

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Estimación de la función familiar percibida en gestantes que acuden al programa de control prenatal de un centro de salud nivel I durante el periodo posterior al aislamiento social por la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Cali, Colombia

Estimation of the perceived family function in pregnant women who attend prenatal care in a primary care center after the COVID -19 social isolation period in Cali, Colombia

Vargas-Herrera, Alejandra,^{1,2,4} Florez-Domínguez, Luis Carlos,^{1,2} Baquero-Guerrero, Juan Camilo,¹ Suad Téllez Soleimán,¹ Neira-Acevedo Daniela,³ Rodriguez-Lopez, Mérida⁴.

-
1. Pontificia Universidad Javeriana, Cali
 2. Fundación Valle del Lili
 3. Empresa Social del estado Red de Salud de Ladera
 4. Universidad Icesi

Resumen

Estudio observacional transversal que buscó estimar la prevalencia de disfunción familiar percibida en gestantes atendidas en el programa de control prenatal durante la pandemia por SARS-CoV-2, y sus factores asociados. Se evaluaron 130 gestantes que acudieron a consulta de control prenatal entre febrero y mayo del 2021 en una institución de atención primaria de la ciudad de Cali, Colombia. Se midió la función familiar por el cuestionario de APGAR y se consideró disfunción familiar si el puntaje era ≤ 17 . La prevalencia de disfunción familiar percibida fue de 56,9% (IC 95% 47,9-65,6). Dentro de los que tienen disfunción familiar percibida el 64,86% tenía una disfunción leve, 14,86% moderada, y 20,27% severa. Se encontró un soporte social inadecuado en 10% (IC 95%; 5,4-16,5) evaluado con la escala de DUKE. El bajo soporte social, estar afiliado al sistema de salud, la edad entre 20-30 años, reportar síntomas de tensión emocional o depresión y la nacionalidad venezolana incrementaron de manera significativa la prevalencia de disfunción familiar percibida, en comparación con sus categorías de referencia. Se encontró una prevalencia de disfunción familiar percibi-

Recibido:
Febrero 02, 2023

Aceptado:
Julio 17, 2023

Correspondencia:
alejandra.vargas@fvf.org.co

DOI: 10.56050/01205498.2272

da alta en gestantes, durante la pandemia por SARS-CoV-2. Los resultados muestran la importancia de un soporte social adecuado durante la gestación, el cual puede ser brindado por amigos y las comunidades. De igual forma, intervenciones familiares podrían ser necesarias en algunas gestantes, particularmente migrantes, durante el control prenatal.

Palabras clave: Embarazo; Familia; Atención primaria; Apoyo social.

Abstract

Cross-sectional observational study to estimate the prevalence of family dysfunction in pregnant women who were assisted in the prenatal control program during the SARS-CoV-2 pandemic and its associated factors. We evaluated 130 pregnant women who attended prenatal care between February and May 2021 of a primary healthcare institution in the city of Cali, Colombia. The family function was measured by the APGAR questionnaire, and family dysfunction was considered if the score was ≤ 17 . The prevalence of family dysfunction was 56,9% (95% CI 47,9-65,6). Among those with family dysfunction 64,86% had mild, 14,86% moderate, and 20,27% severe dysfunction. An inadequate social support was found in 10% (95% CI; 5,4-16,5) measured by the DUKE questionnaire. Low social support, being affiliated to the health system, in the age between 20-30 years, reporting symptoms of emotional stress or depression, and Venezuelan nationality, significantly increased the prevalence of family dysfunction compared to their reference categories. As a conclusion we found a high prevalence of family dysfunction in pregnant women during the SARS-CoV-2 pandemic. The results show the importance of adequate social support during pregnancy, which can be provided by friends and communities. Similarly, family interventions may be necessary for some pregnant women, particularly migrants, during prenatal care.

Keywords: Pregnancy; Family; Primary healthcare; Social support.

Puntos clave:

Lo conocido:

- ◆ La disfunción familiar afecta los desenlaces materno-perinatales y en Colombia sus factores asociados han sido explorados fundamentalmente en adolescentes.
- ◆ La prevalencia de disfunción familiar percibida es alta en gestantes pertenecientes a grupos de riesgo como adolescentes y víctimas del conflicto armado en Colombia.

- ◆ La dinámica social y relacional se afecta por las medidas de aislamiento social implementadas para el control de la pandemia por SARS-CoV-2.

Lo que aporta:

- ◆ La prevalencia de disfunción familiar percibida en gestantes de la ciudad de Cali durante el periodo posterior al aislamiento relacionado con la pandemia por SARS-CoV-2 fue superior al 50%.

