



ORIGINALES

Relación entre apoyo social, funcionamiento familiar, características sociodemográficas y ginecobstétricas en gestantes que asisten a cuidado prenatal

Relationship between social support, family functioning, sociodemographic and gynecological-obstetric characteristics in pregnant women who attend prenatal care

Mónica Mabel Ocampo Rivero¹

Luz Enith Maza Padilla²

Cleiver José Orozco Gómez³

¹ Nurse. Master's in Public Health. Professor University of Córdoba, Colombia. Address Vereda El Faro 1, Montería. Phone number 3004897687. mocampo@correo.unicordoba.edu.co

² Nurse. Master's in Nursing. Professor University of Córdoba, Colombia.

³ Nurse. Master's in Public Health. Professor University of Córdoba, Colombia.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.628671>

eLocation-id: e628671

Received: 2024/09/09

Accepted: 2025/25/02

Resumen:

Introducción: El apoyo social es un aspecto importante durante la gestación, facilita un afrontamiento favorable ante situaciones estresantes en esta etapa de la vida de la mujer, de igual manera, el apoyo familiar es un factor protector al reducir el riesgo de complicaciones neonatales, facilita el afrontamiento de la gestante y la transición a la maternidad.

Objetivo: Establecer la relación entre apoyo social, funcionamiento familiar, características sociodemográficas y ginecobstétricas, en gestantes que asisten a cuidado prenatal en una Institución de Salud de Primer Nivel de Atención.

Métodos: Estudio cuantitativo de diseño comparativo y transversal. La información fue recolectada mediante la aplicación de una encuesta sociodemográfica y variables ginecobstétricas. Además, se utilizaron los cuestionarios de Apoyo Social Funcional y APGAR familiar. Se seleccionaron 357 participantes. Los datos se analizaron utilizando la prueba de Chi cuadrado; la significancia estadística se estableció con p-valor <0.05, y se realizó un Análisis de Correspondencias Múltiples (MCA).

Resultados: Existe relación significativa entre el apoyo social y el estrato socioeconómico (p-valor: 0,041). La ocupación es otra categoría que también está relacionada con el apoyo social funcional (p-valor: 0,033); las gestantes que trabajan tienen una percepción normal, contrario a las que se dedican a los oficios en el hogar.

Conclusiones: Los servicios de salud deben brindar una atención integral a la gestante, dadas las alteraciones físicas y emocionales que se presentan durante este periodo, de ahí la importancia del apoyo social como mecanismo promotor de la salud física y mental de la gestante y su hijo por nacer.

Palabras clave: Mujer embarazada; apoyo social; apoyo familiar; salud mental.

Abstract:

Introduction: Social support is an important aspect during pregnancy as it facilitates favorable coping with stressful situations that may arise during this stage of a woman's life. Likewise, family support is a protective factor by reducing the risk of neonatal complications, facilitating the coping of the pregnant woman and the transition to motherhood.

Objective: To establish the relationship between social support, family functioning, sociodemographic and gynecological-obstetric characteristics in pregnant women who attend prenatal care in a Primary Care Health Institution.

Methods: Quantitative study of comparative and cross-sectional design. The information was collected by applying a sociodemographic survey and gynecological-obstetric variables. In addition, the Functional Social Support and Family APGAR questionnaires were used. 357 participants were selected. The data were analyzed using the Chi square test; statistical significance was established with p-value <0.05, and a Multiple Correspondence Analysis (MCA) was performed.

Results: There is a significant relationship between social support and socioeconomic status (p-value: 0.041). Occupation is another category that is also related to functional social support (p-value: 0.033); pregnant women who work have a normal perception, contrary to those who do household chores.

Conclusions: Health services must provide comprehensive care to pregnant women, given the physical and emotional changes that occur during this period, hence the importance of social support as a mechanism to promote the physical and mental health of the pregnant woman and her unborn child.

Key words: Pregnant women; social support; family support; mental health.

INTRODUCCIÓN

Debido a la condición fisiológica del proceso de gestación ⁽¹⁾, la mujer presenta cambios en su estado físico, psicológico, conductual y emocional, orientados en ajustarse y adaptarse a las exigencias del desarrollo del nuevo ser. Estos cambios pueden ser o no evidentes, y se encuentran influenciados por múltiples causas que alteran el normal funcionamiento de todos los órganos.

Las manifestaciones psicológicas relacionadas con la gestación se encuentran asociadas a factores sociodemográficos, culturales, gineco obstétricos, relación de pareja, estabilidad emocional, apoyo social, historial psicológico, entre otros ⁽²⁾. La literatura consultada evidencia que, durante la gestación las emociones se presentan de forma más intensa; lo que influye de manera directa en la salud física y mental de la materna ⁽³⁾.

Al respecto algunos autores ⁽⁴⁾ manifiestan que durante esta etapa es necesario realizar modificaciones en la estructura y funcionamiento del grupo familiar, así como en las relaciones con las personas más significativas para la gestante, con el fin de brindar un apropiado apoyo familiar y social. Por lo anterior, el apoyo social es considerado un aspecto importante durante la gestación ⁽²⁾, al promover un afrontamiento favorable ante situaciones estresantes que puedan presentarse durante esta etapa ^(5,6).

Diversos estudios asocian la influencia positiva del apoyo social durante la gestación, con disminución de la ansiedad, mayor percepción del autocontrol y menores índices de depresión posparto ⁽⁷⁾; reconocidos como factores de riesgo de salud mental en el periodo perinatal ⁽⁸⁾; de igual manera ante complicaciones obstétricas se ha observado bajos niveles de estrés y ansiedad ⁽⁶⁾⁽⁹⁾. En este sentido las condiciones de estrés, ansiedad y soporte familiar inadecuado durante la gestación ⁽⁷⁾, aumentan la probabilidad de complicaciones obstétricas y neonatales, y resultados perinatales poco favorables ⁽¹⁰⁾.

