



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
Facultad de Medicina, Psicología y Nutrición  
Coordinación de Posgrado e Investigación

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO  
EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.”**

**Tesista:**

Karen Lizeth Batista Plata  
Médico Residente de Medicina Familiar

**Investigador Principal:**

Dra. Samantha Lizeth Segarra Linares  
Médico Especialista en Medicina Familiar

**Investigador metodológico:**

Dra. Catalina Verdin Bravo.  
Médico Especialista en Medicina Familiar

**Tijuana, Baja California Febrero 2023**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 204.  
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 02 CEI 004 2018081

FECHA Miércoles, 12 de octubre de 2022

**Dra. SAMANTHA LIZETH SEGARRA LINARES**

**PRESENTE**


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PERCEPCION DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN** 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-2022-204-141

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. Juan pablo robles noriega**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tijuana, Baja California, a 11 de febrero del 2023

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada "Percepción de apoyo social en pacientes con embarazo de alto riesgo en una unidad de primer nivel de atención.", elaborada por Karen Lizeth Batista Plata, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Director de Tesis

C c.p. Archivo

Tijuana, Baja California, a 11 de febrero del 2023

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada "Percepción de apoyo social en pacientes con embarazo de alto riesgo en una unidad de primer nivel de atención.", elaborada por Karen Lizeth Batista Plata, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Catalina Verdin Bravo

Sinodal

Tijuana, Baja California, a 11 de febrero del 2023

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada "Percepción de apoyo social en pacientes con embarazo de alto riesgo en una unidad de primer nivel de atención.", elaborada por Karen Lizeth Batista Plata, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Samantha Lizeth Segarra Linares

Sinodal

## IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

**Tesista:** Dra. Karen Lizeth Batista Plata

Médico Residente de Medicina Familiar y Tesista

**Matrícula:** 98029544

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana.

**Institución:** Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Baja California.

**Teléfono:** (664) 374 88 41.

**Correo electrónico:** [kbatista@uabc.edu.mx](mailto:kbatista@uabc.edu.mx)

**Investigador principal:** Dra. Samantha Lizeth Segarra Linares.

Médico especialista en Medicina Familiar.

**Matrícula:** 97201277.

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana.

**Institución:** Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Baja California.

**Teléfono:** (811) 790 74 43

**Correo electrónico:** [samanthasegarra@gmail.com](mailto:samanthasegarra@gmail.com)

**Investigador metodológico:** Dra. Catalina Verdin Bravo.

Médico especialista en Medicina Familiar.

**Matrícula:** 98021687.

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana.

**Institución:** Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Baja California.

**Teléfono:** (664) 301 43 53

**Correo electrónico:** [catalinaverdin@yahoo.com](mailto:catalinaverdin@yahoo.com)

**Lugar donde se llevará a cabo:** Unidad de Medicina Familiar No. 27, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California.

## ÍNDICE

Pág.

<b>Resumen</b>	<b>8</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>11</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>13</b>
<b>Justificación</b>	<b>16</b>
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>17</b>
<b>Objetivos</b>	<b>18</b>
<b>Material y métodos</b>	<b>19</b>
<b>Diseño del estudio</b>	<b>19</b>
<b>Población de estudio</b>	<b>19</b>
<b>Periodo</b>	<b>19</b>
<b>Lugar de realización del estudio</b>	<b>19</b>
<b>Selección y tamaño de la muestra</b>	<b>20</b>
<b>Criterios de selección</b>	<b>21</b>
<b>Descripción general del estudio</b>	<b>22</b>
<b>Análisis estadístico</b>	<b>25</b>
<b>Definición conceptual y operacionalización de las variables</b>	<b>26</b>
<b>Aspectos éticos y normativos</b>	<b>29</b>
<b>Bioseguridad</b>	<b>31</b>
<b>Recursos humanos, financiamiento y factibilidad</b>	<b>32</b>
<b>Resultados</b>	<b>33</b>
<b>Discusión</b>	<b>50</b>
<b>Conclusión</b>	<b>53</b>
<b>Cronograma de actividades</b>	<b>55</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>56</b>
<b>Anexos</b>	<b>60</b>

## RESUMEN

### “PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.”

*Batista-Plata KL, Segarra-Linares SL, Verdín-Bravo C.*

**INTRODUCCIÓN:** El embarazo de alto riesgo cuenta una prevalencia del 22% a nivel mundial y se describe como una situación en la que tanto la madre, el feto o ambos pueden llegar a presentar problemas durante el embarazo, parto o puerperio a comparación de un embarazo normal. Contar con una red de apoyo durante este proceso es fundamental, ya que en la actualidad el apoyo social ha constituido uno de los factores protectores más investigados, sobre la relación existente entre el apoyo social y el estado de salud tanto individual como colectiva, se menciona que, a mayor apoyo social, existe una mejoría de la salud, tanto física como psíquica; así como un buen apoyo social baja las tasas de mortalidad y aumenta el uso de los servicios de salud. Así mismo un bajo apoyo social puede llegar a repercutir en su salud mental, encontrándose con un incremento de riesgo de padecer depresión postparto.

**OBJETIVO:** Determinar grado de percepción de apoyo social en pacientes con embarazo de alto riesgo en una unidad de primer nivel de atención.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio observacional, transversal, prospectivo, en pacientes femeninas mayores de 17 años con diagnóstico de embarazo de alto riesgo, de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California, con un tamaño muestral de 230 pacientes. Previa autorización por el Comité local de investigación, por las autoridades de la unidad y del consentimiento informado del paciente, se aplicó el cuestionario MOS de apoyo social, así como factores sociodemográficos para determinar la percepción de apoyo social en pacientes con embarazo de alto riesgo. Utilizando estadística descriptiva se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas media, mediana y moda. Para variables cualitativas porcentajes y frecuencias, se recabaron en una hoja de Excel para después procesar los datos en el programa estadístico SPSS versión 26. La presentación de datos se presentó en gráficas y tablas de contingencia.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 227 participantes que cumplieron con los criterios de elegibilidad, de las cuales la mayoría se encontraban entre los 20 a 29 años de edad (53.7%), con una

escolaridad secundaria (38.32%), de acuerdo a la percepción de apoyo social, el 85% de las pacientes contaban con un apoyo social global adecuado, en las dimensiones evaluadas, el 89% de las pacientes contaban con un apoyo afectivo adecuado y la dimensión con mas falta de apoyo fue la instrumental con un 17.6%. Se observó que a mayor escolaridad mayor grado de apoyo el 100% de las pacientes con escolaridad universitaria contaban con un apoyo social global adecuado, además pacientes primigestas contaban con una percepción de apoyo social mayor (97%) en comparación con las que habían tenido 2 a 4 partos (84%), o más de 4 partos (70%), La patología que mas se presento fueron los estados hipertensivos del embarazo (15.84%), siendo la preeclampsia el grupo que presentó mayor falta de apoyo global (27%).

**CONCLUSIÓN:** Pacientes con embarazo de alto riesgo cuentan con un apoyo social percibido escaso en un 15%, además, dentro de los factores sociodemográficos obtenidos, se observa que a menor grado de escolaridad menor percepción de apoyo social, así como la presencia número de embarazos, pacientes multigestas, y mujeres solteras se observan con menor apoyo social con respecto a pacientes primigestas y mujeres casadas o en unión libre. Los estados hipertensivos del embarazo se mostraron en mayor proporción de los cuales la preeclampsia fue la patología con mayor apoyo social global escaso.

**PALABRAS CLAVE:** Apoyo Social, Embarazo Alto Riesgo, Control prenatal, Prevención Primaria, Salud Mental.

## MARCO TEÓRICO

El embarazo según la Norma Oficial Mexicana se define como “la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del “conceptus” en el endometrio y termina con el nacimiento”.<sup>1</sup> Durante todo este proceso de embarazo-puerperio la mujer presentará una serie de cambios fisiológicos, hormonales, emocionales, psicológicos y sociales, los cuales pueden llegar a repercutir directamente en la salud mental de ella.<sup>2</sup> Estos cambios pueden presentar dos vertientes, una de ellas puede llegar a ser momentos en la mujer de felicidad, alegría, satisfacción, esperanzas o expectativas positivas para la paciente; sin embargo, también puede llegar a presentar cambios de estrés, nostalgia y dificultades, incluso cambios en su salud mental repercutiendo negativamente.<sup>3</sup>

Todos estos cambios que surgen durante el periodo de gestación de las mujeres, tanto positivos e incluso los negativos, pudieran llegar a ser esperados, sin embargo algunas condiciones consiguen poner en peligro la salud materno-fetal y por lo tanto convertir este fenómeno fisiológico en un embarazo de alto riesgo y causar más condiciones estresantes;<sup>4</sup> por lo cual se debe tener presente que la mujer gestante cuente con un apoyo que vaya en busca de una salud de manera integral, para así apuntar a una buena salud del binomio madre-hijo.<sup>5</sup>

El embarazo de alto riesgo se describe como una situación en la que tanto la madre, el feto o ambos pueden llegar a presentar problemas durante el embarazo o el parto a comparación de un embarazo normal, pero no necesariamente cuando una paciente se considere de alto riesgo significa que ocurrirá algún problema; sin embargo, solo conlleva a la paciente a necesitar una atención o tratamiento especializado para llevar a cabo un término del embarazo y parto saludable.<sup>6</sup>

Se considera embarazo de alto riesgo de acuerdo a ciertas características sociodemográficas, biológicas, patológicas y/o ginecoobstétricas; las cuales se les otorga un puntaje y se categorizan con embarazo de alto o bajo riesgo, según el manual de procedimientos del Instituto Mexicano del Seguro Social define embarazo de alto riesgo como: “Mujer en etapa grávida que tienen características y/o circunstancias que incrementan la posibilidad de presentar daño(s) a la salud de la madre y/o el feto, durante el embarazo, el parto y/o el puerperio”. Calificando con una puntuación de 4 o más puntos, utilizando el formato MF-5/2000.<sup>7</sup>

En las ciudades de occidente mujeres que se encuentran en periodos de gestación, puerperio, lactancia y primeros años de sus vidas, se establece un mayor contacto con interacciones con los profesionales de la salud, dando a entender los cambios que pasan por su cuerpo y las recomendaciones para llevar a cabo estos procesos de una manera más tranquila.<sup>8</sup> Conjuntamente, las reglas, regulaciones y servicios de apoyo en el lugar de trabajo y en las comunidades para mujeres con embarazo de alto riesgo están asociados con niveles más altos de bienestar. El apoyo informativo y los servicios educativos de calidad por parte de los proveedores de atención médica y la posibilidad de comunicación con modelos exitosos de pares también pueden mejorar el bienestar entre las mujeres con embarazo de alto riesgo.<sup>9</sup>

Se ha visto que la depresión prenatal se encuentra correlacionada a padecer parto prematuro, aborto espontáneo, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso al nacer, todos los cuales se consideran factores de embarazo de alto riesgo; el cual puede conllevar a incrementar el riesgo de padecer depresión postparto. Así mismo, se ha observado en diferentes estudios realizados en Europa, Asia y América, que el embarazo de alto riesgo se presenta con alta prevalencia de trastornos depresivos.<sup>10</sup>

Según la revisión sistemática de Biaggi y cols. en Reino Unido 2016, mostró que los factores más relevantes asociados con la depresión o la ansiedad prenatal fueron: la falta de pareja o de apoyo social; historial de abuso o violencia doméstica; historial personal de enfermedad mental; embarazo no planeado o no deseado; eventos adversos en la vida y alto estrés percibido; así como complicaciones del embarazo presente / pasado; y pérdida del embarazo.<sup>11</sup>

En un estudio realizado en Colombia por Lotero y cols. en 2018 se compararon las manifestaciones afectivas tanto positivas y negativas en mujeres gestantes agregando variables gineco-obstétricas y de funcionalidad familiar, y en ellas encontraron que personas con un mejor rasgo afectivo positivo presentaban un menor riesgo obstétrico, en cambio las mujeres embarazadas quienes mostraban un rasgo afectivo negativo mayor, se encontraban con un embarazo no deseado, incluso una mala dinámica o disfunción familiar. Por lo que los autores concluyeron que la percepción del apoyo familiar, así como los rasgos afectivos influyen en la salud gestacional; si estos son positivos, influyen de una manera positiva, pero si llegan a ser negativos se presentan como un obstáculo para la adaptación a la maternidad y así sus relaciones familiares percibidas.<sup>12</sup>

En la actualidad el apoyo social ha constituido uno de los factores protectores más investigados, y con resultados más positivos para poder aumentar la resistencia de las personas ante las transiciones que presentan en la vida, los estresores diarios, las crisis personales, así como en el momento de adaptación o en el ajuste de enfermedades. En realidad, son múltiples los estudios epidemiológicos que estudiaron la relación existente entre el apoyo social y el estado de salud tanto individual como colectiva, se menciona que a mayor apoyo social, existe una mejoría de la salud, tanto física como psíquica; así como un buen apoyo social baja las tasas de mortalidad y aumenta el uso de los servicios de salud.<sup>13</sup>

El apoyo social se ha descrito como las personas que integran una red de contacto de un determinado individuo, llámese de personas dentro de la familia, un círculo de amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc.; las cuales brindan la ayuda disponible para necesidades físicas, materiales, psicológicas. A su vez una red de apoyo social es un grupo o conjunto de personas o instituciones las cuales cuenta la persona para poder brindarle confianza, atención, amor y valores.<sup>14</sup>

En 1991 los autores Sherbourne y Stewart de California crearon un cuestionario breve y autoadministrado llamado Cuestionario MOS de Apoyo Social, el cual nos permite ver la red familiar y extrafamiliar en el cual evalúa 4 dimensiones: a) Red de apoyo social: variable la cual evalúa el número de personas que conforman la red de apoyo social (familiares y amigos); b) Apoyo social emocional/informacional: aquella definida como el soporte emocional y la disponibilidad de recibir orientación y consejos; c) Apoyo instrumental: el cual se caracteriza por la conducta o material de apoyo que recibe el paciente; d) Interacción social positiva: definida por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas, y e) Apoyo afectivo: señalado por las expresiones de amor y afecto.<sup>15</sup>

## ANTECEDENTES

A nivel global la tasa de fecundidad se ha visto disminuida de un 3.2 nacidos vivos por mujer en 1990 actualmente se encuentra a 2.5 nacidos vivos en 2019; teniendo una disminución parecida en países de América Latina y el Caribe de 3.3 a 2.0 nacidos vivos por mujer. Y se espera que continúen disminuyendo a 2.2 para el 2050 y 1.9 para el 2100.<sup>16</sup> Con respecto a México, según resultados de la INEGI se ha observado una tasa de fecundidad parecida al resto del mundo y de América Latina teniendo una tasa de 2.07 nacidos vivos por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años.<sup>17</sup>

El embarazo de alto riesgo se presenta alrededor del 20-22% según James et. al. 2017 Cambridge<sup>18</sup>, de los cuales más del 80% de ellos son responsables de los resultados adversos perinatales.<sup>19</sup> Martínez-Royert y Pereira-Peñate en Colombia 2015 comentan una tasa de morbilidad perinatal elevada del 45%, con un incremento en la incidencia de embarazos de alto riesgo del 20 al 30%.<sup>20</sup> En cuanto a estudios nacionales, un estudio realizado por Barragán y cols. en el Hospital General de Sonora en 2017 identificó el nivel de riesgo obstétrico de las mujeres embarazadas que acudían a un centro de primer nivel de atención, detectando que el 31% de las pacientes estudiadas contaban con una clasificación de alto riesgo, teniendo un porcentaje elevado del 12.4% en pacientes de las edades de 19-25 años.<sup>21</sup>