- ◆ El riesgo de disfunción familiar percibido es mayor en inmigrantes venezolanas que en las colombianas.
- ◆ El bajo soporte social incrementa el riesgo de disfunción familiar, por lo que amigos y comunidades podrían mitigar su riesgo.
- ◆ La percepción del afecto fue el componente del funcionamiento familiar más afectado.

Introducción

El embarazo es un periodo de cambios biológicos y psicosociales que están en permanente interacción. Por una parte, los cambios neuroendocrinos y físicos pueden influir en las emociones de la mujer; por otra, las percepciones psicológicas y sociales derivadas de la interacción con el ambiente familiar y de amigos, pueden influir en el bienestar biológico del binomio madre-hijo (1-3). De hecho, los factores psicosociales se han relacionado con varios desenlaces materno-perinatales, incluyendo la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, diabetes gestacional, depresión perinatal, entre otros (4). Es por ello que, en Colombia, se recomienda la evaluación del riesgo biopsicosocial durante el control prenatal (CPN) (5).

Se conoce que la cercanía emocional, la buena comunicación y el apoyo de la pareja en las tareas del hogar son predictores significativos de bajos niveles de depresión y ansiedad en el periodo perinatal (6); mientras que la disfunción familiar es un probable factor de riesgo para depresión en gestantes menores de 40 años (7) y en mujeres con embarazo de alto riesgo; el pobre soporte de la pareja se asocia con un menor bienestar psicológico (8). Así mismo, la falta de soporte social, definido como las diferentes maneras de brindarse ayuda entre los seres humanos de forma perceptible o imperceptible (9), también se asocia con depresión y ansiedad en gestantes (2,10), mientras que un buen soporte reduce el impacto de eventos de vida sobre las complicaciones neonatales (11), protege la salud mental de la madre y reduce los desenlaces perinatales adversos (1-3,12).

La pandemia por el virus SARS-CoV-2 desde diciembre del 2019 condujo a un cambio en el estilo de vida dado por el aislamiento social, el uso de mascarillas, el cierre de escuelas, negocios, las restricciones de movilidad, la necesidad de trabajo en casa a un cambio en la dinámica social (13-15). Como consecuencia, en Colombia se ha reportado el deterioro en la salud mental (16), y una prevalencia alta de síntomas de ansiedad (50%) y depresión (25%) en gestantes (17). Sin embargo, no se ha documentado el comportamiento de la funcionalidad familiar durante la pandemia y sus factores asociados en gestantes adultas, y los estudios previos se han enfocado en las adolescentes. Por ello, el objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de disfunción familiar percibida en gestantes atendidas en un programa de CPN durante la pandemia y sus factores asociados.

Metodología

Se realizó un estudio observacional transversal que consistió en una encuesta telefónica y la revisión de las historias clínicas de gestantes atendidas en el programa de CPN de una institución de salud de baja complejidad entre febrero y mayo del 2021, periodo posterior al aislamiento social obligatorio en la ciudad de Cali, Colombia. Al ser una institución de baja complejidad, se realiza seguimiento a pacientes de bajo riesgo obstétrico. Esta institución atiende fundamentalmente población del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, población no afiliada y la población extranjera por convenios existentes con el gobierno de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). El proyecto fue aprobado por los comités de ética de la Universidad Javeriana (No. 013-2020) y de la institución de salud donde se realizó el estudio (No. 01-CEH/02-2021).

Las participantes debían ser mayores de 18 años, tener embarazo confirmado por ecografía o prueba de embarazo, disponibilidad de teléfono y brindar el consentimiento informado. Se excluyeron aquellas con trastorno mental diagnosticado por

algún médico y consignado en la historia clínica, o con discapacidad auditiva o del lenguaje, condiciones que podían impedir escuchar las preguntas de la encuesta, responderlas de manera válida o dar libremente el consentimiento. Dado que la institución inscribe aproximadamente 450 gestantes anuales al CPN y considerando una prevalencia de disfunción familiar percibida de 40%, un error de estimación del 7% y un nivel de confianza de 95%, se calculó una muestra de 130 participantes. Las gestantes fueron invitadas a participar en el estudio al terminar la consulta de CPN, y la entrevista telefónica se realizó durante la primera semana posterior a la consulta. El muestreo fue consecutivo hasta completar el tamaño de muestra.

Las variables de resultado principal fueron la disfunción familiar percibida utilizando el cuestionario de APGAR familiar aplicado durante la encuesta telefónica. Incluye cinco componentes: la adaptación, participación, el afecto, el gradiente y el uso de los recursos. Las respuestas se miden en escala Likert de 0-4 (nunca-siempre), las cuales se suman para dar el puntaje total. Se consideró disfunción familiar percibida si el puntaje era menor o igual a 17. Esta encuesta ha sido validada en español y es ampliamente utilizada por los médicos familiares en su formación académica y práctica clínica **(18)**.