La atención integral que ofrece el equipo interdisciplinario de salud se constituye en otro aspecto importante como apoyo social que influye en el bienestar de la gestante al disminuir la incertidumbre, fortalecer el nivel de conocimiento relacionado con la gestación y ofrecer recursos para tener una experiencia de parto positiva ⁽¹¹⁾.

Con relación al apoyo familiar, autores como Pérez, Cruz & Arriaga ⁽⁷⁾ señalan que es un factor protector durante la gestación, al reducir el riesgo de complicaciones adversas neonatales, facilita el afrontamiento a los cambios que ocurren durante el embarazo y la transición a la maternidad ⁽⁹⁾; además favorece el apego madre e hijo durante la lactancia materna ⁽¹¹⁾; de igual manera, mejora la autoeficacia, y el bienestar subjetivo. Del mismo modo, la percepción positiva de la gestante acerca del apoyo por parte de la pareja o cónyuge, se relaciona con una mejor calidad de vida y disminución del riesgo de presentar síntomas de depresión, ansiedad, y estrés generalizado ⁽⁷⁾.

Los hallazgos de esta investigación permitirán formular estrategias de intervención en salud mental que fomenten el bienestar de las mujeres gestantes, sus familias y comunidad, para brindar cuidado integral durante la atención prenatal. Además, aportará elementos claves para la comprensión del fenómeno de estudio, y un adecuado abordaje del apoyo social y funcionamiento familiar durante la gestación, contribuyendo al mejoramiento de la atención en salud materno-perinatal de la región.

Para el desarrollo de los argumentos anteriormente expuestos, surge como objetivo, establecer la relación entre apoyo social, funcionamiento familiar, características sociodemográficas y ginecobstétricas, en gestantes que asisten a cuidado prenatal en una Institución de Salud de Primer Nivel de Atención.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo de diseño comparativo y transversal. La población estuvo conformada por 679 gestantes que asistieron a la atención prenatal de una Institución de Salud de Primer Nivel de Atención, localizada en un municipio del departamento de Córdoba, Colombia. Del total de la población (N=679), se calculó una muestra de 357 gestantes, con un nivel de confianza de 95% (Z=0.975), un margen de error (intervalo de confianza) del 3% (d =0,03) y una probabilidad de 0,5 (p=0,5 q=0,5) utilizando la fórmula matemática establecida para el cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas.

Las participantes del estudio fueron seleccionadas mediante muestreo por conveniencia, teniendo en cuenta como criterios de inclusión, que fueran mayores de edad, presentaran condiciones físicas y psicológicas normales, asistieran a cuidado prenatal durante el período de estudio, y que aceptaran voluntariamente participar.

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de una encuesta que permitió suministrar datos sociodemográficos y variables ginecobstétricas. Además, se utilizó el cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke UNC), que mide cuantitativamente el apoyo social percibido, con dos dimensiones: apoyo social confidencial (disposición de información, consejo o guía, o personas con quien compartir problemas) y apoyo social afectivo (amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia a grupos).

Este cuestionario es auto administrado, consta de 11 ítems y una escala tipo Likert que ofrece 5 opciones de respuesta, con una puntuación de 1 a 5, donde 1 significa “mucho menos de lo que deseo” y 5 “tanto como lo deseo”. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. Para clasificar el apoyo social funcional percibido se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación menor a 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

Otro instrumento utilizado fue el cuestionario de Función familiar (APGAR), que mide la percepción del cuidado y apoyo que un individuo recibe de su familia en relación a cinco elementos: adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad y recursos o capacidad resolutive. Estos componentes son evaluados a través de 5 preguntas cerradas, con tres opciones de respuesta, donde 0 =(Casi nunca), 1 =(A veces) y 2 =(Casi siempre), y una puntuación máxima posible de 10. Para valorar la percepción de la gestante acerca de la función familiar, se escogieron los siguientes puntos de corte: normo funcional: 7 - 10 puntos; disfuncional leve: 3 – 6, y disfuncional grave: 0 – 2 puntos.

Los datos obtenidos de los diferentes instrumentos se analizaron utilizando estadísticas descriptivas para explicar las variables sociodemográficas y ginecobstétricas. Los resultados se presentaron en tablas para mostrar la distribución en frecuencias y porcentajes de las categorías presentes en las diferentes variables de interés para el estudio. Por medio de la prueba de Chi cuadrado se determinó la relación significativa entre las variables categóricas resultantes de la clasificación del cuestionario APGAR Familiar y Apoyo Social Funcional (Duke).

Esta prueba se fundamenta en la comparación de las frecuencias presentadas teniendo en cuenta la hipótesis nula de independencia entre las variables, ofreciendo una visión de la influencia de estos factores en el bienestar psicosocial de las gestantes. La significancia estadística se estableció con un p-valor < 0.05.

Finalmente se realizó un Análisis de Correspondencias Múltiples (MCA), con el fin de evaluar las relaciones entre las diferentes variables; previamente se excluyeron aquellas con bajas frecuencias para disminuir el sesgo de los resultados. Todos los análisis se realizaron utilizando el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS versión 26.0.

Para la realización de este estudio fue necesario el aval del Comité Central de Bioética de la Universidad de Córdoba. La aceptación voluntaria por parte de las participantes, se obtuvo mediante la firma del consentimiento informado; además, se garantizó la confidencialidad y el anonimato.

