

11226

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 2 NORESTE DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 94**

**Satisfacción marital en embarazadas que acuden a
control prenatal de manera regular e irregular.**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA ADRIANA FLORES CARRETO**

**ASESOR DE TESIS:
DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
JEFE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD. U. M. F. N° 94**

MEXICO, D. F. 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

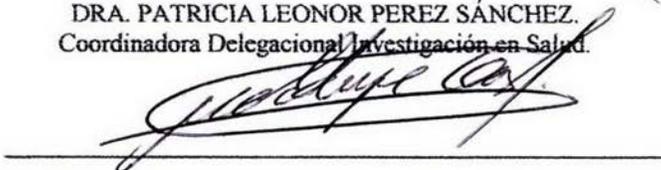
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES



DRA. PATRICIA LEONOR PEREZ SÁNCHEZ.
Coordinadora Delegacional Investigación en Salud.



DRA. MARIA GUADALUPE GARFIAS GARNICA.
Coordinadora Delegacional de Educación en Salud.



DRA. ANA MARIA CORTES AGUILERA.
Directora de la U. M. F No 94.



DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
Jefatura de Educación e Investigación en Salud y Asesor de Tesis.



DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar



DEDICATORIA

EN ESPECIAL A MI MAMÁ Y PAPÁ POR SEGUIR PREOCUPÁNDOSE POR SU HIJA, AL ESTAR JUNTO A MÍ, EN LOS MOMENTOS MAS DIFÍCILES Y FÁCILES DE ESTA PROFESIÓN, AL IGUAL DE SER LOS ENCARGADOS DE LOS CUIDADOS DE MIS DOS HIJOS LOS CUALES HAN CRECIDO CON AMOR Y CARIÑO ¡GRACIAS!.

A MI ESPOSO Y A MIS HIJOS QUIEN SIN SU AMOR, PACIENCIA Y COMPRENSIÓN NO HUBIERA LLEGADO A ESTA META, SACRIFICÁNDOSE DE CARICIAS Y CONVIVENCIA FAMILIAR ¡ LOS AMO!.

A MIS HERMANAS QUIENES DE CADA UNA OBTUVE SIEMPRE UNA PALABRA DE ALIENTO PARA LEVANTARME EN LOS MOMENTOS MAS DÉBILES, PARA LA TERMINACIÓN DE ESTA ESPECIALIDAD.

A MIS PROFESORES POR SUS ENSEÑANZAS Y DEDICACIÓN A LA ALUMNA.

Y POR ULTIMO PERO SIN SER MENOS IMPORTANTES A MIS AMIGAS SELENE Y MARTHA BEATRIZ QUIENES DURANTE LA ESPECIALIDAD Y FUERA DE ELLA ME BRINDARON SU ESPACIO, TIEMPO Y SU GRAN AMISTAD . APOYÁNDOME COMO LAS MEJORES AMIGAS QUE EXISTEN. CONTANDO SIEMPRE ELLAS PARA SEGUIR SIENDO AMIGAS.

INDICE

| | |
|---------------------------------------|----|
| MARCO CONCEPTUAL | 04 |
| ANTECEDENTES CIENTÍFICOS | 18 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 23 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 24 |
| HIPOTESIS DE ESTUDIO | 25 |
| OBJETIVO GENERAL | 26 |
| TIPO DE ESTUDIO | 27 |
| TAMAÑO DE MUESTRA | 28 |
| CRITERIOS DE SELECCIÓN | 29 |
| VARIABLES | 30 |
| PROVEDIMIENTO OBTENCIÓN MUESTRA | 30 |
| RESULTADOS | 31 |
| ANALISIS DE RESULTADOS | 33 |
| CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS | 34 |
| CUADROS Y GRAFICAS | 36 |
| BIBLIOGRAFÍA | 39 |

MARCO CONCEPTUAL.

El embarazo representa un estado fisiológico que demanda un trabajo extra para el organismo materno, no solo sobre el área biológica donde se sabe que se presenta una serie de modificaciones que permite el adecuado crecimiento y desarrollo del producto. El área emocional de la mujer también se ve grandemente afectada, debido a los cambios que el embarazo provoca sobre su apariencia física, lo que modifica la imagen que de sí misma tenía. El área de las relaciones familiares y sociales también demanda una reordenación en esta etapa reproductiva de la mujer. Estos cambios determinan que un evento tan fisiológico y esperado como lo es el embarazo, sea a la vez una situación de riesgo para la salud de la madre y del producto. ⁽¹⁾

El embarazo tiene un aspecto tanto tensional como agradable, DSMIV le confiere un porcentaje de tensión de 40 en una escala de 10 a 100. Para enfrentar esta situación la mujer requiere de 3 elementos importantes: a) estar protegida de exigencias extremas que le permitan cierto descanso, b) tener información que la reafirme y calme su ansiedad y c) contar con apoyo afectivo. ⁽²⁾ La manera en que afronta cada mujer en particular estas tensiones se ve influida por su constitución biológica, su fortaleza emocional, por las creencias y valores de la sociedad en que se desenvuelve, así como por el apoyo de sus redes sociales y de su propia familia, donde su esposo o pareja se constituye un elemento de apoyo invaluable para enfrentar el estrés generado por los cambios que experimenta. ⁽³⁾

El concepto actual del proceso de salud-enfermedad se entiende como un evento determinado por las condiciones del medio ambiente; entendiendo como medio ambiente, la totalidad de fuerzas y componentes físicos y biológicos del planeta. El hombre como ser biológico, emocional y social, es sometido a una doble evolución, la biológica y la cultural; para sobrevivir y satisfacer sus necesidades requiere equilibrar la evolución biológica con la evolución cultural, la inconcordancia entre ellas trae como consecuencia problemas importantes de salud. Esta condición tiene especial efecto en la mujer embarazada, donde las condiciones sanitarias, económicas y culturales establecen una estrecha relación

sobre la salud de la madre y el producto, tal como sucede con cada uno de los individuos que integran la sociedad. En el caso de la embarazada existe un elemento adicional que la ubica como un grupo prioritario de atención a la salud, este es el hecho que la salud de su futuro hijo y de los hijos que ya tuviera depende directamente de su propio estado de salud. ⁽⁴⁾

Desde esta perspectiva teórica la evolución del embarazo depende a menudo del significado social del acontecimiento. Las creencias y valores culturales determinan las reacciones y emociones que lo acompañan. Richardson y Guttmacher han demostrado que existe una estrecha relación entre valores y conducta reproductiva. La identificación de los valores culturales tiene utilidad para predecir conductas o estilos de vida de riesgo para la salud. Si una cultura considera al embarazo como enfermedad, es de esperar ciertas conductas, en tanto que si el embarazo se considera como un fenómeno natural se esperarán otras conductas. Quizá la asistencia prenatal no sea una prioridad para las mujeres que considera el embarazo un fenómeno natural. ⁽⁵⁾ Foster y Anderson han propuesto dos explicaciones principales sobre la enfermedad, la primera es el concepto de que la enfermedad es resultado de la intervención de un agente que puede ser sobrenatural, parte de este concepto son las creencias en brujas y espíritus del mal. La segunda explicación se ajusta a un modelo de equilibrio ente el calor y el frío, que se basa en los conceptos griegos de los cuatro humores corporales (sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla) con sus cualidades acompañantes (calor, frío, humedad y sequedad. La cultura mexicana considera a menudo a la enfermedad como un exceso de calor o de frío, para restablecer este desequilibrio emplea frecuentemente alimentos o hierbas medicinales que enfrían o calientan el cuerpo según sea necesario. El embarazo en particular es considerado como un estado caliente, por lo que las mujeres deberán cuidarse de los alimentos fríos.

La práctica de cuidado de la salud durante el embarazo se ve influenciado también por numerosos valores socioculturales, como remedios caseros, creencias populares, influencia de los curanderos. Es de importancia crucial para los profesionales de la salud percatarse de las fuentes alternativas de cuidados de la

mujer, puesto que estas prácticas afectarán los resultados de sus intervenciones. Con demasiada frecuencia la mujer mexicana da mayor valoración a los consejos de madres, suegras, cuñadas, que a las indicaciones de personas extrañas para ella, entre estos personajes extraños para las embarazadas podemos ubicar al personal médico y paramédico de las instituciones, encargado de la vigilancia del embarazo, tal vez esta situación nos permitan comprender el por qué del tan pobre impacto educativo y en salud alcanzado en este grupo de población. ^(5,6)

Por tal motivo resulta obvio que el personal de la salud encargado de la vigilancia prenatal, deje de conceptuar a la embarazada como un ente individual, para ubicarla como un ser humano que se desarrolla y desenvuelve dentro de un contexto ecológico más amplio, representado por la familia y la comunidad a la que pertenece.