Como covariables se exploraron aquellas sociodemográficas, tipo de familia y factores de riesgo. El estrato socioeconómico se clasificó entre bajo-bajo y alto (en escala de 1-6) definido acorde a la legislación colombiana. La tipología familiar se clasificó como: vive solo (incluye mujeres que no viven con su pareja), nuclear (padres e hijos), extensa (más de dos generaciones en un mismo hogar), compuesta/reconstituida (padres con hijos previos que forman una nueva familia juntos), monoparental (madre soltera). También se evaluó mediante encuesta el soporte social mediante la escala de DUKE-UNC versión de 11 preguntas evaluadas en escala Likert de 1-5 (mucho menos de lo que deseo-tanto como deseo), que incluye el soporte confidencial (contar con personas para comunicarse) y el soporte afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía).

Se consideró bajo apoyo si el puntaje era menor o igual a 32 **(19)**.

También se evaluaron las variables biológicas y psicológicas de la escala de evaluación de riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado **(5)**, que se utiliza en el control prenatal como parte de la historia clínica. Esta escala consta de un componente biológico en el que se interroga la historia reproductiva, condiciones asociadas a la gestación actual y embarazos previos; cada ítem se puntúa entre 0-2. Incluye una rápida valoración del riesgo psicosocial con tres preguntas relacionadas con la tensión emocional, el humor depresivo, los síntomas neurovegetativos. El riesgo psicosocial aporta un punto a la escala si 2 o 3 de las respuestas son positivas. Esta escala también explora la función familiar con la siguiente pregunta: ¿Se encuentra satisfecha con la forma con la que usted comparte con su familia y/o compañero: 1. el tiempo, 2. el espacio y 3. el dinero? En este ítem, puntúa como positivo y aporta un punto, si reportan como “nunca” al menos dos de las tres condiciones. Para obtener el puntaje final, se suman todos los puntos y se considera de alto riesgo cuando la puntuación total es mayor o igual a 3.

Se realizó el análisis descriptivo utilizando el programa Stata IC Versión 14. Para describir la población de estudio se reportó la mediana y rango intercuartil (IQR), luego de evaluar la normalidad de las variables cuantitativas por la prueba de Shapiro Wilk. Para las variables cualitativas se reportaron frecuencias absolutas y porcentajes. Esta misma descripción se realizó por los grupos de estudio, los cuales se compararon utilizando prueba de X^2 o test exacto de Fisher para comparar proporciones, y prueba de rangos de Wilcoxon para comparar medianas. Se evaluó la consistencia interna de las escalas de APGAR Y DUKE-UNC mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se consideró adecuada si esta era superior a 0,70 y muy buena si era superior a 0,90. Se estimó la prevalencia de la variable resultado principal y su intervalo de confianza 95% (IC 95%).

Antes de realizar los análisis múltiples, la edad gestacional se categorizó según trimestre de la gestión,

y la edad de la gestante se clasificó como <20, 20-30 y >30 años. Dada la alta correlación entre la presencia de síntomas ansiosos (tensión emocional) y depresivos (humor depresivo), se generó una nueva variable que era positiva en caso de que cualquiera de los dos criterios fuera positivo. Para explorar los factores asociados de manera independiente a la disfunción familiar percibida, se utilizó la regresión de Poisson múltiple con varianza robusta. El modelo múltiple fue elaborado mediante la estrategia de incorporación de variables con una probabilidad de entrada de 0,15. Quedaron en el modelo final aquellas variables con un valor de $p < 0,10$ o aquellas que se comportaran como confusoras del efecto de otras variables incluidas en el modelo. La bondad del ajuste fue estimada mediante los tests de Devianza y Pearson.

Resultados

En este estudio participaron 130 gestantes, pertenecientes sobre todo a familias nucleares y extensas. El APGAR familiar tuvo una mediana de 17 (IQR: 14-19). La prevalencia de disfunción familiar percibida fue de 56,9% (IC 95% 47,9-65,6). El coeficiente alfa de Cronbach para el APGAR familiar fue de 0,78. Dentro de los que tienen disfunción familiar percibida, el 64,86% fue leve, 14,86% moderada y 20,27% severa. Más de la mitad de las gestantes reportó estar siempre satisfecha en el componente de participación y de recursos (67% y 68% respectivamente) y solo la mitad reportó estar siempre satisfecha en el componente de afecto (**Figura 1**).