Respecto al control prenatal, según los objetivos del desarrollo sustentable, en el 3er objetivo sobre salud y bienestar, se menciona que más mujeres se encuentran recibiendo una atención prenatal, incluso en las regiones en desarrollo, la atención prenatal ha aumentado del 65% en 1990 al 83% en 2012.<sup>22</sup> En los países de ingresos medianos y bajos, la utilización de la atención prenatal ha aumentado desde la introducción en el 2002 del modelo de atención prenatal de la OMS. Sin embargo, a escala mundial, durante el período del 2007 al 2014, solo 64% de las embarazadas acudió a los cuatro contactos mínimos que recomendaba la OMS durante la atención prenatal.<sup>23</sup>

A nivel nacional, en el 2015 se realizó la encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres del Instituto Nacional de Salud Pública, donde colocaron que el 98% de las mujeres mexicanas recibieron atención prenatal más de una vez y el 87%, al menos cinco veces, como lo marca mínimo la Norma Oficial Mexicana 007: "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto

y puerperio, y de la persona recién nacida.”; es decir, que casi 9 de cada 10 mujeres embarazadas asistieron cinco veces o más a una consulta. Mientras que en la región Noroeste del país el 96.4% recibió un total de cuatro consultas o más, teniendo una alta cobertura de atención prenatal, sin embargo, en esta misma encuesta en cuanto al contenido específico de consejería al 25.7% de las pacientes se le ofreció algún servicio de detección para la salud mental llámese ansiedad o depresión lo cual se encontró un poco arriba del total nacional que fue del 23.4%.<sup>24</sup>

En un estudio realizado en Polonia en 2021 por Iwanowicz-Palus et. al, donde asoció la relación de apoyo social, autoeficacia y características en pacientes con diabetes gestacional en comparación con mujeres con embarazo sano; encontró pacientes con diabetes gestacional que contaban con un aumento en apoyo social percibido el cual estaba asociado a una puntuación elevada de autoeficacia es decir; al aumento de tener la confianza en su propia capacidad de lograr algún desafío, en comparación con las gestantes sanas, una menor necesidad de apoyo social se encontraba asociado a mayor nivel de autoeficacia.<sup>25</sup>

Otro estudio realizado por Sarmasti et. al en Irán del 2019, comparó el apoyo social percibido y estrés percibido en mujeres con embarazo normal y mujeres con preeclampsia, encontrando en este grupo una disminución del apoyo social percibido y aumento del estrés percibido a comparación de mujeres con un embarazo sano.<sup>26</sup>

Un metaanálisis y revisión sistemática en Australia 2021 por Bedaso et al. identificó que las mujeres embarazadas que recibieron un apoyo social bajo tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad mental en comparación de aquellas que presentaban un buen apoyo social.<sup>27</sup>

En una revisión sistemática aplicada para población iraní del 2018 por Alipour y cols. se encontró una lista de factores prenatales contribuyentes a problemas de salud mental, entre ellos apoyo social bajo, el tipo de relación con el esposo, satisfacción marital, embarazos no planeados, eventos estresantes y violencia doméstica. Por lo cual demostró que la salud mental en el embarazo está significativamente afectada por problemas sociales, sistemas de soporte, y comunicación dentro de la dinámica familiar. Teniendo como conclusión que se debe de

educar y entrenar al personal de salud a reconocer los factores de riesgo y evaluar a las mujeres en cada visita prenatal, así como monitorear la salud mental y sus preocupaciones.<sup>28</sup>

Según la academia americana de pediatría junto con la academia americana de ginecología y obstetricia en sus guías de atención perinatal del 2017, menciona factores de riesgo para la depresión tanto en embarazo como en estado de puerperio, colocando factores estresantes, ansiedad materna, historia de depresión, falta de apoyo social, así como otros factores sociales relacionados con la educación y la economía de estas.<sup>29</sup>

En un estudio transcultural de prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión prenatal entre mujeres de España y México, por Marcos-Nájera y cols. en 2021 se encontró que había una mayor prevalencia con síntomas depresivos en mujeres mexicanas (20.3%) que en mujeres españolas (10.0%), a los cuales los factores asociados en ambos grupos mostraron que tanto la ansiedad prenatal previa como la falta de apoyo emocional familiar son factores de riesgo comunes en ambos grupos.<sup>30</sup>

En la Ciudad de México Rodríguez-Leis et. al. en 2018, realizó un estudio en el cual consistió en investigar si había diferencias significativas en los niveles de estrés, depresión y ansiedad entre aquellas mujeres gestantes que percibían un apoyo social y las que no, los cuales los resultados encontrados fueron que, si se encontró una correlación con el apoyo social, emocional y de confianza con niveles de ansiedad, depresión y estrés. Además, se encontraron correlaciones positivas con el nivel de educación y el apoyo emocional.<sup>31</sup>

Mota-Sanhua y cols. también en la Ciudad de México del 2019, realizaron un estudio de carácter cuali-cuantitativo en el que se entrevistó a un grupo pequeño de mujeres embarazadas con vulnerabilidad social y/o económica explorando las barreras y los facilitadores para recibir atención prenatal, así como los conocimientos en torno a su salud prenatal y las actitudes frente al embarazo; encontraron que uno de los facilitadores fue los roles de la pareja y el apoyo familiar que recibían y sobre el conocimiento poco conocían sobre los aspectos de depresión o incluso maltrato y entre las actitudes se mostraban con miedos por el embarazo, estresores dentro de su mismo entorno.<sup>32</sup>

## JUSTIFICACIÓN

El embarazo es un proceso trascendental fisiológico por el que pasa la mujer y en el cual se pueden presentar tanto cambios emocionales positivos como negativos, pero si a esto se agrega un embarazo de alto riesgo, pudiera llegar a poner en peligro la salud materno-fetal, donde condicionan a un aumento en los factores estresantes que conlleva el embarazo a padecer algún riesgo de presentar un trastorno afectivo como una depresión posparto.<sup>3,10</sup>

El control prenatal y la vigilancia continua en pacientes con embarazo de alto riesgo, es uno de los aspectos más importantes para llevar a cabo un conveniente control, evolución y terminación del embarazo con un parto saludable, previniendo y tratando diversos eventos adversos que se pudieran llegar a presentar, lo cual ha conllevado a un incremento en las consultas prenatales tanto de primera vez como las subsecuentes.<sup>24</sup>

Es importante identificar si la paciente cuenta con redes de apoyo apropiadas ya que estos se encuentran relacionados con el desarrollo de una adecuada salud mental e impactar sobre los problemas de depresión y ansiedad que cada día se encuentra en mayor riesgo de presentarlos. Esto con el fin de poder encaminarse para una adecuada prevención del desarrollo de depresión postparto, puesto que este padecimiento si continúa puede provocar, el desarrollo de una disfunción familiar, el progreso a una depresión crónica, inclusive el suicidio o intento de este.

Por lo cual es necesario conocer el grado de percepción de apoyo social que recibe nuestra población gestante de alto riesgo, ya que no se cuenta con una información amplia y detallada sobre los niveles de apoyo tanto en el país como en nuestra localidad, precisa de interés detectar la red de apoyo que la paciente cuenta durante este proceso; para dar a conocer las posibles resoluciones: ya que al conocer la percepción apoyo social en las pacientes e identificar algún rubro con deficiencia, poder otorgar medidas preventivas, a través de pláticas informativas o grupos de apoyo en este grupo especial de pacientes; e incluso continuar con la vigilancia activa durante el puerperio de las pacientes identificadas.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo de alto riesgo cuenta con una prevalencia mundial aproximadamente del 20-22%, de las cuales se desconoce la prevalencia a nivel nacional, así como el apoyo social percibido en este grupo de pacientes. <sup>18</sup>

Se ha visto que el apoyo social se observa como un factor protector sobre la prevención de trastornos afectivos para depresión, ansiedad prenatal e incluso depresión postparto. Se ha identificado que mujeres embarazadas con un apoyo social bajo tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad mental en comparación de aquellas que presentan un buen apoyo social.<sup>27</sup>

La presencia o ausencia del grado de percepción de apoyo social en pacientes que cursan con embarazo de alto riesgo es sustancial, porque pueden llegar a repercutir en su salud mental, de una manera positiva o negativa, creando un mayor riesgo de presentar alteraciones del estado del ánimo tanto en el embarazo como el puerperio.

El conocimiento de su existencia en este grupo poblacional es fundamental, ya que pacientes las cuales cuenten con buen apoyo social percibido además de un control prenatal adecuado y oportuno hace sobrellevar de este proceso de una manera más llevadera para lograr una terminación del embarazo en un parto saludable. Sin embargo, conocer aquellas con apoyo social percibido bajo se podrá otorgar de manera oportuna herramientas sobre el control de su salud mental y ejercer como un equipo multidisciplinario para prevenir o combatir los trastornos afectivos si se llegasen a presentar.

Por lo que surgió la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cómo es la percepción de apoyo social en pacientes con embarazo de alto riesgo en una Unidad de Primer Nivel de atención?**

## OBJETIVOS

### **Objetivo general:**

- Determinar el grado de percepción de apoyo social en pacientes con embarazo de alto riesgo en una Unidad de Primer Nivel de atención.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar pacientes que se encuentran con embarazo de alto riesgo en la Unidad de Medicina Familiar no. 27.
- Evaluar la percepción de apoyo social utilizando el Cuestionario MOS de Apoyo Social.
- Conocer las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes participantes en el estudio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### **Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio:**

El estudio de investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en la ciudad de Tijuana, Baja California, unidad urbana de primer nivel de atención. Boulevard Gustavo Díaz Ordaz S/N, KM 11.5 Carretera Antigua a Tecate, Col. La Mesa Tijuana, B.C. Cuenta con rutas de transporte urbano, automóvil, bicicleta o cualquier medio de transporte terrestre.

### **Diseño y tipo de estudio:**

- a) **Diseño:** Observacional, Transversal, Prospectivo.
- b) **Tipo de estudio:** Estudio cuantitativo.
- c) **Tipo de investigación:** No experimental.
- d) **Población de estudio:** Pacientes femeninas mayores de 17 años que se encontraban con diagnóstico de embarazo de alto riesgo, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudan a la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.
- e) **Periodo de estudio:** el estudio se realizó en el periodo comprendido entre Octubre del 2022 a Febrero del 2023.
- f) **Lugar de estudio:** Unidad de Medicina Familiar No.27 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tijuana, B.C.

### **Universo de trabajo:**

Pacientes femeninas mayores de 18 años que se encontraban con diagnóstico de embarazo de alto riesgo, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.

**Tipo de muestreo:** No probabilístico por conveniencia.

**Tamaño de la muestra:** A nivel mundial se cuenta con una prevalencia de embarazo de alto riesgo de 22%, dado a que no se identificaron estudios nacionales sobre las redes de apoyo en embarazo de alto riesgo, ni la prevalencia de esta; sin embargo en la Unidad de Medicina Familiar no.27 de la ciudad de Tijuana, Baja California, de acuerdo al censo obtenido de la unidad para vigilancia prenatal se cuenta con un total de 10,900 pacientes vistas durante el año 2021, las cuales de ellas el 15% cuentan con un diagnóstico de embarazo de alto riesgo registradas en las Cédulas de Identificación del Riesgo Obstétrico (CISPRO) . Por lo cual se utilizó la siguiente fórmula.

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

n = tamaño de la muestral

N = tamaño de la población (10,900)

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza. (1.96)

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia. (15%)

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1- p) (85%)

e= error de estimación máximo aceptado. (5%)

Despejando la fórmula quedando de la siguiente manera:

$$n = \frac{10900 * (1.96)^2 * 0.85 * 0.15}{(0.05)^2 * (10900-1) + (1.96)^2 * 0.85 * 0.15}$$

$$n = 5338.86 / 27.74$$

**Se obtuvo un tamaño de muestra de 192 pacientes, con una muestra ajustado a un 20% de pérdidas de 230 pacientes.**

### **Criterios de selección:**

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes femeninas mayores de 17 años que se encontraban con diagnóstico de embarazo de alto riesgo, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.
- Paciente que firmaron consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que acudían para una atención médica cursando con alguna situación de urgencia y no pudieran responder el instrumento a evaluar.
- Paciente que cursaba con algún tipo de discapacidad mental donde no se podía evaluar su percepción de apoyo social de forma directa.

#### **Criterios de eliminación:**

- Encuestas o información incompleta.

### **Variables:**

#### **Variable dependiente:**

- Apoyo social.

#### **Variables independientes:**

- **Sociodemográficas:** Edad, Escolaridad, Ocupación, Estado civil.
- **Clínicas:** Edad gestacional, número de gestación, antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes personales patológicos.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Previa aprobación del presente estudio por el Comité Local de Investigación y Ética Local de Investigación en salud (CLIEIS). Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y prospectivo, donde se incluyeron 230 pacientes que acudían a la consulta ordinaria de esta Unidad en Tijuana Baja California. Se identificaron las pacientes mayores de 18 años que contaban con el diagnóstico de embarazo de alto riesgo en CISPRO (Cédula de Identificación del Riesgo Obstétrico) el cual se encontraba bajo resguardo por el Jefe de Consulta a cargo del Programa de Atención Materno Fetal de la UMF No. 27, que incluía los censos actualizados de las pacientes embarazadas de ambos turnos de la Consulta Externa de Medicina Familiar.

El alumno tesista realizó recorridos en la sala de espera de la unidad en ambos turnos de atención médica y una vez identificadas las participantes de estudio y sin interrumpir su atención médica, se les invitó a participar y se les entregó un consentimiento informado donde se describían las principales características del estudio así como los riesgos y beneficios de su participación. En caso de aceptar participar, se procedió a firmar el consentimiento informado. Para respetar la privacidad de la paciente se realizó el interrogatorio en el área de Planificación Familiar, consultorios de medicina preventiva y/o en aula con previa autorización para propiciar un ambiente tranquilo, agradable y confidencial.

Posteriormente se pidió responder una hoja de recolección de datos, la cual permitió obtener datos personales, sociodemográficos y médicos con la finalidad de conseguir las principales características de las participantes necesarias para el estudio. Los cuestionarios e instrumentos fueron respondidos por la participante, en caso de participantes analfabetas, el tesista fue el responsable de llenar adecuadamente las encuestas, explicando detalladamente el contenido de cada una de las preguntas y asegurando la plena comprensión de la participante.

Finalmente se aplicó el instrumento índice el cual es el Cuestionario MOS de Apoyo Social (Sherbourne y Stewart, 1991), el cual es un una encuesta breve, multidimensional, autoadministrada de 20 ítems; 19 de ellos de tipo Likert con una puntuación del 1 al 5; que se compone de cinco factores: Red de apoyo, Apoyo social emocional/ informacional, Apoyo instrumental, Interacción social positiva y Apoyo afectivo, el cual cada factor contiene sus preguntas, y de acuerdo al nivel de puntaje de cada área: a mayor puntaje se encuentra con un

adecuado apoyo en el área presentada. Así mismo se toma en cuenta el índice global de apoyo el cual se obtiene sumando los 19 ítems. Pacientes identificadas con bajo índice global de apoyo social y/o algún otro tipo de apoyo en cualquiera de las dimensiones evaluadas de manera individual serán captados sus datos y serán canalizadas y notificadas al servicio de trabajo social.

Las participantes del estudio se derivaron al servicio de planificación familiar para la orientación y asesoría sobre los métodos de planificación, así como con médico familiar para continuar con un seguimiento adecuado de su control prenatal y derivación oportuna a los servicios de apoyo de segundo nivel.

La información de las participantes fue resguardada por el investigador responsable a fin de asegurar la confidencialidad.