La familia es la fuente que provee de miembros a la sociedad, se define como un pequeño sistema social formado por individuos relacionados entre sí por lazos de afecto, lealtad y compromiso. Se considera como un pequeño sistema social porque se organiza de tal manera que facilita la satisfacción de las necesidades de sus miembros, la manera en como se organiza establece su estructura, lo que permite que sus miembros interactúen respetando sus conductas y actividades, a través del establecimiento de roles y límites. Se considera una familia funcional cuando los roles y límites son conocidos y asumidos por todos sus miembros, además de que existe en ellos la capacidad de cambio ante las exigencias que les ofrece el crecimiento y desarrollo individual y familiar. Desde este enfoque la familia puede considerarse como un elemento generador de salud o de enfermedad. ⁽⁷⁾

La familia mexicana actual se encuentra influenciada de manera importante por su origen, este parte de dos grandes brazos: la familia española y la familia azteca. En la familia española el poder considerado como fuerza física y económica se deposita en el hombre y el poder considerado como educación o transmisión de valores, cultura y creencias en la mujer. En la familia azteca sucedía lo mismo aunque de manera menos marcada, pues a la mujer se le permitía una mayor participación. Cuando el español que generalmente era casado, se mezcla con las

indígenas y tienen hijos, se constituye la familia lateral, caracterizada por una figura paterna desdibujada o excluida, una madre abnegada y mal tratada e hijos abandonados. Es así como se produce la institucionalización de una situación que perdura hasta la fecha "las relaciones paralelas". Con relativa frecuencia la mujer era rescatada a través del casamiento con un hombre de su misma cultura quien se veía como un individuo en desventaja ante el poder del español, lo que le permitía cargar con hijos que no eran suyos⁽⁸⁾

Este modelamiento del rol paterno y materno, fueron tan bien introyectados por los mexicanos que persisten de manera predominante hasta la actualidad. Los roles típicos de la familia mexicana caracterizan a la mujer como abnegada y con una devoción completa hacia su marido e hijos. En tanto que el hombre adopta un rol de machismo donde cualquier duda acerca de su calidad masculina será una afrenta terrible y honda; se ha encontrado que el 70% de los casos de abandono coinciden con la gravidez de la esposa. La esposa es vista por el marido como una madre en la relación marital y la preñez es considerada por el esposo como el nacimiento de un hermano menor. Con respecto a la madre que es abandonada, esta es vista ambivalentemente, por un lado se le adora, tanto en lo particular, como en las formas de lenguaje y religiosidad, por el otro se le hostiliza y se le odia, en virtud de un doble tipo de hechos, se le acusa por no haber dado al hijo un padre fuerte y por haber expuesto al hijo al abandono.⁽⁹⁾

Considerando los antecedentes históricos de la familia mexicana nos es posible entender la dinámica actual de las parejas. Es un hecho indiscutible que el embarazo y la posibilidad de la paternidad-maternidad son una condición estresante para ambos miembros de la pareja, la forma en que se enfrenta es diferente por cada uno de ellos y esto tiene mucho que ver con la cultura y los roles de género. El hombre tiende a ser periférico, en tanto que a la mujer se le deposita por completo la responsabilidad de los hijos. El papel que desempeñan las mujeres en la familia tradicional mexicana, continua siendo la de transmisoras de valores y creencias sobre todo referentes al auto cuidado de la salud, ya sea aplicando acciones propias de la medicina tradicional o buscando atención médica

profesional. ⁽¹⁰⁾ El hombre por su lado es proveedor se asegura del cuidado y servicio de su mujer, la que tiene como gratificación la maternidad. ⁽¹¹⁾

Existe el valor muy arraigado que el embarazo no compete a los hombres sino que corresponde como terreno "natural" a las mujeres, sólo como una extensión lógica de su función reproductiva y doméstica. ⁽¹²⁾ Otra característica de la familia mexicana es su poca permeabilidad a la interacción con otros sistemas, lo que le da la característica de ser un sistema muy cerrado que impide o dificulta la salida e interacción de sus miembros, ya que se pretende que a través de sí mismo ser autosuficientes, es frecuente que se desconfíe de los otros; los mexicanos necesitan pocos amigos porque tienen muchos parientes. ⁽¹³⁾

Esta es una característica de la familia mexicana que puede interferir con el proceso de atención a la salud que el personal médico y para médico dirige a la embarazada, ya que si no se logra establecer una empatía basada en la identificación de sus necesidades reales y de sus valores, todas aquellas indicaciones que se les den van a ser tomadas con cierta reserva y tal vez puestas en un segundo plano de acción, privilegiando los valores propios que sobre salud tengan. En nuestra cultura mexicana actual el embarazo es considerado como un estado natural, deseable tan pronto como los hijos se convierten en adultos; esta conducta se explica por la gran importancia que la familia tiene sobre el desarrollo y seguridad del mexicano. El concepto de familia desde la teoría general de los sistemas la ubica como el conjunto de dos o más individuos en interrelación, que integran algo más que la suma de sus componentes, de tal manera que el cambio en uno genera cambios en los otros. Ayerman y From. Consideran que la familia es el agente que une al individuo con la sociedad. El objetivo primordial de la familia es de satisfacer las necesidades específicamente humanas, como son: ⁽¹⁴⁾

- Relación y vinculación con sus semejantes.
- Aceptación individual y grupal que le permita tener un sentido de pertenencia.
- Identidad es decir reconocer quien es uno para respetar la individualidad de los demás.
- Marco referencial o esquema de valores que permite establecer las metas en la vida.

- Significación de la propia existencia que permite identificar como se puede trascender como individuo.
- Satisfacción de las necesidades materiales y de subsistencia de sus miembros.
- Matriz de relaciones afectivas interpersonales.
- Desarrollo de la identidad individual ligada a la familia y la cultura.
- Proveer modelos de identificación psico-sexual
- Entrenar en roles sociales.
- Promover el aprendizaje y la creatividad.
- Transmitir la ideología, cultura y valores.

La familia para satisfacer las necesidades anteriores, debe cursar por un ciclo vital de vida que se inicia por la relación entre hombre y mujer, que en forma clásica se conoce como matrimonio. Debemos señalar que la pareja no se forma con el matrimonio formal desde el punto de vista de su funcionalidad, sino desde la etapa de noviazgo, la cual es crucial y determinante, ya que en ellas se define y afianza factores significativos para la pareja. El rol de cónyuge no es de ninguna manera tarea sencilla, reconoce entre otras cosas haber renunciado a las ganancias emocionales que proporcionan las etapas anteriores de pretendiente e hijo y tener la disponibilidad física y emocional para seguir aventurándose en el quehacer de la vida y del desarrollo personal a través de formar una nueva familia. La pareja además de proporcionarse compañía y cercanía, promueve el desarrollo y satisfacción de necesidades de cada uno de los cónyuges en las cuatro áreas fundamentales de vida:

Área de la identidad: La pareja se proporciona un anclaje en la relación emocional que permite reemplazar esta etapa anterior se tenía con los padres. Este anclaje permite a cada uno de ellos aceptar y tolerar las cualidades y defectos de sí mismo y del otro sin el temor del rechazo o abandono, esto permite que de manera espontánea el cuidado y el bienestar del otro sean tan importantes como el cuidado y el bienestar de uno mismo.

Área de la sexualidad: Cada cónyuge proporciona a su pareja la oportunidad de confirmarse como ser sexuado, lo que continúa a través de la reproducción,

Sabemos que los hijos complementan a los padres al permitirles realizar sus funciones paternas.

Área de la economía: La pareja también proporciona a cada uno de sus integrantes la oportunidad de manifestar su esquema de valores en la distribución y aceptación de tareas y roles.

Área del Yo: La pareja proporciona el apoyo y seguridad que necesita el cónyuge para aventurarse a vivir la serie de roles que le ofrece la vida. ⁽¹⁵⁾

Desgraciadamente con demasiada frecuencia la elección de pareja se basa en necesidades neuróticas y no en las necesidades humanas antes señaladas. Cuando las expectativas que los llevan a la unión se basan en una serie de expectativas neuróticas, no tarda en aparecer la lucha por el poder y la descalificación recíproca. Lo más deseable no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos como quiera que estos se presenten. ⁽¹⁶⁾ Existen diferentes posturas en el área de la salud mental que pretende abordar el tema de la pareja, así como los diferentes aspectos que de ella se desprenden: la atracción, elección de pareja, tipos de parejas, celos, infidelidad, comunicación, liderazgo, etc. Entre estas tenemos al psicoanálisis, las teorías cognoscitivas y el modelo interaccional o sistémico.