En cuanto a las características sociodemográficas, entre 18-42 años, casi 38% tenían nacionalidad venezolana. La mayoría de las pacientes reportaron estar afiliadas al sistema de salud, vivir en estratos socioeconómicos fundamentalmente bajo-bajo y bajo, más de la mitad eran bachilleres, casi un tercio eran amas de casa. El antecedente obstétrico más frecuente fue la HTA inducida por el embarazo. La condición médica más frecuente fue el sobrepeso/obesidad. Ninguna mujer reportó haber sido

diagnosticada con SARS-CoV-2 durante el embarazo y solo 3 durante el embarazo actual. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las que reportaron disfunción familiar y las que no en estas características, excepto para el puntaje de soporte social ($p < 0,001$) (**Tabla 1**). En general, el componente afectivo y confidencial del soporte social fue bajo, 32,31% y 13,08%, respectivamente. Esta escala mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,80.

Las gestantes se encontraban entre las 4-38 semanas de gestación; más de la mitad de las pacientes eran multíparas y solo una era gran multípara. El antecedente de mortinato fue significativamente mayor en aquellas con disfunción familiar ($P = 0,031$). La prevalencia de síntomas de ansiedad (tensión emocional) fue mayor que las de los depresivos. Entre los grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de tensión emocional ($p = 0,009$) (**Tabla 2**). Se encontró riesgo biopsicosocial alto en 10,7% de las gestantes, siendo mayor en el grupo con disfunción (5,4% vs. 14,9%) aunque esta diferencia no alcanzó la significancia estadística.

El bajo soporte social, estar afiliada al sistema de salud, la edad entre 20-30 años, reportar síntomas de tensión emocional o depresión y la nacionalidad venezolana incrementaron de manera significativa la prevalencia de disfunción familiar percibida en comparación con sus categorías de referencia (**Tabla 3**).

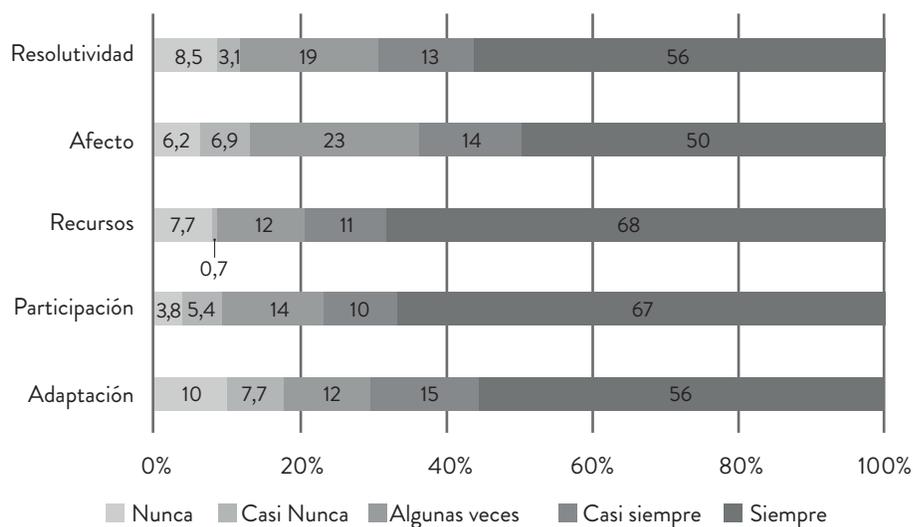


Figura 1. Satisfacción familiar percibida según los componentes del APGAR de las gestantes atendidas en control prenatal de una institución de salud de baja complejidad de la ciudad de Cali, durante los meses de febrero-mayo de 2021.

Características	n	Total N=130 (%)	Adecuada Función familiar N=56	Disfunción familiar n=74
Edad (años)	130	25 (21-29) a	25(21-29)	25(22-29)
Régimen de salud				
Subsidiado	87	67,0	67,9	66,2
Contributivo	3	2,3	1,8	2,7
No Afiliado (PNA)	28	21,5	25	18,9
Convenio OIM	12	9,2	5,4	12,3
Escolaridad				
Primaria	21	16,1	16,1	16,2
Bachiller	74	57,0	55,4	58,1
Técnico	25	19,2	17,9	20,3
Universitario	10	7,7	10,7	5,4
Ocupación				
Estudiante	6	4,6	7,1	2,7
Ama de casa	93	71,5	69,6	72,9
Activo	19	14,6	17,9	12,2
Cesante (dejó trabajar)	12	9,3	5,4	12,2