RESULTADOS

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas. De las 357 participantes, el mayor porcentaje presenta edades entre los 25 y 34 años (61,6%); de raza mestiza (99,2%); estrato socioeconómico uno (91,3%). El 64,1% realizó estudios de secundaria completa; viven en unión libre (73,9%); residen en la zona urbana (76,8%); y se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el régimen subsidiado (97,2%).

El 51,8% de las participantes conviven con su cónyuge o compañero permanente, mientras que el 46,2% con sus padres y/o hermanos; se dedican a los oficios del hogar (78,4%), y tienen ingresos familiares económicos inferiores a un salario mínimo (56,3%). (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica

Variable	Categoría	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)
Rango de edad	18 a 24 años	103	28,9
	25 a 34 años	220	61,6
	35 a 44 años	34	9,5
Zona de procedencia	Zona rural	41	11,5
	Zona rural dispersa	42	11,8
	Zona urbana	274	76,8
Estado civil	Casada	39	10,9
	Divorciada	6	1,7
	Soltera	48	13,4
	Unión libre	264	73,9
Estrato socio económico	1	326	91,3
	2	31	8,7
Nivel de estudios	Ninguno	3	0,8
	Primaria	47	13,2
	Secundaria	229	64,1
	Técnico	56	15,7
	Universitario	22	6,2
Ocupación	Estudia	10	2,8
	Oficios del hogar	280	78,4
	Trabaja	67	18,8
Personas con las que convive	Amigos	3	0,8
	Casa de refugio	4	1,1
	Cónyuge o compañero permanente	185	51,8
Afiliación al SGSSS	Padres y/o hermanos	165	46,2
	Régimen especial	10	2,8
Ingresos económicos	Subsidiado	347	97,2
	Menos del salario mínimo	201	56,3
	Salario mínimo	119	33,3
	Mayor del salario mínimo	37	10,4

Fuente: Resultados de la encuesta

En relación a las variables gineco obstétricas, se observó que el 1,1% de las participantes eran primigestantes, el 95,5% han tenido entre 1 y 4 embarazos, mientras que el 3,4% son múltiparas con 5 o más embarazos. En lo concerniente a la planeación del embarazo, solamente el 9,2% fueron planeados; 8,7% deseados, y aceptados el 95,5%.

Tabla 2. Variables ginecobstétricas

Variable	Categoría	Frecuencia		Porcentaje	
		(N°)	(%)	(N°)	(%)
Trimestre de embarazo	Trimestre 1	121	33,9		
	Trimestre 2	167	46,8		
	Trimestre 3	69	19,3		
Embarazos anteriores	0	4	1,1		
	1 a 4	341	95,5		
	5 o más	12	3,4		

Fuente: Resultados de la encuesta

Resultados del Cuestionario Duke

Los resultados demuestran que las gestantes en su mayoría manifestaron tener apoyo afectivo y confidencial normal, representado por 85,7% y 88,8% respectivamente.

Al relacionar las variables apoyo social funcional y las dimensiones apoyo afectivo y confidencial del Cuestionario Duke, los resultados obtenidos demuestran que no existe relación significativa entre estas. En cuanto al apoyo social funcional el 89,1% de las gestantes señalaron tener un apoyo social normal.

Al relacionar los resultados del Cuestionario Duke con las variables sociodemográficas, se evidenció que el apoyo social funcional no varía con la edad, procedencia, estado civil, afiliación al SGSSS, nivel de estudio, personas con las que convive, o nivel de ingresos económicos.

Respecto al estrato socioeconómico, los resultados muestran un p-valor: 0,041, es decir, las gestantes que viven en el estrato uno, en su mayoría perciben un apoyo social funcional bajo, contrario a las que residen en el estrato dos, que perciben un apoyo social funcional normal. La ocupación es otra categoría que también está relacionada con la percepción del apoyo social funcional (p-valor: 0,033); las gestantes que trabajan tienen una percepción normal, contrario a las que se dedican a los oficios en el hogar, que en su mayoría manifiestan una percepción baja. (Tabla 3).

Tabla 3. Asociaciones entre apoyo social funcional percibido y características sociodemográficas, p-valor inferior a 0,05 (5%)

Variable	Categoría	Apoyo percibido				P-valor
		Bajo		Normal		
		(N°)	(%)	(N°)	(%)	
Edad	18 a 24 años	13	33,3%	90	28,3%	0,770
	25 a 34 años	22	56,4%	198	62,3%	
	35 a 44 años	4	10,3%	30	9,4%	
Procedencia	Zona urbana	33	84,6%	241	75,8%	0,372
	Zona rural	2	5,1%	39	12,3%	
	Zona rural dispersa	4	10,3%	38	11,9%	
Estado civil	Soltera	6	15,4%	42	13,2%	0,097
	Unión libre	33	84,6%	231	72,6%	
	Casada	0	0,0%	39	12,3%	
	Divorciada	0	0,0%	6	1,9%	

Variable	Categoría	Apoyo percibido				P-valor
		Bajo		Normal		
		(N°)	(%)	(N°)	(%)	
Afiliación al SGSSS	Subsidiado	39	100,0%	308	96,9%	0,261
	Régimen especial	0	0,0%	10	3,1%	
Estrato socioeconómico	Uno	39	100,0%	287	90,3%	0,041
	Dos	0	0,0%	31	9,7%	
Nivel de estudio	Ninguno	0	0,0%	3	0,9%	0,296
	Primaria	3	7,7%	44	13,8%	
	Secundaria	29	74,4%	200	62,9%	
	Técnico	7	17,9%	49	15,4%	
	Universitario	0	0,0%	22	6,9%	
Convive	Padres y/o hermanos	19	48,7%	146	45,9%	0,821
	Cónyuge o compañero permanente	20	51,3%	165	51,9%	
	Amigos	0	0,0%	3	0,9%	
	Familiares	0	0,0%	4	1,3%	
Ocupación	Estudia	3	7,7%	7	2,2%	0,033
	Oficios de hogar	33	84,6%	247	77,7%	
	Trabaja	3	7,7%	64	20,1%	
Ingresos	Menos de un salario mínimo	27	69,2%	174	54,7%	0,502
	Un salario mínimo	12	30,8%	107	33,6%	
	Más de un salario mínimo	0	0,0%	37	11,6%	

Fuente: Resultados del Cuestionario Duke

Al correlacionar los resultados de la percepción del apoyo social funcional con las variables ginecobstétricas: número de embarazos, partos, abortos, cesáreas, nacidos vivos, interrupción de embarazos, y aceptación del embarazo, se evidenció que no existe una relación significativa entre estas variables.