El psicoanálisis por ejemplo trabaja con los elementos intra psíquicos de cada miembro de la pareja por separado, los cognoscitivitas trabajan con la relación lógica- racional de la pareja, en tanto que el modelo interaccional o sistémico considera a la pareja como un sistema abierto, compuesto por los subsistemas hombre-mujer que se encuentran formando parte de otros para-sistemas: familias de origen, comunican, etc. Las características fundamentales del subsistema marital son:

- a) Totalidad: el subsistema marital es una organización interdependiente en la que la conducta y expresión de cada uno influye y es influida por el otro.
- b) Homeostasis: el subsistema marital tiene mecanismos para mantener el estado de equilibrio, cuando se pierde este equilibrio puede presentarse la patología.

c) Equifinalidad: el subsistema marital esta determinado por la naturaleza de la relación y no por las condiciones en que se dio inicialmente.

Dicks en el año de 1970 define a la pareja como la unidad significativa irreductible más pequeña en la descripción de los grupos humanos en la descripción realizada por la Psiquiatría, psico-sociología y otras ciencias sociales. ⁽¹⁷⁾

Desde este campo teórico podemos decir que las parejas felices no son las más listas, más ricas o más astutas psicológicamente, sencillamente son aquellas parejas que en su vida cotidiana han adquirido una dinámica que impide que sus pensamientos y sentimientos negativos sobre el compañero (que existen en todas las parejas) ahoguen los positivos. Es lo que se llama un matrimonio emocionalmente inteligente. Es decir que sabe comprender y respetar al compañero y la relación. Trabajos de investigación realizados sobre este tema en la Universidad de Michigan por Lois Verbrugge y James House, señalan que un matrimonio infeliz aumenta un 35% las posibilidades de caer enfermo, e incluso acortar nuestra vida en un período medio de 4 años.

Por el contrario, las personas felizmente casadas viven más tiempo y disfrutan de mejor salud que las divorciadas o aquellas involucradas en una relación infeliz. Estos científicos han establecido con seguridad la existencia de estas diferencias, pero no han podido establecer con exactitud el por qué. Parte de la respuesta puede ser que en un matrimonio infeliz se experimenta un estímulo fisiológico crónico y difuso, en otras palabras, condiciona un estado de estrés crónico físico y emocional. Esto supone un desgaste extra para el cuerpo y la mente, que a su vez puede desarrollar una variedad de enfermedades físicas, incluyendo hipertensión, enfermedades coronarias, así como diversos trastornos psicológicos, como ansiedad, depresión, suicidio, violencia, psicosis, homicidio o drogadicción.

No es sorprendente que las parejas felizmente casadas muestren un índice mucho más bajo en estas enfermedades. Estas parejas tienden a ser más conscientes de la salud. Los investigadores apuntan que esto se debe a que los cónyuges mantienen el uno sobre el otro regulares chequeos, cuidando de se tomen las medicinas necesarias, se coma de manera sana, etc. ^(18, 19)

El análisis de la funcionalidad en la pareja es de trascendental importancia, ya que de ello dependerá la satisfacción y buen funcionamiento de la familia ausencia de uno, no-solo en el ámbito emocional sino también biológico, una pareja insatisfecha no podrá preservar la salud de sus miembros ni dar respuestas a sus necesidades humanas. ⁽²⁰⁾

La funcionalidad del subsistema conyugal se puede evaluar desde un enfoque sistémico interaccional abordando los siguientes elementos:

Comunicación.

Adjudicación y asunción de roles.

Satisfacción sexual.

Afecto.

Toma de decisiones.

1) Comunicación, se define como el proceso a través del cual los individuos condicionan recíprocamente su conducta, no solo consiste en transmitir información de una persona a otra, sino se requiere en obtener una respuesta o retroalimentación de que se escuchó o entiendo el mensaje. Esta función debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas y predominantes en la pareja como lo señala Watzlawick y cuyas características deseadas son:

Mensajes claros, es decir que no dejen lugar a dudas de lo que se quiere expresar, que no estén matizados por mensajes enmascarados.

Mensajes directos, es decir que sean dirigidos al receptor para quien fueron elaborados, sin mediar ningún otro integrante de la familia.

Mensajes congruentes, es decir que el contenido literal sea acorde al mensaje meta-comunicacional.

2) Adjudicación y asunción de roles, la pareja se adjudica recíprocamente roles necesarios para el funcionamiento satisfactorio de la familia, de la manera en como se asumen estos roles va a depender la funcionalidad conyugal y familiar, las características deseadas para estos son:

Congruencia, es decir la función realizada deberá ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge.

Satisfacción, implica que el ejecutar una función debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como ser aceptado.

Flexibilidad, hace referencia al intercambio de funciones hacia el grupo familiar, siempre es deseable que se intercambien los roles para poder valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de tareas, ya sean domésticas o de índole laboral.

3) Satisfacción sexual, en la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explicita la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene. A la pareja recién casada le puede llevar de 6 a 12 meses lograr un ajuste sexual. Esta función se evalúa a través de las siguientes características: Frecuencia de la actividad sexual y Satisfacción.

4) Afecto, hace referencia a la capacidad de los miembros de la pareja para expresar y recibir sentimientos ya sean positivos o negativos. Los indicadores de esta función son:

Manifestaciones físicas, como abrazos, besos, caricias, etc.

Calidad de convivencia, es decir la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos, en ocasiones puede haber períodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.

Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los cónyuges esté dispuesto a dar al menos lo que recibe.

5) Toma de decisiones, es importante evaluar como se da este proceso, que ello promueve la participación, responsabilidad y compromiso de la pareja. Los estilos más frecuentes son:

1. Toma de decisiones conjunta, es decir ambos miembros de la pareja exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, lo que promueve la coparticipación.

2. Toma de decisiones individuales. cada uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro, esta modalidad muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre provee - el que tiene la función de decidir. ⁽²⁰⁾

Existen múltiples instrumentos hasta ahora utilizados para evaluar la funcionalidad familiar que han mostrado en su aplicación algunas limitaciones para uso generalizado, los más utilizados son: APGAR familiar el cual es limitado ya que solo explora la comunicación, afecto, cooperación, crisis familiares y la autoestima sin explorar importantes funciones como la gratificación sexual, tomar decisiones y los roles desempeñados por la familia. ⁽²¹⁾ El índice de funcionamiento familiar examina de un modo preciso los roles familiares y las expectativas de la familia a través de 32 rubros, tiene la desventaja de no contar con un criterio cuantitativo por lo que es difícil la clasificación de las disfunciones. ⁽²²⁾ La clasificación triaxial de la familia, explora la disfuncionalidad familiar a través de tres ejes, teniendo como desventaja de utilizar escalas diferentes, lo que dificulta la valoración de la disfuncionalidad y siendo propuesto por la academia americana de psiquiatría infantil para investigar problemas familiares que influyen en la conducta infantil. ⁽²³⁾ La prueba de Mc Master es un instrumento confiable que ha tenido múltiples validaciones, su desventaja es que tiene evaluarse a través de una prueba estadística complicada por lo que no se ha generado como instrumento de uso común. ⁽²⁴⁾

Existen otras propuestas para la evaluación de la funcionalidad familiar, no obstante los métodos señalados son enfocados al grupo familiar y carecen de un enfoque exclusivo de la pareja. El modelo de escala de funcionalidad conyugal evalúa exclusivamente al subsistema conyugal, tiene la característica de ser una escala tipo Likert, que construida por 12 ítems que exploran 5 indicadores de la funcionalidad conyugal: a) comunicación, b) adjudicación y asunción de roles, c) satisfacción sexual, d) afecto y e) toma de decisiones. La evaluación cuantitativa de esta escala va de 1 a 3. La funcionalidad se clasifica en parejas severamente disfuncional, parejas moderadamente disfuncionales y parejas funcionales. Este instrumento a tenido validación práctica desde hace 1993, ha sido aplicado por residentes y médicos familiares de algunas sedes en el mismo Instituto del Seguro Social, observándose resultados satisfactorios en su aplicación, sin embargo no ha sido validado. ⁽²⁵⁾