Características	n	Total N=130 (%)	Adecuada Función familiar N=56	Disfunción familiar n=74
Estado Civil				
Soltera	23	17,7	16,1	18,9
Unión libre	91	70,0	66,1	73
Casada	16	12,3	17,8	8,1
Nacionalidad				
Colombiana	81	62,3	66,1	58,9
Venezolana	49	37,7	33,9	41,1
Área de residencia				
Urbana	119	91,5	89,3	93,3
Rural	11	8,5	10,7	6,76
Estrato socioeconómico				
Bajo-bajo (1)	72	55,4	51,8	58,1
Bajo (2)	46	35,4	41,1	31,1
Medio bajo (3)	10	7,7	7,1	8,1
Medio y Medio alto (4 y 5)	2	1,5	0	2,7
Tipo de vivienda				
Apartamento	16	12,3	8,9	14,9
Habitación de una casa	50	38,5	39,3	37,8
Casa	64	49,2	51,2	47,3
Tipología de familia				
Vive solo	2	1,5	0	2,7
Nuclear	61	46,9	51,8	43,2
Extensa	39	30,0	32,1	28,4
Compuesta/Reconstituida	24	18,5	14,3	21,6
Monoparental	4	3,1	1,8	4
Número de personas con las que convive	130	3 (0-15) ^b	3 (2-9)	3,5 (0-15)
Consumo de alcohol				
Nunca he consumido	25	19,3	19,6	18,9
Consumo antes del embarazo	102	78,4	80,4	77
Consumo durante el embarazo	3	2,3	0	4,1
Consumo de tabaco				
Nunca he fumado	97	74,6	76,8	73
Fumaba antes del embarazo	28	21,5	17,9	24,3
Fuma durante el embarazo	5	3,9	5,4	2,7

Características	n	Total N=130 (%)	Adecuada Función familiar N=56	Disfunción familiar n=74
Consumo de sustancias psicoactivas				
Nunca he consumido	111	85,4	89,3	82,4
Consumí antes del embarazo	18	13,8	8,9	17,6
Consumo durante el embarazo	1	0,8	1,8	0
Antecedente de enfermedades crónicas				
HTA	1	0,8	0	1,4
VIH/SIDA	1	0,7	1,8	0
Hipotiroidismo	4	3,1	5,4	1,4
Hipertiroidismo	1	0,8	0	1,4
Asma	5	3,8	1,9	5,4
Sobrepeso y obesidad	21	16,1	8,9	13,5
COVID19 antes del Embarazo				
Si	3	2,3	3,6	1,4
No	127	97,7	96,4	98,6
Soporte social				
Puntaje de Soporte Social	130	41 (36-46) a	46(41-50)	38(34-42)

Tabla 1. Características sociodemográficas y antecedentes clínicos y de riesgo de las gestantes que acudieron a control prenatal en una Institución de salud de baja complejidad de la ciudad de Cali, durante los meses Febrero-Mayo de 2021.

a Rango intercuartílico **b** Rango.

OIM: Organización Internacional para las Migraciones, convenio establecido en conjunto con el gobierno colombiano para prestar atención de salud de la población migrante.

.....

Características ^a	n	Total N=130 (%)	Adecuada Función familiar N=56	Disfunción familiar n=74
Edad Gestacional (semanas)	130	21(13-27) a	21(12,5-16,5)	21(13-29)
Historia reproductiva				
Nulípara	54	41,5	39,3	43,2
Múltipara	76	58,5	60,7	56,8
Aborto habitual/Infertilidad	2	1,5	0	2,7
Peso al nacer > 4.000 g	4	3,1	3,6	2,7
Peso al nacer < 2.500 g	2	1,5	0	2,7
HTA inducida por el embarazo	8	6,1	5,4	6,8
Gemelar o cesárea previos	20	15,4	16,1	14,9
Mortinato	6	4,6	0	8,11
Trabajo de parto prolongado	1	0,8	0	1,35
Otra cirugía gineco-pélvica	7	5,4	3,6	6,7
Condiciones asociadas				
Diabetes gestacional	3	2,3	0	4,1
Enfermedad infecciosa	2	1,5	3,6	0
Enfermedad autoinmune	1	0,8	1,79	0
Anemia (hemoglobina <10 g/L)	3	2,3	1,8	2,7
Embarazo actual				
Hemorragia menor de 20 semanas	2	1,5	1,8	1,4
Restricción en el crecimiento intrauterino	1	0,8	0	1,4
Riesgo Psicológico				
Tensión emocional	33	25,38	14,3	33,8
Humor depresivo	11	8,46	3,6	12,2
Síntomas neurovegetativos	4	3,08	3,6	2,7
Soporte Familiar				
Nunca está satisfecha con el tiempo	3	2,31	0	4,1
Nunca está satisfecha con el espacio	4	3,08	0	4,4
Nunca está satisfecha con el dinero	2	1,54	0	2,7

Tabla 2. Características biológicas, psicológicas y familiares relacionados con la gestación, evaluadas por la escala de Herrera y Hurtado de las gestantes atendidas en control prenatal en una institución de salud de baja complejidad de la ciudad de Cali, durante los meses de febrero-mayo de 2021.

