

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

MAPAS FAMILIARES EN EL EMBARAZO DE BAJO Y
ALTO RIESGO, EN PACIENTES DE LA UMF 20.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. JUAN HERNANDEZ VERA

ASESOR DE TESIS: DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS



MEXICO, D.F.



1998 - 2001

2004

U.M.F. No. 20
BIBLIOTECA



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Hernández Vera Juan.

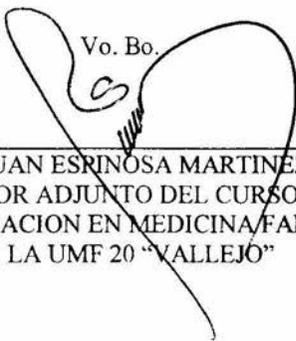
FECHA: 17-09-04
FIRMA: 

ASESOR Vo. Bo.



DRA. YOLANDA E. VALENCIA ISLAS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No 20 VALLEJO.


SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



Vo. Bo.

DR. JUAN ESRINOSA MARTINEZ
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 "VALLEJO"

AGRADECIMIENTO

A MIS PADRES: BERNARDA Y LEOPOLDO

Por haberme dado el ser y la oportunidad
de lograr un buen desarrollo personal y académico,
por el apoyo que a pesar de ser callado,
siempre supe que podía contar con él.

A MIS HERMANOS: MACRINA, INES Y MIGUEL

Por su cariño y comprensión.

A MI ESPOSA: ESPERANZA

Que siempre llevaré en mi corazón,
por su amor, sus palabras de aliento,
por haber creído en mí.

A MIS AMIGOS:

Por su amistad y su compañía
durante la residencia.

A MIS PROFESORES: YOLANDA Y JUAN

Por su apoyo y enseñanzas
durante mi formación.

POR ESTO Y MAS:

GRACIAS.

**Mapas familiares en el embarazo de bajo y alto riesgo,
en pacientes de la UMF 20.**

INDICE

| | PAGINA |
|--|---------|
| ➤ OBJETIVOS..... | 6 |
| ➤ JUSTIFICACION..... | 7 |
| ➤ ANTECEDENTES CIENTIFICOS..... | 8 - 20 |
| ➤ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 21 |
| ➤ HIPOTESIS..... | 22 |
| ➤ MATERIAL Y METODOS..... | 23 |
| ➤ PRESENTACION DE RESULTADOS..... | 24 - 25 |
| ➤ TABLAS Y GRAFICAS..... | 26 - 43 |
| ➤ ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS..... | 44 - 47 |
| ➤ CONCLUSIONES..... | 48 - 49 |
| ➤ COMENTARIO..... | 50 |
| ➤ RESUMEN..... | 51 |
| ➤ BIBLIOGRAFIA..... | 52 - 54 |
| ➤ ANEXOS..... | 55 - 62 |

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar las diferencias entre los mapas familiares de pacientes embarazadas con bajo y alto riesgo, en la UMF 20.

OBJETIVOS PARTICULARES:

1. Investigar la tipología familiar en el embarazo de bajo y alto riesgo.
2. Evaluar la estructura familiar en el embarazo de bajo y alto riesgo.
3. Analizar la funcionalidad familiar en el embarazo de bajo y alto riesgo.
4. Describir el efecto del embarazo de bajo y alto riesgo en el nivel de jerarquía familiar.
5. Analizar las fronteras externas de la familia en el embarazo de bajo y alto riesgo.
6. Examinar las fronteras entre los subsistemas e individuos durante el embarazo de bajo y alto riesgo.
7. Evaluar la flexibilidad familiar durante el embarazo de bajo y alto riesgo.
8. Identificar la cercanía contra distancia (alianzas y coaliciones) en el embarazo de bajo y alto riesgo.

JUSTIFICACION

La atención materno infantil ocupa un lugar destacado dentro de los programas para el cuidado de la salud, se concede alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud trascendental y vulnerabilidad de ese sector de la población.

El embarazo es el acontecimiento más importante en la vida de muchas personas, las mujeres embarazadas experimentan importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales, su actitud respecto a esta etapa es el reflejo de creencias profundamente asumidas sobre la reproducción y el embarazo. Es una etapa en la cual existen modificaciones en la estructura familiar, cambios a los cuales los integrantes del grupo familiar deben adaptarse para que esta sea funcional. Gran parte de la literatura hace referencia a los cambios fisiopatológicos durante el embarazo, sin embargo es deficiente en el abordaje de la dinámica y estructura familiar de estas pacientes, por lo que el objetivo de este estudio fue conocer si existe diferencia estadísticamente significativa entre los mapas familiares de mujeres embarazadas de bajo y alto riesgo, para así realizar evaluaciones más integrales en el grupo materno-infantil.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Históricamente la atención materno infantil en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha ocupado un lugar destacado dentro de los programas para el cuidado de la salud, y consecuentemente sus logros actuales son la herencia de una rica experiencia y tradición de los servicios médicos institucionales en los tres niveles de atención. (1) Lo que se ha traducido en estrategias y actividades permanentes destinadas a ampliar la cobertura y mejorar la calidad de estos servicios.

Dentro de los objetivos establecidos en el Programa de Reforma al Sistema Nacional de Salud y en el Programa de Salud Reproductiva 1995-2000 en México, el abatimiento de la mortalidad materna es uno de los más importantes, hecho explicable si se tiene presente que, a pesar de su número relativamente pequeño, las muertes de este origen tienen profundas repercusiones desfavorables en el núcleo familiar a grado tal que, junto con la mortalidad infantil, sus niveles y tendencias son reflejo del desarrollo social y económico alcanzado por un país.

El embarazo es el periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, con duración de 280 días aproximadamente (2)

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) concede alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud, trascendental y vulnerabilidad de ese sector de la población.

La vigilancia del embarazo está dentro de los seis primeros motivos de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica (3)

En cuanto a su trascendencia, los daños a la salud materna tienen profundas repercusiones desfavorables en el bienestar perinatal, en las posibilidades de supervivencia infantil y en la salud general del núcleo familiar.

La actualización constante y la aplicación de criterios y procedimientos médicos uniformes, así como la evaluación de la dinámica familiar durante la vigilancia prenatal resulta indispensable para continuar la mejoría de los niveles actuales de la salud materno-infantil.(4)

Para el diagnóstico de embarazo se cuenta con signos y síntomas que pueden catalogarse de: sospecha, probabilidad y certeza.(2)

Cuadro 1. Signos y síntomas en el embarazo.

| DE SOSPECHA | DE PROBABILIDAD | DE CERTEZA |
|--|---|--|
| Al interrogatorio: Amenorrea Astenia y adinamia Mareo Irritabilidad Alteración del gusto y olfato Náuseas y vómitos Sialorrea Polaquiuria Nicturia Mastalgia Somnolencia | Intensificación de los síntomas de sospecha. Percepción de movimientos fetales por la paciente. | |
| A la exploración física: Aumento de tamaño, consistencia y sensibilidad mamaria. Pigmentación del pezón. Areola secundaria. Red venosa de Haller. Tubérculos de Montgomery. Calostro. Pigmentación cutánea en abdomen, muslos y genitales externos. | Aumento de peso corporal. Modificaciones de órganos Pélvicos: Coloración violácea de vagina (Chadwick). Pulso vaginal (Ossiander) Cérvix e istmo reblandecidos (Hegar) Cuerpo uterino globoso y fondos de saco ocupados (Noble y Budin) Irregularidad del fondo uterino (Piskasek) Aumento de tamaño uterino acorde con amenorrea. | Auscultación de latidos cardiacos fetales. Percepción de partes fetales por el médico. Comprobación de movimientos fetales en la exploración. Percepción de contracciones de Braxton Hicks. |
| Métodos de gabinete: | Pruebas de laboratorio positivas. Presencia de células naviculares (papanicolaou) Falta de cristalización del moco cervical. | Actividad cardiaca en el ECG fetal. Esqueleto fetal visible a los rayos X. Latidos cardiacos fetales audibles (Doptone) Sombra fetal en el ultrasonido. |

Cuando una mujer se embaraza teniendo factores de riesgo reproductivo, dan origen a embarazos de riesgo elevado. Se define el **riesgo reproductivo** como “la probabilidad (grado de peligro) que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo”.(5)

Los factores de riesgo se pueden clasificar en tres grupos:

- I. Antecedentes generales. Estos describen algunas características de la conducta reproductiva que, además de ser condiciones de tipo biológico, reflejan en forma indirecta el nivel socioeconómico. Los mencionados factores son: edad, multigravidez, intervalo intergenésico y peso corporal, los cuales se consideran así, por estar asociada su presencia con el incremento de la morbilidad materno-infantil.
- II. Antecedentes patológicos obstétricos. Corresponden a antecedentes o hechos de la historia reproductiva de la mujer, tales como: abortos, muertes perinatales, prematuridad, bajo peso al nacer, toxemia, defectos al nacimiento, cesáreas previas y hemorragias obstétricas, que son factores de riesgo por su tendencia a recurrir en embarazos futuros.
- III. Antecedentes patológicos personales. Se trata de enfermedades crónicas degenerativas con una relación muy directa, incluso de causalidad, sobre la mortalidad materna y perinatal. Tales como: hipertensión arterial, cardiopatía, diabetes mellitus y nefropatía.

La atención prenatal, se define como la vigilancia periódica de la mujer embarazada, desde que se diagnostica el embarazo hasta el término del mismo. Durante la cual el médico familiar deberá identificar de manera oportuna los factores de riesgo reproductivo.(5)

Diferentes autores han propuesto distintos sistemas de identificación, todos estos sistemas incluyen entre los factores de alto riesgo las complicaciones médicas que afectan a la madre y una historia obstétrica con antecedentes, con el fin de clasificar a las pacientes en categorías de alto y bajo riesgo. (7-8)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el sistema de identificación de los factores de riesgo se lleva a través del formato de “**Atención médica prenatal y riesgo reproductivo**” (MF 7/85).

Este sistema considera diferentes factores, a cada uno de los cuales se les da un valor numérico de 1 a 4, dependiendo del impacto potencial sobre la evolución del embarazo. Incluye las secciones de: antecedentes, estado actual, diagnósticos (patología agregada), tratamiento, laboratorio y evaluación del embarazo. Este formato se actualiza en cada consulta subsecuente y resulta útil para el médico familiar a efectos de determinar la necesidad de mandar a la paciente a un segundo nivel de atención.