El instrumento multifacético de satisfacción marital diseñado por Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos, estudia la satisfacción de la pareja a través de seis factores que consideran importantes para evaluación global de la pareja. 1) Aspectos emocionales, afectivos y de comprensión que facilitan interacción de la pareja, 2) aspectos físico-sexuales, que se refieren a expresiones físico-corporales. 3) aspectos de organización y funcionamiento dentro de la relación, asociados con la estructuración de la misma de manera instrumental, considerando la solución de problemas y la toma de decisiones, 4) el área familiar contempla la organización y la realización de tareas en el hogar. 5) el área de diversión se refiere a la convivencia y entretenimientos de la pareja y 6) el área de los hijos se refiere a la satisfacción que siente el cónyuge por la educación, atención y cuidado que proporciona su pareja a los hijos. Dicho instrumento corresponde a una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: Me gusta mucho (5), me gusta (4), ni me gusta, ni me disgusta (3), me disgusta (2) y me disgusta mucho (1). Dicho instrumento ha sido validado en varios estudios realizados en la Ciudad de México desde 1991, obteniéndose una alta validez de construcción (0.95) evidenciada en la estructura factorial y una buena consistencia interna para cada escala como se muestra en las Alfas de Cronbach siguientes: interacción (0.89), físico- sexual (0.92), organización y funcionamiento (0.89), familia (0.90), diversión (0.86), e hijos (0.90), constando con un total 47 reactivos sin olvidar que al inicio de la escala se solicitan datos sociodemográficos generales como: sexo, estado civil, edad, escolaridad, tiempo de la relación y número de hijos. Cabe mencionar que su aplicación en parejas que se encuentran en las primeras etapas del ciclo vital, no se aplicara los reactivos relacionados con la existencia de hijos ya que ellas no formaran parte de su relación. ⁽²⁶⁾

Cuadro de contenidos y de reactivos para cada uno de ellos.

| Contenidos | ITEMES QUE LOS EXPLORA |
|--------------------------------|---|
| 1. interacción | 1, 7, 11,13,15,17,22,23,24,26,28,29,33,38,39. |
| 2. Físico-sexual | 2, 8, 10, 14, 18, 25, 31, 36, 41, 45. |
| 3. Organización-funcionamiento | 3, 9, 21, 44. |
| 4. Familia | 4, 16, 19, 27, 30, 35, 42. |
| 5. Diversión | 5, 34, 37, 47. |
| 6. Hijos | 6, 12, 20, 32, 43, 46. |

Los resultados se expresan en forma cuantitativa para una mejor representación estadística reportándose como:

| | Sin hijos | Con hijos |
|----------------------------|-------------------|------------------|
| Insatisfactoria | 41 a 82 puntos | 47 a 94 puntos |
| Medianamente satisfactoria | 83 a 123 puntos | 95 a 141 puntos |
| Satisfactoria | 124 a 164 puntos. | 142 a 235 puntos |

Aunque Irigoyen en su libro de "Fundamentos de Medicina Familiar" define a la familia con el grupo formado por marido, mujer e hijos, el consenso canadiense la define como la composición por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más niños, que viven bajo el mismo techo, es importante señalar que en la escala se toma en cuenta estas dos definiciones por lo que se deja abierto el parámetro de los hijos.⁽⁸⁾

De hecho la vida de la pareja cambia de una manera relevante al esperar el nacimiento del primer hijo y como padre mirara al mundo de una manera diferente ya que existe un nuevo compromiso y una gran responsabilidad con el nuevo miembro. Junto con las alegrías que produce la llegada de un hijo, se vive una serie de tensiones en la vida matrimonial, por lo que es posible que la pareja tenga fuertes crisis que en algunas ocasiones no son superables. El sentido de hacerse pareja, de crecer juntos, de comunicarse, de vivir juntos los momentos especiales

de esta etapa, de resolver juntos problemas y dificultades.... Es algo muy necesario para dos jóvenes que inician. ⁽²⁷⁾

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Las naciones de todo el mundo han unido esfuerzos a fin de promover una Maternidad sin riesgo, por ello nuestro país ha integrado y coordinado el trabajo de las diferentes instituciones del sector salud, ⁽²⁸⁾ donde mortalidad materna permite evaluar la cobertura y la calidad de los sistemas de atención a la salud, al analizar no sólo el número de defunciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, sino por su agrupación como causas obstétricas directas e indirectas para identifica aquéllas que son altamente preventivas. ⁽²⁹⁾

Las causas principales de mortalidad materna en nuestro país de los años de 1980 a 1997 están representadas por causas directas y indirectas como son: aborto en un 8,5%, hemorragia del embarazo y parto en un 19.7%, toxemia en el embarazo con 32.8%, infecciones genito-urinarias con un 0.7%, parto obstruido con 1.0%, complicaciones del puerperio en un 8.4% y las demás otras directas en un 25.4%. ⁽³⁰⁾

La Región La Raza integrada por las Delegaciones Hidalgo, Estado de México, Oriente y Poniente, 1 Noroeste y 2 Noreste del Distrito Federal, reportó para el año 2001 como causas de muerte materna a la preeclampsia con un 48.5%, hemorragia del embarazo del parto y de puerperio con 16.7%, sepsis puerperal con 6.1%, abortos con 8.9% y otras causas con un 19.8%. Al analizar las muertes maternas en el 51.7% no se dispuso de información acerca de la atención recibida durante el embarazo, en el 48.3% de los casos en que si se contó con información un hallazgo de importancia que el 20.4% de las mujeres que fallecieron carecieron de vigilancia prenatal y de las pacientes con atención prenatal 14.8% asistió a menos de 5 consultas. ⁽³¹⁾

De acuerdo al análisis de las condiciones clínicas de estas pacientes, los Comités Institucionales de Mortalidad Materna dictaminaron que el 24.8% de las defunciones eran potencialmente previsibles al ingreso a la Unidad Médica, en el

16.1% se consideró que la responsabilidad principal radicó en la propia paciente (32)

El concepto de atención prenatal se define como el conjunto de actividades médicas ejercidas en la mujer embarazada para obtener el mejor grado de salud tanto para ella como para su hijo por nacer, encaminada a:

- Identificación oportuna de condiciones o factores de riesgo que convierta al embarazo en una situación de riesgo elevado para el binomio madre hijo.
- Establecer una vigilancia pertinente y permanente del embarazo.
- Identificar con oportunidad complicaciones.
- Capacitar e involucrar a la madre en el cuidado de su salud y del hijo.
- * Establecer redes de apoyo para la embarazada. (33)

La atención médica, para ser integral, requiere ser orientada hacia la familia, no sólo en aspectos asistenciales o curativos; (34) es necesario identificar las condiciones psico-sociales que representan mayor impacto en la adaptación individual y familiar al embarazo. (35) Desdichadamente en los países en vías de desarrollo el cuidado prenatal se hace en forma tardía y sin la regularidad necesaria, la mujer acude por primera vez a la consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto, porque a menudo se ignora la importancia del cuidado. (36)

Desde que se tiene conocimiento de la situación de embarazo, el equipo de atención primaria debe establecer comunicación con los futuros padres con el objetivo fundamental de conseguir que la vivencia del embarazo sea una experiencia gozosa y natural para la pareja a la vez que cuenten con información necesaria que los permita identificar los riesgos modificables y los no modificables y el comportamiento y cuidados saludables necesarios en el embarazo, parto y el cuidado del recién nacido. (37)

Comúnmente las instituciones de salud visualizan la problemática de la mujer embarazada desde el punto de vista clínico-biológico, dejando a un lado los

aspectos de la dinámica conyugal y familiar, ⁽³⁸⁾ y los valores y mitos sociales. Para que la atención a la embarazada tenga un verdadero impacto sobre su salud se requiere integrar dentro del trabajo interdisciplinario de atención médica estos dos últimos aspectos. ⁽³⁹⁾ La paternidad es un acto humano en el que se concreta el verdadero amor por uno mismo, por la pareja y el futuro hijo por lo tanto merece ser un evento rodeado de felicidad y satisfacción. ⁽⁴⁰⁾

La mortalidad materno infantil está considerada actualmente como un valioso indicador de la cobertura y calidad de los servicios médicos en la atención médica. En los últimos cinco años la tasa promedio de mortalidad peri natal por cada 1000 nacidos vivos en el ámbito nacional y en el IMSS es de 19.20. Sin duda este problema continúa siendo prioritario para las instituciones de salud, quienes han invertido un gran porcentaje de sus recursos para la atención prenatal, sin todavía poder tener un control real de este problema.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 94 en el periodo de enero del 2001 a enero de 2002 se atendieron a 8 411 embarazadas de las cuales 15.7% correspondieron a consulta de primera vez y 84.29% fueron subsecuentes, se clasificaron como embarazo de alto riesgo al 19.1% de ellas. Una condición identificada en este grupo de derechohabientes es su irregular asistencia a sus citas para control prenatal, ya que el 48.5% solo acuden a recibir de 1 a 3 consultas, el 41.6% reciben de 4 a 6 consultas y solo el 9.9% reciben más de 7 consultas. El promedio de consultas por paciente es de 5.1 y la oportunidad del 37.80.