La categoría ginecobstétrica trimestre del embarazo, demostró una relación significativa (p-valor: 0,012) con el apoyo social funcional; las gestantes que se encuentran en el primer trimestre manifestaron en mayor proporción una percepción normal, mientras que, para el segundo y tercer trimestre, el mayor porcentaje de gestantes percibieron un apoyo social bajo.

Con relación a la categoría embarazo deseado, los resultados indican que hay una mayor proporción a tener una percepción de apoyo social funcional normal cuando no es deseado; comportamiento similar que se evidencia en los casos de embarazos no planeados.

Tabla 4. Asociaciones entre apoyo social funcional percibido y características gineco-obstétricas, p-valor inferior a 0,05 (5%)

Variable	Categoría	Apoyo percibido				P-valor
		Bajo		Normal		
		(N°)	(%)	(N°)	(%)	
Trimestre	Trimestre 1	5	12,8%	116	36,5%	0,012
	Trimestre 2	25	64,1%	142	44,7%	
	Trimestre 3	9	23,1%	60	18,9%	
Embarazo deseado	Sí	7	17,9%	24	7,5%	0,029
	No	32	82,1%	294	92,5%	
Embarazo planeado	Sí	7	17,9%	26	8,2%	0,047
	No	32	82,1%	292	91,8%	
Embarazo aceptado	Sí	38	97,4%	303	95,3%	0,540
	No	1	2,6%	15	4,7%	

Fuente: Resultados del Cuestionario Duke

Resultados del Cuestionario APGAR familiar

Se evidenció que la mayoría de las participantes percibieron una funcionalidad familiar normal (59,4%), seguido de una disfunción familiar leve (38,7%).

En los resultados del estudio no se demostró relación significativa entre la funcionalidad familiar y las variables sociodemográficas de las participantes. Respecto a las variables ginecoobstétricas, se observó una relación significativa entre las categorías, número de partos, e hijos nacidos vivos. Cuando no hay embarazos anteriores, es más probable que la percepción de las participantes se clasifique como normo-funcional, seguido de disfunción leve; mientras que cuando se tienen 5 partos o más, hay mayor probabilidad de presentarse disfunción familiar grave, de forma similar ocurre con la variable número de nacidos vivos. (Tabla 5).

Tabla 5. Asociaciones entre percepción sobre funcionalidad familiar y características gineco-obstétricas, p-valor inferior a 0,05 (5%)

Variable	Categoría	Percepción sobre funcionalidad familiar						P-valor
		Normo-funcional		Disfuncional leve		Disfuncional grave		
		(N°)	(%)	(N°)	(%)	(N°)	(%)	
Partos	0	154	72,6%	93	67,4%	4	57,1%	0,000
	De 1 a 4	57	26,9%	45	32,6%	2	28,6%	
	5 o más	1	0,5%	0	0,0%	1	14,3%	
Nacidos vivos	0	119	56,1%	79	57,2%	3	42,9%	0,000
	De 1 a 4	92	43,4%	59	42,8%	3	42,9%	
	5 o más	1	0,5%	0	0,0%	1	14,3%	
Embarazo deseado	Sí	15	7,1%	16	11,6%	0	0,0%	0,243
	No	197	92,9%	122	88,4%	7	100,0%	
Embarazo planeado	Sí	17	8,0%	16	11,6%	0	0,0%	0,368
	No	195	92,0%	122	88,4%	7	100,0%	
Embarazo aceptado	Sí	205	96,7%	129	93,5%	7	100,0%	0,307
	No	7	3,3%	9	6,5%	0	0,0%	

Fuente: Resultados del Cuestionario APGAR Familiar

Análisis de Correspondencias Múltiples (MCA)

Para el Análisis de Correspondencias Múltiples se identificaron las variables que ejercen mayor influencia sobre cada dimensión, se utilizó el coeficiente de determinación R^2 con su respectivo p-valor asociado a la prueba. Al respecto se encontró que en la primera dimensión las variables que obtuvieron un mayor valor fueron: ingresos económicos, estado civil, estrato socioeconómico y nivel de estudios, con resultados de 0,8730; 0,8096; 0,7884 y 0,36957 respectivamente; con relación a la dimensión 2, las variables: nacidos vivos, número de partos, nivel de estudios y zona de procedencia, tuvieron como resultados 0,5153; 0,5060; 0,4857 y 0,3781 respectivamente (Tabla 6).

