

Factores psicosociales asociados en mujeres con aborto. Hospital Roosevelt, Guatemala, septiembre 2015

Roldán, María

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rafael Landívar

Resumen

Antecedentes: La salud materna es un proceso complejo que debe manejarse de forma integral, detectando factores biológicos y psicosociales que produce efectos adversos en el embarazo y pueden ser prevenibles si se detectan oportunamente. **Objetivo:** Identificar los factores psicosociales en mujeres con aborto en el Hospital Roosevelt de Guatemala. **Diseño:** Estudio descriptivo, transversal, observacional. **Materiales y Métodos:** se entrevistaron 61 pacientes empleando un cuestionario estructurado de 29 preguntas usando como base el cuestionario PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System). **Resultados:** La edad promedio fue de 24.8 años (IC95%; 22.8-26.8). El indicador epidemiológico de riesgo se encontró en 47.5% (29); hábitos de riesgo 16.4% (10); mal control prenatal 67.2%(41); consejería deficiente 36.1% (22); embarazo no deseado 31.1% (19); percepción de inseguridad 8.2% (5); inestabilidad familiar 19.7% (14). Las pacientes con aborto espontáneo tuvieron mayor edad ($p=0.0078$), fue un embarazo deseado ($p=0.00007$) y planificado ($p=0.03174$) y tenían hogar integrado ($p=0.01052$)

Conclusiones: La deficiencia en el control prenatal fue el indicador más frecuente. Las pacientes con aborto espontáneo expresaron aceptación del embarazo, tenían hogar integrado y menos indicadores de riesgo.

Palabras clave: Factores psicosociales, aborto, aborto provocado, aborto espontáneo.

Summary

Medical history: the maternity health is a complex process that has an integrated management detecting biological and psychosocial factors that produce adverse effects during pregnancy and can be preventable if they are detected at time. **Goals:** identify the psychosocial factors in women with abortion in Roosevelt Hospital of Guatemala. **Design:** transversal, descriptive study. **Material and methods:** interview to 61 patients using a structure questionnaire of 29 questions, using as base a PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System) questionnaire. **Results:** the average

age was of 24.8 years old (IC95%; 22.8-26.8). The epidemiological indicator of risk was found in 47.5% (29); risk of habits 16.4% (10); bad prenatal control 67.2% (41); deficient counseling 36.1% (22); unwanted pregnancy 31.1% (19); perception of insecurity 8.2% (5); family instability 19.7% (14). The cases of spontaneous abortion had the higher age ($p=0.0078$), wanted pregnancy ($p=0.00007$), planned pregnancy ($p=0.03174$) and the ones who had and integrated households ($p=0.01052$). **Conclusions:** the deficit in the prenatal control was the most frequent indicator. The patients who had a spontaneous abortion expressed the acceptance of the pregnancy, had integrated households and less risks factors.

Key words: psychosocial factors, abortion, induced abortion, spontaneous abortion.

Introducción

Para efectuar una evaluación integral materna, deben considerarse diversos factores determinantes de salud, tanto biológicos como psicosociales. Por ello es de suma importancia descartar la existencia de factores de riesgos; para brindar el apoyo y tratamiento oportuno a la gestante y garantizar el bienestar de la misma y del feto.

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), los factores de riesgo psicosociales, son todos aquellos factores no biomédicos que afectan la salud mental y física de las gestantes. (1)

La mayoría de estudios efectuados a las gestantes presentan un enfoque específico de detección de riesgos biomédicos, subestimando u omitiendo los factores psicosociales. (2,3)

Desde años previos han sido relacionados factores de riesgo psicosociales maternos con consecuencias adversas en el embarazo. Entre estos se pueden mencionar: el tabaquismo, consumo de alcohol, control prenatal inadecuado, edad materna, hogar inestable, estrés, embarazo no planificado, entre otros. (1, 3, 4)