^a No se encontraron otras condiciones como: historia de retención placentaria, hemorragia vaginal > 20 semanas, embarazo prolongado, enfermedad renal crónica asociada, antecedente de diabetes mellitus, enfermedad cardíaca asociada, enfermedades agudas (bacterianas), HTA en el embarazo actual, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, embarazo múltiple, mala presentación o isoimmunización RH.

Variable	Razón de prevalencia (Pr) ^a	IC 95%	Valor p
Soporte social			
Normal		Referencia	
Bajo	1,62	1,22-2,16	0,001
Seguridad social			
No afiliado		Referencia	
Afiliado o convenio OIM	1,88	1,25-2,83	0,002
Edad			
<20		Referencia	
20-30	1,66	1,04-2,74	0,047
>30	1,72	0,96-3,06	0,066
Paridad			
Múltipara		Referencia	
Nulípara	1,38	0,99-1,90	0,053
Nacionalidad			
Colombiana		Referencia	
Venezolana	1,64	1,18-2,29	0,003
Tensión emocional o depresión			
No		Referencia	
Si	1,49	1,13-1,94	0,004

Tabla 3. Factores asociados a la disfunción familiar percibida de las gestantes de una Institución de salud de baja complejidad en la ciudad de Cali, durante los meses Febrero-Mayo de 2021

^a ajustado las variables incluidas en la tabla y por el estado civil, estrato socioeconómico y el número de personas con las que convive

Discusión

El estudio identificó una prevalencia de disfunción familiar percibida en más de la mitad de las gestantes durante el periodo posterior al aislamiento obligatorio de la pandemia por SARS-CoV-2, y fue superior a la prevalencia de bajo apoyo social percibido y de riesgo biopsicosocial. Alrededor del 38% de las incluidas eran de nacionalidad venezolana, siendo este un factor asociado de manera positiva con la disfunción familiar percibida. En la misma dirección, la nuliparidad, los factores socio-demográficos, el soporte social y los síntomas de

ansiedad o depresión también se asociaron con la disfunción familiar percibida.

A pesar de haber sido realizado este estudio en la baja complejidad, los resultados coinciden con estudios realizados antes de la pandemia en población de riesgo como las adolescentes (12,20-22), desplazadas por la violencia (23) o gestantes hospitalizadas en servicios de alta complejidad (24). En cuanto a la severidad de la disfunción, el 20% de las gestantes incluidas presentó una disfunción severa, cifra superior a la reportada en un estudio en Medellín

(7%) (24) o en Ibagué (18,5%) (25), pero inferior a la reportada en un estudio con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en Armenia, en las que 55% tenían disfunción familiar severa y moderada (26). Estos resultados contrastan con un estudio en el sudeste de China, que reportó en el 85,5% buena función familiar (27). Otro estudio en Cuba, reportó disfunción familiar en adolescentes en 65%, aunque este estudio utilizó una escala diferente al APGAR (22). Podría llamar la atención los resultados discrepantes de la prevalencia de disfunción familiar entre los resultados de la escala de APGAR y de la escala de riesgo biopsicosocial, lo cual pudo deberse a que en la segunda se exploran disfunciones más extremas (nunca recibe el apoyo).

Nuestro estudio mostró, en particular, un mayor compromiso del afecto, el cual evalúa la percepción de la relación de cariño o amor que existe entre miembros de la familia. Similares resultados fueron observados en gestantes adolescentes en México (21) y en Colombia (20); sin embargo, en un estudio en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, las áreas más comprometidas fueron la adaptación y la participación (26). Este compromiso se observó en ambas escalas tanto en la función familiar como en el soporte social y destacan la importancia de incluir estos temas en el CPN, dado que el afecto influye en la manera en que las gestantes vivencian la gestación, así como en el desarrollo fetal a corto y largo plazo (24).

Si bien ser inmigrante se ha asociado a desenlaces perinatales adversos (12) y depresión posnatal (1), nuestro estudio encontró una desventaja social de las gestantes extranjeras en comparación con las nacionales en la disfunción familiar percibida. Se ha descrito que esta población puede tener altos niveles de estrés ante la discriminación y alta prevalencia de otros factores de riesgo psicosociales (1,2), así como limitaciones económicas y de acceso a los servicios (28). La alta proporción de migrantes en la composición de la población de estudio podría ser también el producto de inequidades en el acceso a los servicios de planificación familiar (29). Nuevos estudios podrían requerirse

en población migrante para entender sus procesos de adaptación, el impacto en la salud del binomio madre-hijo y la implementación de programas y servicios accesibles y adaptados a sus necesidades.