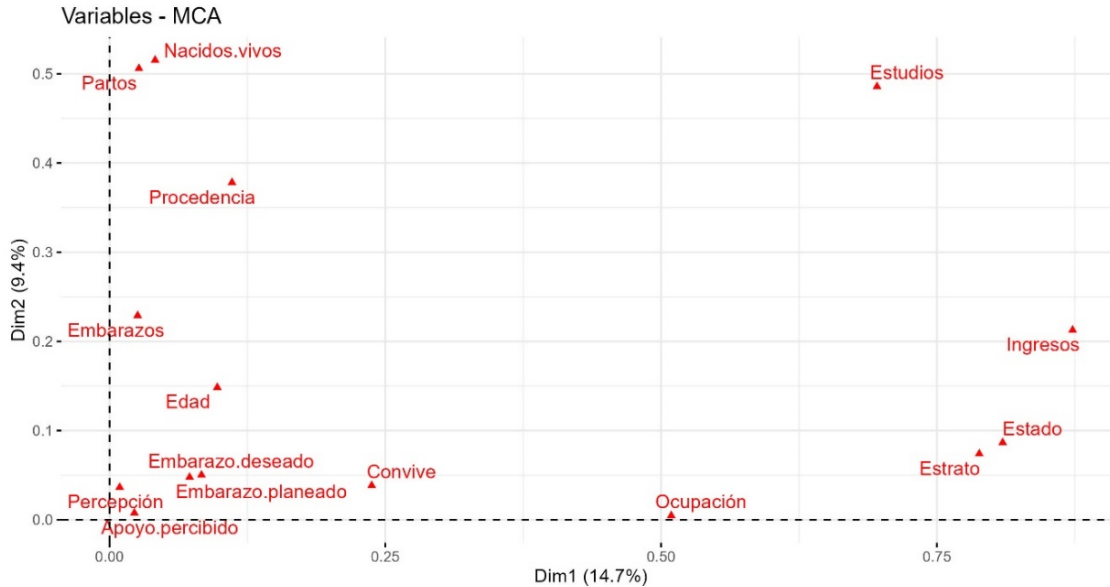
Tabla 6. Nivel de correlación entre las variables y las dimensiones

Variable	Dimensión 1		Dimensión 2	
	R2	p-valor	R2	p-valor
Ingresos económicos	0,8730	2,24E-159	0,2127	4,18E-19
Estado civil	0,8096	9,51E-127	0,0866	5,16E-07
Estrato socioeconómico	0,7884	8,96E-122	0,0740	1,79E-07
Nivel de estudios	0,6957	1,39E-89	0,4857	1,29E-49
Ocupación	0,5092	1,94E-55		
Personas con las que convive	0,2377	1,16E-20	0,0385	3,09E-03
Zona de procedencia	0,1110	8,96E-10	0,3781	3,07E-37
Edad	0,0977	1,25E-08	0,1485	4,42E-13
Embarazo deseado	0,0834	2,78E-08	0,0502	1,91E-05
Embarazo planeado	0,0726	2,35E-07	0,0477	3,16E-05
Nacidos vivos	0,0413	5,70E-04	0,5153	2,13E-56
Apoyo social funcional percibido	0,0225	4,47E-03		
Partos	0,0267	8,37E-03	0,5060	6,17E-55
Embarazos	0,0255	1,03E-02	0,2289	1,03E-20
Percepción sobre la función familiar			0,0364	1,41E-03

Fuente: Resultado de los cuestionarios aplicados

En la figura 1 se observa que las variables: nacidos vivos, número de partos y zona de procedencia, presentaron mayor fuerza de correlación en la dimensión 2; por otra parte, las variables: ingresos económicos, estado civil, estrato socioeconómico y ocupación, la obtuvieron en la dimensión 1. La percepción sobre la funcionalidad familiar y el apoyo social funcional no aportaron mayor información en las dimensiones, sin embargo, fueron utilizadas para el análisis como variables auxiliares con el propósito de explicar algunos comportamientos.

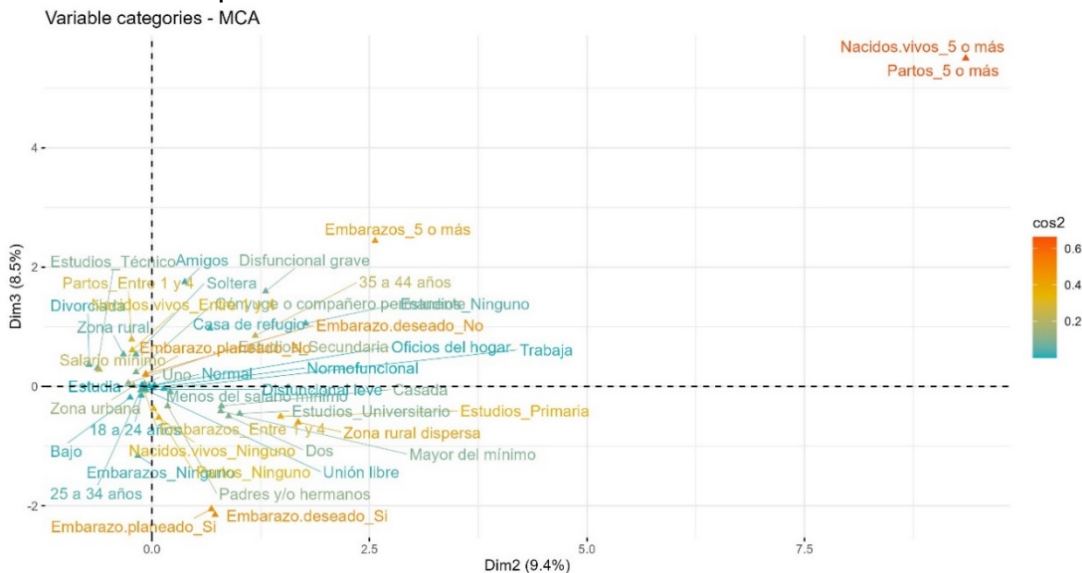
Figura 1. Correlación entre variables



Fuente: Resultado de los cuestionarios aplicados

La figura 2 muestra que las categorías con mayor importancia en la primera dimensión fueron: estado civil, nivel de estudios, estrato socioeconómico, nacidos vivos, número de partos, zona de procedencia y ocupación. Así mismo se evidencia que las variables, nivel educativo con estudios universitarios, estado civil casada, estrato socioeconómico dos e ingresos socioeconómicos superiores a un salario mínimo, no representaron aportes significativos a la dimensión 2.