Un estudio efectuado en mujeres afroamericanas realizado en el año 2008 en Estados Unidos, determinó que el 61% de gestantes tenían al menos un factor de riesgo psicosocial afectando a su salud, 29.9% presentaba dos factores y 9.2% poseía varios de ellos. Estudios realizados en Estados Unidos y otros países, sobre detección de factores psicosociales de riesgo y la implementación de medidas para modificarlos durante el control prenatal, han repercutido de forma favorable en el desenlace del embarazo. (3)

Materiales y Métodos

Estudio transversal, de carácter descriptivo, observacional. Fue empleado un cuestionario de 29 preguntas, recolectando la información mediante entrevista personal a las pacientes ingresadas en el Hospital Roosevelt con diagnóstico de aborto. Este incluyó datos demográficos, características de la mujer, factores psicosociales y el tipo de aborto; generando un análisis descriptivo con las variables estudiadas. Se elaboraron indicadores que permiten calificar y agrupar a las mujeres para describir las características de las pacientes. Se calcularon promedios (medias y porcentajes), habiéndose calculado también intervalos de confianza al 95% para los mismos. Se evaluaron las asociaciones con pruebas de Chi cuadrado o ANDEVA.

Con el software EPI INFO se construyeron los indicadores y se obtuvo la estadística descriptiva y resultados con Chi cuadrado y ANDEVA (o

Kruskal-Wallis), y con el software StatXact se validaron algunos resultados de Chi cuadrado.

Resultados

El estudio se llevó a cabo con información de un total de 61 pacientes, consultantes al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt. La muestra empleada fue n=61 correspondiente a pacientes con aborto espontáneo o pacientes referidas al establecimiento por complicaciones o aborto incompleto por sospecha de aborto provocado realizado extra-hospitalariamente en los meses de agosto y septiembre del año 2015.

El porcentaje de mujeres con aborto espontáneo es mayor en las mujeres que tienen esposo o pareja y viven con él (92.5%), en comparación con las mujeres que tienen pareja pero que no viven con él (40.0%). El porcentaje de mujeres con aborto espontáneo es mayor en las mujeres que planificaron el embarazo (100%), en comparación con las mujeres que no lo planificaron (72.1%).

El porcentaje de mujeres con aborto espontáneo es mayor en las mujeres que manifestaron sentirse emocionadas por el embarazo (88.9%), en comparación con las mujeres que no lo manifestaron (14.3%). La probabilidad de que sea un aborto espontáneo es 50 veces (Odds Ratio) en mujeres que manifestaron sentirse emocionadas por el embarazo, en comparación con mujeres que no lo manifestaron.

TABLA 1: INDICADORES DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ABORTO. N=61

INDICADOR	RESULTADO	NÚMERO DE PACIENTES	MEDIA O PORCENTAJE (IC 95%)
Epidemiológico	Condición de riesgo alta: (más factores de riesgo): 0 a 50 puntos	29	47.5% (34.6 a 60.7)
Hábitos de riesgo	Riesgo bajo: 1 a 35 puntos	10	16.4% (8.2 a 28.1)
Control prenatal	Mal control prenatal: 0 a 59 puntos	41	67.2% (54.0 a 78.7)
Consejería	Consejería deficiente: 0 a 59 puntos	22	36.1% (24.2 a 49.4)
Deseo de querer el embarazo	Poco deseo: 0 a 59 puntos	19	31.1% (19.9 a 44.3)
Percepción de inseguridad	Con alguna inseguridad: 1 a 100 puntos	5	8.2% (2.7 a 18.1)
Familia segura/ estabilidad familiar	Mujeres sin familia segura (sola/soltera)	7	11.5%

Fuente: Boleta de recolección de datos

INDICADOR	RESULTADO	NÚMERO DE PACIENTES	MEDIA O PORCENTAJE (IC 95%)
Tipo de aborto	Aborto espontáneo	49	80.3% (68.2 a 89.4)
	Sospecha de aborto provocado extra hospitalario	12	19.7% (10.6 a 31.8)

Fuente: Boleta de recolección de datos

INDICADOR	MUJERES CON ABORTO ESPONTÁNEO	PORCENTAJE	VALOR-P
Presencia de pareja	Mujeres sin pareja viviendo en el hogar n=16	40%	0.01052
	Mujeres Unidas o con esposo en el hogar. n=45	92.5%	
Planificación del embarazo	Embarazo no planificado	72.1%	0.03174
	Embarazo planificado	100%	
Sentimiento de emoción por el embarazo	No emocionadas por el embarazo	14.3%	0.00031
	Emocionadas por el embarazo	88.9%	

Fuente: Boleta de recolección de datos *

El porcentaje de mujeres con aborto espontáneo es mayor en las mujeres que tienen esposo o pareja y viven con él (92.5%), en comparación con las mujeres que tienen pareja pero no viven con él (40.0%). La probabilidad de que sea un aborto espontáneo es 20 veces (Odds Ratio) en mujeres que tienen pareja y viven con él, en comparación con las mujeres que tienen pareja pero no viven con él. El porcentaje de mujeres con aborto espontáneo es mayor en las mujeres que planificaron el embarazo (100%), en comparación con las mujeres que no lo planificaron (72.1%).

Análisis y Discusión de Resultados

Según estudios efectuados por ACOG, se ha considerado que los recursos económicos limitados repercuten de forma negativa; manifestándose con efectos perinatales adversos. En la caracterización epidemiológica del presente estudio se encontró que el 86.9% de las participantes eran de condición económica baja. Lo cual presenta concordancia con lo encontrado en los estudios efectuados por dicha organización. (11) El grupo etario más afectado por efectos perinatales adversos (aborto espontáneo o aborto provocado), es el comprendido entre 14 a 25 años con 57.4%.

Por otra parte, un estudio realizado en el Hospital José Domingo de Obaldía en Panamá, presenta que el grupo etario afectado por aborto es el comprendido entre 20 a 24 años y el de 25 a 29 años con un 24 y 23 % respectivamente. La edad promedio fue de 27.3 años; lo que se relaciona y apega a las características encontradas en el presente estudio, donde los grupos etarios de 19 a 25 años y de 26 a 35 años, representan el 31.1% y 32.8% respectivamente. Y la media de edad es de 24.8 años (13).

Al considerar la variable de nivel de escolaridad, se evidencia que la mayoría de las pacientes corresponden al grupo comprendido en las que tienen estudios de primaria completa o secundaria incompleta, representando el 47.5%; esto se puede correlacionar según hallazgos presentados en el Hospital Civil de Guadalajara, México; donde relacionan una mayor incidencia de muerte fetal con niveles de escolaridad bajos. (12)

Se determinó que el 73.8% de las participantes se encontraba al momento de presentar el aborto en un estado civil estable pues estaban casadas o unidas; Y únicamente el 26.2% solteras. Se evidenció que la mayoría tienen una condición baja (52.5%); y por ende, múltiples aspectos epidemiológicos desfavorables.

Las pacientes que hicieron referencia al consumo de alcohol previo al embarazo o durante el mismo, representan el 21.3%. Según estudios esto coloca a las gestantes en una situación de riesgo en el desarrollo de la gestación. (1)

Otros hábitos de riesgo, los cuales se han encontrado como posibles teratogénicos, inductores de aborto o parto prematuro, son el consumo de tabaco o alguna droga. En la investigación se encontró que el 19.7% de las participantes fumaba y 4.9% consumía alguna droga. (8, 9). Al agrupar los hábitos de riesgo se evidenció que el 16.4% de pacientes se encontraba en riesgo bajo y el 83.6% no presentaba riesgo alguno. Sin embargo, hay que tener en cuenta que a pesar de ser tan solo el 16.4%, las pacientes con hábitos de riesgo deben ser apoyadas para corregir dichas prácticas pues se ha evidenciado que pueden ser prevenidos efectos adversos perinatales al brindar detección y atención oportuna. (1, 5, 7)

Al agrupar los indicadores mencionados previamente, se encontró que la mayoría de participantes han tenido un mal control prenatal pues representan el 67.2%. De las participantes, el 59.0% tuvo control prenatal en algún servicio de salud o con alguna persona capacitada.