Instrumento de medición:

Cuestionario MOS de Apoyo Social: Cuestionario MOS de Apoyo social, fue un instrumento creado por Sherbourne y Stewart en 1991, en pacientes para valorar la red familiar y extrafamiliar en el cual es un instrumento breve, autoadministrada, que consta de 20 ítems, donde el primer hace la referencia sobre la Red de apoyo social: variable la cual evalúa el número de personas que conforman la red de apoyo social (familiares y amigos); y el resto de los 19 ítems son de tipo Likert los cuales tienen una escala que va desde 1 a 5 puntos, donde se evalúa varias dimensiones: Apoyo emocional/informacional, Apoyo instrumental, Interacción social positiva y Apoyo afectivo.<sup>15</sup>

Se cuenta con la aplicación de este instrumento en varios países, con su validación en primer nivel de atención, así como población mexicana. Posee un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.97.<sup>30</sup>

La puntuación se consigue mediante de una calificación global, obteniendo el índice global de apoyo social sumando los 19 ítems, teniendo un índice global máximo de apoyo social de 95 puntos, con un valor medio de 57 puntos y un mínimo de 19 puntos. Considerando un apoyo global escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos.

El instrumento dentro de las diversas dimensiones que contiene cuenta con una distribución factorial de los ítems que se presentan de la siguiente manera: Apoyo emocional: engloba los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19, con una puntuación máxima de 40 puntos, una media de 24 puntos y mínima de 8 puntos. Ayuda material o instrumental: comprende de los ítems 2, 5, 12 y 15, su puntuación máxima 20 puntos, media 12 puntos y mínima 4 puntos. Relaciones sociales de ocio y distracción con los ítems 7, 11,14 y 18; puntuación máxima 20 puntos, media 12 puntos y mínima 4 puntos y por último el apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño con ítems 6,10 y 2, su puntuación máxima: 15 puntos, media: 9 puntos y mínima: 3 puntos. Así mismo se podrá catalogar como falta de apoyo en alguna de estas áreas cuando las puntuaciones estén por debajo de 24 puntos para apoyo emocional; inferior de 12 puntos en apoyo instrumental e interacción social y una puntuación menor a 9 puntos en apoyo afectivo.

31

Una vez llenada ambas encuestas, el tesista recolecta las mismas y agradece la participación de las pacientes. La encuestas e instrumentos de medición recolectados fueron procesados y analizados por el tesista, los cuales fueron registrados en una hoja electrónica y posteriormente analizados mediante el programa estadístico SPSS 26. El tesista fue el responsable de la interpretación de la información resultante, análisis estadístico, conclusiones y recomendaciones de los resultados. El investigador responsable será el encargado de resguardar la información que resulte de la presente investigación a fin de preservar la confidencialidad. Finalmente, el tesista realizará la presentación de los resultados ante el equipo de trabajo y autoridades del Hospital.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizar estadística descriptiva como son las medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas media, mediana y moda. Para variables cualitativas porcentajes y frecuencias, se recabarán en una hoja de recolección de datos para después procesar los datos en el programa estadístico SPSS versión 26. La presentación de datos se utilizará de gráficas y tablas de contingencia.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE A ESTUDIAR	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	VALORES FINALES
Apoyo Social.	Serie de recursos psicológicos que son significativas para un individuo y que lo hacen sentirse estimado y valorado.	Se definirá la percepción de apoyo social en las pacientes utilizando el Cuestionario MOS de Apoyo Social.	Variable dependiente.  Cualitativa.  Ordinal.	Apoyo Social.	<p><b>APOYO GLOBAL:</b></p> <p>1. Apoyo Social Global escaso: <math>\leq 56</math> puntos.</p> <p>2. Apoyo Social Global adecuado: <math>\geq 57</math> puntos.</p> <p><b>APOYO EMOCIONAL:</b></p> <p>A) Falta de Apoyo Emocional: <math>\leq 23</math></p> <p>B) Adecuado Apoyo emocional: <math>\geq 24</math></p> <p><b>APOYO INSTRUMENTAL:</b></p> <p>A) Falta de Apoyo Instrumental: <math>\leq 11</math></p> <p>B) Adecuado Apoyo Instrumental: <math>\geq 12</math></p> <p><b>INTERACCIÓN SOCIAL:</b></p> <p>A) Falta de Interacción Social: <math>\leq 11</math></p> <p>B) Adecuada Interacción Social: <math>\geq 12</math></p> <p><b>APOYO AFECTIVO:</b></p> <p>A) Falta de Apoyo Afectivo: <math>\leq 8</math></p> <p>B) Adecuado Apoyo Afectivo: <math>\geq 9</math></p>
Edad gestacional.	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.	Se definirá utilizando por trimestres del embarazo.	Variable independiente.  Cualitativa  Ordinal	Trimestre del embarazo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primer trimestre: <math>\leq 12.6</math> semanas de gestación.</li> <li>2. Segundo Trimestre: 13-26.6 semanas de gestación.</li> <li>3. Tercer Trimestre: <math>\geq 27</math> semanas de gestación.</li> </ol>

<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona en años	Son los años cumplidos expresados por el sujeto al momento de la recolección de datos.	Variable Independiente Cualitativa Ordinal	Edad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 18-19 años</li> <li>2. 20-29 años</li> <li>3. 30-34 años</li> <li>4. ≥35 años</li> </ol>
<b>No. De Gestación</b>	Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos.	Número de gesta en base al nacimiento de su hijo, sin importar la resolución de este.	Variable Independiente Cualitativa Ordinal	Numero de gestación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primigesta</li> <li>2. 2 a 4</li> <li>3. Más de 4 embarazos</li> </ol>
<b>Antecedentes personales patológicos</b>	Los antecedentes personales consisten en una revisión de los antecedentes patológicos de la paciente.	Información de antecedentes que cuenta la paciente, previo a su embarazo.	Variable independiente Cualitativa Nominal	Antecedentes personales patológicos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Hipertensión Arterial</li> <li>3. Diabetes Mellitus</li> <li>4. Cardiopatía</li> <li>5. Antecedente gineco-obstétrico</li> <li>6. Otra enfermedad crónica y/o sistémica grave</li> </ol>
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Se definirá con base a lo expresado por el sujeto al momento de la recolección de datos, tomando en cuenta el último año de estudios para considerarlo en el mismo.	Variable Independiente Cualitativa Ordinal	Escolaridad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguna</li> <li>2. Primaria</li> <li>3. Secundaria</li> <li>4. Preparatoria o técnica.</li> <li>5. Universidad</li> </ol>
<b>Estado Civil</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Se definirá con base a lo expresado por el sujeto al momento de la recolección de datos, para fines del estudio se incluirán cinco estados civiles:	Variable Independiente Cualitativa Nominal	Estado Civil	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltera</li> <li>2. Casada</li> <li>3. Unión Libre</li> <li>4. Divorciada</li> <li>5. Viuda</li> </ol>

		soltero, casado, unión libre, divorciado y viudo.			
<b>Ocupación</b>	Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente.	Se definirá con base a lo expresado por el paciente al momento de la recolección de datos, se dividirá en cuatro grupos: empleado con remuneración por sus servicios, estudiante inscrito en un plantel educativo, que realice ambas tareas o ama de casa/ninguna.	Variable Independiente  Cualitativa  Nominal politémica	Ocupación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ama de casa/Ninguna</li> <li>2. Estudiante</li> <li>3. Empleada</li> <li>4. Estudiante y Empleada</li> </ol>

## **ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS**

Con base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud la presente investigación se considera una Investigación con riesgo mínimo. El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea General en Brasil en el año 2013. Tomando como principio básico el Artículo 8 que basa en el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. La presente Investigación es acorde con los lineamientos de materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos internacionales.

La investigación se encuentra acorde al Título Quinto, Capítulo 1, Artículo 100 de la Ley General de Salud, adaptándose a los principios tanto éticos como científicos que justifican la investigación médica, existiendo seguridad de los sujetos en el estudio sin exponerlos a riesgos o daños, además de contar con consentimiento informado escrito de los sujetos que serán parte del estudio. Se utilizaron consentimientos informados, mismos que serán firmados voluntariamente por todos los sujetos de estudio de la presente investigación.

Mi deber como investigadora es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión o chantaje de ningún tipo como lo estipula el artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el artículo 5, y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones. Los documentos que conforman la base de datos serán manejados en forma confidencial mediante número de folio, de acuerdo a la hoja de recolección de datos y únicamente los investigadores tendrán acceso a ellos, el investigador principal será el encargado de la recolección de datos, y se salvaguardará toda la información generada en el presente estudio.

La relación del riesgo presente en este estudio es un riesgo mínimo, ya que no se realizará ningún tipo de intervención en las participantes de la investigación, las cuales afecten la bioseguridad de estas; solo se realizará la aplicación de cuestionarios que nos brindaran información sobre la percepción del apoyo social con el que cuentan las pacientes, la molestia que estas pudieran ocasionarle es el hecho de que algunas de las preguntas pueden resultarle incómodas. El beneficio para las participantes serán las derivaciones de los subtipos de apoyo social y, en caso de detectarse una escasa o falta de percepción de apoyo social y/o algún otro tipo de apoyo en cualquiera de las dimensiones evaluadas de manera individual, se canalizará al servicio de Trabajo Social para el estudio de caso y la implementación de estrategias de apoyo que mejoren la red de apoyo de la paciente. Las participantes del estudio se derivarán al servicio de planificación familiar para la orientación y asesoría sobre los métodos de planificación, así como con médico familiar para continuar con un seguimiento adecuado de su control prenatal y derivación oportuna a los servicios de apoyo de segundo nivel.

La presente investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS. Se efectuará el presente estudio previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética Local de Investigación en Salud (CLIEIS), de las autoridades correspondientes de la unidad y aceptación del participante con firma de la carta de consentimiento informado. (Anexo I)

## **BIOSEGURIDAD**

El presente protocolo no utilizará pruebas, ni muestras que comprometan la bioseguridad del paciente.

No se utilizarán pruebas tales como: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con medicamentos, ensayos con nuevos dispositivos, procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre, amniocentesis ni otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos o que tengan control con placebos, entre otros, que comprometan la Bioseguridad del paciente.

## RECURSOS HUMANOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

### HUMANOS

- Tesista: Karen Lizeth Batista Plata Médico Residente de Medicina Familiar, Adscrito a Sede de Unidad de Medicina Familiar No.27.
- Investigador Principal: Dra. Samantha Lizeth Segarra Linares. Médico Familiar Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No.27.
- Investigador Metodológico: Dra. Catalina Verdín Bravo. Médico Familiar Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No.27.
- Pacientes femeninas mayores de 18 años que se encuentren con diagnóstico de embarazo de alto riesgo, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.

### FÍSICOS

- Área física: infraestructura y bienes inmuebles de propiedad del IMSS.
- Formatos de recolección de información: copias de hoja de recolección de datos, copias de carta de consentimiento informado y copias de instrumento.
- Papelería: Computadora personal, Impresora, programa estadístico SPSS 26, hojas blancas (1 resma de hojas tamaño carta) para copias del instrumento y consentimientos informados, lápices (caja con 12 lápices), bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

### FINANCIEROS

Serán solventados por la investigadora principal.

### FACTIBILIDAD

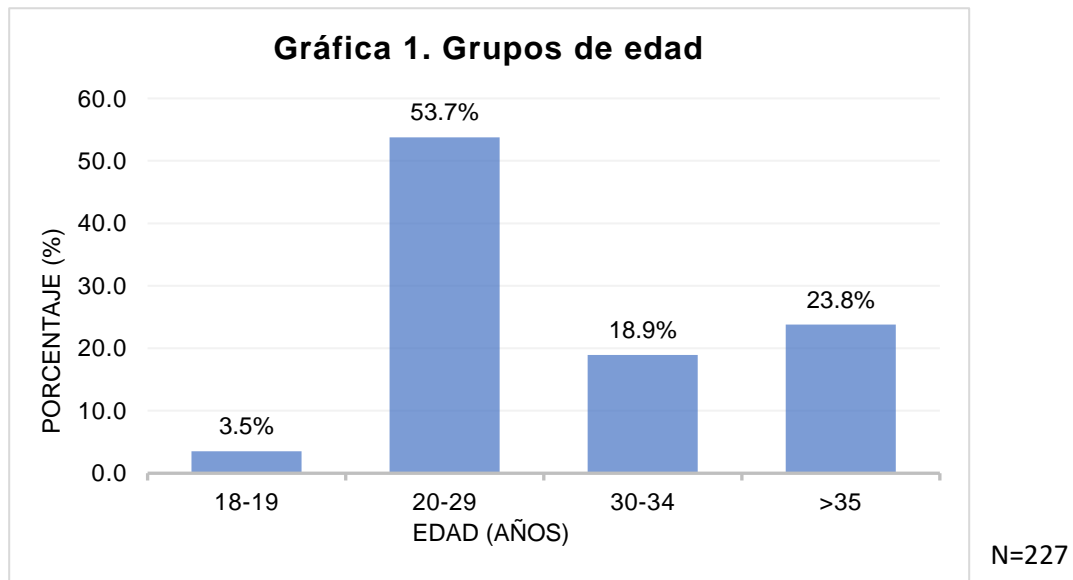
El presente estudio tiene factibilidad óptima tanto operativa, técnica y económica ya que se cuenta con la estructura, recursos humanos, financieros y con el universo de trabajo para su realización.

## RESULTADOS

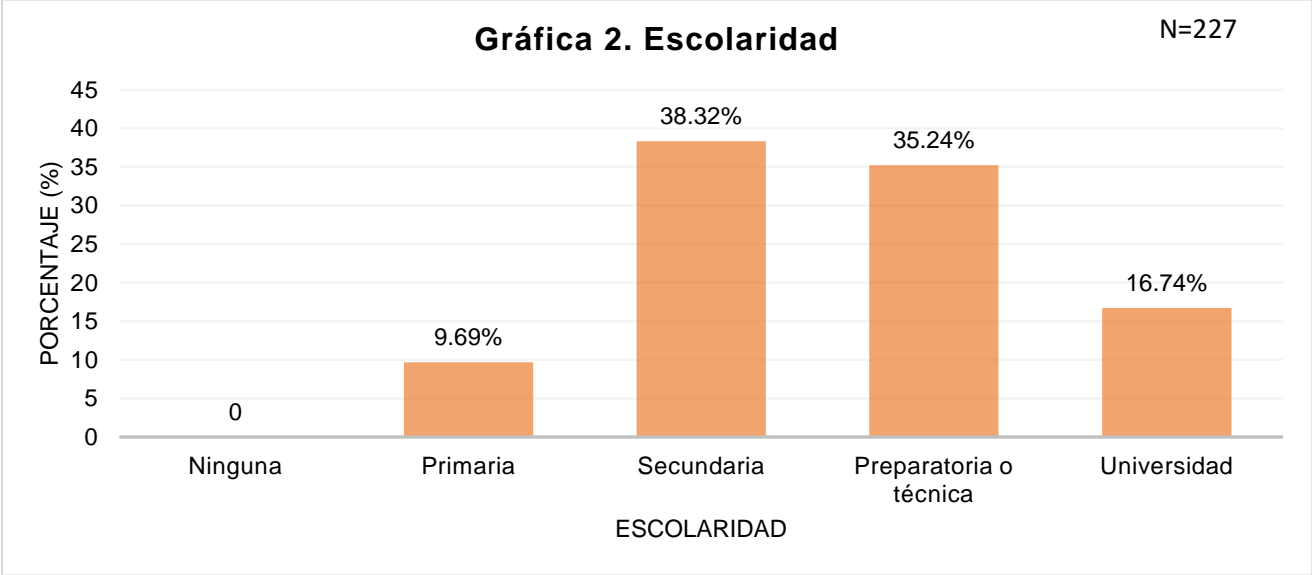
Se entrevistó a 237 participantes que cumplieron con los criterios de selección del estudio, de los cuales, 10 participantes fueron eliminadas, ya que algunas encuestas fueron canceladas, debido a que algunas participantes posteriormente a firmar el consentimiento e iniciar la encuesta decidían siempre no participar en el estudio, así como la información dentro de las encuestas fueron incompletas o mal llenadas; por lo que la muestra final fue de 227 participantes.

Se preguntó sobre los siguientes datos sociodemográficos a cada participante para su estudio; edad, estado civil, escolaridad, ocupación, número de gestación, edad gestacional. Así como antecedentes personales patológicos.

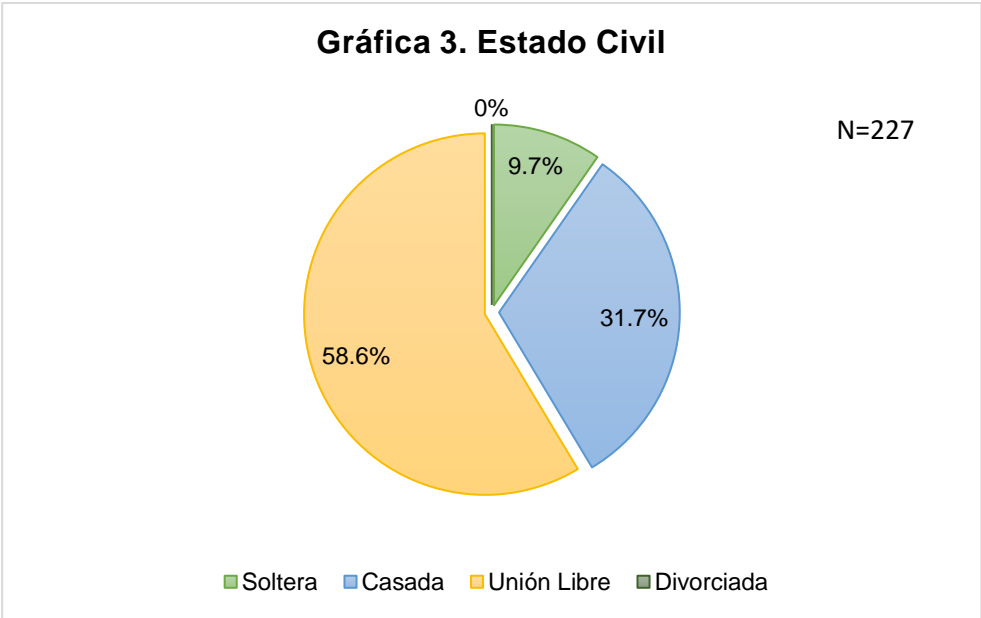
Donde los resultados obtenidos sobre la variable de edad, la cual se categorizó por grupos de edad de acuerdo con el riesgo obstétrico que se le otorga a cada grupo de edad y, para facilitar su representación gráfica; del rango de 18 a 19 años, se encontraron 8 pacientes (3.5%), de 20-29 años, fueron 122 pacientes (53.75%), de 30-34 años con 43 pacientes (18.9%) y de arriba de 35 años un total de 54 pacientes (23.8%). Los cuales se observan en la Gráfica 1. Con una media de edad de 29.50 años ( $DE \pm 6.085$ ), un rango mínimo de 18 y rango máximo de 45, con una mediana y moda de 29.



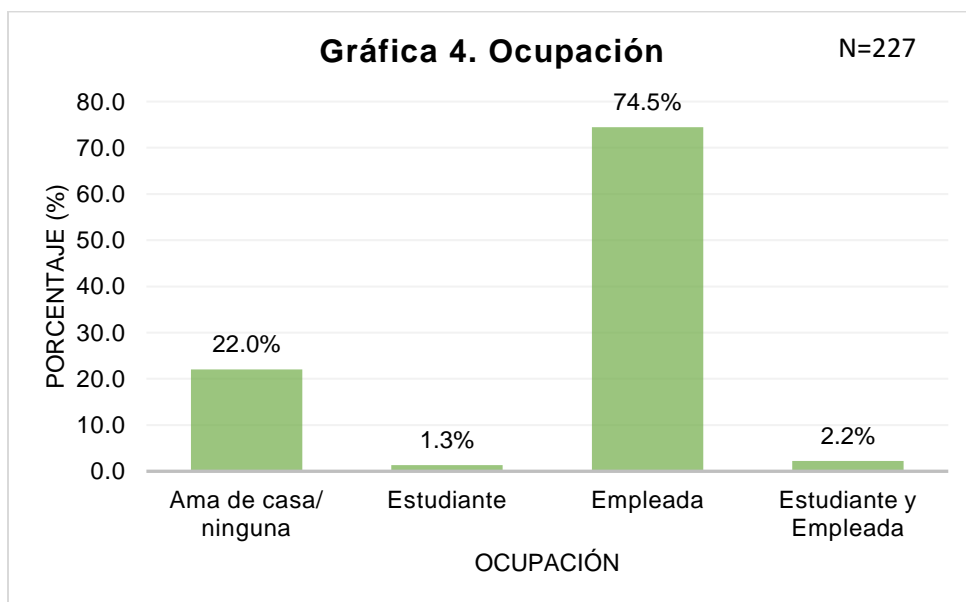
En cuanto a la escolaridad, 22 pacientes se encontraron con un nivel de primaria (9.69%), 87 pacientes con nivel de secundaria (38.32%), 80 con nivel de preparatoria o técnica (35.24%), y 38 pacientes con un nivel de universidad (16.74%). Como se muestra en la Gráfica 2.



La gráfica 3, nos muestra el estado civil de las pacientes, de las cuales la mayoría se encontraban en unión libre con 133 pacientes (58.6%), 22 pacientes se encontraban solteras (9.7%), y 72 pacientes casadas (31.7%).



De acuerdo con la ocupación que presentaban las pacientes, 50 de ellas eran ama de casa y/o no contaban con alguna ocupación (22%), 3 de las pacientes entrevistadas eran estudiantes (1.3%), 169 pacientes eran empleadas (74.5%), y 5 de ellas eran estudiantes, así como empleadas (2.2%). Gráfica 4.



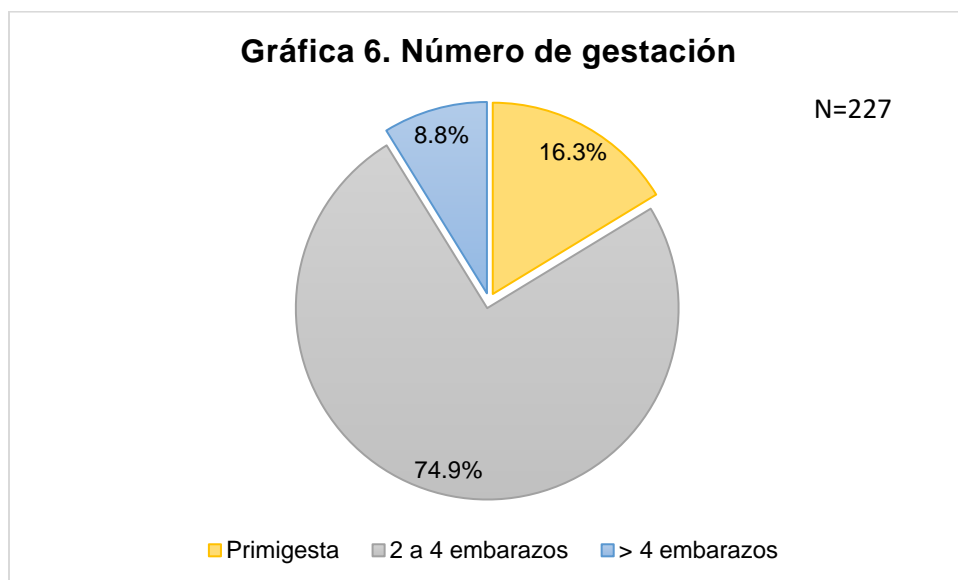
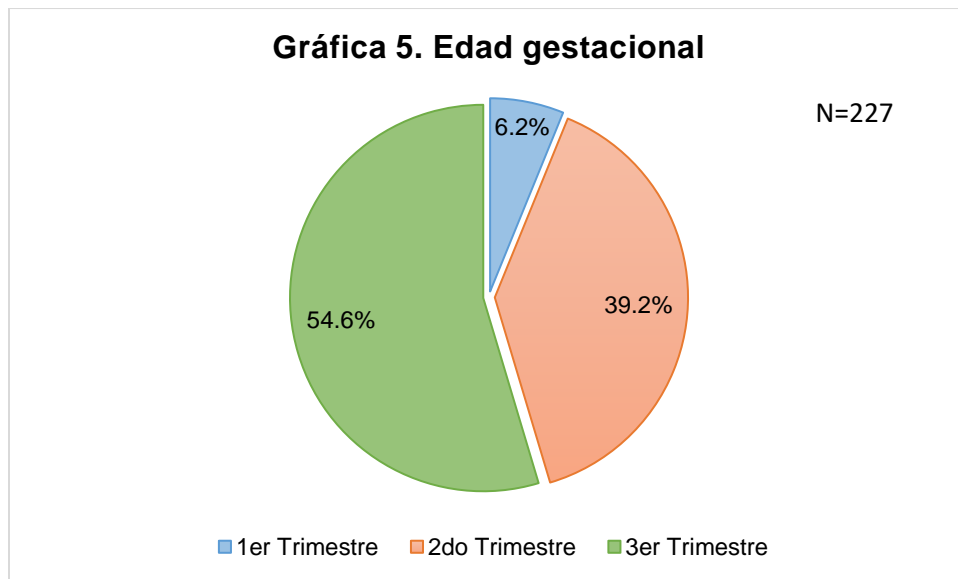
#### Edad gestacional y número de gestación.

Para la edad gestacional se obtuvo una media de 26.524 semanas de gestación (DE  $\pm$  8.2521), una mediana de 28 semanas y una moda de 35 semanas de gestación, con un mínimo de 5 semanas y máximo de 40 semanas de edad gestacional. Para el número de gestación de cada paciente se obtuvo una media de 2.7 gestas (DE  $\pm$  1.312), una mediana y moda de 2 gestas con un mínimo de 1 gesta y un máximo de 7 gestas por paciente. Tabla 1.

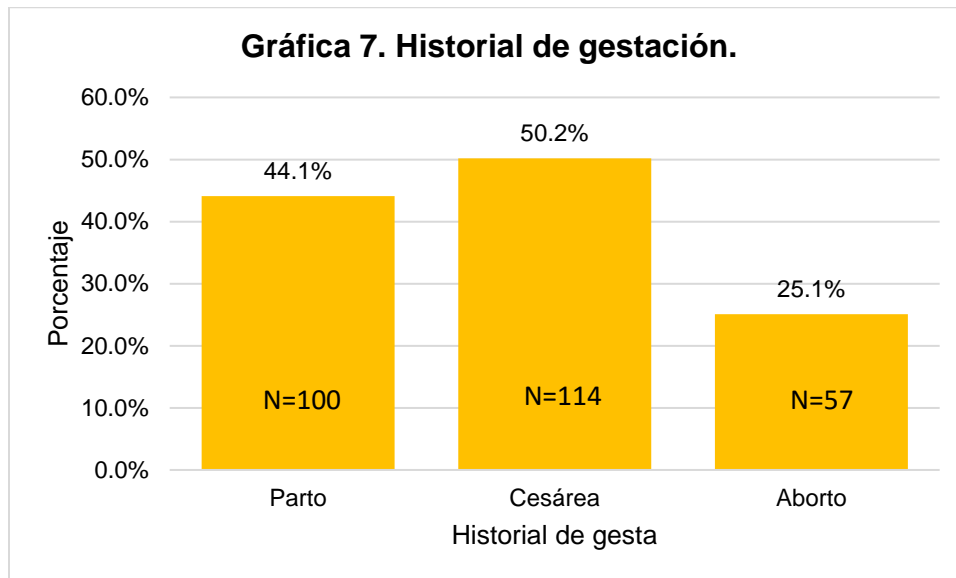
**Tabla 1. Edad gestacional y número de gestación.**

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desviación estándar	N
Edad Gestacional	26.524	28.000	35.0	5.0	40.0	8.2521	227
Número de gestación	2.70	2.00	2	1	7	1.312	227

De acuerdo con los resultados obtenidos por la edad gestacional, 14 pacientes entrevistadas se encontraban en el primer trimestre del embarazo (6.2%), 89 pacientes en el segundo trimestre (39.2%) y la mayoría se encontraba cursando el tercer trimestre de embarazo con 124 pacientes (54.6%). Para el número de gestación se categorizó la variable en grupos, en base a la calificación de riesgo obstétrico, obteniendo; 37 pacientes eran primigestas (16.3%), 170 de ellas tenían un historial de 2 a 4 embarazos (74.9%) y solo 20 pacientes tuvieron más de 4 embarazos (8.8%). Gráfica 5 y 6.



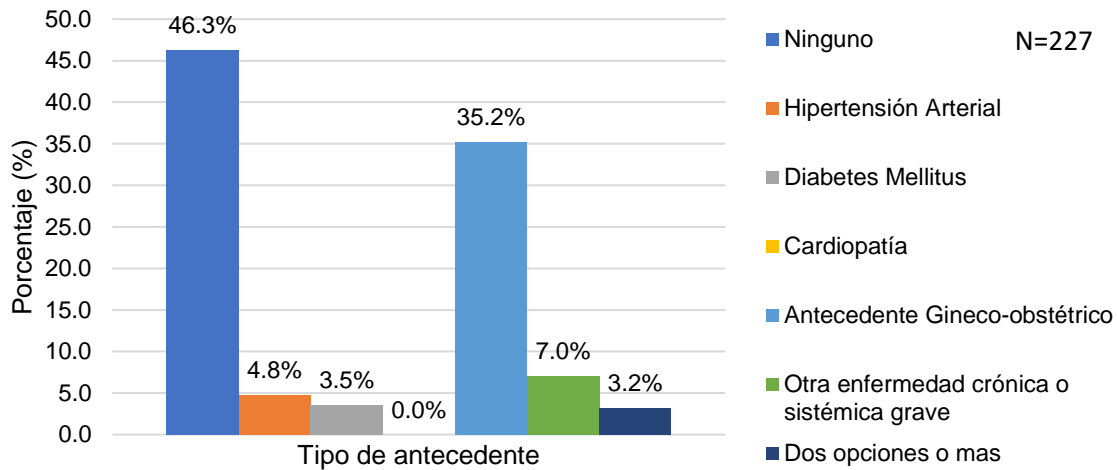
Los cuales, el historial de numero de gestas que correspondieron con antecedente de parto en las pacientes entrevistadas fue del 44.1%. Un 50.2% correspondieron al total de antecedentes de cesárea y un 25.1% correspondiente con antecedente de aborto. Gráfica 7.



### **Antecedentes personales patológicos.**

Los resultados obtenidos sobre los antecedentes personales patológicos se encontraron que, 105 de las pacientes no contaban con algún antecedente (46.3%), 11 pacientes con hipertensión arterial (4.8%), 8 pacientes con diabetes mellitus (3.5%), 80 pacientes con algún antecedente gineco-obstétrico (35.2%), 16 pacientes con alguna otra enfermedad crónica o sistémica grave (7%) y 7 pacientes escogieron más de dos opciones (3.2%). En las cuales 2 de ellas contaban con hipertensión arterial y diabetes mellitus, una con diabetes mellitus y antecedente gineco-obstétrico, y 4 pacientes seleccionaron un antecedente gineco obstétrico con alguna otra enfermedad crónica o sistémica grave. Gráfica 8.