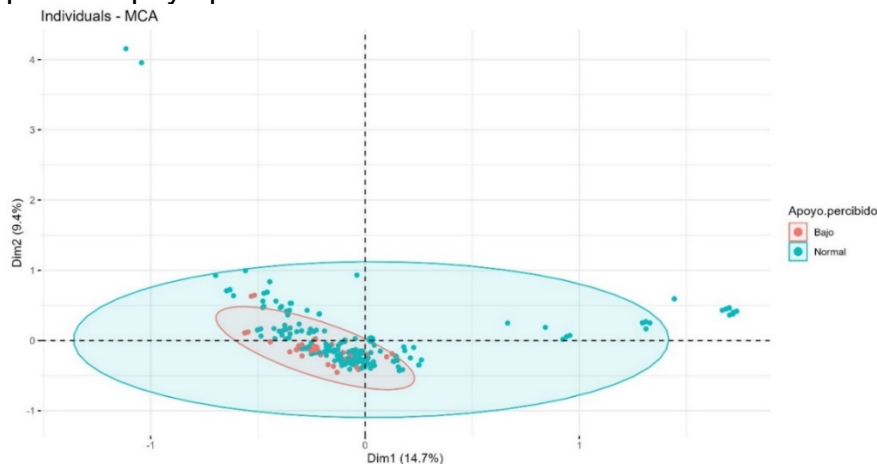
Figura 2. Asociación entre resultados de categorías y dimensiones de los cuestionarios aplicados



Fuente: Resultado de los cuestionarios aplicados

Con respecto a la percepción del apoyo social bajo, las variables que presentaron mayor fuerza de correlación fueron, gestantes que residen en zonas rurales dispersas, con nivel de estudios hasta primaria, que realizan oficios del hogar y con ingresos económicos inferiores a un salario mínimo (Figura 3).

Figura 3. Distribución de los individuos, agrupados por fase en elipses de confianza para el apoyo percibido



Fuente: Resultado de los cuestionarios aplicados

DISCUSIÓN

Diversos autores manifiestan que durante la gestación las emociones se presentan de forma más intensa ⁽³⁾, y pueden alterar el normal funcionamiento de los órganos y sistemas de la mujer ⁽¹⁾, lo que genera consecuencias desfavorables para la madre y a su hijo por nacer. En este sentido, es importante señalar que el apoyo social y familiar durante esta etapa es fundamental, por su influencia positiva en la salud, el bienestar, y el normal desarrollo del embarazo ⁽³⁾.

Los resultados de este estudio evidenciaron que las participantes en su mayoría se encuentran entre los rangos de 25 y 34 años de edad, residen en la zona urbana, terminaron estudios de secundaria, son amas de casa, y conviven en unión libre con su cónyuge o compañero permanente; hallazgos que coinciden con los resultados del estudio de Thomas-Hilarión et al ⁽¹¹⁾, realizado en otra ciudad de Colombia.

Otro hallazgo importante hace referencia a los ingresos familiares inferiores a un salario mínimo (US\$384); la literatura consultada evidencia el impacto negativo que tiene la pobreza sobre el estado de salud, la educación y el entorno familiar ^(12,13); y el embarazo no es una etapa ajena a esta realidad, algunos autores indican que existe una relación positiva entre la morbilidad materna y el índice de pobreza multidimensional ⁽¹⁴⁾. Por su parte, Santos & Patricio ⁽¹⁵⁾ en el estudio realizado en República Dominicana, encontraron un aumento de 2,2 en el indicador de mortalidad materna en regiones con alta pobreza multidimensional, comparada con las que presentan bajos niveles de pobreza.

En relación a las variables gineco obstétricas, se observó que la mayoría de participantes son multigestantes; los hallazgos de otros estudios muestran que la paridad aumenta la probabilidad que la gestante presente ansiedad y depresión ⁽¹⁶⁾, esta situación puede deberse a posibles experiencias negativas con gestaciones anteriores y/o problemas en las relaciones interpersonales con los otros hijos y la pareja, derivada de la llegada de un nuevo miembro a la familia ⁽¹⁷⁾. Así mismo, Steen & Francisco ⁽¹⁸⁾ manifiestan que, durante las etapas del embarazo, parto y posparto, se presenta una alta probabilidad de aumento en los niveles de ansiedad y estrés, u otros problemas relacionados con la salud mental de la mujer.

Es de resaltar que un alto porcentaje de participantes afirmaron no haber planeado y deseado el embarazo actual, varios autores señalan que la no planeación del embarazo se relaciona con un bajo apoyo social de las parejas, lo que repercute negativamente en la relación intrafamiliar ⁽⁶⁾. Al respecto, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ⁽¹⁹⁾, declara que, a nivel mundial alrededor de 80 millones de mujeres han tenido un embarazo no deseado, de los cuales uno de cada cuatro ha sido interrumpido, poniendo en riesgo la vida de la mujer.

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud ⁽²⁰⁾, señala que los embarazos no deseados, generan numerosos riesgos para la salud física y mental de la gestante y de su hijo por nacer, entre los que se encuentran: malnutrición, maltrato, abandono, e incluso la muerte; también indica que los embarazos no planeados ocasionan multi fecundidad, disminuyen las posibilidades educativas y laborales para la mujer y conlleva a la pobreza; situaciones que pueden prolongarse por varias generaciones. Así mismo, Legarra et al ⁽²¹⁾, manifiestan que aspectos como la falta de apoyo social, la presencia de un embarazo no planeado o indeseado y haber sufrido complicaciones en embarazos previos ⁽²²⁾, son considerados factores de riesgo asociados a la depresión y ansiedad durante la gestación.