Por otra parte, únicamente el 21.3% se había efectuado algún ultrasonido previo al aborto. En lo referente al consumo de micronutrientes, el 3.3% no los consumía previo a la concepción y el 27.9% los consumía previos al aborto.

Estudios efectuados han demostrado que en ocasiones no se brinda capacitación a las gestantes sobre prácticas adecuadas a realizar durante el embarazo o bien, no se realizan intervenciones oportunas por un mal interrogatorio. (1, 2, 6). Al analizarlos en conjunto se obtuvo que el 63.9% de las participantes con aborto, habían recibido una adecuada consejería. Según estudios efectuados, es necesario planificar la gestación para tener una preparación adecuada, para iniciar con la ingesta de multi vitamínicos, dejar hábitos de riesgo, recibir capacitación, entre otros; y de esta forma garantizar la salud del binomio materno-fetal. (10, 14)

El 68.9% de las participantes del estudio, expresaron el deseo de quedar embarazadas, con una media de 69.5%. Sin embargo, el 29.5% no planificaron el embarazo. Esto en contraste con la literatura la cual hace alusión a que aproximadamente el 40% de 182 millones de embarazos anualmente a nivel mundial son no deseados. (15)

El abuso y la violencia han sido relacionadas con diversos efectos adversos en la salud materno-fetal. La violencia doméstica afecta aproximadamente al 35% de las mujeres que consultan los servicios de emergencias. Sin embargo, se ha evidenciado que las gestantes que acuden a los servicios de salud, en el primer contacto con el personal de salud, niegan la violencia o el abuso. (5, 7, 16)

De las pacientes, 3.3% expresaron sentir miedo al estar en casa, 6.6% sentirse inseguras en su hogar y 1.6% sentir miedo de su pareja. Ninguna de las participantes refirió algún tipo de abuso. La mayoría de pacientes niegan sentirse inseguras representando el 91.8%. Lo cual, puede correlacionarse con literaturas internacionales, que hacen alusión a que en el primer contacto muy pocas veces las mujeres revelan la inseguridad del contexto en que se desarrollan. (5, 7)

En cuanto a vivir en un hogar seguro y estable, un 88.5% de las mujeres tienen una familia segura. Con relación al aborto provocado, según literatura, en Guatemala 36% de los embarazos no planeados anuales se resuelven a través de aborto inducido. (30)

Según un estudio efectuado en Guatemala en el año 2006 por Sigh S., el aborto provocado y efectuado de forma clandestina es una práctica común que se encuentra sub documentada, pues se trata de una práctica ilegal. Además, refiere que gran parte de las pacientes necesitan tratamiento posterior al aborto. (17)

El Programa de Atención Post Aborto del Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR), reportó que, en julio del 2003 a diciembre de 2004, 13,928 abortos incompletos recibieron atención en 22 hospitales públicos por complicaciones. (17)

En el presente estudio se evidenció que 19.7% (12) de las pacientes fueron referidas por sospecha de aborto provocado, y en el Hospital Roosevelt únicamente se les brindó atención por aborto incompleto o las complicaciones del mismo.

Como conclusión se evidenció que la deficiencia en el control prenatal fue el indicador más frecuente. Por otra parte, se determinó que las participantes con aborto espontáneo expresaron aceptación del embarazo, tenían hogar integrado y menos indicadores de riesgo.

Referencias bibliográficas

- 1)Cunningham G, et al. *Williams Obstetricia*, 23 ed., McGraw Hill Interamericana, México D.F, 2011. P. 195-197.
- 2)Romero G, Cruz VH, Regalado CA, Ponce AL. *Prevalence of violence against pregnant women and associated maternal and neonatal complications in Leon, Mexico*, Octubre 2011. Accedido Julio 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20870319>.
- 3)Jesse ED, Seaver W, Wallace D. *Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia*. 2003. Elsevier. Accedido en junio 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12946335>
- 4)Castaño JJ, Esquivel VM, Osorio P, Páez ML, Rico LM, et al. *Características de madres gestantes y sus recién nacidos en relación con la edad de las madres en el departamento de Caldas (Colombia)*, 2003-2008. [Monografía en Línea], Colombia, 2008. Accedido 20 junio 2013. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273819434002>
- 5)Hillard PA, Jones R, Chambliss L, ACOG/ CDC Centers for Disease Control and Prevention. *Intimate Partner Violence During Pregnancy, A Guide for Clinicians*. [monografíaenlínea] Atlanta, 2013. Screen Show and Lecture Notes. Slides 11-20. Accedido el 8 de mayo 2014. Disponible en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/intimatepartnerviolence/sld011.htm#14>
- 6)Midmer D, Carroll J, Bryanton J, Stewart D. *Canadian journal of public health. From Research to Application: The Development of an Antenatal Psychosocial Health Assessment Tool*. [Monografía en Línea] Canadá, 2002. Accedido 20 abril 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/303-303-1-PB.pdf>
- 7)The American College of Obstetricians and Gynecologists *womens health care physicians. Committee opinion. Committee on Health Care for Underserved Women. Intimate Partner Violence. Number 518*. [Monografía en Línea] Washington DC febrero 2012. Accedido 21 de abril 2014. Disponible en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/intimatepartnerviolence/index.htm>
- 8)Katz K, Blake S, Milligan R, Sharps P, White D, Rodan M, *the design, implementation and acceptability of an integrated intervention to address multiple behavioral and psychosocial risk factors among pregnant African American Women*. [monografía en Línea] Washington DC 2008. Accedido 21 abril 2014. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/22>
- 9)Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Especiales [monografía en línea] Washington DC*. 2013. Accedido abril 2014. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/EmbarazoFumar/Afiche_Riesgos_Embarazo_tabaquismo.pdf
- 10)Centers for Disease Control and Prevention. *Division of Reproductive Health. Unintended Pregnancy Prevention*, Atlanta, 2013. Accedido el 8 mayo 2014. Disponible en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/UnintendedPregnancy/index.htm>
- 11)The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), *acog today, News and information important to you and your practice, Research for preterm birth needed*, Washington DC, pág. (12). 2006. Accedido mayo 2014. Disponible en: <https://www.acog.org/~media/ACOG%20Today/acogToday1106.pdf?dmc=1&ts=20140613T1152015986>
- 12)Panduro G., Pérez J., Panduro E., Castro J., Vásquez M., *Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía*, Hospital Civil de Guadalajara, México. *Revista Chilena de Obstetricia y ginecología [Monografía en Línea] Chile*, 2011. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000300006
- 13)Castillo Pinzón R., Castrellón M., *Características de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital José Domingo de Obaldía de enero 2007 a diciembre 2010*. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología Vol. 18, número 4*. Octubre-diciembre 2013. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/octubre-diciembre.pdf>
- 14)The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), *Acogtoday, Womenshealth-carephysicians, patienteducation, El Embarazo, La planificación de su embarazo*, 2015, Folleto Educativo, Disponible en: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Educacion-Pamphlets-Spanish/Files/La-planificacion-de-su-embarazo>
- 15)The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), *Acog today, Womens health care physicians, patient education, Violencia doméstica*, 2015, FolletoEducativo, Disponible en: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Educacion-Pamphlets-Spanish/Files/Violencia-domestica>
- 16)Ortiz Castro L., *Universidad de San Carlos de Guatemala, Factores Condicionantes del embarazo no deseado, estudio cualitativo realizado en mujeres de 10 a 55 años de edad en un departamento de occidente de Guatemala marzo-abril 2010*, Tesis, septiembre 2010, Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8829.pdf
- 17)Singh S., Prada E., Kestler E., *Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala*, [Monografía en Línea], Guatemala 2003, disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>