De igual forma, el soporte social bajo se asoció con una mayor prevalencia de disfunción familiar (27). Se ha observado que aquellas mujeres que tienen eventos estresantes pero que cuentan con una buena red de apoyo, tienen menos probabilidad de sufrir estrés emocional, lo que se conoce como la “hipótesis de amortiguación del estrés”, que plantea que las interacciones de soporte entre las personas las protege contra las consecuencias negativas en salud como resultado de los eventos de vida estresantes (2,10). A pesar de que algunos estudios han mostrado la asociación entre el bajo soporte social con síntomas depresivos en gestantes durante la pandemia (30) y de mayor riesgo de disfunción familiar en gestantes con síntomas ansioso-depresivos (7), nuestros resultados sugieren un efecto independiente del soporte social que no es mediado por el efecto indirecto que podría tener sobre la depresión o ansiedad.

Este estudio es el primero en Colombia que evalúa el APGAR familiar durante la pandemia por SARS-CoV-2. Si bien podría cuestionarse el uso de encuestas telefónicas, en este estudio y en pandemias anteriores, sus resultados pueden ser tan válidos como las entrevistas cara a cara (31). Al ser un estudio transversal, no es posible asegurar la relación temporal entre las variables ni descartar una potencial causalidad reversa, por ejemplo, entre el soporte social y el APGAR familiar. Algunos antecedentes fueron autoreportados, por lo que un sesgo de información podría conducir fundamentalmente a un subregistro de estos, sobre todo aquellos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaquismo durante el embarazo. Otras variables previamente consideradas como factores de riesgo para disfunción familiar no fueron evaluadas, tales como el estrés y estabilidad laboral y la violencia doméstica o si la familia la componen nacionales y emigrantes. Finalmente, este estudio se realizó con una muestra

relativamente pequeña en un centro de atención de bajo nivel de complejidad, lo que pudo limitar la detección de diferencias entre los grupos, estadísticamente significativas. De igual forma, dado que la población de estudio pertenecía fundamentalmente a estratos socioeconómicos bajos con una alta proporción de inmigrantes, los resultados no podrían ser directamente extrapolados a poblaciones de estratos más altos, por lo que, se podrían requerir futuros estudios con muestras más grandes y en mayores niveles de complejidad.

Conclusiones

Este estudio encontró una prevalencia de disfunción familiar percibida alta. Nuestros resultados revelan un mayor riesgo de este problema entre inmigrantes venezolanas y refuerza la necesidad de acciones de política pública para proteger a esta población, en particular durante la gestación. La protección que confiere un buen soporte social sugiere que aquellas comunidades que lo brinden podrían mitigar la alta prevalencia de disfunción familiar percibida durante la gestación. Por otra parte, intervenciones familiares orientadas al componente afectivo podrían requerirse en los programas de CPN, pero serían necesarios estudios que evalúen su costo-efectividad.

Financiación

No hubo una fuente de financiación externa. El material y el tiempo empleado para el proceso de investigación corrieron por cuenta de los investigadores.

Conflicto de interés

Los autores declaramos no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

A las participantes y a la institución de salud que nos permitió realizar esta investigación.

Referencias

1. Anderson FM, Hatch SL, Comacchio C, Howard LM. Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*. 2017;20(3):449–62.
2. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2016;191(2016):62–77.
3. Zegeye A, Alebel A, Gebrie A, Tesfaye B, Belay YA, Adane F, et al. Prevalence and determinants of antenatal depression in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2019;14(2):1–11.
4. Gómez Sánchez PI, Arévalo Rodríguez I, Collazos Vidal C. *Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio*. 2013.
5. Herrera JA, Gao E, Shahabuddin AKM, Lixia D, Wei Y, Faisal M, et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Medica*. 2006;37(SUPPL. 1):6–14.
6. Pilkington PD, Milne LC, Cairns KE, Lewis J, Whelan TA. Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders [Internet]*. 2015;178:165–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.023>
7. Peralta-Pedrero María Luisa, Mercado-Castelazo Elvia, Cruz-Avelar Agles, Sánchez-Márquez Otoniel, Lemus-Rocha Roberto M-GM del Carmen. Peralta-Pedrero (2005) Prevalencia de depresión y factores de riesgo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(5):409–14.
8. Ilska M, Przybyła-Basista H. The role of partner support, ego-resiliency, prenatal attitudes towards maternity and pregnancy in psychological well-being of women in high-risk and low-risk pregnancy. *Psychology, Health and Medicine*. 2020;25(5):630–8.
9. Moseson H, Dehlendorf C, Gerds C, Vittinghoff E, Hiatt RA, Francisco S, et al. *HHS Public Access. Contraception*. 2019;98(4):275–80.
10. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]*. 2010;202(1):5–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>

11. Paredes Mondragón CV, Molano Dorado H, Martínez Gómez SY, Ortiz Martínez RA, Arias Linthon S, López Benavides AC. Relationship between the absence of adequate social support during pregnancy and low birth weight. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed) [Internet]*. 2019;48(3):140–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.11.002>
12. Amjad S, MacDonald I, Chambers T, Osornio-Vargas A, Chandra S, Voaklander D, et al. Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2019;33(1):88–99.
13. Hyun J, You S, Sohn S, Kim SJ, Bae J, Baik M, et al. Psychosocial support during the COVID-19 outbreak in Korea: Activities of multidisciplinary mental health professionals. *Journal of Korean Medical Science*. 2020;35(22):1–13.
14. Islam SMDU, Bodrud-Doza M, Khan RM, Haque MA, Mamun MA. Exploring COVID-19 stress and its factors in Bangladesh: A perception-based study. *Heliyon*. 2020;6(7):1–10.
15. Sim HS, How CH. Mental health and psychosocial support during healthcare emergencies - COVID-19 pandemic. *Singapore medical journal*. 2020;61(7):357–62.
16. Moya A, Serneels P, Desrosiers A, Reyes V, Torres MJ, Lieberman A. The COVID-19 pandemic and maternal mental health in a fragile and conflict-affected setting in Tumaco, Colombia: a cohort study. *The Lancet Global Health*. 2021;(21):1–9.
17. Parra-Saavedra M, Villa-Villa I, Pérez-Olivo J, Guzman-Polania L, Galvis-Centurion P, Cumplido-Romero Á, et al. Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2020;151(2):203–8.
18. Bellón Saameño J, Delgado Sanchez J, Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Atención Primaria [Internet]*. 1996;18(6):289–96. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>
19. Bellon Saameño J, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Validity and reliability of the Duke UNC II questionnaire of functional social support. *Aten Primaria [Internet]*. 1996;18(4):153–6, 158–63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8962994/>
20. Arias Trujillo CM, Carmona Serna IC, Castaño Castañón JJ, Castro Torres AF, Ferreira González AN, González Aristizabal AI, et al. Funcionalidad Familiar y Embarazo, en Adolescentes Que Asisten a Controles Prenatales en Centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina*. 2013;13(2):142–58.
21. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2009;47(001):24–7.
22. Calderón Morales I de la C, del Río Aguirre CI, Rodríguez Zamora O, Guisandes Zayas AA. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *Medisan*. 2014;18(11):1544–9.
23. Rincón Rueda IA, Cantillo Meléndez AM, Ordúz Sánchez JF, Mora Villa-Roel SL. Caracterización de la funcionalidad familiar y redes sociales existentes en desplazados por la violencia en algunas localidades de Bogotá DC. *Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet]*. 2010;19(2):147–54. Available from: https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/9_1.pdf
24. Lotero Osorio HD, Villa González IC, Torres Trujillo LE. Afectividad y Apoyo Social Percibido en Mujeres Gestantes : un Análisis Comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*. 2018;27:85–101.
25. González Portillo J, Reyes Godoy JA. Tipificación del tipo de disfunción familiar de un barrio vulnerable de la ciudad de Ibagué-Tolima. *Revista electrónica de Psicología Social*. 2014;(27):1–11.
26. Gonzales Portillo J, Rivas Marín FM, Marín Restrepo XA, Villamil Bonilla LV. Niveles de disfunción familiar, en veinte mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el municipio de Armenia. *Agora USB*. 2013;13(2):399.
27. Huang Y, Liu Y, Wang Y, Liu D. Family function fully mediates the relationship between social support and perinatal depression in rural Southwest China. *BMC Psychiatry*. 2021 Dec 1;21(1).
28. Zambrano-Barragán P, Ramírez Hernández S, Freier LF, Luzes M, Sobczyk R, Rodríguez A, et al. The impact of COVID-19 on Venezuelan migrants' access to health: A qualitative study in Colombian and Peruvian cities. *Journal of Migration and Health*. 2021;3:100029.
29. Rivillas-García JC, Cifuentes-Avellaneda Á, Ariza-Abril JS, Sánchez-Molano M, Rivera-Montero D. Venezuelan migrants and access to contraception in Colombia: A mixed research approach towards understanding patterns of inequality. *Journal of Migration and Health*. 2021;3:100027.

30. Brik M, Sandonis MA, Fernández S, Suy A, Parramon-Puig G, Maiz N, et al. Psychological impact and social support in pregnant women during lockdown due to SARS-CoV2 pandemic: A cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021 Jun 1;100(6):1026–33.
31. Fening S, Levav I, Kohn R, Yelin N. Telephone vs face-to-face interviewing in a community psychiatric survey. *Am J Public Health*. 1993 Jun;83(6):896–8.