Al analizar la percepción del apoyo social por la gestante, los resultados concuerdan con los observados por Osma-Zambrano, et al ⁽²³⁾, quienes evidenciaron que las participantes de su estudio perciben un apoyo social normal. En este contexto, es importante indicar que el apoyo social es un factor protector para la salud mental de la gestante, debido a que contribuye en la disminución de los niveles de estrés y ansiedad, mejora la autoestima, y refuerza sentimientos de seguridad, especialmente cuando el apoyo percibido proviene de la pareja ⁽²⁴⁾.

En el presente estudio se realizó un análisis de la relación significativa entre el apoyo social percibido en mujeres gestantes y variables sociodemográficas y ginecobstétricas. En cuanto a las variables sociodemográficas, se observó relación entre el estrato socioeconómico y la ocupación de las participantes. Con relación al estrato socioeconómico los resultados evidenciaron que las gestantes que residen en estrato uno, en su mayoría perciben un apoyo social funcional bajo, contrario a las que residen en el estrato dos, que perciben un apoyo social funcional normal; hallazgos que guardan similitud con los observados por Thomas-Hilarión, et al ⁽¹¹⁾, al señalar que las mujeres gestantes residentes en estrato socioeconómico medio-alto, perciben un mayor apoyo social en comparación con las de estratos socioeconómicos bajos.

También se encontró relación significativa entre la ocupación como categoría de las variables sociodemográficas con la percepción del apoyo social funcional; las gestantes que trabajan tienen una percepción normal, contrario a las que se dedican a los oficios en el hogar que en su mayoría manifiestan una percepción baja del apoyo social funcional; resultados similares fueron reportados por Velascos & Álvarez ⁽²⁴⁾, quienes observaron que desempeñarse en un empleo genera un leve efecto positivo en la percepción del apoyo social, mientras que el desempleo y los problemas socioeconómicos se asocian negativamente al apoyo social percibido. Así mismo, Ginja, et al ⁽²⁵⁾ en un estudio realizado en Inglaterra revelaron una relación significativa entre el apoyo social con la situación laboral de las participantes.

Respecto al apoyo familiar percibido por las gestantes, los resultados indican que no

existe relación con las variables sociodemográficas; sin embargo, las categorías de las variables ginecobstétricas como número de partos, e hijos nacidos vivos, demuestran una relación significativa entre estos. Las primigestantes participantes en el estudio, manifestaron percibir un apoyo familiar normo-funcional; mientras que las multigestantes indican una mayor probabilidad de percibir disfunción familiar grave; hallazgos que guardan similitud con los reportados por Tomás- Hilarión et al ⁽¹¹⁾.

Estos resultados requieren una evaluación exhaustiva por las limitaciones que pueden presentarse en el estudio; el uso de un muestreo por conveniencia puede restringir la generalización de los hallazgos a una población más amplia de gestantes que asisten a la atención prenatal de una Institución de Salud de Primer Nivel de Atención. Además, el auto diligenciamiento de los cuestionarios puede estar influenciado por sesgos de respuesta y efectos de deseabilidad social.

CONCLUSIONES

Uno de los desafíos más importantes que enfrentan los servicios de salud es brindar atención integral a la gestante, dadas las alteraciones físicas y emocionales que presenta la mujer durante este periodo, de ahí la importancia del apoyo social como mecanismo promotor de la salud física y mental de la gestante y su hijo por nacer.

Existe relación significativa entre el estrato socioeconómico y la percepción del apoyo social por la gestante, las que residen en el estrato socioeconómico uno, en su mayoría perciben un apoyo social funcional bajo, en contraste con las que residen en el estrato dos, que perciben un apoyo social funcional normal. La ocupación o tipo de trabajo desempeñado por la gestante, es un factor que influye en la percepción del apoyo social funcional, las gestantes que trabajan tienen una percepción normal, contrario a las que se dedican a los oficios en el hogar, quienes en su mayoría manifiestan tener una percepción baja.

Se demuestra relación significativa entre la variable trimestre del embarazo, con el apoyo social funcional; la mayor proporción de las participantes que cursan el primer trimestre de gestación, percibieron un apoyo social funcional normal; a diferencia de la baja percepción del mayor porcentaje de gestantes que cursaban segundo y tercer trimestre.

La mayoría de las participantes manifestaron que su embarazo actual no fue planeado ni deseado, pero sí aceptado, situación que no favorece la salud de la gestante porque la no planeación del embarazo se asocia con un bajo apoyo social por las parejas, impactando negativamente en la relación intrafamiliar, poniendo en riesgo una maternidad segura.

Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar respecto a las variables ginecobstétricas, número de partos, e hijos nacidos vivos. Cuando no hay embarazos anteriores, es más probable que la percepción de las participantes sea normo-funcional, seguido de disfunción familiar leve; mientras que cuando hay antecedentes de 5 partos o más, hay mayor probabilidad de presentarse disfunción familiar grave, de forma similar sucede con la variable número de nacidos vivos. En general, se evidenció que la mayoría de las gestantes que participaron en el estudio, percibieron una funcionalidad familiar normal, apoyo social funcional, afectivo y confidencial normal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., Martínez-Torres, D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2021; 64(1): 39-48.
2. Rodríguez 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
3. Lotero, H. D., Villa, I. C., Torres, L. E. Afectividad y apoyo social percibido en mujeres gestantes: un análisis comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*. 2018; 27: 85-101. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>
4. García Torres, O., Caro Félix, R., Álvarez Villaseñor, A. Relación del embarazo de alto riesgo con la dinámica familiar y el subsistema conyugal. *Medicina general*. 2018;7(4):1 Disponible en: <https://mgyf.org/relacion-embarazo-alto-riesgo-con-dinamica-familiar-y-subsistema-conyugal/>
5. De Mendoza, A. S. A., Quintanilla-Campos, M. N. El apoyo social presente en el embarazo y puerperio de la madre adolescente. *Entorno*. 2021; 1(72): 55-65. Disponible en: <http://repositorio.utec.edu.sv:8080/xmlui/bitstream/handle/11298/1239/EI%20apoyo%20social%20presente.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
6. Reyna-Martínez, M., González Ramírez, M. T., Vanegas Farfano, M. Adaptación de la escala de apoyo social familiar y de amigos (AFA-R) como medida del apoyo social de pareja en mujeres mexicanas embarazadas. *Ansiedad y Estrés*. 2020; 26(2-3): 129-135.
7. Pérez MG, Cruz A, Arriaga RM. Significado del cuidado familiar como red de apoyo en las embarazadas en una comunidad de Tabasco, México. *Revista Cuidarte*. 2019; 8(15): 45-55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2019.8.15.69156>
8. Coó Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M. I., Zamudio Berrocal, P. Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes pediátrica*. 2021; 92(5): 724-732.
9. Paredes-Mondragón Carol Viviana, Molano-Dorado Hoover, Martínez-Gómez Sandra Yamile, Ortiz-Martínez Roberth Alirio, Arias-Linthon Stephany, López-Benavides Andrés Camilo. Relación entre la ausencia de soporte social adecuado durante el embarazo y el bajo peso al nacer. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2019; 48(3):140-148. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502019000300140&lng=en. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.11.002>.
10. Romero Acosta, K., Fonseca Beltrán, L., Carpintero, L. Fluctuaciones del estado emocional en adolescentes embarazadas de zonas rurales en el norte de Colombia. *Un estudio cualitativo. Apuntes de Psicología*. 2021; 39 (1): 9-17.
11. Thomas-Hilarión Whitne Dayana, Fuentes-Vanegas Laura Vanessa, Gallo-Barrera Yeison David, Ramos-De la Cruz Ediltrudis. Apoyo social percibido por mujeres gestantes de Santa Marta, Colombia: un análisis comparativo. *Revista Cuidarte*. 2022; 13(3): e2448. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2448>
12. Gómez, I. G., Bescós, V. O., Miguel, S. L., Pomar, C. I. Pobreza y autopercepción de salud: contraste entre pobreza multidimensional y pobreza por ingresos. 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6837123/pdf/main.pdf>
13. Morán-Mariños, C., Alarcón-Ruiz, C. A., Alva-Díaz, C. Pobreza y su influencia en el riesgo y daño familiar en un distrito de Lima, Perú: resultados por sectorización

- y atención primaria en salud. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2019; 45(4): 225-231.
14. Noboa Cruz, H. Mortalidad Materna en el Ecuador: Una mirada crítica. Plataforma por el Derecho a la Salud. 2019. Disponible en: http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi_D1387.pdf
 15. Santos Mercedes KD., Patricio Baldera J. Desigualdades sociales en la mortalidad materna, República Dominicana, 2016. 2023; 7(3):23-36. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2656>
 16. Paz-Pascual, C., Artieta-Pinedo, I., Bully, P., García-Álvarez, A., Espinosa, M. Ansiedad y depresión en el embarazo. Variables asociadas durante el periodo de pandemia COVID-19. Enfermería Clínica. 2024; 34(1): 23-33.
 17. Barrio-Forné, Natalia, Gasch-Gallén, Ángel. El acompañamiento como método para reducir la ansiedad en embarazadas ingresadas en el tercer trimestre. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2021; 55: e03749. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2020018603749>
 18. Steen, M., Francisco, A. A. Salud mental y bienestar materno. Acta Paulista de Enfermagem. 2019; 32: III-IVI.
 19. Población de las Naciones Unidas. Planificación familiar. Trabajando para que cada embarazo sea deseado. 2019. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/temas/planificaci%C3%B3n-familiar#:~:text=La%20planificaci%C3%B3n%20familiar%20disminuye%20las,de%20la%20mortalidad%20materna%20mundial>
 20. Organización Mundial de la Salud. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
 21. Legarra, L., Gómez-Gutiérrez, M., Valverde, N., Mollejo, E. Salud Mental en Mujeres Embarazadas y COVID-19: Un Estudio Comparativo. Psykhe (Santiago). 2024; 33 (1): 00110. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2021.39387>
 22. Vega-Gonzales, E., Guerrero-Rosa, A., Guzmán-Castillo, B., Huamaní-Morales, E., Herrera-Chenett, G. Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2019; 4(3): 3-7.
 23. Osma-Zambrano, S. E., Lozano-Osma, M. D., Mojica-Perilla, M., Redondo-Rodríguez, S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). MedUNAB. 2019; 22(2): 171-185.
 24. Velasco Gómez, I., Álvarez Valverde, S. Apoyo social percibido en gestantes en el Área Este de Valladolid durante la pandemia por COVID-19. Nure Investigación. 2022;118.
 25. Ginja, S., Coad, J., Bailey, E., Kendall, S., Goodenough, T., Nightingale, S., Smiddy, J., Day, C., Deave, T., Lingam, R. Associations between social support, mental wellbeing, self-efficacy and technology use in first-time antenatal women: data from the BaBBLLeS cohort study. BMC pregnancy and childbirth. 2018; 18(1): 441. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2049-x>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia