92.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Base de egresos hospitalarios 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/madre13.pdf>
7. Lasso TP. Atención prenatal: ¿Tenciones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? Pen Psic. 2012; 10(2):123-133.
8. Rodríguez AE, Aguilar PP, Montero CL, Hoil SJ, Andueza PG. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. Rev. Biomédica. 2012; 23(1):23-32.
9. Couceiro M, Passamai M, Contreras N, Zimmer M, Cabianca G, Mayorga M, et al. Variables biológicas y sociales de embarazadas y peso al nacer de sus hijos, controladas por el primer nivel de atención (Salta, Argentina). Antropo [Internet] 2009 [11 de febrero 2014]; 19:7-21. Disponible en: <http://www.didac.ehu.es/antropo/19/19-2/Couceiro.pdf>
10. Pérez MJ, Quezada LC, Panduro BG, Castro HJ. Factores de riesgo materno asociados a muerte fetal en nacimientos pre termino en un hospital público del occidente de México. Rev Invest Clin. 2012; 64(4):330-335.
11. Munares GO. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del ministerio de salud Perú. Rev. Perú Epidemiol. 2013; 17(2):1-8.

12. Caseres MF. El control prenatal: Una reflexión urgente. Rev. Col Obs Gin. 2009; 60(2):165-170.
13. Moreno SA, Bandeh MH, Meneses CM, Díaz de León PM, Mujica HM, González DJ, et al. Control prenatal en medio rural. Rev Fac Med UNAM. 2008; 51(5):188-192.
14. Faneite AP, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: Motivos de inasistencia, ¿se justifica? Rev Obstet Ginecol Venez. 2009; 69(3):147-151.
15. Martínez GJM, Delgado RM. Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. Gas Sanit [Internet] 2013. [27 de abril 2014]; 27(5):447-449. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org>
16. Del Valle LJG, Plascencia AC, Del Valle GN, Nápoles VE, Matamoros SD. Calidad de la atención prenatal en el área de Mella. MEDISAN 2010; 14(5):641-648.
17. Jaramillo AI, Palomino AI, Pasmíño OS, Pinzon BF. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en 2 instituciones de salud de Popayán. Rev Col Ginecol Obs 2001; 52(1):1-10.
18. Heredia IP, Servan ME, Reyes MH, Lozano R. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. Sal Pub Mex 2013; 55(2):249-258.
19. Panduro BJ, Jiménez CP, Pérez MJ, Panduro ME, Peraza MD, Quezada FN. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. Ginecol Obstet Mex. 2012; 80(11):694-704.
20. Rodríguez G, Morales N, Fernández D, González S, Lau Chan V, Kolodin S. Asuntos de familia estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en honduras departamentos de Copan, Olancho, Intubica y La Paz [Internet] 2014. [10 junio del 2014]: 1-42. Disponible en:
21. [www.sm2015.org/WMSfiles/products/SM2015/.../Estudio\\_Neas\\_HO.pdf](http://www.sm2015.org/WMSfiles/products/SM2015/.../Estudio_Neas_HO.pdf)
22. Orozco NE, González BMA, Kageyama ELM, Hernández PB. Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna arranque parejo en la vida. Sal pub Mex. 2009; 51(2):104-113.
23. Tamez GS, Valle AI, Eibenschutz HC, Méndez RI. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Sal Pub Mex. 2006; 48(5): 418-429.
24. Fernández PR. Redes sociales, apoyo social y salud. Periferia Barcelona [Internet] 2005. [14 de mayo 2014]; 21(3):1-16. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Periferia/article/download/145012/196832>
25. Pasarín L. Estudio antropológico de redes sociales de madres adolescentes durante el embarazo en mesa 21, Metodología. IX Congreso Argentino de

- Antropología Social; 2008 Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNAM. Posadas, Agosto 2008.
26. Bronfman M. Como se vive se muere: familia, redes sociales y muerte infantil. 2ª edición. Buenos aires Argentina: Lugar Editorial; 2001.
  27. Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México”. Rev Saude Pub [Internet] 2004. [7 de febrero del 2014]; 38(1):62-70. Disponible en: <http://www.fsp.usp.br/rsp>
  28. Llopis C J. Redes sociales y apoyo social. Una aproximación a los grupos de autoayuda. Rev Rec Inv Antrop [Internet] 2005 [17 junio del 2014]; (3):1-25. Disponible en: [www.raco.cat/index.php/Periferia/article/download/145011/196831](http://www.raco.cat/index.php/Periferia/article/download/145011/196831)
  29. Marques SP, Fernández PR, Cabrerla LA, Muñoz DM, Llopis CJ, Arias RN. La sostenibilidad del sistema sanitario desde una perspectiva de redes sociales: una propuesta para la promoción de hábitos saludables y apoyo social. Rev Esp Salud Pública 2013; 87(4):307-315.
  30. Molina JL, Fernández R, Llopis CJ. El apoyo social en situaciones de crisis: un estudio de caso desde la perspectiva de las redes personales. Portularia 2008; 53(1): 61-76.
  31. Meléndez JC, Tomas MJ, Navarro PE. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. Sal Pub México 2007; 49(6):408-413.
  32. Medellín FM, Rivera HM, López PJ, Kanan GC, Rodríguez OA. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Sal Ment 2012; 35(2):147-154.
  33. Aranda C, Torres LT, Salazar EJ, Pando MM, Aldrete RG. Estudio comparativo sobre las redes de apoyo social en médicos familiares y agentes de tránsito, México. Rev Inv en Psicología. 2010; 13(2):73-82.
  34. Aurea LO. Ama de casa o trabajadora asegurada, relación del control prenatal y ocupación, HGZ y MF No 1, IMSS [Tesis]. Pachuca Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2012.
  35. Hernández SS. Violencia conyugal y apego al control prenatal HGZ y MF No 1, IMSS [Tesis]. Pachuca Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011.
  36. Rincón CM. De la preclampsia a la insuficiencia renal: morbilidad-post embarazo en mujeres derechohabientes del IMSS, delegación Hidalgo [Tesis doctoral]. México D.F. Universidad Autónoma Metropolitana; 2013.
  37. ARIMAC, Área de información médica y archivo clínico del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No 1, Pachuca Hidalgo. Julio del 2014.
  38. Josué PS. Apoyo social y control glucémico en adultos mayores del módulo de DIABETIMSS. HGZ Y MF No 1 Pachuca Hidalgo [Tesis] Pachuca Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011.

39. Ángel SM. Identificación y utilidad de la herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informa. Rev Med La Paz, 2011; 17(1): 60-67.
40. Revilla AL, Luna CJ, Bailón ME, Medina MI. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Med Fam, 2005; 6(1): 10-18.
41. Luis Alberto Fernández–Carrocera, Erika Corral-Kassian, Silvia Romero Maldonado, Enrique Segura-Cervantes, Elsa Moreno-Verduzco, Mortalidad neonatal en 2007 y 2008 en un centro de tercer nivel de atención. Bol MedHosp Infant Mex 2011; 68(4):284-289.
42. Susan K. Kolodin, Gisela Rodríguez. Estudio cualitativo sobre las redes sociales de apoyo durante el embarazo y parto en tres municipios de Chiapas. Salud en Chiapas. Año II. Vol. 1, enero - marzo de 2014.
43. Gonzaga-Soriano, M R, Zonana-Nacach, A, Anzaldo-Campos, MC, Olazarán-Gutiérrez A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Salud pública de México / vol. 56, no. 1, enero-febrero de 2014.
44. Benítez Martín, Manzanares Galán. Nuevas tendencias en la atención prenatal y seguimiento del embarazo. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 2013 (1); pp. 1-17
45. Lira J; Delgado G, Aguayo P, Coria I, Zambrana M. Edad materna avanzada y embarazo: ¿Qué tanto es tanto? Ginecol. obstet. sept. 1997 Méx; 65(9):373-8.
46. Cohen, Sheldon; Underwood, Lynn G. & Benjamin H. Gottlieb (eds.) (2000). Social Support. Measurement and Intervention. A Guide for Health and Social Scientists. Oxford: Oxford. University Press.

## XIV.- ANEXOS

### ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	ENE 2014	FEB 2014	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEPT 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014- JUN 2015	JUL-AGO 2015	SEP-DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016
Elección del tema	■															
Revisión de la bibliografía	■	■														
Elaboración del protocolo		■	■													
Corrección del protocolo				■	■	■	■	■	■	■	■					
Presentación al comité local de investigación (CLI)										■	■					
Corrección con base en observaciones CLI										■	■					
Aplicación de instrumento												■				
Captura en base de datos													■			
Análisis de resultados														■		
Discusión de resultados															■	
Conclusiones															■	
Presentación de tesis																■



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALLUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION.  
ANEXO 2**

Nombre del estudio: Red social y el apego del control prenatal en amas de casa del HGZ y MF No 1, IMSS, Pachuca de Soto Hidalgo 2014-2015.

Patrocinador externo (si aplica)\*: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Número de registro: \_\_\_\_\_

Justificación y objetivo del estudio: La disminución de la mortalidad materna es considerada actualmente como una prioridad internacional. En México sin embargo este objetivo está lejos de ser alcanzado, ya que las cifras publicadas por la OMS muestran una reducción anual inferior al 1%. Dentro de las causas de morbilidad materna encontramos a las redes de apoyo social como factores de riesgo o protección para el cuidado de la salud materna, además de los ya conocidos como el nivel socioeconómico bajo, edad, analfabetismo, inestabilidad familiar, ser ama de casa, entre otros, por lo que estas mujeres se encuentran con mayor vulnerabilidad para tener un cuidado adecuado al control prenatal. Por lo que el objetivo del estudio es determinar la asociación que existe entre la red de apoyo social y el apego al control prenatal en amas de casa del HGZ MF No 1 de Pachuca Hidalgo.

Procedimientos: Se realizara un estudio de casos y controles, mediante la revisión de expedientes clínicos y una cedula de recolección de datos con el fin de determinar si tuvieron apego al control prenatal, así como el cuestionario MOS referente al apoyo social y la mujer embarazada ama de casa, se analizará y evaluará la información obtenida en base a la asociación existente entre la red social y el apego al control prenatal en amas de casa.

Posibles riesgos y molestias: algunas preguntas podrán generarme incomodidad, creando molestia en el ámbito personal, así como al prestar unos minutos de mi tiempo para contestar el cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: en lo personal no obtendré ningún beneficio, sin embargo los resultados del estudio servirán para evaluar el apoyo de las redes sociales en el embarazo con el propósito de evitar en lo posible complicaciones antes, durante y después del embarazo.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: una vez que sean analizados los resultados del presente estudio, se podrán proponer y aplicar medidas de mejora en el control prenatal, si así se requiriera.

Participación o retiro: Se me ha explicado el motivo del estudio y aclarado todas mis dudas. Y en el momento que yo así lo decida podre abandonarlo, sin que esta decisión afecte en mi atención médica.

Privacidad y confidencialidad: El investigador principal me ha dado la seguridad que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial, así mismo se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque esto pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autorizo que se me tome la muestra
- Si autorizo que se me tome la muestra solo para este estudio
- Si autorizo que se me tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: usted como tal no tendrá ningún beneficio directo, sin embargo la información nos servirá para tener un panorama del funcionamiento de las redes de apoyo social y como pueden influir para evitar complicaciones durante el embarazo.

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

Investigador responsable: Jaqueline Hernández Cruz, Matricula 99137658, HGZMF No1, 7715269349

Colaboradores: María del Carmen Rincón Cruz, Matricula, HGZMF No, 17 3 78 33

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participantes podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS. Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comision.eticaimss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	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.

\*En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.

**CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

**ANEXO 3**

**I.-FICHA DE IDENTIFICACION Y DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.**

- 1.-Folio \_\_\_\_\_  
2.-Nombre de la paciente \_\_\_\_\_  
3.-No. Afiliación: \_\_\_\_\_ Agregado \_\_\_\_\_  
4.-Clinica de Adscripción \_\_\_\_\_ Consultorio turno: \_\_\_\_\_  
5.-Tipo de Derechohabientica: 1. Asegurado: ( ) 2. Beneficiario: ( )  
6.-Edad: \_\_\_\_\_  
7.-Escolaridad:  
1.- ( ) Analfabeta 2.- ( ) Primaria 3.- ( ) Secundaria 4.- ( ) Bachillerato  
5.- ( ) Carrera técnica 6.- ( ) Licenciatura 7.- ( ) Posgrado.  
8.-Ocupacion:  
1.- ( ) Ama de casa 2.- ( ) Empleada de oficina 3.- ( ) Profesionista.  
4.- ( ) Empleada doméstica 5.- ( ) Obrera 6.- ( ) Comerciante  
7.- ( ) Otro.  
9.-Estado civil:  
1.- ( ) Soltera 2.- ( ) Casada 3.- ( ) Viuda  
4.- ( ) Divorciada 5.- ( ) Unión libre 6.- ( ) Separada.

**II.-ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS**

- 10.-Edad de primera gesta: \_\_\_\_\_  
11.-Gestas: \_\_\_\_\_  
12.-Partos: \_\_\_\_\_  
13.-Cesareas: \_\_\_\_\_  
14.-Abortos: \_\_\_\_\_  
15.-Espacio Inter genesico: \_\_\_\_\_

**CARTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL Y RESOLUCION DEL EMBARAZO**

16. Semanas de gestación de inicio del control prenatal \_\_\_\_\_  
17.-Número de consultas de control prenatal en el 1er trimestre del embarazo \_\_\_\_ No asistió \_\_\_\_  
18.-Número de consultas de control prenatal en el 2º trimestre del embarazo \_\_\_\_ No asistió \_\_\_\_  
19.-Número de consultas de control prenatal en el 3er trimestre del embarazo \_\_\_\_ No asistió \_\_\_\_  
20.-Complicaciones durante el embarazo:  
1) Anemia 2) Infecciones 3) Amenaza de aborto o parto pre término  
4) Enfermedad hipertensiva del embarazo 5) Preclampsia 6) Eclampsia  
7) Diabetes Gestacional 8) Otra.  
21.-Resolucion del embarazo: Parto \_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_  
22.-Semanas de gestación del neonato por Capurro \_\_\_\_  
23.-Calificacion del neonato APGAR \_\_\_\_  
24. Destino del neonato: 1) Alojamiento conjunto 2) UCIN 3) Defunción

**RED SOCIAL**

25. ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos a usted la apoyaron durante su embarazo? \_\_\_\_\_  
26. ¿Quiénes son las personas de las que recibió apoyo durante su embarazo?  
Esposo \_\_\_\_ Madre \_\_\_\_ hermana y/o hermano \_\_\_\_ Amiga y/o amigo \_\_\_\_ Vecinos \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_  
27. En base al cuestionario MOS, ¿cuál es el índice global de apoyo social?  
a) Máximo 95 b) Medio 57 c) Mínimo 19  
28. En este último embarazo ha sufrido algún tipo de violencia:  
a) Si, de quien \_\_\_\_\_ b) No

## Cuestionario de apoyo social MOS

### ANEXO 4

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

No de amigos íntimos o familiares.....

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

<b>Marque con un círculo uno de los números de cada fila</b>	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>La mayoría de veces</b>	<b>Siempre</b>
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Tomado de, De la Revilla et al. Validación del cuestionario de MOS en atención Primaria

### Instrucciones de llenado de cedula de recolección de datos

Se procederá al llenado completo de cada uno de los rubros, sin omisiones o tachaduras, con lápiz o lapicero por el entrevistador, obteniendo los datos del interrogatorio directo de la paciente.

1. No de folio: Se llenara con el número de entrevista que corresponda
2. Nombre: Se anotara el nombre completo con apellidos, paterno y materno
3. No de afiliación: Numero de adscripción que tiene el expediente clínico incluyendo el agregado.
4. Clínica de adscripción, consultorio y turno. Se anotaran los datos correspondientes
5. Tipo de derechohabencia: Marcan con una "x" en el paréntesis elegido.
6. Edad: Se colocara una "x" en el paréntesis que corresponda.
7. Escolaridad: Se anotara el número de años registrados en el expediente.
8. Ocupación: Se colocara una "x" en el paréntesis que corresponda
9. Estado civil: Se colocara una "x" en el paréntesis que corresponda

#### ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

10. Edad de primera gesta: Se anotara la edad en años cumplidos en el momento de su primer embarazo.
11. Gestas: Se anotara en número de embarazos que ha tenido la paciente que hayan llegado a término o no.
12. Partos: Se anotara el número de embarazos que se resolvieron por vía vaginal
13. Cesáreas: Se anotara el número de cesáreas que haya tenido la paciente
14. Abortos: Se anotara el número de abortos que haya tenido la paciente
15. Espacio inter genésico: Se anotara el número de años de diferencia entre el ultimo embarazo y el actual si es el 1er embarazo se colocara NA

#### CARACTERISTICAS DE CONTROL PRENATAL Y RESOLUCION DE EMBARAZO

16. Semanas de gestación de inicio de su control prenatal. Anotar las semanas de gestación que tenía la paciente al momento de iniciar el control prenatal del embarazo actual.
17. A cuantas consultas de control, prenatal acudió en el primer trimestre del embarazo. Anotar el número de consultas a las que acudió la paciente durante los primeros tres meses de embarazo. Si no acudió durante ese periodo marcar con una "x" en el sitio correspondiente.
18. A cuantas consultas de control prenatal acudió en el segundo trimestre del embarazo. Anotar el número de consultas a las que acudió la paciente durante los segundos tres meses de embarazo. Si no acudió durante ese periodo marcar con una "x" en el sitio correspondiente.
19. A cuantas consultas de control prenatal acudió en el tercer trimestre del embarazo. Anotar el número de consultas a las que acudió la paciente durante los últimos tres meses de embarazo. Si no acudió durante ese periodo marcar con una "x" en el sitio correspondiente.
20. Que complicaciones tuvo durante el embarazo. Se colocara una "x" en el paréntesis o en los paréntesis que correspondan
21. Resolución del embarazo: se colocara una "x" en el paréntesis que corresponda.
22. Semanas de gestación del neonato por CAPURRO que aparece en su certificado de nacimiento.

23. Calificación del neonato APGAR. Se colocara la calificación de APGAR que aparece en su certificado de nacimiento.
24. Destino del neonato. Colocar una x en el sitio correspondiente.

#### RED SOCIAL

25. Escribir el número de amigos íntimos o familiares cercanos a usted que la apoyaron durante su embarazo.
26. Marque con una X las personas de las que recibió apoyo durante su embarazo.
27. En base al resultado del cuestionario MOS, marque con una X el índice global de apoyo social obtenido.
28. Marque con una X la respuesta, en caso de ser afirmativa, describa el actor o los actores.

#### **Instrucciones de llenado del cuestionario de apoyo social MOS**

Marcar con una **X** la opción elegida

1. Especificar el número de amigos íntimos y familiares cercanos con los que cuenta.
2. A partir de la pregunta número 2 hasta la pregunta número 20, marcar con una **X** la opción elegida en base a las siguientes respuestas:
  - Nunca
  - Pocas veces
  - Algunas veces
  - La mayoría de las veces
  - Siempre