La patología que más frecuentemente afecta a la embarazada en nuestra Unidad es la Infección de Vías Urinarias en un 40% y Cervico vaginitis en el 42.2%. Ambas susceptibles de control a través de un adecuado manejo médico.

En el último trimestre del año 2001 se realizó una encuesta de opinión con la población de embarazadas a fin de identificar las situaciones de tipo emocional y social que acompañan a su estado; se identificó que el 98% de los embarazos eran deseados, 92% de las entrevistadas refirieron presentar sentimientos ambivalentes respecto a su situación, ya que por un lado presentaban gusto con la llegada de su hijo, sin embargo al mismo tiempo experimentaban temor por la salud y bienestar de ellas y del producto, el 82% refirió el temor de no saber ser

una "buena madre", un 89% refirió que su condición había interferido con su relación conyugal, ya que percibían a su pareja alejada y con poco interés en ellas, el 81% refirió cuadros frecuentes de tristeza.

Las condiciones actuales de atención a la embarazada no han tenido el impacto en salud esperado, en la UMF No. 94 en los últimos 2 años se presenta una muerta materna, en tanto que la mortalidad perinatal durante el año 2001 fue de 37 muertes, entre las principales causas de estas se encuentra: La interrupción de la circulación feto placentaria, septicemia, inmadurez orgánica y prematuridad.

La investigación psico-social relativa al desarrollo y evolución de las interacciones humanas, se remonta a estudios realizados por Berscheid y Hatfield (1969), se abocaron sobre todo a relaciones de corto plazo, empero la urgencia de estudios relacionados con aspectos más duraderos de la relación de pareja como la satisfacción marital, el amor, los celos, etc. empieza a cristalizarse con el trabajo pionero de de Harlow. Como ningún otro tema, el de las relaciones íntimas absorbe e intriga de modo permanente a filósofos, poetas y científicos sociales. Uno de sus componentes, el amor fue descrito por Bertrand Russel de la siguiente manera "yo creo que el amor es la fuente de los placeres más intensos que otorga la vida. En la relación de dos seres que se aman apasionadamente, con imaginación y ternura, existe algo de incalculable valor; ignorarlo sería una gran tragedia para cualquier ser humano". (le das el número que corresponda la cita es el artículo una teoría bio psico socio cultural de la relación de pareja)

En nuestro país la Escuela de Psicología de la Universidad Autónoma Metropolitana ha sido pionera en el estudio de la pareja, por medio de la investigación etnográfica. Se ha dado a la tarea de construir y validar múltiples instrumentos que permiten explorar diversas áreas de la relación en pareja, entre los que podemos mencionar la escala de COMARI que explora la comunicación, el inventario tridimensional del amor, la, escala de satisfacción marital de dic y Andrade, y el inventario multifacético de satisfacción marital Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos, el que será utilizado en esta investigación. Este inventario ha sido aplicado en diferentes poblaciones; en un estudio realizado en

la ciudad de Mérida con 150 sujetos que convivían en pareja, estos fueron equitativamente representativos de ambos sexos, se encontró una satisfacción marital satisfactoria en el 48%(73), medianamente satisfactoria en el 17%(17) y no satisfactoria en el 35% (53). La satisfacción marital en una subcultura tradicional.

En otro estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología se aplicó en 60 parejas que eran sometido estudio por esterilidad, los resultados encontrados fue relación marital satisfactoria en el 51.3% y no satisfactoria en el 48.7%.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La manera en que el hombre ha intentado comprender los fenómenos que ocurren en su universo se ha visto influenciada en forma determinante por la epistemología positivista que pondera la lógica de causa-efecto-verificación, como el único camino para obtener conocimientos válidos. Esta forma de entender al mundo ha influenciado en todas las áreas de la vida humana. Es por ello que durante siglos la medicina ha preponderado solos los aspectos biológicos de la enfermedad. El tan antiguo concepto "proceso salud-enfermedad", también ha sido influenciado por esta manera de ver las cosas, pues la medicina se olvidó de la salud, para encargarse solo de la enfermedad.

Esta forma de práctica profesional se hace patente en la vigilancia del embarazo, pues al considerarse este como un estado fisiológico normal; el personal médico y paramédico prestan poca importancia a los procedimientos y acciones propias del cuidado prenatal, misma situación se presenta en la población, quien considera que el embarazo es "normal" por lo tanto no es necesario una atención médica periódica. Esta situación se ve reflejada no solo sobre los indicadores de salud de esta Unidad, sino que va más allá, de los indicadores de salud del país, donde la morbilidad y mortalidad materno infantil sigue siendo un problema de salud importante.

Los tiempos actuales, surcados por la inestabilidad, la incertidumbre, la agudización de conflictos y el embate de la tecnología, han llevado al hombre a retomar una visión diferente para comprender a este mundo tan convulsionado. Es así como la epistemología antipositivista olvidada durante siglos ha resurgido. Esta nueva manera de comprender los fenómenos se basa en una lógica de pensamiento circular holístico que incluye integralmente las características bio-psico-sociales de los seres humanos en relación con su entorno ecológico. La medicina se ha visto influenciada por esta forma diferente de ver el mundo, lo que permitió la aparición y desarrollo de las disciplinas sociales y emocionales, entre las que podemos mencionar a la medicina de familia, quien ha tenido un desarrollo lento y sostenido ante el embate del pensamiento reduccionista que impera en nuestra sociedad. Afortunadamente esta nueva visión comienza a verse reflejada

en los programas de atención médica institucional, ejemplo de ellos son los programas integrados de salud donde se pondera de manera importante los aspectos preventivos y anticipatorios de la medicina. Esta nueva visión del mundo nos llevar a cambiar las estrategias establecidas para la vigilancia del embarazo, a la futura madre es necesario abordarla considerando todas las condiciones del entorno que la rodea, a fin de identificar situaciones de riesgo, oportunidad y apoyo. Donde es necesario considerar dentro del binomio madre-hijo, al padre para convertir esta interacción en un trinomio, donde el padre se constituye en un recurso invaluable en la preservación de la salud de la madre y del futuro hijo.

Se sabe que una de las funciones de la pareja es el promover el cuidado mutuo de la salud; en la búsqueda intencionada de bibliografía no nos fue posible localizar investigaciones enfocadas a determinar la funcionalidad de la pareja en relación con acciones de auto cuidado de la salud, tal vez ello sea originado por el enorme peso que se dan a las cuestiones de tipo biológico.

Por tal motivo esta investigación siendo acorde a los programas integrados de salud, los que pretenden el abordaje integrado (considerando al individuo dentro de su entorno social) e integral (considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales) de cada uno de los miembros de la familia, ya que ello depende el estado de salud de sus integrantes. Considerar la satisfacción que la pareja obtiene de su relación puede ser un recurso invaluable para establecer estrategias que permitan al personal de atención a la salud dirigir sus actividades de educación para la salud.

Es por ello que nace la siguiente pregunta de investigación;

¿ Existe mayor satisfacción marital entre las pacientes embarazadas que acuden de manera regular a su control prenatal?

HIPOTESIS DE TRABAJO

La embarazada que acude regularmente a sus citas de control prenatal presenta una mayor satisfacción marital, en comparación con la embarazada que acude irregularmente

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Medir la satisfacción marital en las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 94 que asisten a control prenatal.

DISEÑO DEL INVESTIGACION.

Observacional, Analítico, Transversal, Comparativo

MATERIAL Y METODOS

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Para el calculo del tamaño de la muestra se utilizo la formula para estudios transversales con grupos expuestos y no expuestos. (Formula: $m = \frac{c}{a/2} \cdot \sqrt{[(r+1) \cdot PQ] - c(1-b) \cdot \sqrt{[r \cdot P_1Q_1 + P_2Q_2]}}$).⁽⁴¹⁾

Con base al resultado obtenido en investigaciones previas, se establece una prevalencia del 48%, un peor esperado de 24% y un nivel de confianza del 95%, teniendo un resultado de 151 pacientes embarazadas en control prenatal, 50 % con control prenatal regular y 50% con control prenatal irregular.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para el grupo de estudio que acude de manera regular:

Embarazadas derechohabientes de la UMF 94.

Que para el primer trimestre del embarazo hayan asistido por lo menos a 1 consultas por trimestre.

Que para el segundo trimestre del embarazo hayan asistido por lo menos 2 consultas.

Que para el tercer trimestre del embarazo hayan asistido por lo menos 3 consultas.

De cualquier edad.

Sepan Leer y escribir

Con pareja en la actualidad

Que acepten participar en el estudio.

Ambos turnos.

Con hijos o sin ellos.

Que respondan en forma completa el instrumento.

Para el grupo control que acude de manera irregular:

Embarazadas derechohabientes de la UMF 94.

Que para el primer trimestre del embarazo hayan asistido a menos 1consultas.

Que para el segundo trimestre del embarazo hayan asistido a menos 2 consultas.

Que para el tercer trimestre del embarazo hayan asistido a menos 3 consultas.

De cualquier edad.

Sepan Leer y escribir

Con pareja en la actualidad

Que acepten participar en el estudio.

Ambos turnos.

Con hijos o sin ellos.

Que respondan en forma completa el instrumento.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.

Variable independiente: Asistencia al control prenatal.

Variable dependiente: Satisfacción marital.

Variables universales: Edad, escolaridad, ocupación, ingreso económico familiar, años de unión o casamiento, número de hijos.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA:

La muestra se obtendrá a través de los grupos educativos que programa trabajo social forma con pacientes embarazadas, tanto del turno matutino como del turno vespertino. Posterior a la actividad educativa el investigador responsable explicará al grupo los objetivos del estudio y solicitará su participación voluntaria (con entrega de conocimiento informado), se entregará instrumento y se explicará el procedimiento para su llenado, en caso de dudas estas las aclarará de manera grupal o individual según sea pertinente en cada caso.

El presente proyecto considera los principios internacionales de la investigación médica, estipulados en la declaración de Helsinki y su modificación en Ginebra, la ley general de salud de nuestro país, así como los lineamientos de investigación institucional.

RESULTADOS

La muestra del estudio se integro con 151 mujeres embarazadas. La edad promedio de la muestra fue de 29.5 años, con una moda de 34.5 años. (tabla 1)

Con relación a la ocupación que mencionaron desempeñar, 85 mujeres (55.6%) se dedican al hogar, 42 (27.5%) son empleadas, mientras 15 (9.8%) son comerciantes y 9 (5.9 %) son profesionistas y técnicas (tabla 2)

El mayor porcentaje de las mujeres señaló años de unión con su pareja de entre dos a seis años de casados (45.7%), seguidas de aquellas con menos de 2 años de casados (33.1%) y finalmente las de 10 años de casados (8.6 %) (Tabla 3)

El nivel de escolaridad que predomino fue el básico en un 43.1%, el medio superior con un 26.8% y solo un 9.8% señalaron un nivel profesional. (Tabla 4)

En cuanto a la regularidad con la que asisten a control prenatal se observo que el 51.3% asiste de manera regular y que el 48.7% de manera irregular. (Tabla 5)

El 38.5% (58) de ellas contaban con hijos vivos, de estas el 56.9% (33) refirieron asistir a control prenatal de manera regular y el 43.1%(25) de manera irregular. En tanto que el 61.5% (93) expresaron no contaban con hijos, de estas el 48.4% (45) asisten de manera regular a control prenatal y el 51.6% (48) (Tabla 6)

Con relación a lo encontrado a través de la escala de evaluación de Loving y Palos, el primer indicador en analizar fue la interacción de la pareja haciéndose una relación con el control prenatal encontrando que 7 pacientes tuvieron una interacción moderadamente satisfactoria de las cuales 3 contaron con un control prenatal regular y 4 con un control prenatal irregular, mientras tanto las pacientes con una interacción satisfactoria encontramos que 75 de ellas acudieron a un control prenatal regular y 69 a un control prenatal irregular, $p= 0.040$. (Tabla y grafica 7)

El segundo indicador explorado fue el fisico-sexual encontramos que 2 de las pacientes con una calificación moderadamente satisfactoria tiene un control prenatal regular y 5 un control prenatal irregular, mientras que las pacientes con una calificación satisfactoria se encontraron que 76 de ellas tienen un control prenatal regular y 68 con control prenatal irregular, $p= 0.632$. (Tabla y grafica 8)

El tercer indicador se refiere a la organización y funcionalidad encontramos que una paciente se califico como insatisfactoria con un control prenatal irregular, 14 pacientes con una calificación de moderadamente satisfactoria de las cuales 4 tiene un control prenatal regular y 10 un control prenatal irregular y que las pacientes calificadas como satisfactorias 74 tienen un control prenatal regular y 62 con un control prenatal irregular, $p= 0.025$. (Tabla y grafica 9)

La familia es el cuarto indicador en evaluarse donde encontramos que una paciente se encuentra en control prenatal irregular calificada como insatisfactoria, mientras 3 pacientes con control prenatal regular y 9 pacientes en control prenatal irregular tienen una calificación para moderadamente satisfactoria, 75 pacientes con control prenatal regular y 63 con control prenatal irregular calificadas como satisfactorias, $p= 0.020$. (Tabla y grafica10)

El quinto indicador es la diversión encontrando que 12 pacientes se calificaron como moderadamente satisfactorias y de ellas una con control prenatal regular y 11 en control prenatal irregular, así las pacientes calificadas con satisfactoria se encontraron a 77 pacientes con control prenatal regular y 62 con control prenatal irregular, $p=0.007$. (Tabla y grafica 11)

Para el análisis de los indicadores con la variable asistencia a control prenatal se prueba estadística de Ji cuadrada y U de Mann Whitney con una correlación entre satisfacción marital y control prenatal.

ANALISIS RESULTADOS.

De los resultados obtenidos en la población estudiada, observamos que la edad que predominó fue de los 20 a 29 años de edad, la escolaridad promedio fue el nivel básico, con predominio de población femenina económicamente inactiva, comparando estas características sociodemográficas con el registro del INEGI del año 2000, encontramos que existen diferencias probablemente originadas por de las personas que se encuentran protegidas bajo el régimen del Instituto Mexicano del Seguro Social.

De algunos años a la fecha se ha cuestionado el verdadero papel que juega la vigilancia prenatal con relación a la morbilidad materna, el Dr. Vitelio en un artículo publicado el año 1999 analiza la mortalidad materna de la región "La Raza" donde destaca que el 20.4% de las muertes maternas no cuentan con un control prenatal, en nuestra investigación encontramos que el 51.3 % de nuestra población tenía un control prenatal regular y el 48.7% un control prenatal irregular.

En lo que se refiere a las variables en estudio no fue posible demostrar la influencia de la satisfacción marital sobre la asistencia a control prenatal, a pesar de contar con un instrumento con alta confiabilidad.

En el análisis por separado de los indicadores de la escala de satisfacción marital, solo fue posible identificar estadísticamente la influencia que la Interacción de pareja, La Organización y Funcionalidad de la familia, la Diversión y la Familia, tienen sobre la satisfacción marital. No fue posible contrastar estos resultados, dado que no encontramos reportes de investigación factual que hayan abordado las variables de nuestro estudio.

CONCLUSIONES.

Con base en los resultados expuestos, podremos finalizar:

- No existe influencia de la satisfacción marital sobre la asistencia a control prenatal.
- Los indicadores con mayor influencia sobre la satisfacción marital encontrados en nuestro estudio fueron la interacción de pareja, la organización y funcionalidad, la diversión y la familia.
- El 51.3% de la población acude a control prenatal regularmente.
- El 48.7 % de la población acude a un control prenatal de forma irregular.
- Las características sociodemográficas de ambos grupos fueron similares.

SUGERENCIAS.

- Continuar esta línea de investigación en parejas con y sin embarazo para identificar la influencia del embarazo sobre la satisfacción marital.
- Incluir dentro de las actividades de educación para la salud dirigidas a la mujer embarazada aspectos de interacción, estructura y dinámica marital.
- En futuras investigación se sugiere la realización de estudios con un diseño de casos y controles, que podría favorecer el análisis de la satisfacción marital y el control prenatal.