**Gráfica 8. Antecedentes personales patológicos**



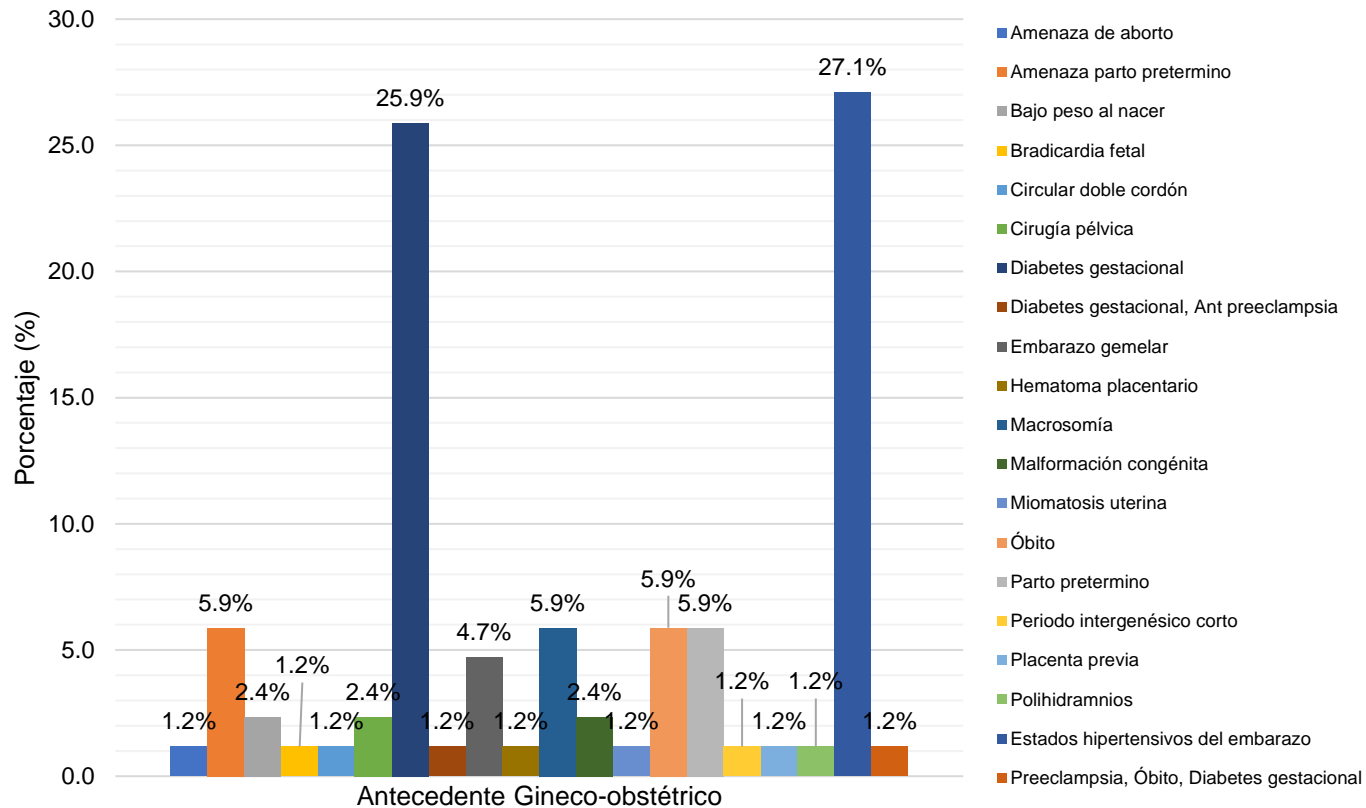
Dentro del rubro de antecedentes gineco-obstétricos se obtuvo total de 85 pacientes que contaban con alguno de estos antecedentes (37.4%) de las cuales el antecedente que predominó fueron los estados hipertensivos del embarazo siendo 27 pacientes (27.1%), dentro de estos, la preeclampsia predominó con un total de 10 pacientes correspondiendo al 43% de este grupo, seguido con 7 pacientes teniendo el antecedente de preeclampsia (30%), 5 pacientes con hipertensión gestacional (22%) y una paciente con antecedente de eclampsia (4%).

Como segundo lugar de frecuencia la diabetes gestacional se presentó en 22 pacientes (25.9%). Los siguientes antecedentes gineco-obstétricos más comunes fueron: amenaza de parto pretérmino, antecedente de hijo con macrosomía, óbito, parto pretérmino con 5 pacientes en cada rubro correspondiendo al 5.9%. Dos pacientes contaban con más de un antecedente gineco-obstétrico, una paciente con diabetes gestacional y otra preeclampsia, diabetes gestacional y antecedente de óbito.

Entre los antecedentes menos comunes fueron: embarazo gemelar con 4 pacientes (4.7%); cirugía pélvica y un hijo con bajo peso al nacer cada una con 2 pacientes (2.4%); Amenaza de aborto, bradicardia fetal, producto con circular doble de cordón, hematoma placentario, miomatosis uterina, periodo intergenésico corto, placenta previa y polihidramnios se presentó con una sola paciente en cada grupo correspondiente al 1.2%. Gráficas 9 y 10.

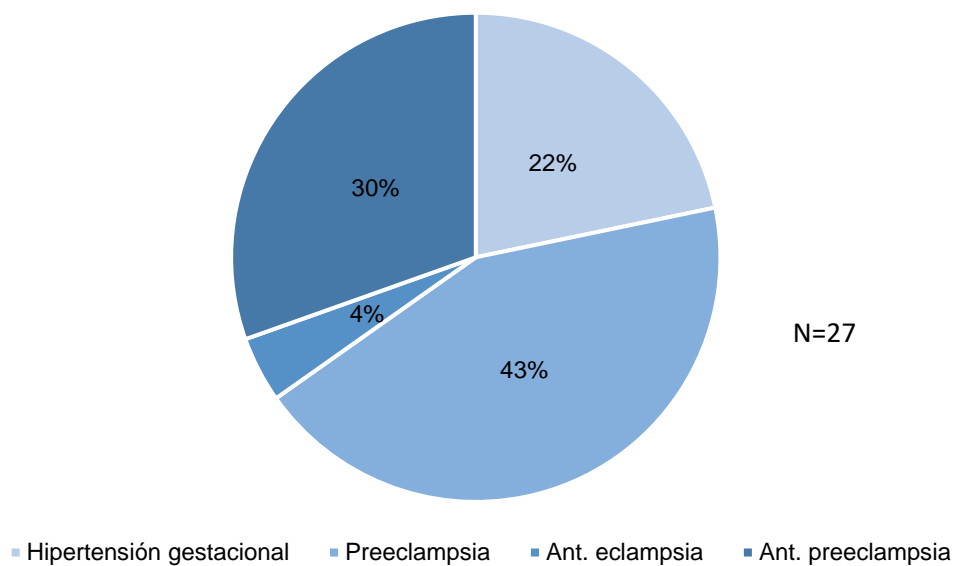
**Gráfica 9. Antecedente gineco-obstétrico**

N=85

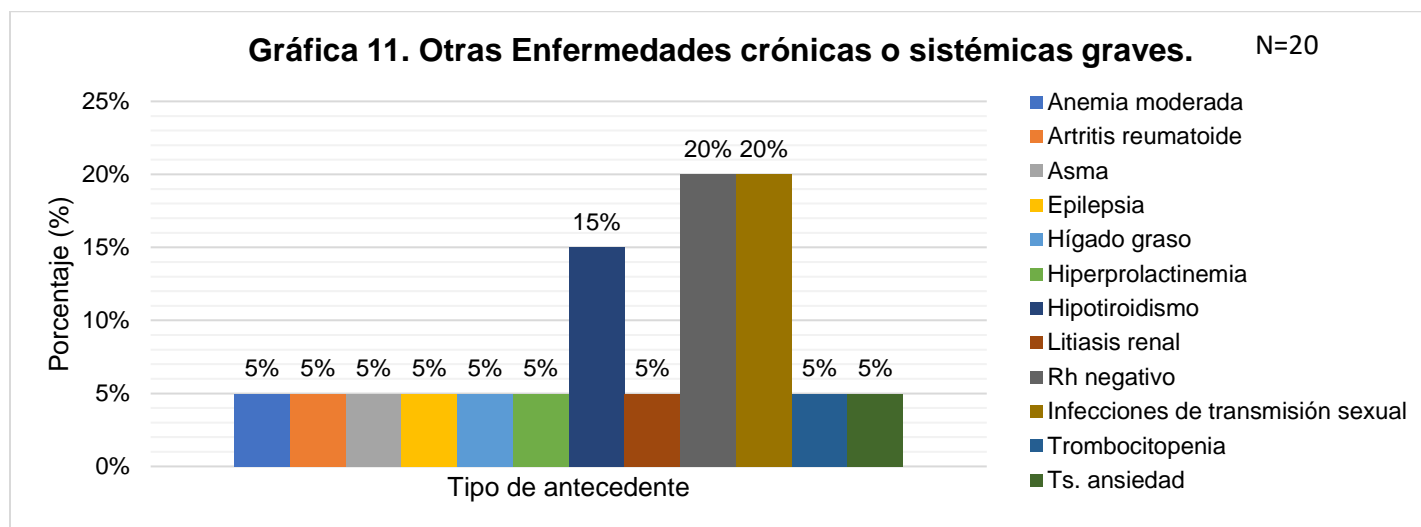


**Gráfica 10. Estados hipertensivos del embarazo**

N=27



En cuanto al grupo de otras enfermedades crónicas o sistémicas graves se presentó en 20 pacientes (8.8%), siendo las de mayor frecuencia pacientes con grupo Rh negativo y con infección de transmisión sexual con 4 pacientes en cada grupo (20%), de esta última teniendo 2 pacientes con antecedente de sífilis en embarazo actual y 2 con infección por VPH. El hipotiroidismo se presentó con 3 pacientes (15%). Entre las otras menos frecuentes que se mostraron en cada paciente (5%) fueron: anemia moderada, artritis reumatoide, asma, epilepsia, hígado graso, hiperprolactinemia, litiasis renal, trombocitopenia, trastorno de ansiedad. Gráfica 11.



### Percepción de apoyo social.

En cuanto a la aplicación del instrumento índice utilizando el Cuestionario MOS de Apoyo Social, se obtuvieron los siguientes resultados del grado de apoyo social percibido por cada una de las pacientes entrevistadas. La primera interrogación que se pregunta en el cuestionario es, colocar el número de amigos o familiares cercanos con los que cuenta, a lo cual los resultados obtenidos fueron, una media de 5.28 amigos/familiares cercanos por persona ( $DE \pm 4.039$ ), con una mediana de 4 personas, la moda se repitió en dos ocasiones con 2 y 5 amigos/familiares, con un mínimo de 1 persona a un máximo de 20 personas cercanas fueran familia o amigos. Tabla 2.

**Tabla 2. Número de amigos o familiares cercanos.**

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desviación estándar	N
No. Amigos	5.28	4.00	2 <sup>a</sup>	1	20	4.039	227

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

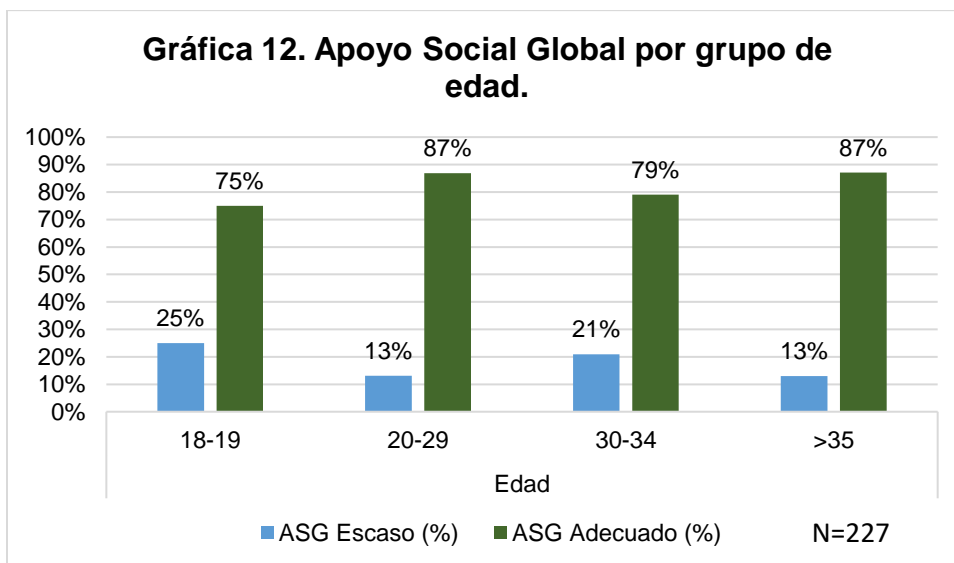
Del apoyo social global evaluado, 193 pacientes obtuvieron un adecuado apoyo social global (85%). Siendo los resultados parecidos con las dimensiones que se evalúan dentro del cuestionario: 190 pacientes reflejaron una adecuada interacción social (83.7%), 204 pacientes con adecuado apoyo afectivo (89.9%), 187 pacientes con adecuado apoyo instrumental (82.4%) y 187 pacientes obteniendo un adecuado apoyo emocional (82.4%). Resultados observados en la Tabla 3.

**Tabla 3. Percepción de apoyo social.**

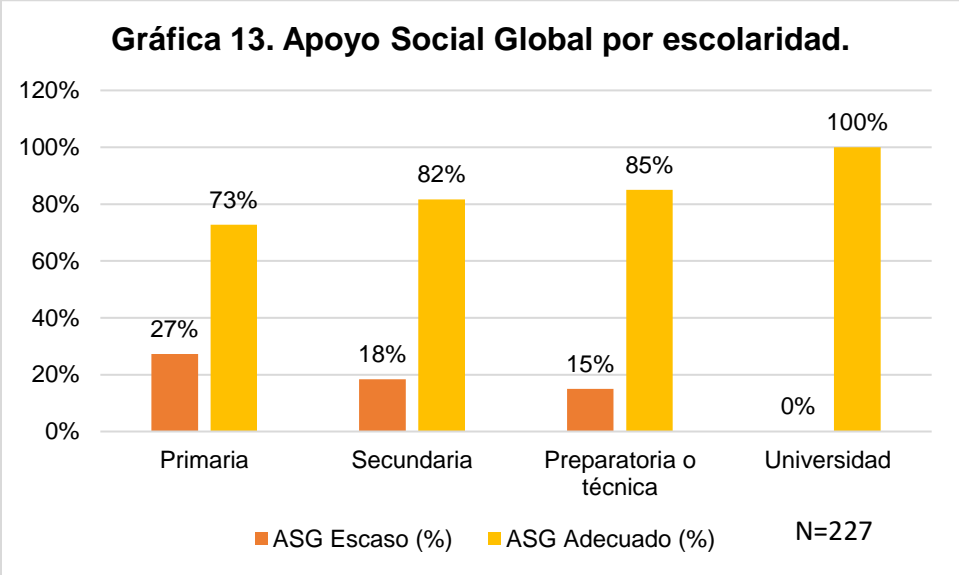
Apoyo Social		Frecuencia	Porcentaje
Apoyo Social Global	AS Global Escaso	34	15.0%
	AS Global Adecuado	193	85.0%
Apoyo Afectivo	Falta de Apoyo Afectivo	23	10.1%
	Adecuado Apoyo Afectivo	204	89.9%
Apoyo Emocional	Falta de Apoyo Emocional	40	17.6%
	Adecuado Apoyo Emocional	187	82.4%
Interacción Social	Falta de Apoyo Social	37	16.3%
	Adecuado Apoyo Social	190	83.7%
Apoyo Instrumental	Falta de Apoyo Instrumental	40	17.6%
	Adecuado Apoyo Instrumental	187	82.4%

### Apoyo Social Global.

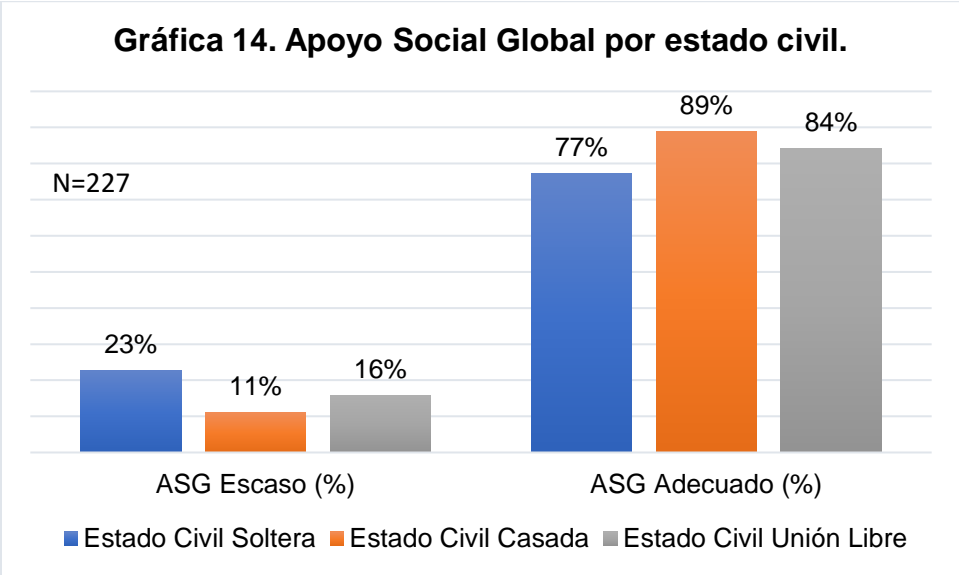
De acuerdo con las características sociodemográficas, se obtuvieron los siguientes datos de apoyo social global por grupo de edad las pacientes, con mayor apoyo fueron los grupos de edad entre 20-29 años y >35 años con el 87% de las pacientes entrevistadas de cada grupo. Las pacientes de 18-19 años dentro de apoyo global social escaso fueron el grupo con menor apoyo global con el 25%. Grafica 12.



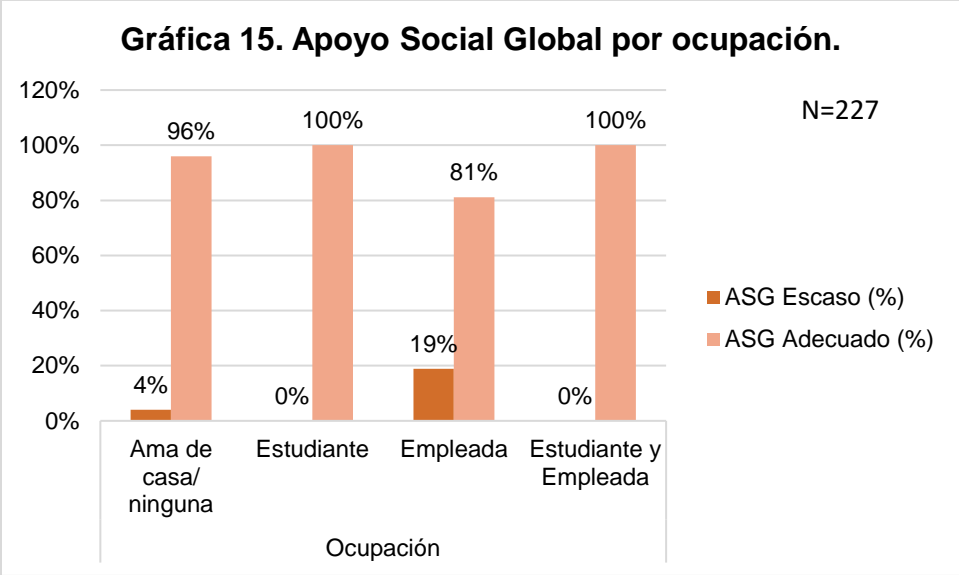
Por escolaridad el apoyo social global fue a mayor grado de escolaridad, las pacientes contaban con apoyo social global adecuado, siendo para escolaridad primaria del 73%, 82% para secundaria, 85% en preparatoria o técnica y el 100% de las pacientes que contaban con estudios universitarios. Se observó la misma proporción de acuerdo con el apoyo social global escaso. Gráfica 13.



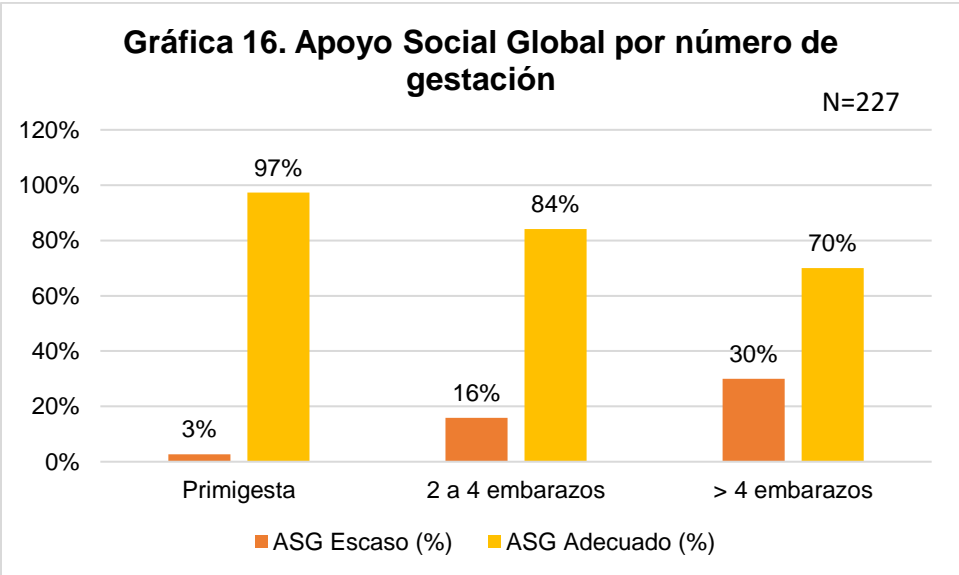
De acuerdo con el estado civil se observó una mayor proporción de apoyo social global adecuado en pacientes casadas con el 89%, seguidas del 84% pacientes en unión libre y el 77% pacientes solteras. En cuanto al apoyo social global escaso las pacientes solteras fueron las que se encontraban en mayor proporción con el 23%, como se muestra en la Gráfica 14.



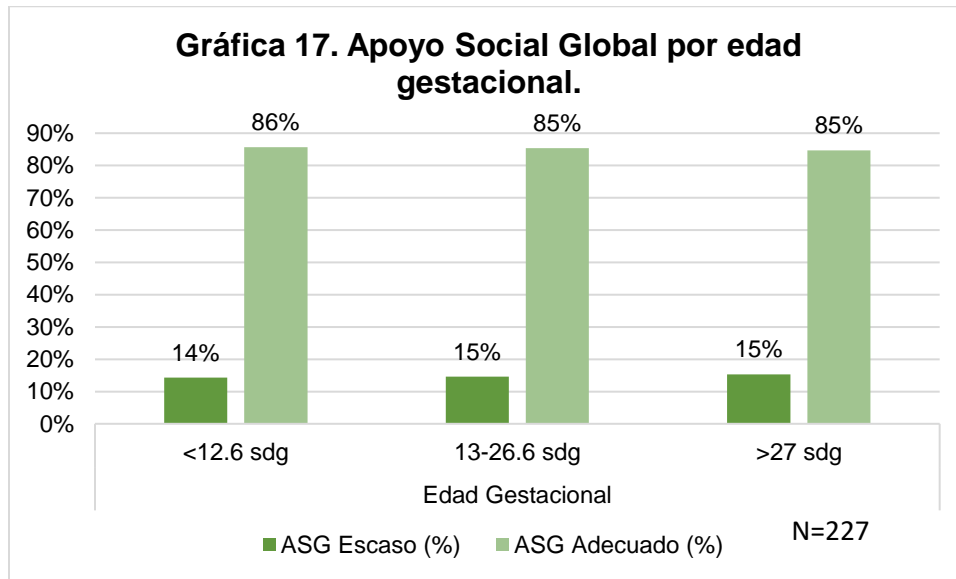
Las ocupaciones que se vieron con el 100% de apoyo global social adecuado fueron las pacientes que se encontraban estudiando, así como las que eran empleadas y estudiantes, el mayor grupo con apoyo social global escaso fue la ocupación de pacientes que se encontraban con algún empleo. Gráfica 15.



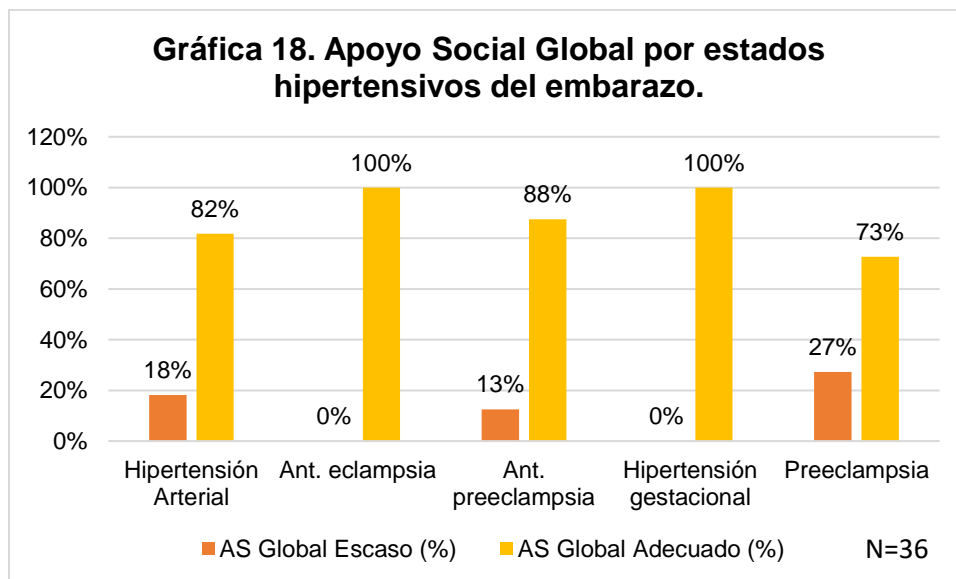
De acuerdo con el número de gestación se observa una predominancia de apoyo social global adecuado en pacientes las cuales cursaban con su 1er embarazo en un 97%, un 84% de las pacientes que habían tenido de 2 a 4 embarazos y el 70% de pacientes con antecedente de más de 4 embarazos. El apoyo social global escaso se observó en una proporción viceversa.



En la gráfica 17 se muestra el apoyo social global por edad gestacional siendo, casi equitativa en todos sus trimestres de embarazo con un apoyo social global adecuado correspondiente de un 86% para pacientes del primer trimestre (<12.6sdg), y el 85% para las pacientes que se encontraban cursando el segundo trimestre (13-26.6sdg) y tercer trimestre de embarazo (>27sdg).



De acuerdo a los antecedentes personales patológicos se describe los estados hipertensivos del embarazo por ser el grupo con mayor número de pacientes de las cuales se encontró las pacientes con mayor apoyo global adecuado fueron las que solamente cursaban con hipertensión gestacional y el antecedente de eclampsia con un 100%, seguida de un 88% pacientes con antecedente de preeclampsia, 82% pacientes con hipertensión arterial crónica, y el 73% en pacientes que se encontraban cursando con preeclampsia. Gráfica 17.



Según las dimensiones que evalúa el cuestionario de MOS se describe en las siguientes tablas de acuerdo con las características sociodemográficas; por grupo de edad, escolaridad, estado civil, ocupación y edad gestacional.

En la tabla 3 se observa un mayor predominio de adecuado apoyo en el ámbito afectivo en las pacientes del grupo de 20-29 años con 111 pacientes correspondiente al 54% de este tipo de apoyo. Así mismo hubo un predominio en la falta de apoyo instrumental en este mismo grupo de edad con 22 pacientes correspondiente al 55%.

**Tabla 3. Apoyo Social por grupos de edad.**

Tipo de apoyo		Edad	18-19 años	(%)	20-29 años	(%)	30-34 años	(%)	>35 años	(%)	Total	(%)
Apoyo Afectivo	Falta de Apoyo Afectivo		1	4%	11	48%	5	22%	6	26%	23	10%
	Adecuado Apoyo Afectivo		7	3%	111	54%	38	19%	48	24%	204	90%
<b>Total</b>			<b>8</b>	<b>4%</b>	<b>122</b>	<b>53%</b>	<b>43</b>	<b>19%</b>	<b>54</b>	<b>24%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
Apoyo Emocional	Falta de Apoyo Emocional		2	5%	21	53%	10	25%	7	18%	40	18%
	Adecuado Apoyo Emocional		6	3%	101	54%	33	18%	47	25%	187	82%
<b>Total</b>			<b>8</b>	<b>4%</b>	<b>122</b>	<b>54%</b>	<b>43</b>	<b>19%</b>	<b>54</b>	<b>24%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
Apoyo Social	Falta de Apoyo Social		1	3%	18	49%	9	24%	9	24%	37	16%
	Adecuado Apoyo Social		7	4%	104	55%	34	18%	45	24%	190	84%
<b>Total</b>			<b>8</b>	<b>4%</b>	<b>122</b>	<b>54%</b>	<b>43</b>	<b>19%</b>	<b>54</b>	<b>24%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
Apoyo Instrumental	Falta de Apoyo Instrumental		1	3%	22	55%	8	20%	9	23%	40	18%
	Adecuado Apoyo Instrumental		7	4%	100	53%	35	19%	45	24%	187	82%
<b>Total</b>			<b>8</b>	<b>4%</b>	<b>122</b>	<b>54%</b>	<b>43</b>	<b>19%</b>	<b>54</b>	<b>24%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>

De acuerdo con el grado de escolaridad se observó un adecuado apoyo afectivo mayor en las pacientes que contaban con Secundaria y Preparatoria/técnica con 74 pacientes en cada grupo correspondiente al 36%; sin embargo, en el grupo de falta de apoyo instrumental predominó la escolaridad de Secundaria con 20 pacientes correspondiente al 50% de esta dimensión evaluada. Tabla 4.

**Tabla 4. Apoyo Social por escolaridad.**

Tipo de apoyo		Escolaridad	Primaria	(%)	Secundaria	(%)	Preparatoria o técnica	(%)	Universidad	(%)	Total	(%)
Apoyo Afectivo	Falta de Apoyo Afectivo		4	17%	13	57%	6	26%	0	0%	23	10%

	Adecuado Apoyo Afectivo	18	9%	74	36%	74	36%	38	19%	204	90%
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>10%</b>	<b>87</b>	<b>38%</b>	<b>80</b>	<b>35%</b>	<b>38</b>	<b>17%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
<b>Apoyo Emocional</b>	Falta de Apoyo Emocional	8	20%	17	43%	15	38%	0	0%	40	18%
	Adecuado Apoyo Emocional	14	7%	70	37%	65	35%	38	20%	187	82%
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>10%</b>	<b>87</b>	<b>38%</b>	<b>80</b>	<b>35%</b>	<b>38</b>	<b>17%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
<b>Apoyo Social</b>	Falta de Apoyo Social	6	16%	17	46%	14	38%	0	0%	37	16%
	Adecuado Apoyo Social	16	8%	70	37%	66	35%	38	20%	190	84%
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>10%</b>	<b>87</b>	<b>38%</b>	<b>80</b>	<b>35%</b>	<b>38</b>	<b>17%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
<b>Apoyo Instrumental</b>	Falta de Apoyo Instrumental	5	13%	20	50%	13	33%	2	5%	40	18%
	Adecuado Apoyo Instrumental	17	9%	67	36%	67	36%	36	19%	187	82%
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>10%</b>	<b>87</b>	<b>38%</b>	<b>80</b>	<b>35%</b>	<b>38</b>	<b>17%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>

En la dimensión de apoyo afectivo las pacientes que se encontraban en unión libre contaban con un predominio de adecuado apoyo afectivo con 121 pacientes correspondiente al 59%, y al mismo tiempo en el ámbito de falta de apoyo instrumental fueron donde más predominó este grupo con 25 pacientes correspondientes al 63%. Tabla 5.

**Tabla 5. Apoyo Social por estado civil.**

Tipo de apoyo		Estado civil	Soltera	(%)	Casada	(%)	Unión Libre	(%)	Total	(%)
<b>Apoyo Afectivo</b>	Falta de Apoyo Afectivo		4	17%	7	30%	12	52%	23	10%
	Adecuado Apoyo Afectivo		18	9%	65	32%	121	59%	204	90%
<b>Total</b>			<b>22</b>	<b>10%</b>	<b>72</b>	<b>32%</b>	<b>133</b>	<b>59%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
<b>Apoyo Emocional</b>	Falta de Apoyo Emocional		5	13%	11	28%	24	60%	40	18%
	Adecuado Apoyo Emocional		17	9%	61	33%	109	58%	187	82%
<b>Total</b>			<b>22</b>	<b>10%</b>	<b>72</b>	<b>32%</b>	<b>133</b>	<b>59%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
<b>Apoyo Social</b>	Falta de Apoyo Social		4	11%	10	27%	23	62%	37	16%
	Adecuado Apoyo Social		18	9%	62	33%	110	58%	190	84%
<b>Total</b>			<b>22</b>	<b>10%</b>	<b>72</b>	<b>32%</b>	<b>133</b>	<b>59%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
<b>Apoyo Instrumental</b>	Falta de Apoyo Instrumental		5	13%	10	25%	25	63%	40	18%

	Adecuado Apoyo Instrumental	17	9%	62	33%	108	58%	187	82%
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>10%</b>	<b>72</b>	<b>32%</b>	<b>133</b>	<b>59%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>

Tabla 6. Según el tipo de ocupación las pacientes empleadas contaban con un predominio en el ámbito afectivo con 148 pacientes teniendo un adecuado apoyo afectivo correspondiente al 73%, en cuanto a la falta de apoyo predominó también el grupo de empleadas con 35 pacientes en las dimensiones de apoyo emocional e instrumental correspondiente al 88% de cada dimensión.

**Tabla 6. Apoyo Social por ocupación.**

Tipo de apoyo	Ocupación	Ama de casa/ ninguna	(%)	Estudiante	(%)	Empleada	(%)	Estudiante y Empleada	(%)	Total	(%)
Apoyo Afectivo	Falta de Apoyo Afectivo	2	9%	0	0%	21	91%	0	0%	23	10%
	Adecuado Apoyo Afectivo	48	24%	3	1%	148	73%	5	2%	204	90%
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>22%</b>	<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>169</b>	<b>74%</b>	<b>5</b>	<b>2%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
Apoyo Emocional	Falta de Apoyo Emocional	5	13%	0	0%	35	88%	0	0%	40	18%
	Adecuado Apoyo Emocional	45	24%	3	2%	134	72%	5	3%	187	82%
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>22%</b>	<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>169</b>	<b>74%</b>	<b>5</b>	<b>2%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
Apoyo Social	Falta de Apoyo Social	4	11%	0	0%	33	89%	0	0%	37	16%
	Adecuado Apoyo Social	46	24%	3	2%	136	72%	5	3%	190	84%
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>22%</b>	<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>169</b>	<b>74%</b>	<b>5</b>	<b>2%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
Apoyo Instrumental	Falta de Apoyo Instrumental	5	13%	0	0%	35	88%	0	0%	40	18%
	Adecuado Apoyo Instrumental	45	24%	3	2%	134	72%	5	3%	187	82%
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>22%</b>	<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>169</b>	<b>74%</b>	<b>5</b>	<b>2%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>

De acuerdo con el número de gestación, las pacientes con antecedente de 2 a 4 embarazos predominaron en un adecuado apoyo afectivo correspondiente al 74%, y este mismo grupo de presento en el área de falta de apoyo en la dimensión de apoyo instrumental con 34 pacientes correspondiente al 73%. Tabla 7.

**Tabla 7. Apoyo Social por número de gestación.**

Tipo de apoyo	Número de gestación	Primigesta	(%)	2 a 4 embarazos	(%)	> 4 embarazos	(%)	Total	(%)
Apoyo Afectivo	Falta de Apoyo Afectivo	1	4%	19	83%	3	13%	23	10%
	Adecuado Apoyo Afectivo	36	18%	151	74%	17	8%	204	90%
<b>Total</b>		<b>37</b>	<b>16%</b>	<b>170</b>	<b>75%</b>	<b>20</b>	<b>9%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
Apoyo Emocional	Falta de Apoyo Emocional	1	3%	32	80%	7	18%	40	18%
	Adecuado Apoyo Emocional	36	19%	138	74%	13	7%	187	82%
<b>Total</b>		<b>37</b>	<b>16%</b>	<b>170</b>	<b>75%</b>	<b>20</b>	<b>9%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
Apoyo Social	Falta de Apoyo Social	2	5%	29	78%	6	16%	37	16%
	Adecuado Apoyo Social	35	18%	141	74%	14	7%	190	84%
<b>Total</b>		<b>37</b>	<b>16%</b>	<b>170</b>	<b>75%</b>	<b>20</b>	<b>9%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
Apoyo Instrumental	Falta de Apoyo Instrumental	1	3%	34	85%	5	13%	40	18%
	Adecuado Apoyo Instrumental	36	19%	136	73%	15	8%	187	82%
<b>Total</b>		<b>37</b>	<b>16%</b>	<b>170</b>	<b>75%</b>	<b>20</b>	<b>9%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>

Por último, según a la edad gestacional las pacientes que cursaban con su 3er trimestre de embarazo (>27 semanas de gestación), obtuvieron números similares en cuanto a las dimensiones evaluadas en el cuestionario de MOS, con una ligera predominancia de 110 pacientes con adecuado apoyo afectivo correspondiente al 54%, así mismo predominó la falta de apoyo instrumental con 23 pacientes correspondiente al 58% de la dimensión estudiada. Tabla 8.

**Tabla 8. Apoyo Social por edad gestacional.**

Tipo de apoyo	Edad gestacional	<12.6 sdg	(%)	13-26.6 sdg	(%)	>27 sdg	(%)	Total	(%)
Apoyo Afectivo	Falta de Apoyo Afectivo	1	4%	8	35%	14	61%	23	10%
	Adecuado Apoyo Afectivo	13	6%	81	40%	110	54%	204	90%
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>6%</b>	<b>89</b>	<b>39%</b>	<b>124</b>	<b>55%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
Apoyo Emocional	Falta de Apoyo Emocional	2	5%	16	40%	22	55%	40	18%
	Adecuado Apoyo Emocional	12	6%	73	39%	102	55%	187	82%
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>6%</b>	<b>89</b>	<b>39%</b>	<b>124</b>	<b>55%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>

<b>Apoyo Social</b>	Falta de Apoyo Social	1	3%	15	41%	21	57%	37	16%
	Adecuado Apoyo Social	13	7%	74	39%	103	54%	190	84%
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>6%</b>	<b>89</b>	<b>39%</b>	<b>124</b>	<b>55%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>
<b>Apoyo Instrumental</b>	Falta de Apoyo Instrumental	2	5%	15	38%	23	58%	40	18%
	Adecuado Apoyo Instrumental	12	6%	74	40%	101	54%	187	82%
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>6%</b>	<b>89</b>	<b>39%</b>	<b>124</b>	<b>55%</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>

## DISCUSIÓN

Revisando la literatura para la comparación a nuestros resultados un estudio realizado en Australia por Besado y cols. en 2021 para determinar la prevalencia y los determinantes de bajo apoyo social en el embarazo utilizando también el cuestionario de MOS. Se encontró que el 7.1% de las pacientes embarazadas reportaron un bajo apoyo social; en nuestro estudio se observó una falta de apoyo social global en el 15%, esto puede ser variante en algunas cuestiones, ya que en el estudio de Besado y cols. su población no era enfocada a pacientes con embarazo de alto riesgo y la mayoría de las mujeres se encontraban con un estudio universitario (65%) en comparación de nuestra población lo cual solo el 16.74% tenían estudios universitarios.<sup>35</sup>

En otro estudio realizado en México por Maldonado-Cisneros, et. al en 2016, estudió los determinantes de la atención prenatal en México, donde los resultados obtenidos, el 10.2% de las mujeres mostró un apoyo social bajo utilizando la escala de Duke-UNC, de las cuales los resultados que se encontraron en nuestro estudio no estuvieron muy lejos de la realidad obtenida, ya que en la escolaridad la mayoría contaba con un nivel escolar de secundaria (30%), al igual en nuestro estudio predominó en escolaridad el grado de secundaria en el 38.32%; sin embargo en este estudio tampoco se realizó en una población con embarazo de alto riesgo.<sup>36</sup>

Según el grado de escolaridad, se encuentra documentado que el nivel de educación de una mujer es un factor determinante en el grado de apoyo social que percibe durante el embarazo; como lo documenta Rodríguez-Leis et. al. en 2018, estudio realizado en Ciudad de México<sup>31</sup>, donde encontraron una correlación positiva en cuanto al nivel de educación y el apoyo social percibido; lo cual coincide con nuestros resultados, ya que un adecuado apoyo social aumentaba en relación con el grado de escolaridad que contaban nuestras pacientes, teniendo que las pacientes con estudios universitarios todas obtuvieron un adecuado apoyo social global.

También el estudio de Bedaso et al. respecto al estado civil, encontró que las mujeres con embarazo que no contaban con pareja eran 4.4 veces más probable de recibir bajo apoyo emocional, comparadas con mujeres con pareja,<sup>35</sup> en otro estudio por Taylor et al. en 2022 también encontró en su estudio que las puntuaciones de apoyo social se mostraron más bajas en las mujeres que no se encontraban viviendo con su pareja, no trabajan y no contaban con

una educación superior,<sup>37</sup> lo cual concuerda con resultados en nuestro estudio. Donde el estado civil de soltera se presentó en mayor proporción en el grupo de apoyo social global escaso con un 23%; sin embargo, difiere de nuestros resultados con la ocupación, ya que el grupo de empleadas contaba con una predominancia en percepción de apoyo social global escaso.

De acuerdo con el número de gestación que contaban las pacientes el estudio de Taylor et al. no encontró diferencias en los puntajes de apoyo social en madres primerizas comparadas con las que ya contaban con hijos;<sup>37</sup> sin embargo, en nuestro estudio se observó que pacientes primigestas contaban con un apoyo social global adecuado mayor (97%), que el resto de los otros dos grupos: 2 a 4 embarazos (84%) y >4 embarazos (70%).

Un estudio por Aguilar A y cols. 2021 en el salvador estudiaron el apoyo social en pacientes que cursaban con embarazo adolescente utilizando la escala de MOS utilizando la versión de Londoño Arredondo et. al. (2012) en donde solamente evalúan 3 dimensiones, a comparación que nosotros utilizamos la versión adaptada al español y para población de primer nivel de atención, sin embargo, a pesar de que en nuestro estudio no se incluyó a menores de 18 años ya que el cuestionario utilizado es para mayores de 18 años y utilizamos las 4 dimensiones más aparte el apoyo global. Se menciona en el estudio que de 4-5 pacientes por cada 10 carecían de un apoyo social importante en cualquiera de las dimensiones y en nuestro estudio el grupo que se encontró con mayor apoyo social escaso fueron las pacientes de 18 a 19 años. Además, en el estudio predominó el apoyo emocional y en el nuestro el apoyo afectivo en todos los grupos.<sup>38</sup>

Conforme a los dominios evaluados se encontraron resultados similares en el estudio de Besado y cols. en comparación a nuestro estudio, ya que ellos encontraron una prevalencia de bajo apoyo social emocional en el 7.9%, bajo apoyo afectivo en 4.9% y bajo apoyo instrumental en 10.9%. Nuestro estudio se encontró en que la falta de apoyo instrumental se presentó en mayor cantidad con un 17.6% y el apoyo afectivo en menor proporción con un 10.1%.<sup>35</sup>

Por ultimo dado a que fue un estudio realizado en pacientes cursando con embarazo de alto riesgo dentro de los antecedentes personales patológicos interrogados, la patología que más predominó en las pacientes fueron los estados hipertensivos del embarazo, de los cuales la preeclampsia fue el grupo donde se percibió una mayor proporción de apoyo social global

escaso en un 27%, comparado con la literatura el estudio de Sarmasti y cols en 2019, comento en sus resultados que mujeres cursando con preeclampsia perciben menor apoyo social comparado con mujeres las cuales cursan con un embarazo normal. <sup>26</sup>

Dentro de las limitaciones de este estudio, se encontró que a pesar que fue un estudio realizado en mujeres cursando con un embarazo de alto riesgo, dentro de los antecedentes personales patológicos, casi la mitad de las pacientes no contaban con alguna patología, ya que una parte de la proporción era consecuente por contar con antecedente de cesárea o por la edad que le confería un riesgo elevado, además se encontró una amplia gama de patologías observadas en el apartado de antecedentes gineco obstétricos y otras enfermedades, lo que dificultaba realizar algún tipo de análisis respecto a los resultados que se pudieran observar con la percepción de apoyo social, por lo cual solo se terminó evaluando la patología que se mostró en mayor proporción.

Otra de las limitantes fue que en nuestro estudio no se incluyó pacientes menores de 18 años a pesar de que se cuenta como embarazo de alto riesgo un embarazo adolescente, dado que el instrumento utilizado es validado para mayores de 18 años. Tampoco se evaluó el estado socioeconómico de las pacientes lo cual se ha visto relacionado con bajo apoyo social. Al ser un estudio descriptivo, no da evidencia sobre una asociación real entre las variables estudiadas lo cual solo nos permite informar sobre la relación que pareciera existir entre los factores valorados y comparados.

De las fortalezas del estudio, se pudo obtener una evidencia sobre el apoyo social percibido en pacientes que cursan con un embarazo de alto riesgo, tanto en nuestro país, como en la unidad estudiada. Otra de las fortalezas del estudio, se observan los factores sociodemográficos de las pacientes; las cuales, aunque la mayoría contaba con un apoyo social adecuado, se pudieron identificar algunos factores que pudieran llegar a ser determinantes en las pacientes que correrían un riesgo de percibir un apoyo social bajo. Además, la unidad donde se estudiaron y entrevistaron a las pacientes, y como parte de las acciones que se deben de realizar en toda paciente en control prenatal es apoyarse de servicios que se cuentan como lo es trabajo social, de las cuales todas las pacientes incluidas en el estudio, en especial las cuales su resultado fue un apoyo social global escaso, tenían un seguimiento por parte de este servicio, lo cual es un elemento clave en el apoyo de este grupo de pacientes.

## CONCLUSIÓN

Respecto a los resultados obtenidos en este estudio, se puede concluir que las pacientes con embarazo de alto riesgo cuentan con un apoyo social percibido escaso en un 15% lo cual resultó mayor al resto de los estudios comparados que fueron realizados en mujeres las cuales contaban con un embarazo sin complicaciones. Se encontró que algunos factores sociodemográficos como lo es el nivel de escolaridad básico, pacientes con estado civil soltero, mujeres menores de 19 años y mayor número de hijos tenían una menor percepción de apoyo social global escaso. De acuerdo con las patologías observadas, los estados hipertensivos del embarazo se mostraron en mayor proporción de los cuales la preeclampsia fue la patología con mayor apoyo social global escaso.

Algunas de las recomendaciones que se podrían brindar con los resultados obtenidos en relación a pacientes que obtuvieron un apoyo social global escaso: como personal de primer nivel de atención y profesionales de la salud, con el apoyo de trabajo social implementar y aplicar este tipo de evaluaciones para la detección de las pacientes, como parte de las acciones preventivas que se realizan en el control prenatal; ya que se obtiene una información sobre que pacientes se encuentran con mayor probabilidad de contar con bajo apoyo social, conforme a sus factores sociodemográficos.

La evaluación del control prenatal sobre todo en pacientes con embarazo de alto riesgo debe de mantenerse en procurar el bienestar de la paciente de una manera global, por lo cual, sería conveniente crear un consultorio específico dedicado para la atención prenatal de embarazo de alto riesgo enfocado a primer nivel de atención, para dar una consulta de manera integral a este grupo de población de pacientes, proporcionando una atención profesional que vaya en busca de un servicio de calidad y calidez enfocado al binomio madre-hijo, como lo decreta el modelo nacional de Atención Materna Integral del IMSS (AMIIMSS); con el fin de aumentar la atención prenatal y disminuir aún más el riesgo de mortalidad materna, que se menciona dentro de las acciones a realizar dentro del Objetivo número 3: Salud y bienestar, que forma parte de uno de los Objetivos del Desarrollo Sostenible creados por la Organización de las Naciones Unidas.

Además, crear o modificar nuevos programas que vayan en busca del bienestar global de las pacientes, como lo son grupos de apoyo de atención prenatal grupal, los cuales permitirá a las

mujeres poder vincularse y unirse como un sistema de apoyo, sobre todo en aquellas que se encuentran con un apoyo social escaso. Teniendo reuniones mensuales durante el transcurso de su periodo prenatal y puerperio, donde podrán recibir educación preventiva y médica por diferente personal de salud capacitado durante diferentes sesiones, acerca de cuidados e información relevante que se pudiera presentar en el periodo embarazo-puerperio, además de fomentar un grupo de apoyo social entre ellas, disminuyendo entonces los niveles de apoyo social escaso y aumentando la mejoría de la salud encaminada al modelo biopsicosocial.

Este estudio queda como una base para que se dé un seguimiento a futuras líneas de investigación sobre estudios con respecto al apoyo social, tanto en nuestra unidad de estudio, como de nuestro país, comparando entre pacientes que cursen con un embarazo de bajo riesgo, investigaciones sobre la dinámica familiar y/o enfocar el estudio a patologías específicas. Ya que el conocimiento de estas futuras investigaciones, pudieran dar pauta a crear mejoras en el seguimiento de pacientes con apoyo social bajo y por lo tanto prevenir algún trastorno del estado de ánimo en el posparto, realizando una vigilancia estrecha en el periodo del puerperio hasta por 6 semanas, así como se tiene para enfermedades como diabetes gestacional y preeclampsia.

El tener en cuenta estas recomendaciones serán una parte fundamental dentro de las acciones preventivas que se debe tener como primer nivel de atención para la atención de pacientes que cursan con un embarazo de alto riesgo.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Febrero- Abril 2022	Septiembre 2022	Octubre- Noviembre 2022	Noviembre 2022	Diciembre 2022	Enero 2022	Febrero 2022
Elaboración del protocolo.	<b>X</b>						
Aceptación del protocolo.		<b>X</b>					
Recolección de datos.			<b>X</b>				
Captura de base de datos.				<b>X</b>			
Análisis de resultados.					<b>X</b>		
Redacción de resultados, discusión y conclusión.						<b>X</b>	
Presentación a sinodales.							<b>X</b>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2016. Consultado el: 12 de Agosto 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/proyecto-de-norma-oficial-mexicana-proy-nom-047-ssa2-2014-para-la-atencion-a-la-salud-del-grupo-etario-de-10-a-19-anos-de-edad-132474?state=published>
2. Pimentel-Lima MO, Tsunehiro MA, Bonadio IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. Acta paul. enferm. 2017; 30(1):39-46 <https://www.scielo.br/j/ape/a/NMBmYV38fbJcTFTGmDXLzWh/?format=pdf&lang=pt>
3. Lima VKS, Hollanda GSE, Oliveira BMM, Oliveira IG, Santos LVF, Carvalho CML. Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle. Rev Fun Care Online. 2019; 11(4):968-975.
4. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL, Silva JPG, Nascimento NM. Assessing nursing diagnoses and interventions in labour and high-risk pregnancies. Rev Gaucha Enferm. 2016;37(3):e55316
5. Silva MMJ, Alves-Nogueira D, Clapis MJ, Peres-Rocha E. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. Rev. esc. enferm. USP. 2017; 51:e03253
6. National Institutes of Health, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. High-Risk Pregnancy [Internet]. Consultado el 06/04/2022. Disponible en: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk>
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Procedimiento para otorgar atención materna y perinatal en las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención 2650-003-001. 2013
8. Muñoz-Zapata DE, Marín-Ochoa BE, Ariza-Sosa GR. Maternidades contemporáneas: tribus digitales e interacciones con las instituciones de salud. Interface (Botucatu). 2021; 25: e200051.
9. Mirzakhani K, Ebadi A, Faridhosseini F, Khadivzadeh T. Well-being in high-risk pregnancy: an integrative review. BMC Pregnancy Childbirth. 2020: 20(526); 1-14

10. Tsakiridis, I., Bousi, V., Dagklis, T., Sardeli C., Nikolopoulou V, Papazisis G. Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies due to obstetric complications: a scoping review. *Arch Gynecol Obstet.* 2019; 300: 849–859
11. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2016;191:62-77.
12. Lotero-Osorio HD, Villa-González IC, Torres-Trujillo LE. Afectividad y Apoyo Social Percibido en Mujeres Gestantes: un Análisis Comparativo. *Rev. colomb. psicol.* 2018; 27(2): 85-101
13. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev Med La Paz,* 2011; 17(1): 60-67
14. Gaino LV; Almeida LY; Oliveira JL; Nievas AF; Saint-Arnault D; Souza J. The role of social support in the psychological illness of women. *Rev LatinoAm Enfermagem.* 2019;27:e3157. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2877.3157>
15. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705-14. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-b. PMID: 2035047.
16. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). World Fertility and Family Planning 2020: Highlights (ST/ESA/SER.A/440). Disponible en: [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/World\\_Fertility\\_and\\_Family\\_Planning\\_2020\\_Highlights.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/World_Fertility_and_Family_Planning_2020_Highlights.pdf)
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día de la madre datos nacionales [Internet]. 2020. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/madre2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/madre2020_Nal.pdf)
18. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, Robson SC. High-risk pregnancy: management options: Cambridge University press; 2017
19. Sanchez-Gaitan Factores para un embarazo de riesgo. *Rev Med Sinerg.* 2019; 4(9): e319
20. Martínez-Royert J, Pereira-Peñate M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. *Salud Uninorte.* 2016; 32(3): 452-460.
21. Barragán-Hernández O, Cruz-Quintero JA, Maldonado-López LA, Favela-Ocaño A, Peralta-Peña SL. Nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención. *Sanus.* 2017;3: 6-13.

22. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. Objetivos del desarrollo milenio. [citado el 19 septiembre del 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
23. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334\\_spa.pdf?ua=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1)
24. Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México; 2015
25. Iwanowicz-Palus G, Zarajczyk M, Bien A, Korzynska-Pietas M, Krysa J, Rahnama-Hezavah M, et. al. The Relationship between Social Support, Self-Efficacy and Characteristics of Women with Diabetes during Pregnancy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022; 19(304): 1-17.
26. Sarmasti N, Ayoubi SH, Mahmoudi G, Heydarpour S. Comparing Perceived Social Support and Perceived Stress in Healthy Pregnant Women and Pregnant Women with Preeclampsia. *Ethiop J Health Sci*. 2019;29(3):369-376.
27. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2021;18(1):162
28. Alipour Z, Kheirabadi GR, Kazemi A, Fooladi M. The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: a systematic review. *East Mediterr Health J*. 2018;24(6):549-559.
29. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care [Internet]. 2017. Eight Edition. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx>
30. Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, MF, Lara, MA, Navarrete L, Le HN. A Cross-Cultural Analysis of the Prevalence and Risk Factors for Prenatal Depression in Spain and Mexico. *Cult Med Psychiatry*. 2021; 45, 599–612.

31. Rodriguez-Leis P, Flores-Gallegos R. Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y Estrés*. 2018; 24(2-3): 67-72.
32. Mota-Sanhua V, Suarez-Hesketh CI, Velázquez-Hernández B, Ruiz-Speare O. Entorno de mujeres embarazadas mexicanas y sus conocimientos y actitudes sobre la atención prenatal. *Rev. Salud Pública*. 2019; 21 (2): 258-264
33. Herrera-Navarrete B., Galindo-Vazquez O., Bobadilla-Alcaraz R., Penedo FJ., Lerma A. Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología y Salud*. 2021; 31(2):225-235
34. Suarez-Cuba MA. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev med la paz*, 2011; 17(1): 60-67
35. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. Prevalence and determinants of low social support during pregnancy among Australian women: a community-based cross-sectional study. *Reprod Health*. 2021; 18:158
36. Maldonado-Cisneros M, Medina-Gómez OS. Apoyo social y marginación como determinantes de la atención prenatal en mujeres con seguridad social en México. *Gac Med Mex*. 2018; 154:180-184
37. Taylor BL, Nath S, Sokolova AY, Lewis G, Howard LM, Johnson S, et al. The relationship between social support in pregnancy and postnatal depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022; 57:1435-1444
38. Aguilar-DeMendoza AS, Quintanilla-Campos MN. El apoyo social presente en el embarazo y puerperio de la madre adolescente.

## ANEXOS

### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>	
Nombre del estudio:	“Percepción de Apoyo social en pacientes con embarazo de alto riesgo en una unidad de primer nivel de atención.”
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El embarazo es una etapa importante de la vida por el que pasa la mujer y en el cual se pueden presentar cambios positivos como negativos. Se ha visto que el apoyo social se encuentra clasificado como un factor que protege ante los problemas de depresión y ansiedad en el embarazo y el postparto. Es por ello que el objetivo de este estudio es: Saber cómo se percibe el apoyo social en pacientes con embarazo de alto riesgo en una unidad de primer nivel de atención.
Procedimientos:	Se solicita mi autorización para aplicarme una encuesta para conocer el nivel de apoyo social que percibo durante esta etapa de mi embarazo al contestar una serie de preguntas, las cuales dará una puntuación del 1 al 5 siendo el 5 con el que más me identifico. Posteriormente se me solicitará información sobre datos generales como: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, número de embarazos, así como semana de embarazo en la que me encuentro. Toda la información que se obtenga será de forma anónima, auto llenada o con asesoría por el investigador principal en caso necesario, sin límite de tiempo, en donde señalara la respuesta que considere conveniente marcando con una x el cuadro con la opción que se sienta más identificado. Esto con la finalidad de ver cómo percibo el apoyo que tengo de mi familia y amigos, y con ello realizar acciones encaminadas perpetuar o mejorar el apoyo que recibo.
Posibles riesgos y molestias:	El riesgo es mínimo para la salud, ya que solamente se me aplicarán encuestas y se me solicitarán los datos generales arriba descritos. Algunas molestias que puedo tener son el hecho de que algunas preguntas pueden resultarme incómodas.

Posibles beneficios al participar:	En caso de detectarse una percepción de apoyo social baja, el beneficio que recibiré será enviarme al servicio de trabajo social, planificación familiar y médico familiar para el seguimiento y así aplicar estrategias que contribuyan a mejorar el apoyo de mi núcleo familiar, recibir orientación sobre métodos de planificación familiar y lograr una intervención o prevención oportuna en casos de detectarse depresión, ansiedad prenatal u otro tipo de patología que pudiera poner en riesgo mi salud.
Información sobre resultados y alternativas:	Se me brindará la información del resultado del cuestionario sobre el nivel de apoyo social percibido, y en caso necesario se me referirá con Trabajo Social para la implementación de estrategias de apoyo familiar, planificación familiar para el asesoramiento adecuado sobre métodos de planificación familiar y médico familiar para seguimiento y manejo oportuno de patologías de base y agregadas y el envío oportuno a los servicios de segundo nivel de atención si se considera necesario.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de no participar o retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada será confidencial, todos los datos provistos por mi serán analizados de forma anónima por un computador que solo usara los códigos numéricos. No se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio. Los cuestionarios serán resguardados por el investigador principal.
<b>Declaración del consentimiento:</b>	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la información para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la información para este estudio y estudios futuros.
Investigador Responsable:	Investigador responsable: Dra. Samantha Lizeth Segarra Linares. Médico especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 97201277. Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Baja California. Correo electrónico: <a href="mailto:samanthasegarra@gmail.com">samanthasegarra@gmail.com</a>

<p>Colaboradores:</p>	<p>Dra. Karen Lizeth Batista Plata  Médico Residente de Medicina Familiar.  Matrícula: 98029544  Unidad de Medicina Familiar No.27 Tijuana, BC. Instituto Mexicano del Seguro Social  Correo: kbatista@uabc.edu.mx</p> <p>Dra. Catalina Verdin Bravo.  Médico especialista en Medicina Familiar.  Matrícula: 98021687.  Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Baja California.  Correo electrónico: catalinaverdin@yahoo.com</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.eticainv@imss.gob.mx">comision.eticainv@imss.gob.mx</a></p>	
<p>_____</p> <p>Nombre y firma del participante</p>	<p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>_____</p> <p>Testigo #1 Nombre, dirección y firma</p>	<p>_____</p> <p>Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma</p>

## ANEXO 2. Hoja de Recolección de datos.

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

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

NOMBRE (Iniciales): \_\_\_\_\_ NO. AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

Fecha de última menstruación: \_\_\_\_\_

Edad:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≤19 años</li> <li>2. 20-29 años</li> <li>3. 30-34 años</li> <li>4. ≥35 años</li> </ol>
Escolaridad:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguna</li> <li>2. Primaria</li> <li>3. Secundaria</li> <li>4. Preparatoria o técnica.</li> <li>5. Universidad</li> </ol>
Estado civil:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltera</li> <li>2. Casada</li> <li>3. Unión Libre</li> <li>4. Divorciada</li> <li>5. Viuda</li> </ol>
Ocupación:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ama de casa/Ninguna</li> <li>2. Estudiante</li> <li>3. Empleada</li> <li>4. Estudiante y Empleada</li> </ol>
Número de embarazos: _____	Parto: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____
Edad Gestacional: _____	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primer trimestre: ≤12.6 semanas de gestación.</li> <li>2. Segundo Trimestre: 13-26.6 semanas de gestación.</li> <li>3. Tercer Trimestre: ≥27 semanas de gestación</li> </ol>

<p><b>Antecedentes personales patológicos</b></p>	<p>1. Ninguno</p> <p>2. Hipertensión Arterial</p> <p>3. Diabetes Mellitus</p> <p>4. Cardiopatía</p> <p>5. Antecedente gineco-obstétrico</p> <p>_____</p> <p>6. Otra enfermedad crónica y/o sistémica grave:</p> <p>_____</p>
<p><b>Apoyo Social</b></p>	<p><b>Puntuación:</b></p> <p><b>Afectivo:</b> _____</p> <p><b>Emocional:</b> _____</p> <p><b>Social positivo:</b> _____</p> <p><b>Instrumental:</b> _____</p> <p><b>Global:</b> _____</p>

### ANEXO 3. Instrumento

#### CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL:

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1. Aproximadamente ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos: \_\_\_\_\_

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

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

**Anexo 4: Carta de no inconveniencia al director**

Tijuana, Baja California a 01 mes de Septiembre del año 2022

Dra. Samantha Lizeth Segarra Linares

Por medio de la presente se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la autorización por parte del Comité de Investigación que corresponda de acuerdo con las características del estudio. En su caso, requiere ser registrado en el Comité Local de investigación No. 204; una vez que se tenga la autorización, cuente con la anuencia para la realización del protocolo de investigación titulado:

"PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN."

Atentamente



---

Dr. Francisco Javier Camacho Reyes

Director

UMF No. 27