CUADROS Y GRAFICAS

Tabla 1 EDAD

| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE | TOTAL |
|---------------|------------|------------|-------|
| MENOR 20 AÑOS | 16 | 10.5 | 10.5 |
| 20 – 29 AÑOS | 94 | 61.4 | 71.9 |
| 30 – 39 AÑOS | 43 | 28.1 | 100 |

Tabla 2 OCUPACIÓN

| OCUPACION | FRECUENCIA | PORCENTAJE | TOTAL |
|-------------|------------|------------|-------|
| HOGAR | 85 | 55.6 | 55.6 |
| EMPLEADO | 42 | 27.5 | 83.0 |
| COMERCIANTE | 15 | 9.8 | 92.8 |
| OBRERO | 2 | 1.3 | 94.1 |
| PROFESIONAL | 6 | 3.9 | 98.0 |
| TÉCNICO | 3 | 2.0 | 100 |

Tabla 3 AÑOS DE CASADOS

| AÑOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE | TOTAL |
|--------------|------------|------------|-------|
| MENOS 2 AÑOS | 50 | 32.7 | 32.7 |
| 2 - 6 AÑOS | 69 | 45.7 | 78.8 |
| 7 - 10 AÑOS | 19 | 12.6 | 91.4 |
| MÁS 10 AÑOS | 13 | 8.6 | 100 |

Tabla 4 ESCOLARIDAD

| ESCOLARIDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE | TOTAL |
|-----------------------|------------|------------|-------|
| PRIMARIA COM. | 4 | 2.6 | 2.6 |
| SECUNDARIA INCOMPLETA | 15 | 9.8 | 12.4 |
| SECUNDARIA COMPLETA | 66 | 43.1 | 55.6 |
| PREPARATORIA | 41 | 26.8 | 82.4 |
| LICENCIATURA | 15 | 9.8 | 92.2 |
| COMERCIO | 12 | 7.8 | 100 |

Tabla 5 CONTROL PRENETAL

| FISICO- SEXUAL | CONTROL PRERNATAL | | TOTAL |
|-----------------------------|-------------------|-----------|-------|
| | REGULAR | IRREGULAR | |
| Moderadamente Satisfactoria | 2 | 5 | 7 |
| Satisfactoria | 76 | 68 | 144 |

Tabla 6 TIPO DE FAMILIA

| TIPO FAMILIA | CONTROL PRENATAL | | TOTAL |
|--------------|------------------|-----------|-------|
| | REGULAR | IRREGULAR | |
| Sin hijos | 33 | 25 | 58 |
| Con hijos | 45 | 48 | 93 |

TABLA 7

| INTERACCION | CONTROL PRENATAL | | TOTAL |
|-----------------------------|------------------|-----------|-------|
| | REGULAR | IRREGULAR | |
| Moderadamente satisfactoria | 3 | 4 | 7 |
| Satisfactoria | 75 | 69 | 144 |

($p = .040$)

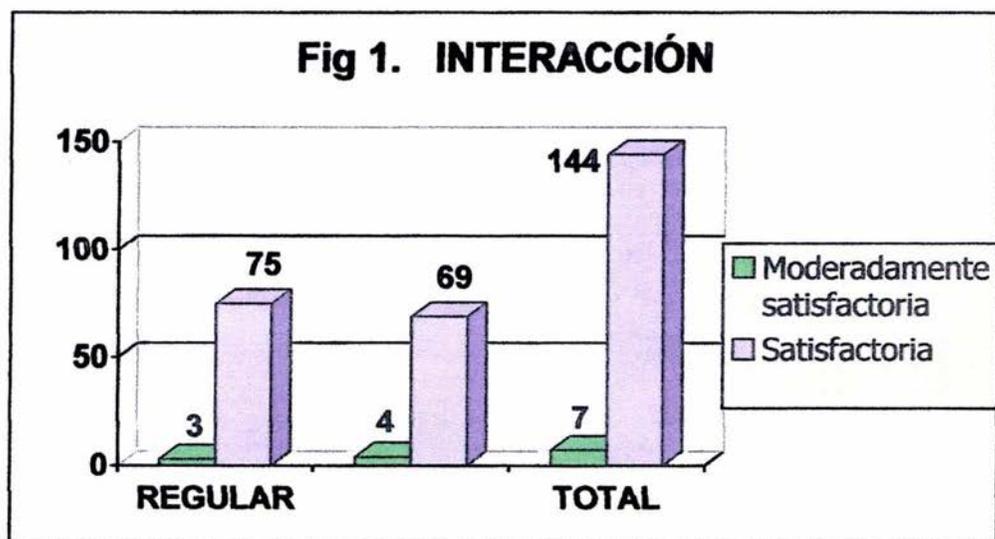


TABLA 8

(p= . 632)

| FISICO- SEXUAL | CONTROL PRERNATAL | | TOTAL |
|-----------------------------|-------------------|-----------|-------|
| | REGULAR | IRREGULAR | |
| Moderadamente satisfactoria | 2 | 5 | 7 |
| Satisfactoria | 76 | 68 | 144 |

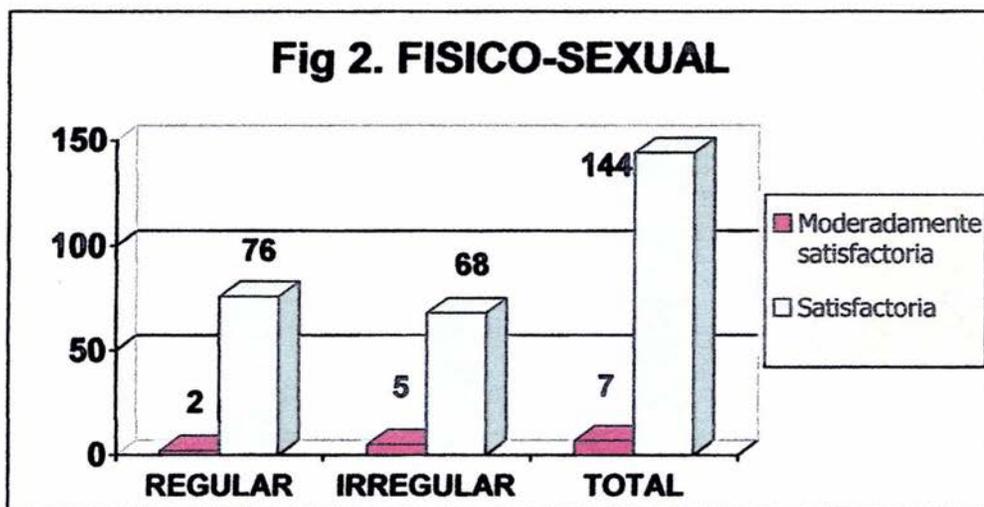


TABLA 9

| ORGANIZACIÓN-FUNCIONALIDAD | CONTROL PRENATAL | | TOTAL |
|-----------------------------|------------------|-----------|-------|
| | REGULAR | IRREGUALR | |
| Insatisfactoria | 0 | 1 | 1 |
| Moderadamente satisfactoria | 4 | 10 | 14 |
| Satisfactoria | 74 | 62 | 136 |

(p= .025)

Fig 3. ORGANIZACIÓN-FUNCIONALIDAD

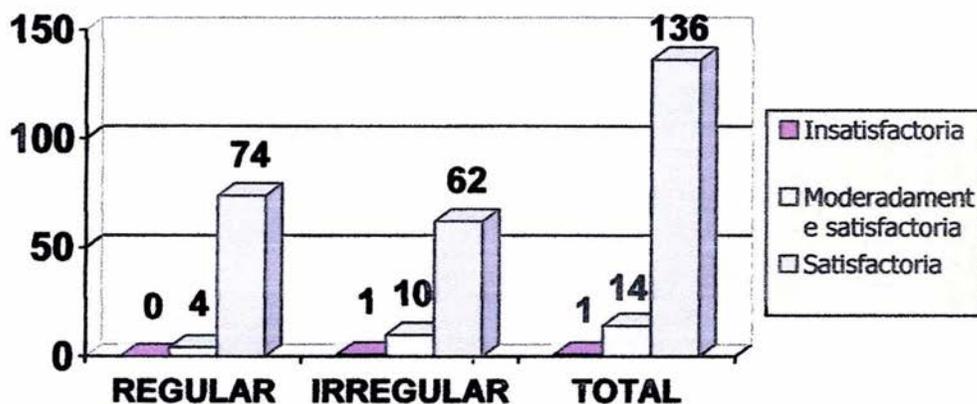


TABLA 10

| FAMILIA | CONTROL PRENATAL | | TOTAL |
|-----------------------------|------------------|-----------|-------|
| | REGULAR | IRREGULAR | |
| Insatisfactoria | 0 | 1 | 1 |
| Moderadamente Satisfactoria | 3 | 9 | 12 |
| Satisfactoria | 75 | 63 | 138 |

(p=.020)

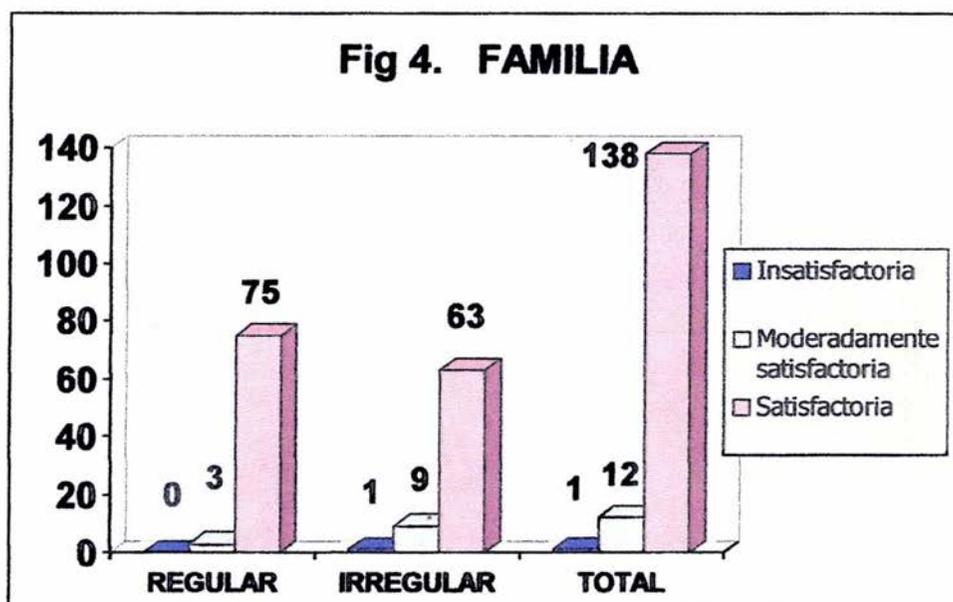
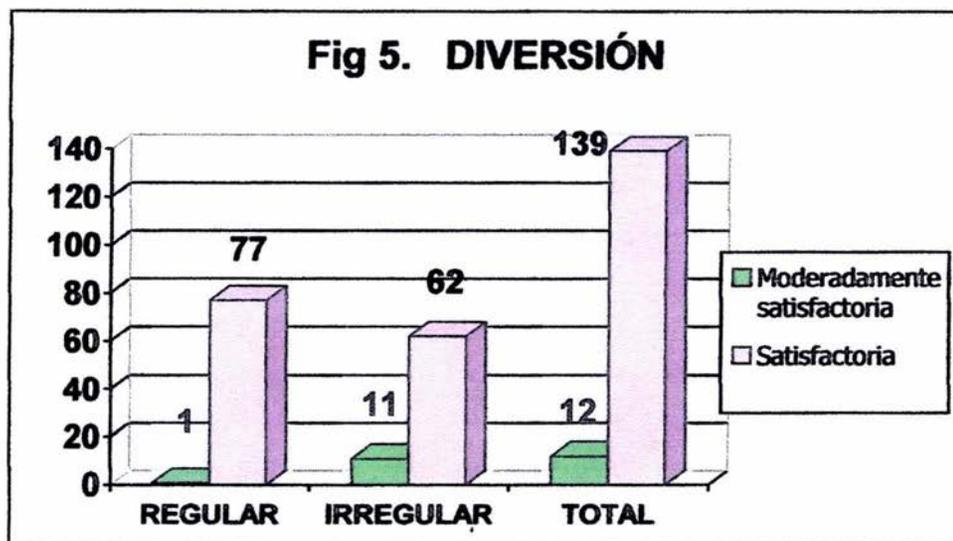


TABLA 11

| DIVERSIÓN | CONTROL | PRENATAL | TOTAL |
|-----------------------------|---------|-----------|-------|
| | REGULAR | IRREGULAR | |
| Moderadamente satisfactoria | 1 | 11 | 12 |
| Satisfactoria | 77 | 62 | 139 |

($p = .007$)



BIBLIOGRAFIA:

1. Medalie HJ. Medicina familiar principios y practicas. Primera edición. México: editorial Limusa, 1987: 163 – 192.
2. Skynner R. Cleese J. relaciones familiares: como salir bien librado. Primera edición. México: editorial Pax, 1990.
3. articulo embarazo y estrés.
4. San Martín H. Salud y enfermedad cuarta edición. México: editorial La prensa medica, 1991: 17-23 y 441 445.
5. Gleicher N, Bottino L, Elkayam U. Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo. Tercera edición. México: editorial panamericana, 1998.
6. Bolds ML, Londo PA. Enfermería materno infantil. Un concepto integral familiar, segunda edición, Interamericana. 230-235.
7. Friedman MM. Family nursing: theory and assessment. Primera edición. New York: editorial Crofts, 1997.
8. Falicov C Mexican Families en: Mc Goodrich M. Ethnicity and family therapy. Ed. Guilford. Press. Cap. 7 USA. Sff 134-162
9. Irigoyen CR, Jaime AH. Fundamentos de medicina familiar. Segunda edición, México: francisco Méndez Cervantes, 37-46.
10. Menéndez EL. Auto atención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. En: antropología médica orientaciones, desigualdades y transacciones México, CIESAS 1990.
11. Leñero OL. Investigación de la familia en México, ED. IMES, México 1968. Tema 4.
12. Gallardo JO. Boletín de análisis e información. Boletín 1999, 6: 1-2.
13. Fromm HP. La familia, edición península, México 1970, pp. 8-9.
14. Andolfi M, Ángelo C, Menghi P. Detrás de la mascara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicoterapia relacional. 1ra impresión, Editorial talleres gráficos escolares, México 1989. Capitulo 1.
15. Estrada IL. El ciclo vital de la familia. México: ED. Grijalbo. 9-33.
16. Valencia OG. Importancia de la familia en el fomento a la salud mental, Rev: IMSS 1998; 43: 65-67.

17. Valencia GMR. Auto percepción y percepción de la pareja en la satisfacción marital. Tesis, UNAM. México; 2001.
18. García CH. Elección de pareja y psicoprofilaxis. Rev. Sanid. Milit. México 1999; 6: 405 – 406.
19. Chavarría OM. Enlace en la comunicación. Modulo 3. UNICEF. México 1999.
20. Velasco OR, Chávez AV. Psicodinamia familiar, un reto diagnóstico terapéutico. En prensa.
21. Smilkstein G. The family Apgar. A proposal for a family function test and use by physicians. Journal family practice 1978; 6: 1231 – 1239
22. Pless IB. Satterwhite B. a measure of family functioning and its application. Soc sic and med 1973; 7: 613 – 621.
23. Tseng WS. Mcdermott JF. Triaxial family classification. Journal of child psichiatry 1979; 1: 22 – 43.
24. Epstein NB. Baldwin LM. Bishop DS. Than McMaster family assessment device journal of marital and family therapy 1983; 9: 171 – 180.
25. Chávez AV. Velasco OR. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. IMSS 1994; 35: 39 – 43.
26. Reyes LI. Castillo LT. Anguas PA. La satisfacción marital en una subcultura tradicional. Psicología contemporánea 1996; 3: 40 – 47.
27. Rage EJ. La pareja: elección, problemática y desarrollo. Editorial UIA, 1996:335 – 347.
28. López JM. La maternidad sin riesgo, un asunto de justicia social. Boletín 1999, 6: 1-2.
29. Jasso GL. Atención materno infantil y salud reproductiva. Rev. IMSS 1993, 31: 56-60.
30. NEGI. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. Salud pública de México 1999; 41: 138-146.
31. Vitelio VM, Navarrete HE, Pozos CJ. Mortalidad materna por preeclampsia-eclampsia en la región la raza (1988-1997). Rev. IMSS 1999; 37: 349-356.

32. Vitelio VM, Navarrete HE, Pozos CJ, Cardona JA. Características epidemiológicas de la preeclampsia-eclampsia en el IMSS. Rev. IMSS 1999; 37: 325-331.
33. Laca RV, Fernández AJ. Obstetricia clínica, México: Mc-Graw-Hill, 2000: 69.
34. Gallagher BP. Un enfoque de medicina familiar para la consulta prenatal. Rev. Int. Med. Fam. 1990; 2: 241-244.
35. Narváez MT. Maternidad saludable. OPS 1998; 3: 1-7.
36. Guillén RM, Sánchez RJ, Toscano MT. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. Aten. Prim. 1999; 24: 44-58.
37. Ortigosa CE, Padilla JP, López OR. Diseño y evaluación de un curso educativo dirigido a madres de adolescentes embarazadas. Rev. Ginecología y obstetricia de México 2001; 69: 363-370.
38. Velasco OR, Chávez AV. La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. Rev. IMSS; 1994; 32: 271-275.
39. Torres MM. Importancia de la consulta prenatal. Calimed 1997; 3: 13-15.
40. Velásquez JL. Enciclopedia de enfermería, 1ra edición. México: editorial Océano, 1997: 4: 406.
41. Fleiss. Statistical Methods for rates and proportions. 2nd ed. Wilay, 1981:38-45.