Anteriormente cuando en alguna etapa del control prenatal la suma de factores de riesgo era mayor de seis, se consideraba como embarazo de alto riesgo y se valoraba su envío al segundo nivel de atención (5). Actualmente de acuerdo con la guía diagnóstico terapéutica para la atención prenatal en medicina familiar se considera que la presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar un embarazo como de bajo o alto riesgo.

Cuadro 2. Factores de riesgo obstétrico.

| FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO | |
|---|---|
| <p>La presencia de uno o más de los siguientes antecedentes se interpreta como alto riesgo obstétrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad <20 ó >35 años • Antecedente de preeclampsia-eclampsia. • 4 o más embarazos previos. • 2 o más abortos. • Hipertensión arterial sistémica. • Diabetes mellitus. • Cardiopatía. • Nefropatía. • Otra enfermedad crónica o sistémica grave. | <p>La presencia de 2 o más de los siguientes antecedentes se interpreta como alto riesgo obstétrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervalo intergenésico < 2 años. • 1 cesárea o aborto. • Hemorragia transvaginal en embarazos previos. • Malformaciones congénitas. • Muerte fetal. • Prematurez. • Infección crónica de vías urinarias. • Tabaquismo intenso u otras toxicomanias. • Estatura < 150 cm. • Escolaridad primaria o menor. |

Se considera embarazo de alto riesgo si tiene riesgo obstétrico, y embarazo de bajo riesgo si no tiene.

Ninguno de los factores de riesgo enumerados son motivo por sí solos para referir a otro nivel de atención, sino solamente indican la necesidad de efectuar una vigilancia más frecuente, cuidadosa de la que se sigue en embarazo normal. (9-10)

Por lo que toda mujer entre 15 y 49 años de edad que recibe atención médica en las unidades de medicina familiar será identificada y sometida a la valoración de los factores de riesgo reproductivo con la forma MF 7/85; embarazada o sin embarazo y con patología coincidente con el embarazo o sin ella. (6)

En nuestro país, se encuentra ya con una tasa cada vez mayor de embarazadas con edad materna avanzada, hay que recordar que México sigue siendo tierra de grandes multiparas añosas, sin embargo la edad por sí sola no es un factor de riesgo. (11)

Las consecuencias del embarazo abarcan aspectos maternos y fetales, así como psicosociales que interfieren con la madurez y aceptación sociofamiliar de la madre y también con la salud del producto. La mayoría de las estrategias en salud reproductiva apuntan la importancia de la salud como componente fundamental en el embarazo; sin embargo, también es necesario considerar los problemas psicológicos, sociales y económicos en que se ven envueltos y que entorpecen su desarrollo integral.

Las consecuencias del embarazo son de diferente orden, magnitud y relación con conductas y situaciones, que desembocan en desajustes en la estructura y dinámica familiar, por lo que durante el control del embarazo se debe hacer una evaluación integral de la familia para detectar alteraciones en el núcleo familiar. (12)

La palabra **familia** proviene de la raíz latina “famulus” que significa esclavo doméstico. En la antigüedad se consideraba a una conjunto de esclavos propiedad de una hombre.

El censo americano la define como: un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca. (12-13)

La familia se clasifica de acuerdo a los siguientes parámetros:

A. En base a su estructura:

1. Nuclear: padres e hijos.
2. Extensa: padres, hijos, abuelos, etc.
3. Compuesta: padres, hijos, abuelos, compadres, amigos, etc.

B. En base a su integración:

1. Integrada: Los cónyuges viven y cumplen sus funciones.
2. Semi-integrada: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
3. Desintegrada: En la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

C. En base a su demografía:

1. Urbana.
2. Rural.

D. En base a su desarrollo:

1. Moderna.
2. Tradicional.
3. Arcaica o primitiva.

E. En base a la ocupación de uno o ambos cónyuges.

1. Campesina.
2. Obrera.
3. Profesional.

Se consideran cinco funciones básicas de la familia que son:

- **Socialización:** Es la interacción mediante la cual es individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y por ende de la sociedad.
- **Cuidado:** Se caracteriza por cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia.
- **Afecto:** Se caracteriza por cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia, puesto que la respuesta afectiva de un miembro a otro es la recompensa básica de la vida familiar.
- **Reproducción:** Se caracteriza por la regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción a través de: la interacción personal, educación sexual y control de la natalidad.
- **Status:** Es la responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permiten al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes en sus expectativas.

En un estudio realizado en la ciudad de México en familias de embarazadas se detectó que las familias son principalmente tradicionales, nucleares, obreras y se encontraban en la segunda etapa del ciclo familiar y en la fase de expansión; así mismo las familias que pertenecían a familias tradicionales y obreras eran de nivel socioeconómico bajo con mayor frecuencia. En 42% de las familias las mujeres tenían alguna contribución económica familiar; y de las mujeres que tenían una ocupación fuera del hogar, 75% tenían además responsabilidades como amas de casa, lo que significaba una doble jornada y mayor desgaste, lo que puede disminuir la salud de la mujer durante el embarazo y hacerla más susceptible a ciertas complicaciones. Aún no hay estudios donde se observe claramente la asociación pero sería importante su estudio. (14)

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, los cuales pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Los subsistemas se clasifican en:

1. Subsistema conyugal: el cual se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de constituir una familia.
2. Subsistema parental: integrado por el o los padres y el o los hijos.
3. Subsistema fraternal: formado por hermano-hermano.

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Los límites pueden ser: claros (espectro normal), difusos (característica de familias aglutinadas) y rígidos (característica de familias desligadas).

Los integrantes de una familia desempeñan roles que pueden ser: a. Estáticos (padre, madre e hijos); b. Dinámicos.

Los roles dinámicos incluyen al portavoz, que es el miembro de un grupo que en un momento dado denuncia el acontecer grupal; el líder que es el depositario de los aspectos positivos del grupo; el chivo emisario es el depositario de los aspectos negativos del grupo y el saboteador que es el liderazgo de la resistencia al cambio.

Otro aspecto importante es la comunicación familiar que es el proceso de dar, recibir o intercambiar información, es una relación social. La comunicación puede ser verbal o no verbal y los mensajes que se envían a través de este proceso se dividen según su calidad en: mensajes claros, cuyo contenido no deja duda; enmascarado, cuyo contenido está escondido; directo es aquel que se envía hacia la persona a quien está destinado; e indirecto cuando en apariencia va dirigido a una persona pero en realidad está destinado a otra. (13-15)

La **estructura familiar** es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. La familia debe responder a cambios internos y externos y, por lo tanto debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción. El individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse, responde al estrés que se produce en otros lugares del sistema, al que se adapta, y él puede contribuir en forma significativa al estrés de otros miembros del sistema. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.

Una familia se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas y a la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares. En este proceso de cambio y de continuidad las dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones son inevitables.

Contar con esquemas o mapas hipotéticos de lo que sería una organización familiar, pueden apoyar al médico familiar para organizar los datos clínicos obtenidos desde la primera entrevista y así plantear desde un inicio la terapia, las hipótesis sobre los aspectos familiares íntimamente relacionados con la presentación y/o mantenimiento de síntomas o malestar general. (16-17)

Estos mapas hipotéticos permitirán una visión de conjunto sobre las interacciones familiares que llevarán al médico familiar a formular

estrategias terapéuticas hacia donde dirigir sus acciones. Debiendo tener en cuenta la etapa del desarrollo de la familia, así como de las exigencias socioculturales en donde se desarrolle.

A pesar de las dificultades en la definición y descripción de lo que actualmente se entendería por familia “normal o sana”, se han descrito una serie de parámetros de tipo organizacional que se asocian con el criterio médico de familias asintomáticas. Estos parámetros son los siguientes: (18)

Claridad en la jerarquía.

Jerarquía es “el poder de influir en los demás y tomar las decisiones que se piensa se deben seguir”. Este parámetro, también guarda relación con el poder económico.

Se considera que una jerarquía familiar clara y consistente en las autoridades familiares (padres o tutores) es requisito fundamental para su adecuado funcionamiento. Esta autoridad será más eficiente en la medida en que las normas que establece, se adapten a las características y necesidades de desarrollo de los hijos o menores.

La claridad en las fronteras entre la familia y el contexto exterior:

Se refiere a la capacidad de la familia para trazar fronteras con la familia de origen, trabajo, jobies, instituciones sociales y educativas, etc.

La claridad en las fronteras entre subsistemas y entre los individuos:

La claridad de las fronteras entre los diferentes subsistemas es el parámetro más útil para evaluar la funcionalidad familiar (Minuchin). Se reconocen tres tipos de fronteras:

a. Rígidas; b. Claras; c. Difusas.

Para el buen funcionamiento familiar, las fronteras entre los subsistemas deberían ser claras, para permitir su libre desarrollo sin interferencias mutuas, al mismo tiempo que propiciar el contacto entre sus miembros.

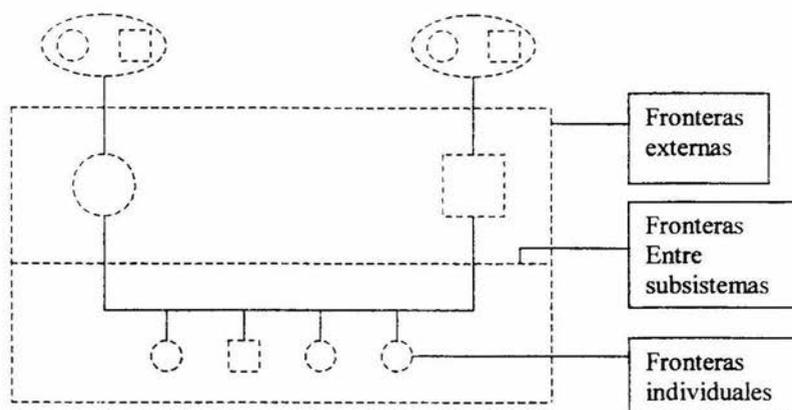
El equilibrio entre la estabilidad y el cambio:

La reestructuración de la red de relaciones familiares exige flexibilidad y capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes, externas e internas, también debe de haber estabilidad, a fin de mantener un marco de referencia confiable dentro de la familia.

En una familia funcional la estabilidad y el cambio están equilibrados y tienen que ser constantemente negociados.

De acuerdo a estos parámetros, Velasco en 1982, propuso un mapa hipotético de funcionamiento familiar, en donde los parámetros antes descritos fueron representados de la siguiente forma: (17-18)

Figura 1. MAPA FAMILIAR
(Familia funcional)



La familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; siguiendo el siguiente patrón:

- Fase de matrimonio: se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lo que conlleva repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.
- Fase de expansión: es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. La atención médica se orienta a la educación prenatal, atención del parto, control del niño sano, etc.
- Fase de dispersión: esta fase se identifica, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando, se prepara el camino para la próxima independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en plena adolescencia.

- Fase de independencia: Al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en “independencia”, sus hijos han formado nuevas familias.
- Fase de retiro y muerte: Las circunstancias más difíciles que se observan son la incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos y las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres (13).

El embarazo es el momento en el cual las parejas cambian de amantes a padres, de una pareja a una familia, durante este periodo que es breve y autolimitado, la pareja se encuentra bajo estrés físico, emocional y a menudo económico; algunas parejas responden uniéndose más, otras no lo hacen (19).

En la mujer psicológicamente madura, el embarazo produce una sensación de bienestar y autorrealización, sin embargo, cuando este no se verifica en situaciones de normalidad y de aceptación social, puede producir severos cuadros depresivos. El estrés psicosocial durante el embarazo se define como un suceso o situación que provoca cambios en la vida cotidiana de una persona y que generalmente se percibe como una amenaza para ella ya sea física o psicológicamente. La percepción puede ser positiva o negativa. El embarazo es una crisis de desarrollo con nuevas tareas y problemas que demandan adaptaciones que deben ser aprendidas. Dependiendo de esta adaptación de los miembros de la familia a los nuevos roles se manifestara o no en la dinámica familiar. (20-21-22)

Durante el embarazo es característico una mayor susceptibilidad, en la que se tiende a experimentar altibajos emocionales, pasando con facilidad de la euforia al decaimiento, de la alegría a la tristeza. Estos altibajos suelen acentuarse frente a circunstancias adversas.

Así mismo hay una mayor necesidad de atención y apoyo, especialmente la pareja, ocupa un lugar fundamental en el bienestar emocional de la madre. (23)

Los padres de la embarazada pueden estar encantados o molestos y pueden experimentar una combinación de ambos sentimientos. Muchas veces se considera al hecho de transformarse en abuelo como un sinónimo de vejez. (24)

Cuando una pareja se convierte en un trío, el equilibrio cambia en muchas esferas: trabajo, amigos, hermanos y familia extensa. La privacidad y la intimidad se trasladan a un segundo plano, muchas veces para disgusto de al menos uno, si no ambos, de los miembros de la pareja.

El nuevo bebé a menudo indica la vuelta a (toda) la vida familiar con la familia política. Demasiada ayuda se puede percibir como un problema. La ayuda económica de los abuelos puede completar la implicación de que esto les da permiso para dar consejos, cuando no dictar “que es mejor para cada uno”.

Los futuros madre-esposa y padre-esposo tienen que redefinir sus papeles respectivos como pareja y como individuos. Deben enfrentarse a reajustes en la relación con amigos y conocidos y asumir las nuevas responsabilidades como cuidadores del recién nacido y respecto al otro miembro de la pareja. Ambos padres pueden sentir ansiedad sobre su aptitud para ser padres; uno de los dos o los dos, pueden sentirse consciente o inconscientemente ambivalentes acerca del hecho de añadir un miembro más a la familia y de sus efectos sobre la relación diádica. El esposo puede sentirse culpable de las molestias que experimenta su mujer durante el embarazo y el parto; otros experimentan celos o envidia del embarazo. Acostumbrados a satisfacer las necesidades de dependencia del otro, la pareja debe atender también a las continuas necesidades del recién nacido y de su crianza. Aunque la mayoría de las parejas responden positivamente a estas demandas, algunas no lo hacen. En condiciones ideales, los dos miembros de la pareja deben estar de acuerdo sobre la decisión de ser padres y de tener un hijo, pero en ocasiones la paternidad se racionaliza como un medio para alcanzar intimidad en matrimonio conflictivo o para evitar enfrentarse a otras circunstancias problemáticas de la vida.

Por lo general, las actitudes de los demás hacia la mujer embarazada reflejan varios factores: inteligencia, temperamento, prácticas culturales y mitos propios de la sociedad y de la subcultura en la que ambos padres se han criado. El riesgo de que la mujer sufra malos tratos por parte de su esposo o pareja se incrementa durante el embarazo. (25)

Se ha observado que las mujeres de nuestra sociedad están llenas de confusión acerca de sus roles como mujeres y como madres. En algunas familias hay una inversión de los roles sexuales. La mujer domina y decide,

el padre es pasivo y se somete para evitar discusiones. La madre obliga al padre a realizar muchas tareas maternas. (26)

La verdadera naturaleza de la pareja como unidad interactuante y sus responsabilidades conjuntas para la educación del hijo, indican una vez más la necesidad urgente del diagnóstico de la familia.

PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe diferencia estadísticamente significativa entre los mapas familiares del embarazo de bajo y alto riesgo, en pacientes de la UMF 20?

HIPOTESIS DE TRABAJO

Si existe diferencia estadísticamente significativa entre los mapas familiares del embarazo de bajo y alto riesgo en pacientes de la UMF 20.

HIPOTESIS NULA

No existe diferencia estadísticamente significativa entre los mapas familiares del embarazo de bajo y alto riesgo en pacientes de la UMF 20.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación 1 Noroeste del D.F., durante los meses de septiembre a diciembre del 2000.

El tipo de estudio fue observacional, prospectivo, transversal, comparativo y abierto.

Nuestra población incluyo a 80 mujeres embarazadas de las cuales 40 cursaban con un embarazo de bajo riesgo y 40 cursaban con un embarazo de alto riesgo, calificado de acuerdo al formato de atención médica prenatal y riesgo reproductivo (MF 7/85)

Los criterios de inclusión fueron: pacientes que cursaran con un embarazo en el tercer trimestre de edad gestacional, con edad de 15 a 49 años de edad, adscrita a la UMF 20, que acudiera a control prenatal en forma regular (7 consultas prenatales), multigestas, casadas, en etapa de expansión y que aceptara participar en el estudio voluntariamente.

Los criterios de exclusión fueron: Pacientes con embarazo en el primer y segundo trimestre, con edad menor de 15 o mayor de 49 años de edad, que no fuera adscrita a la UMF 20, que no acudiera a control prenatal, embarazadas primigestas, solteras, en etapas de matrimonio, dispersión, independencia, retiro o muerte, y que no aceptaran participar en el estudio.

La recolección de datos se realizo a través de una entrevista con la paciente embarazada y su familia en la cual se aplicaron los siguientes instrumentos: Cédula básica de identificación familiar (CEBIF-1). Family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES III) la cual evalúa la adaptabilidad y cohesión familiar; la encuesta para valoración de mapas familiares la cual evalúa la jerarquía familiar, las fronteras entre la familia y contexto exterior, las fronteras entre subsistemas e individuos, la flexibilidad y la cercanía contra distancia (alianzas y coaliciones); y el formato de atención médica prenatal y riesgo reproductivo (MF 7/85).

(Ver anexos)

La captura de la información y análisis se realizo a través del programa estadísticos SPSS 8.0 for Windows y se aplico la prueba estadística X² con un grado de confianza 0.05

RESULTADOS

Se presentan los resultados del grupo de embarazadas de la UMF 20; las cuales fueron divididas en dos grupos: Embarazadas de bajo riesgo (n=40) y Embarazadas de alto riesgo (n=40) de acuerdo a la calificación en el formato “Atención médica prenatal y riesgo reproductivo” (MF 7/85).

En el grupo de bajo riesgo el rango de edad fue de 26 a 34 años con una media de 29 años, según los grupos de edad, la distribución fue la siguiente: de 25 a 29 años: 22 casos (55%); de 30 a 34 años: 18 casos (45%); de 35 a 39 años: 0 casos (0%) y de 40 a 44 años: 0 (0%). En el grupo de alto riesgo el rango de edad fue de 26 a 42 años con una media de 31 años, según los grupos de edad, la distribución fue la siguiente: de 25 a 29 años: 17 casos (43%); de 30 a 34 años: 14 casos (35%); de 35 a 40 años: 6 casos (15%) y de 40 a 44 años: 3 casos (8 %).

(ver infra tabla y gráfico 1)

De acuerdo al desarrollo familiar se encontró que en el grupo de bajo riesgo el 33% (n=13) de las embarazadas pertenecen a familias modernas y el 68% (n=27) pertenecen a familias tradicionales. En grupo de alto riesgo el 48% (n=19) de las embarazadas pertenecen a familias modernas y el 53% (n=21) pertenecen a familias tradicionales.

(ver infra tabla y gráfico 2)

De acuerdo a la estructura familiar se encontró que en el grupo de bajo riesgo el 63% (n=25) de las embarazadas pertenecen a familias nucleares y el 38% (n=15) pertenecen a familias extensas. En el grupo de alto riesgo el 78% (n=31) de las embarazadas pertenecen a familias nucleares y el 23% (n=9) pertenecen a familias extensas.

(ver infra tabla y gráfico 3)

En cuanto a la funcionalidad familiar se encontró que en el grupo de bajo riesgo el 68% (n=27) de las embarazadas pertenecen a una familia funcional: el 30% (n=12) pertenecen a una familia mediana funcional y el 3% (n=1) su familia fue menos funcional. En el grupo de alto riesgo el 75% (n=30) de las embarazadas pertenece a una familia funcional; el 15% (n=6) pertenecen a una familia mediana funcional y 10% (n=4) pertenecen a una familia menos funcional.

Chi² de 3.957 (ver infra tabla y gráfico 4)

De acuerdo a la jerarquía familiar se encontró que en el grupo de bajo riesgo en el 68% (n=27) de los casos la jerarquía fue conyugal y en el 33% (n=13) la jerarquía la tuvo el padre. En el grupo de alto riesgo en el 68% (n=27) la jerarquía fue conyugal; en el 28% (n=11) la jerarquía la tuvo el padre y en el 5% (n=2) la jerarquía la tuvo la madre.

Chi2 de 2.1666 (ver infra tabla y gráfico 5)

De acuerdo a los límites externos en el grupo de bajo riesgo en el 48% (n=19) de los casos los límites fueron claros; en el 53% (n=21) los límites fueron difusos. En el grupo de alto riesgo en el 45% (n=18) de los casos los límites fueron claros; en el 48% (n=19) los límites fueron difusos y en el 8% (n=3) los límites fueron rígidos.

Chi2 de 5.0282 (ver infra tabla y gráfico 6)

En cuanto a los límites entre subsistemas e individuos en el grupo de bajo riesgo en el 60% (n=24) de los casos los límites fueron claros; en el 40% (n=16) los límites fueron difusos. En el grupo de alto riesgo en el 68% (n=27) los límites fueron claros; en el 33% (n=13) los límites fueron difusos.

Chi2 de 0.4868 (ver infra tabla y gráfico 7)

En cuanto a la flexibilidad en la familia, en el grupo de bajo riesgo en el 8% (n=3) de los casos la familia fue totalmente flexible; en el 65% (n=26) la familia fue flexible; en el 28% (n=11) la familia fue ni flexible ni rígida. En el grupo de alto riesgo en el 5% (n=2) la familia fue totalmente flexible; en el 53% (n=21) la familia fue flexible; en el 35% (n=14) la familia fue ni flexible ni rígida y en el 8% (n=3) la familia fue rígida.

Chi2 de 4.0919 (ver infra tabla y gráfico 8)

En cuanto a la presencia de alianzas y coaliciones en el grupo de bajo riesgo en el 45% (n=18) de los casos no hubo alianzas ni coaliciones; en el 45% (n=18) se detectó alianza de los padres a favor de los hijos; en el 8% (n=3) hubo alianza del padre o madre con un hijo a favor del cónyuge; en el 3% (n=1) hubo alianza de los padres a favor de los abuelos. En el grupo de alto riesgo en el 55% (n=22) de los casos no se detectó alianzas ni coaliciones; en el 28% (n=11) hubo alianzas de los padres a favor de los hijos; en el 5% (n=2) hubo alianza del padre o madre con un hijo a favor del cónyuge; en el 5% (n=2) hubo alianza de los hijos a favor de los padres; en el 3% (n=1) hubo coalición del padre o madre con un hijo en contra del cónyuge y en el 5% (n=2) hubo coalición entre otros familiares en contra de los padres.

Chi2 de 8.2896 (ver infra tabla y gráfico 9)

TABLA NO. 1

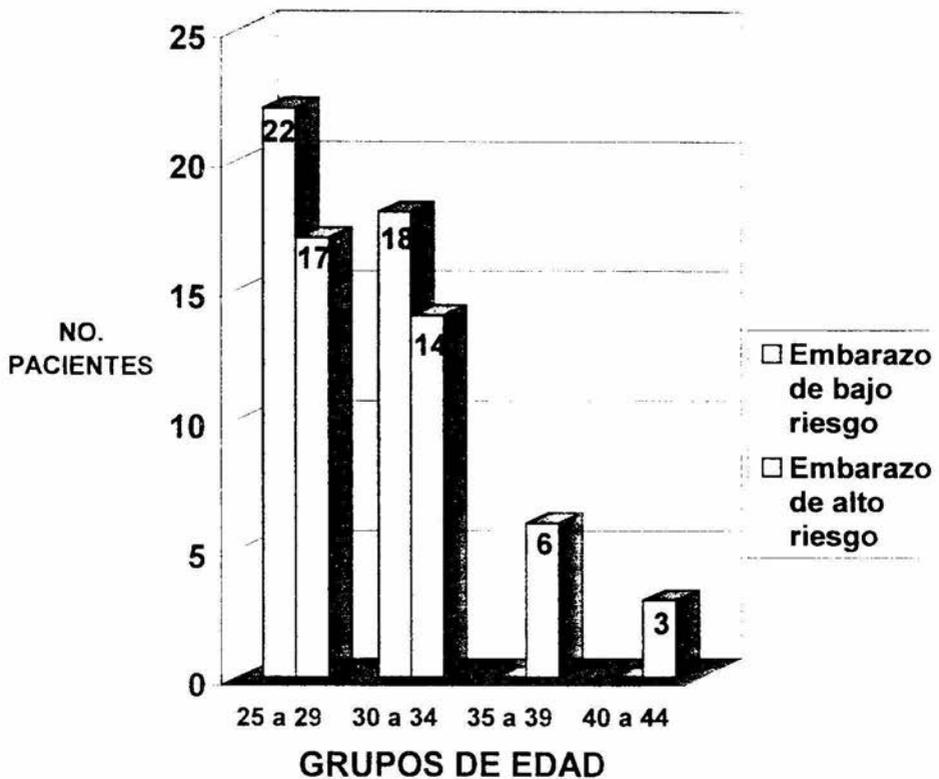
**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGUN GRUPO DE EDAD, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**

| Grupo de edad | Embarazo de bajo riesgo | % | Embarazo de alto riesgo | % |
|----------------------|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| 25 a 29 | 22 | 55% | 17 | 43% |
| 30 a 34 | 18 | 45% | 14 | 35% |
| 35 a 39 | 0 | 0% | 6 | 15% |
| 40 a 44 | 0 | 0% | 3 | 8% |
| Total | 40 | 100% | 40 | 100% |

FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

GRAFICO NO. 1

EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, UMF 20. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.



FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

TABLA NO. 2

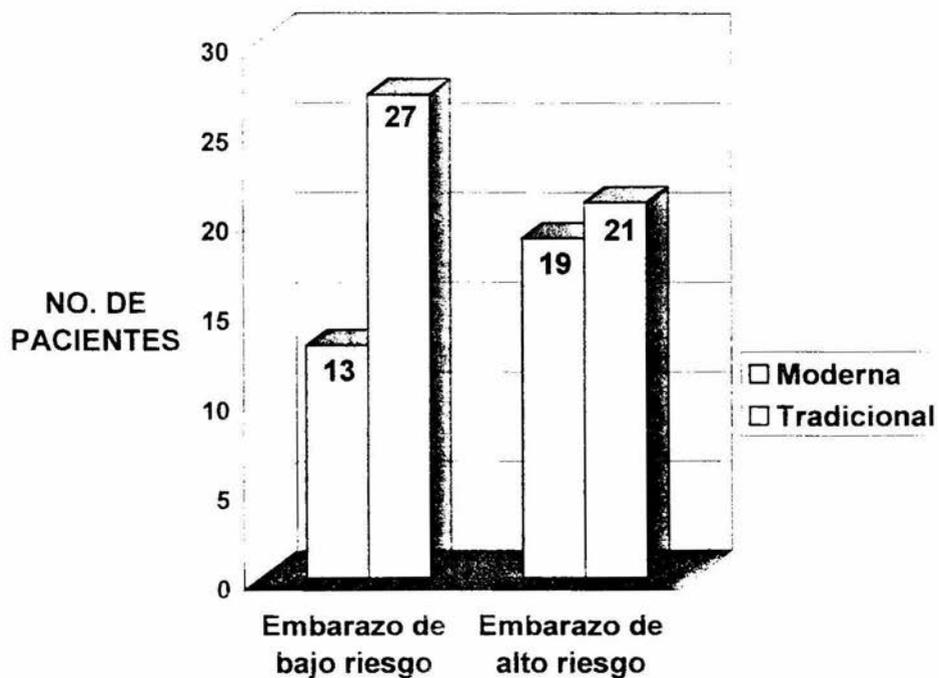
EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGUN TIPOLOGIA FAMILIAR. UMF 20. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.

| Desarrollo Familiar | Embarazo de bajo riesgo | % | Embarazo de alto riesgo | % |
|---------------------|-------------------------|------|-------------------------|------|
| Moderna | 13 | 33% | 19 | 48% |
| Tradicional | 27 | 68% | 21 | 53% |
| Total | 40 | 100% | 40 | 100% |

FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

GRAFICO NO. 2

**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGÚN TIPOLOGIA FAMILIAR, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**



FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

TABLA NO. 3

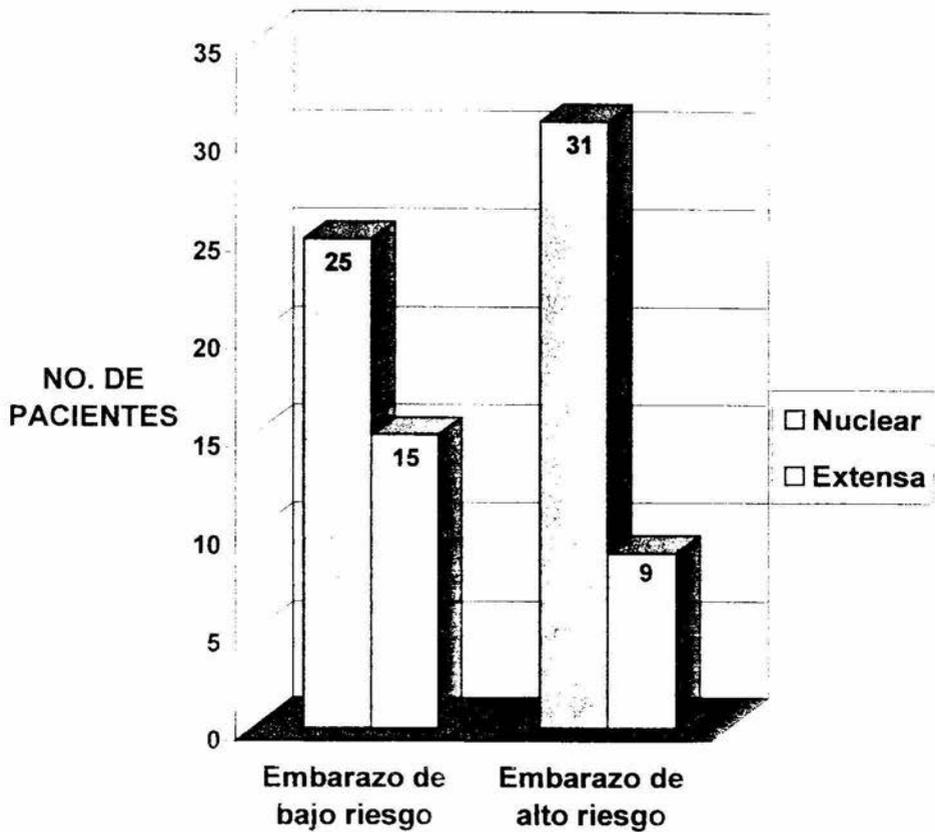
**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGUN ESTRUCTURA FAMILIAR, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**

| Estructura familiar | Embarazo de bajo riesgo | % | Embarazo de alto riesgo | % |
|----------------------------|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Nuclear | 25 | 63% | 31 | 78% |
| Extensa | 15 | 38% | 9 | 23% |
| Total | 40 | 100% | 40 | 100% |

FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

GRAFICO NO. 3

EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR, UMF 20. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.



FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

TABLA NO. 4

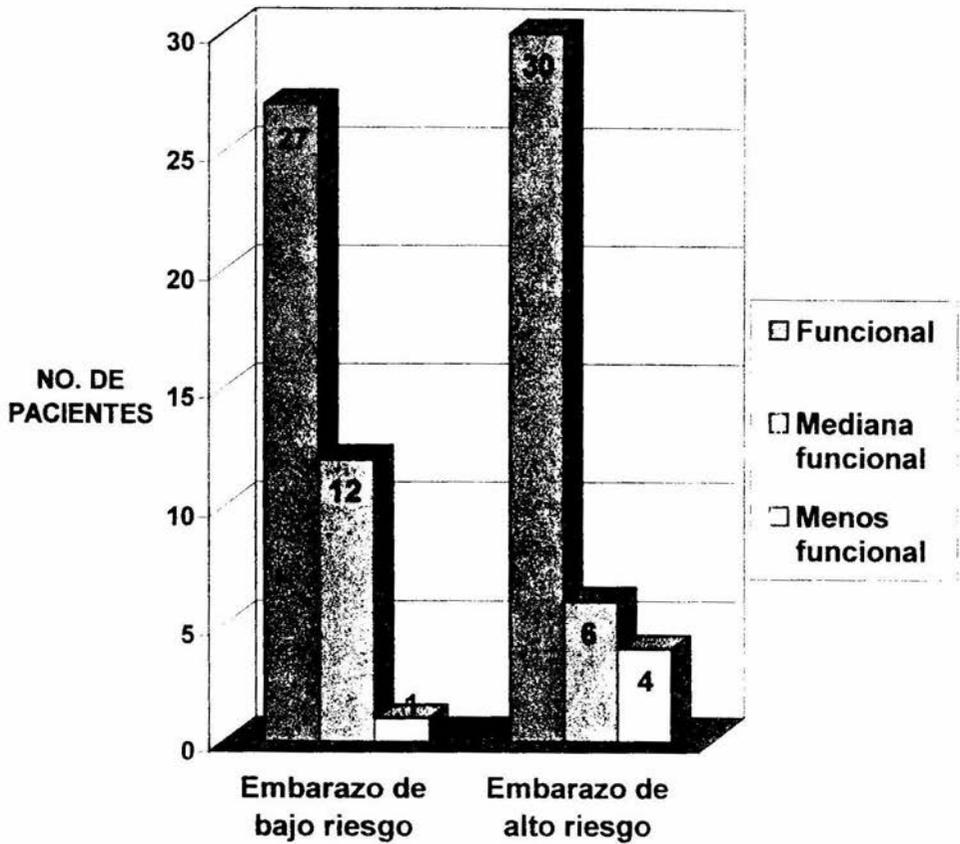
**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGUN FUNCIONALIDAD FAMILIAR, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**

| Funcionalidad | Embarazo de bajo riesgo | % | Embarazo de alto riesgo | % |
|----------------------|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Funcional | 27 | 68% | 30 | 75% |
| Mediana Funcional | 12 | 30% | 6 | 15% |
| Menos Funcional | 1 | 3% | 4 | 10% |
| Total | 40 | 100% | 40 | 100% |

FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

GRAFICO NO. 4

EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.



FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

TABLA NO. 5

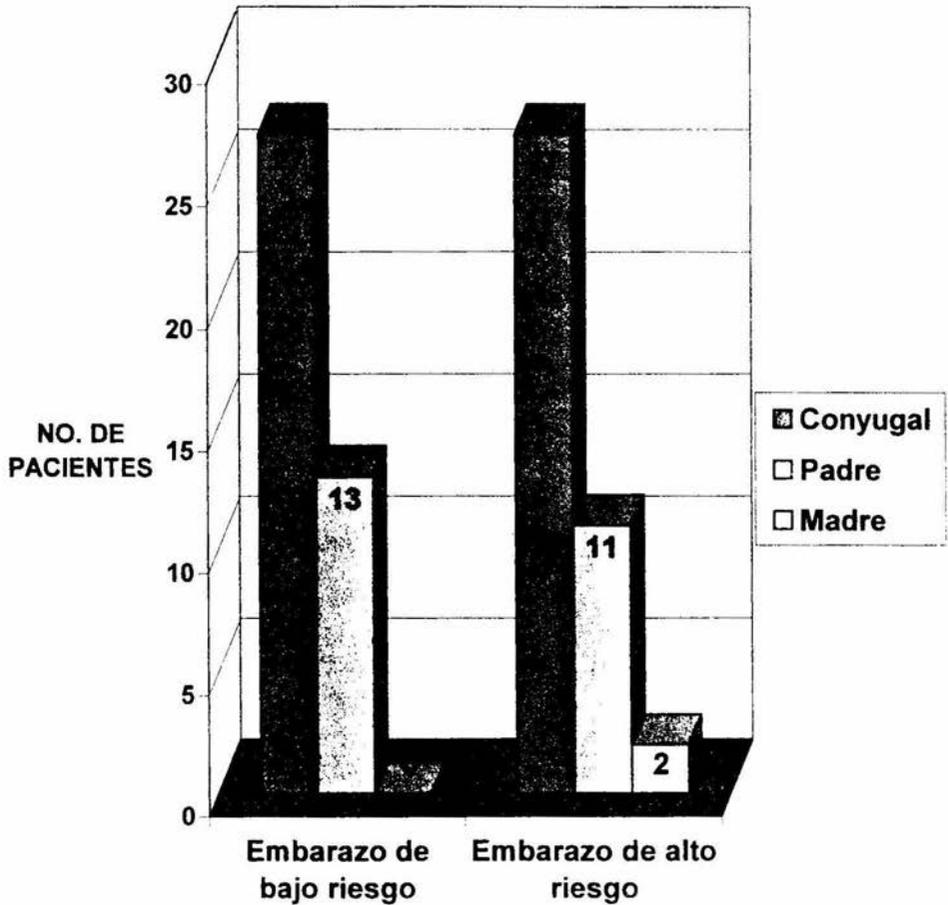
**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGUN JERARQUIA FAMILIAR, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**

| Jerarquia | Embarazo de bajo riesgo | % | Embarazo de alto riesgo | % |
|------------------|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Conyugal | 27 | 68% | 27 | 68% |
| Padre | 13 | 33% | 11 | 28% |
| Madre | 0 | 0% | 2 | 5% |
| Total | 40 | 100% | 40 | 100% |

FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

GRAFICO NO. 5

**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGÚN JERARQUIA FAMILIAR, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**



FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

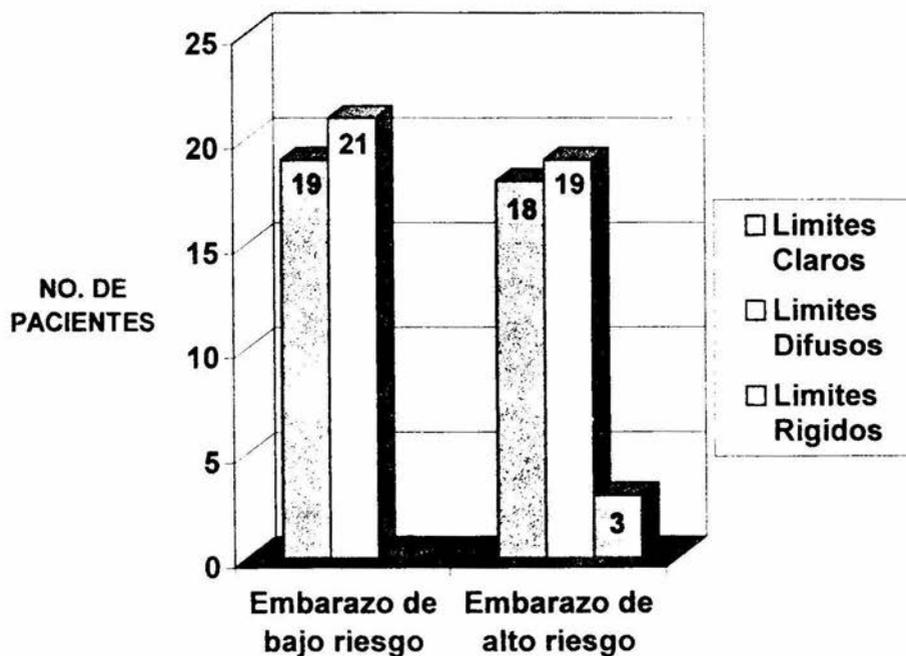
TABLA NO. 6

**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGUN LIMITES ENTRE FAMILIA Y CONTEXTO EXTERIOR, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**

| Limites entre familia y contexto exterior | Embarazo de bajo riesgo | % | Embarazo de alto riesgo | % |
|--|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Claros | 19 | 48% | 18 | 45% |
| Difusos | 21 | 53% | 19 | 48% |
| Rigidos | 0 | 0% | 3 | 8% |
| Total | 40 | 100% | 40 | 100% |

GRAFICO NO. 6

**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGUN LIMITES ENTRE FAMILIA Y CONTEXTO EXTERNO
UMF 20, SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**



FUENTE : ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

TABLA NO. 7

**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGUN LIMITES ENTRE SUBSISTEMAS E INDIVIDUOS, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**

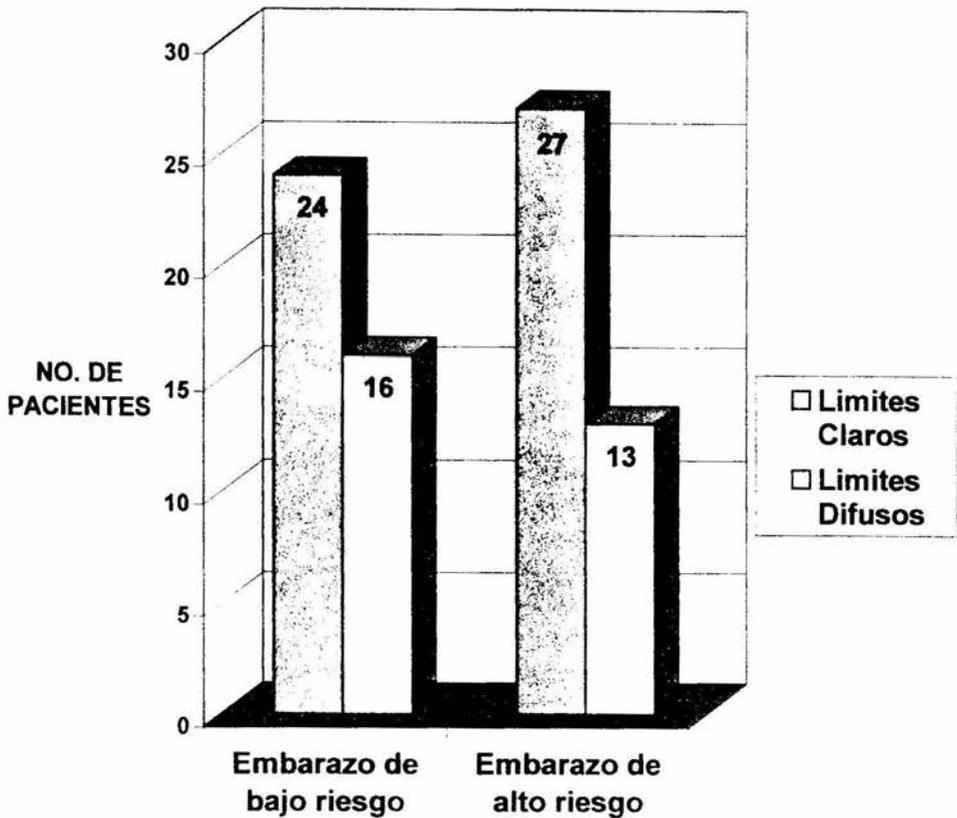
38

| Limites entre subsistemas e individuos | Embarazo de bajo riesgo | % | Embarazo de alto riesgo | % |
|---|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Claros | 24 | 60% | 27 | 68% |
| Difusos | 16 | 40% | 13 | 33% |
| Total | 40 | 100% | 40 | 100% |

FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

GRAFICO NO. 7

EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO SEGUN LIMITES ENTRE SUBSISTEMAS E INDIVIDUOS, UMF 20. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000



FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

TABLA NO. 8

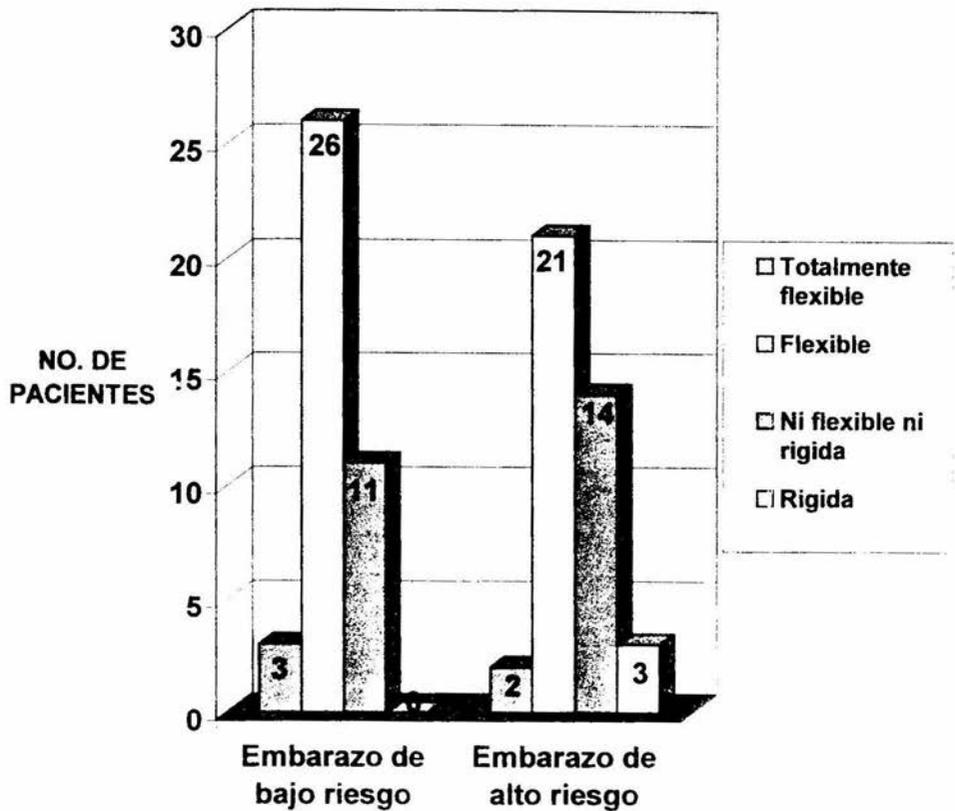
**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGUN FLEXIBILIDAD FAMILIAR, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**

| Flexibilidad | Embarazo de bajo riesgo | % | Embarazo de alto riesgo | % |
|-----------------------|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Totalmente flexible | 3 | 8% | 2 | 5% |
| Flexible | 26 | 65% | 21 | 53% |
| Ni flexible ni rigida | 11 | 28% | 14 | 35% |
| Rigida | 0 | 0% | 3 | 8% |
| Total | 40 | 100% | 40 | 100% |

FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

GRAFICO NO. 8

**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGÚN FLEXIBILIDAD FAMILIAR, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**



FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

GRAFICO NO. 9

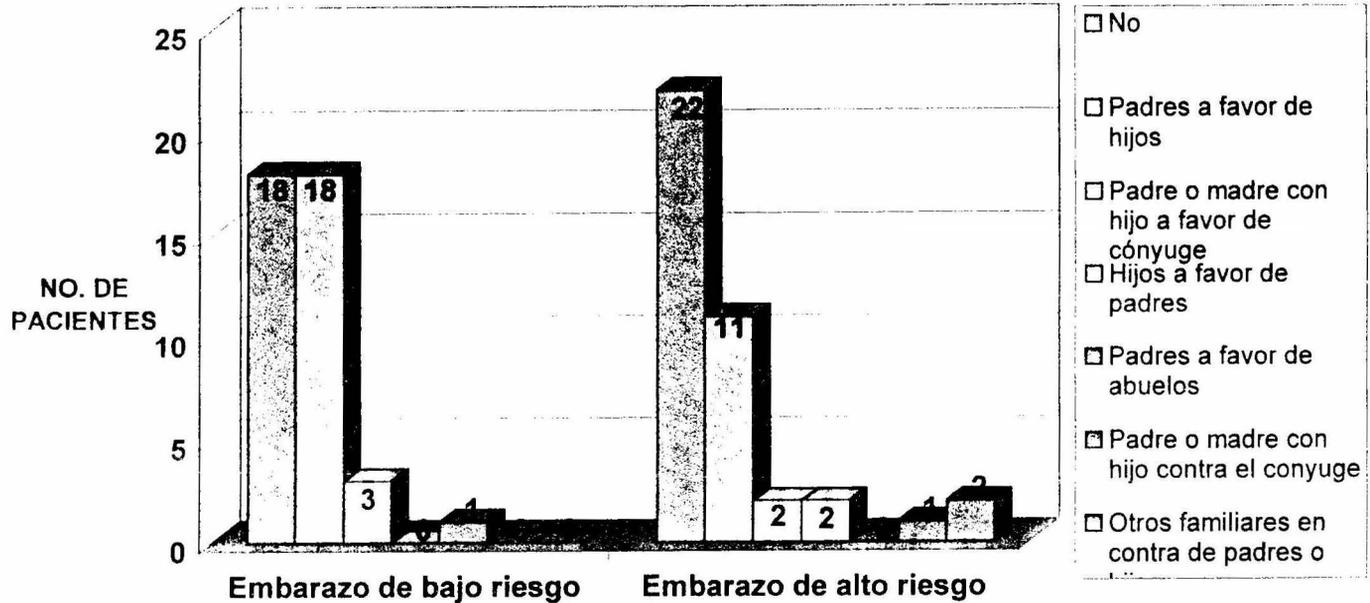
**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGUN ALIANZAS Y COALICIONES, UMF 20.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**

| Alianzas y Coaliciones | Embarazo de bajo riesgo | % | Embarazo de alto riesgo | % |
|--|--------------------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| No | 18 | 45% | 22 | 55% |
| Padres a favor de hijos | 18 | 45% | 11 | 28% |
| Padre o madre con hijo a favor de cónyuge | 3 | 8% | 2 | 5% |
| Hijos a favor de padres | 0 | 0% | 2 | 5% |
| Padres a favor de abuelos | 1 | 3% | 0 | 0% |
| Padre o madre con hijo contra el conyuge | 0 | 0% | 1 | 3% |
| Otros familiares en contra de padres o hijos | 0 | 0% | 2 | 5% |
| Total | 40 | 100% | 40 | 100% |

FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

GRAFICO NO. 9

**EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO
SEGÚN ALIANZAS Y COALICIONES, UMF 20
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2000.**



FUENTE: ENTREVISTA CON EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados anteriormente presentados se puede considerar: El grupo de edad que más predominó fue el de 25 a 29 años tanto en el embarazo de bajo riesgo como en el grupo de alto riesgo, esto debido a que son pacientes multigestas, así mismo la edad máxima observada fue de 34 años en el grupo de bajo riesgo y de 42 años en el grupo de alto riesgo. Esto concuerda con la literatura que reporta que nuestro país se encuentra ya con una tasa cada vez mayor de embarazadas con edad materna avanzada; reportando además que el grupo de edad más frecuentemente observado en estudios realizados en embarazadas en la ciudad de México es de 25 a 29 años de edad. (11)

Con relación a la tipología familiar, la familia tradicional fue más frecuente, 68% en el grupo de bajo riesgo y 53% en el grupo de alto riesgo. Lo que concuerda con los estudios realizados en la ciudad de México en embarazadas, reportando principalmente familias tradicionales, nucleares y obreras. En cuanto a la familia moderna, esta se presentó en mayor proporción en el grupo de alto riesgo (48%) en comparación con el grupo de bajo riesgo (33%), a pesar de no ser una diferencia significativa, este factor podría estar relacionado con el embarazo de alto riesgo, ya que se reporta en la literatura que las mujeres que tienen una ocupación fuera del hogar, tienen además responsabilidades como amas de casa, lo que significa una doble jornada y mayor desgaste, lo que puede disminuir la salud de la mujer durante el embarazo y hacerla más susceptible a ciertas complicaciones. (14)

La familia nuclear se identificó en 63% en el grupo de bajo riesgo y 78% en el de alto riesgo, seguida de la familia extensa con 38% de los casos en el bajo riesgo y 23% en el alto riesgo. Esto de acuerdo a las características de la población en donde se realizó el estudio, corroborado en los estudios realizados en la ciudad de México, donde se reporta con mayor frecuencia las familias de tipo Nuclear. (14)

De acuerdo a la funcionalidad familiar, se observó que las familias fueron funcionales en la mayoría de los casos, 68% en el grupo de bajo riesgo y 75% en el alto riesgo siguiendo en menor proporción las medianas funcionales y por último las menos funcionales. Esto es corroborado con la literatura la cual reporta que el embarazo es un periodo breve y autolimitado, pero causa de una crisis normativa donde la familia se

encuentra bajo estrés físico, emocional y a menudo económico, donde las familias están en el rediseño de los estilos de vida, de los nuevos roles, por lo que algunas parejas responden uniéndose más, manteniendo la funcionalidad familiar como se observa en nuestro estudio, sin embargo otras no lo hacen, percibiendo al embarazo como algo negativo, para lo cual se debe de evaluar otros factores relacionados como son: saber si el embarazo fue deseado o en el momento oportuno, entre otros. (19)

Se observa que no hay diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. χ^2 de 3.957 ($p=.05$)

Concebido el mapa estructural de acuerdo a la organización de las familias como lo señala Minuchin, se obtuvieron los siguientes datos.

La jerarquía en los dos grupos de embarazadas, fue compartida por ambos padres en el 68% de los casos, esto puede deberse a que durante el embarazo hay una mayor necesidad de atención y apoyo, especialmente la pareja ocupa un lugar fundamental en el bienestar emocional de la madre. (23)

En el 33% de las familias en el grupo de bajo riesgo la jerarquía la tuvo el padre y 28% en el grupo de alto riesgo. Esto debido a que la jerarquía en estas familias guarda una relación con el poder económico.

La madre tuvo la jerarquía en el 5% de los casos en el embarazo de alto riesgo. Se refiere en la literatura que el padre puede sentirse culpable de las molestias que experimenta su mujer durante el embarazo y el parto. En algunas familias hay una inversión de los roles sexuales, la mujer domina y decide, el padre es pasivo y se somete para evitar discusiones, por lo que la madre obliga al padre a realizar muchas tareas maternas. (26)

En nuestro estudio no se observo diferencia estadísticamente significativa en la jerarquía. χ^2 de 2.1666 ($p=.05$)

En las fronteras entre la familia y el contexto externo se observo que los límites son generalmente difusos en los dos grupos, no existiendo diferencia significativa. Lo anterior concuerda con la literatura la cual reporta que durante el embarazo hay una mayor necesidad de apoyo, además de que en esta etapa la privacidad y la intimidad se trasladan a un segundo plano, dando la vuelta a toda la vida familiar con la familia política. Por ejemplo la ayuda económica que dan los abuelos puede completar la implicación de que esto les da permiso para dar consejos, cuando no dictar "que es mejor para cada uno" y así mismo el equilibrio cambia en muchas esferas: trabajo, amigos, hermanos y familia de origen. En el 48% de los casos en el grupo de bajo riesgo los límites fueron claros en comparación con el 45% en el

grupo de alto riesgo. Sin embargo se observo que en este ultimo grupo el 8% presento limites rígidos, esto probablemente tenga relación con los factores asociados al embarazo de alto riesgo, que tienen una connotación negativa por la sociedad. Aún no hay estudios donde se observe claramente la asociación pero sería importante investigarlo. (25)

En nuestro estudio no hubo diferencia estadísticamente significativa, obteniéndose una Chi² de 5.0282 (p=.05)

En las fronteras entre subsistemas e individuos, se observo que los límites son principalmente claros, 60% en el grupo de bajo riesgo y 68% en el grupo de alto riesgo, no existiendo diferencia significativa. Esto concuerda con el parámetro de funcionalidad familiar ya analizado anteriormente, ya que la claridad de las fronteras entre los diferentes subsistemas es el parámetro más útil para evaluar la funcionalidad (Minuchin), así mismo para el buen funcionamiento familiar, las fronteras entre los subsistemas deben ser claras, para permitir su libre desarrollo sin interferencias mutuas, al mismo tiempo que propiciar el contacto entre sus miembros. (18)

En el 40% de los casos en el grupo de bajo riesgo los límites fueron difusos, y en el 33% del grupo de alto riesgo. Esto debido a que el embarazo es una crisis de desarrollo con nuevas tareas y problemas que demandan adaptaciones que deben ser aprendidas, por lo que el apoyo de los demás miembros de la familia es de vital importancia. (20-21)

No existió diferencia estadísticamente significativa de los límites entre subsistemas e individuos en ambos grupos de embarazadas. Chi² de 0.4868 (p=.05)

Con relación a la flexibilidad familiar, se observo que la mayoría de las familias son flexibles durante el embarazo tanto en bajo (65%) como en el alto riesgo (53%), esto concuerda con los autores en donde estas familias tienen mayor posibilidad y habilidad de cambiar estructuras de acuerdo al momento, por lo que cada uno de sus miembros interactuará y se organizará de forma más adecuada. Durante el embarazo la familia se enfrentara a reajustes en la relación con amigos y conocidos y asumir las nuevas responsabilidades como cuidadores del recién nacido y respecto a los otros miembros de la familia. (22)

En el 28% las familias fueron ni flexibles ni rígidas en el grupo de bajo riesgo y en el 35% de los casos del grupo de alto riesgo. Lo cual sería lo ideal, reestructurando la red de relaciones familiares para adaptarse a las circunstancias cambiantes, externas o internas, sin embargo como se

identifico en el parámetro de los límites entre familia y contexto externo, los límites se vuelven más difusos por el apoyo a la embarazada.

Solo en 8% de los casos en el grupo de alto riesgo se observo que la familia fue rígida, esto condicionado probablemente por los factores de riesgo asociados a estos embarazos.

Observando que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de embarazadas con relación a la flexibilidad familiar. Chi2 de 4.0919 ($p=.05$)

Se identifico que no existen alianzas y coaliciones en la mayor parte de los grupos de embarazadas, 45% en el grupo de bajo riesgo y 55% en el grupo de alto riesgo. La alianza que se identifico con más frecuencia en ambos grupos fue la que forman los padres a favor de los hijos, esto concuerda con los autores ya que las familias de embarazadas se encuentran en la fase de expansión, donde los hijos aun son dependientes de sus padres.

La segunda alianza que más se observo fue la de un padre con un hijo a favor del cónyuge, principalmente a favor de la madre, esto debido a la necesidad de apoyo y cuidados que requiere la madre durante su embarazo. (23)

En el grupo de alto riesgo solo se detecto un caso de coalición del padre y un hijo en contra de la madre y en dos casos hubo coalición entre otros familiares en contra de los padres. Esto concuerda con los autores, ya que ambos padres pueden sentir ansiedad sobre su aptitud de ser padres, el esposo puede sentir celos o envidia del embarazo, ya que uno de los dos o los dos, pueden sentirse consciente o inconscientemente ambivalentes acerca del hecho de añadir un miembro más a la familia y de sus efectos sobre la relación diádica. En otros casos la paternidad se racionaliza como un medio para alcanzar intimidad en un matrimonio conflictivo o para evitar enfrentarse a otras circunstancias problemáticas de la vida. (25)

Se identifico que no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos de embarazadas en relación a la presencia de alianzas y coaliciones. Chi2 de 8.2896 ($p=.05$)

CONCLUSIONES

El embarazo es una etapa en la cual suceden cambios en la esfera biológica, psicológica y social, repercutiendo de manera significativa en la vida de la mujer y su familia por lo que esta debe responder ajustándose a los diferentes cambios.

De acuerdo con los resultados obtenidos se mostró lo siguiente:

Que el grupo de edad predominante en pacientes embarazadas de bajo y alto riesgo fue de 25 a 29 años.

La tipología familiar más frecuente de acuerdo al desarrollo familiar en ambos grupos de embarazadas fue la tradicional seguida de la moderna.

De acuerdo a la estructura, la familia nuclear predominó más en los dos grupos de embarazadas, seguida de la familia extensa, no se identificaron familias extensas compuestas.

En cuanto a la funcionalidad familiar, en los grupos de embarazadas de bajo y alto riesgo la familia fue funcional en la mayoría de los casos, identificándose en menor proporción las familias con mediana funcionalidad y en mínima cantidad las menos funcionales. No existiendo diferencia estadísticamente significativa.

Con relación a la jerarquía familiar, esta fue compartida por ambos padres en la mayoría de los casos, no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de embarazadas.

Los límites entre la familia y el contexto externo fueron difusos principalmente en ambos grupos de embarazadas de bajo y alto riesgo, no existiendo diferencia estadísticamente significativa.

Los límites entre subsistemas e individuos, fueron claros predominantemente en ambos grupos de embarazadas de bajo y alto riesgo, no existiendo diferencia estadísticamente significativa.

Con relación al equilibrio entre estabilidad y el cambio, predominó la flexibilidad de las familias en ambos grupos de embarazadas de bajo y alto riesgo, no existiendo diferencia estadísticamente significativa.

En cercanía contra distancia, la mayoría de los casos no presento alianzas ni coaliciones en ambos grupos de embarazadas de bajo y alto riesgo, sin embargo en el resto la alianza de los padres a favor de los hijos fue la que más predominó. No existiendo diferencia estadísticamente significativa.

Por lo anterior se concluye que no hay diferencia estadísticamente significativa entre los mapas familiares del embarazo de bajo y alto riesgo, en pacientes de la UMF 20.

COMENTARIO

El desarrollo de la familia normal incluye fluctuaciones, periodos de crisis y su resolución en un nivel más elevado de complejidad.

El embarazo es un acontecimiento de gran importancia en la vida de las mujeres, es una etapa de crisis en la cual los integrantes de la familia se enfrentan a cambios biológicos, psicológicos y sociales, los cuales pueden alterar el equilibrio de la dinámica familiar en forma positiva o negativa dependiendo de la flexibilidad del grupo a estos cambios.

El médico del primer nivel de atención a través de una evaluación integral de la paciente embarazada, debe identificar los cambios que pueden alterar la funcionalidad familiar, para lo cual la utilización de mapas de la organización familiar durante el control prenatal permitirán una visión más amplia sobre las interacciones familiares que serian de gran utilidad para cumplir este objetivo.

Para la evaluación de los mapas familiares en pacientes embarazadas nos apoyamos en instrumentos como “la encuesta para valorar mapas” y FACES III, sin embargo es a través de la entrevista con la paciente y su familia mediante la cual el médico tiene la oportunidad de identificar ciertas interacciones disfuncionales, para así ampliar las fluctuaciones, introducir flexibilidad al sistema familiar para que avance hacia una forma más compleja de organización, que permita enfrentar mejor las circunstancias actuales de la familia.

RESUMEN

Con el objetivo de identificar las diferencias entre los mapas familiares de pacientes embarazadas de bajo y alto riesgo, se realizó el presente estudio en 80 pacientes embarazadas, multigestas, que cursaban el tercer trimestre de embarazo; de las cuales 40 cursaban con un embarazo de bajo riesgo y 40 cursaban con un embarazo de alto riesgo. Derechohabientes de la UMF 20. del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación 1 noroeste del D.F. Durante los meses de septiembre a diciembre del 2000.

A las cuales se entrevisto, aplicándoles los instrumentos: Cédula básica de identificación familiar, FACES III y la encuesta para evaluar mapas familiares, valorando la jerarquía, los límites entre familia y contexto externo, los límites entre subsistemas e individuos, la flexibilidad y la presencia de alianzas y coaliciones. El tipo de estudio fue observacional, prospectivo, transversal, comparativo y abierto. La captura y análisis de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS 8.0 for Windows, aplicando la prueba estadística χ^2 con un grado de confianza .05. Los resultados obtenidos fueron: el rango de edad más frecuente fue de 25 a 29 años, 55% en el grupo de bajo riesgo y 43% en el grupo de alto riesgo. La familia tradicional fue la más frecuente con 68% en el grupo de bajo riesgo y 53% en el grupo de alto riesgo. La familia nuclear predominó en ambos grupos de embarazadas 63% en el grupo de bajo riesgo y 78% en el de alto riesgo. Las familias fueron funcionales en el 68% en el grupo de bajo riesgo y 75% en el grupo de alto riesgo. La jerarquía estuvo compartida por ambos padres en el 68% de los casos en los dos grupos de embarazadas de bajo riesgo y alto riesgo. Los límites entre familia y contexto externo fueron difusos, 53% en el grupo de bajo riesgo y 48% en el grupo de alto riesgo.

Los límites entre subsistemas e individuos fueron claros predominantemente con 60% en el grupo de bajo riesgo y 68% en el grupo de alto riesgo; las familias fueron flexibles en el 65% del grupo de bajo riesgo y 53% en el grupo de alto riesgo; Con relación a las alianzas y coaliciones, estas no se identificaron en el 45% de los casos, en el grupo de bajo riesgo, y en el 55% en el grupo de alto riesgo. La alianza más frecuente fue la unión de los padres a favor de los hijos, 45% en el grupo de bajo riesgo y 28% en el grupo de alto riesgo.

Concluyéndose de acuerdo a los resultados obtenidos que no hay diferencia estadísticamente significativa entre los mapas familiares del embarazo de bajo y alto riesgo, en pacientes de la UMF 20.

BIBLIOGRAFIA

1. Velasco Murillo V, Cardona Pérez A, Madrazo Navarro M. La salud materna, una prioridad institucional permanente. Rev Med IMSS 1997;35(6):393-394.
2. Mondragón Castro Hector. Obstetricia básica ilustrada. Ed. Trillas, México 1992. Pag. 37-50.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstica-terapéutica. Rev Med IMSS 1998;36(1):45-60.
4. Alleyne George A. Organización Panamericana de la Salud: Maternidad saludable. www.mortalidadmaterna.htm
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Riesgo reproductivo. Distrito Federal, México. IMSS, 1995.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de normas y procedimientos en obstetricia. IMSS, México 1986.
7. Arias Fernando. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2ª ed. Ed. Mosby, España 1994.
8. Consejo prenatal. www.emison.uson.mx/webpers/medina/conspren.htm
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía diagnóstico terapéutica para la atención prenatal en medicina familiar. IMSS, México 1998.
10. Queenan TJ. Atención del embarazo de alto riesgo. Ed. Manual moderno; México 1993.
11. Lira Plascencia J, Delgado Gutiérrez G, Aguayo González P, Coria Soto I, Zambrana Castañeda M, Ibarguengoitia Ochoa F. et al. Edad materna avanzada y embarazo ¿Qué tanto es tanto?. Ginec Obs: Mex 1997;65:373-78.

12. Abordaje familiar. www.cica.es/aliens/samfyc/diabfam.htm
13. Irigoyen Corla. Fundamentos de medicina familiar. Ed. Medicina familiar mexicana; México 1998.
14. Reyes Frausto S, Bobadilla Fernández J, Karchmer Krivitzky S, Martínez González L. Efecto de la muerte materna sobre la dinámica familiar y la sobrevida infantil. Ginec Obst Mex 1998;66:428-32.
15. Saucedo García Juan M. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev Med IMSS 1991;29: 61-67.
16. Saucedo García Juan M. Lineamientos para evaluar la vida en familia. Rev Med IMSS 1995;33: 249-56.
17. Minuchin Salvador. Familias y Terapia familiar. Ed. Granica editor; España 1977, pag.78-107.
18. Velasco Torres Ma. Luisa. Mapas familiares: su utilización en el diagnóstico y formación de hipótesis terapéuticas. La psicología social en México 1998; VII :234-242.
19. Alicia Guzmán Norma. Prevalencia de depresión durante el embarazo en la UMF 20 y UMF 12. Tesis; México 1999.
20. Fernández Paredes, Castro García M, Avila Reyes M. Características socio-familiares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en la edad precoz. Bol Med Hosp Infant Méx 1996;53(2):84-88.
21. Breson Lazán Gilberto, Sarmiento Díaz Mercedes. La evolución psicosocial; Fundación Neo-humanista www.neohumanista.org/evol/psic.html
22. Ibarra Arias Olivia. Factores de riesgo integrales que afectan la asistencia al control prenatal, en la UMF 20. Tesis; México 1997.
23. Cambios psicológicos en el embarazo. www.mundobebeweb.com/temas/Embarazo.

24. Acerca de la maternidad. www.delbebe.com/familia.asp?sección=24
25. Harold I. Kaplan. Sinopsis de psiquiatría. 8ª ed. Ed. Panamericana, España 1999.
26. Chavez Aguilar Víctor. Instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar. Rev Mex Med Fam;3(2): 47-67.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar: _____ y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Mapas Familiares en el embarazo de bajo y alto riesgo en pacientes de la UMF 20 del IMSS.

Registrado en el Comité de investigación médica con el No: _____

El objetivo de este estudio es identificar las diferencias entre los mapas familiares de pacientes embarazadas con bajo y alto riesgo, en la UMF 20. del IMSS. Delegación 1 Noroeste.

Se me explicó que mi participación consistirá en una entrevista donde se aplicaran dos encuestas, para ello estoy consciente de que no correré ningún riesgo ya que la información que daré, será confidencial y que puedo no aceptar si yo así lo decido.

ATENTAMENTE

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

ANEXOS

CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR (CEBIF-1)

Nombre: _____

Estado civil: Casados () Unión libre ()

Años de unión conyugal: _____

Escolaridad: _____

Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____

Numero de hijos (hasta de 10 años de edad): _____

Numero de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): _____

Total: _____

Tipo de Familia: Marque con una equis (x)

Desarrollo Moderna ()

Familiar Tradicional ()

Estructura: Nuclear ()

Extensa ()

Extensa compuesta ()

Ocupación del padre de familia: _____

Ocupación de la madre de familia: _____

Gesta: Para: Aborto: Cesarea: Bajo riesgo ()

Alto riesgo ()

FACES III

(Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------|------------|------------------|--------------|---------|
| NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |

DESCRIBA SU FAMILIA.

1. _____ Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
2. _____ En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
3. _____ Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
4. _____ Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
5. _____ Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos.
6. _____ Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
7. _____ Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
8. _____ Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
9. _____ Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
10. _____ Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
11. _____ Nos sentimos muy unidos.
12. _____ En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
13. _____ Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
14. _____ En nuestra familia las reglas cambian.
15. _____ Con facilidad podemos planear actividades en familia.

16. _____ Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
17. _____ Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
18. _____ En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
19. _____ La unión familiar es muy importante.
20. _____ Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

CALIFICACION

COHESION

10 a 34 Extrema
35 a 40 Mejor
41 a 45 Mejor
46 a 50 Extrema

ADAPTABILIDAD

10 a 19 Extrema
20 a 24 Mejor
25 a 28 Mejor
29 a 50 Extrema

FAMILIA FUNCIONAL:

Mejor cohesión y mejor adaptabilidad.

FAMILIA MEDIANA FUNCIONAL:

Mejor cohesión y extrema adaptabilidad
Extrema cohesión y mejor adaptabilidad

FAMILIA MENOS FUNCIONAL:

Extrema cohesión y extrema adaptabilidad

ENCUESTA PARA LA VALORACION DE MAPAS FAMILIARES

A) CLARIDAD EN LA JERARQUIA

1. **¿Quién considera usted que manda en su casa?**

Esposo _____ Esposa _____ Ambos _____ Otro _____

2. **¿Quién es el proveedor económico en su familia?**

Esposo _____ Esposa _____ Ambos _____ Otro _____

3. **¿Quién otorga los permisos y las disciplinas en su familia?**

Esposo _____ Esposa _____ Ambos _____ Otro _____

4. **En tu familia ¿Todos tiene la misma oportunidad de opinar?**

SI _____ NO _____

5. **¿Quién implanta las sanciones en su familia?**

Esposo _____ Esposa _____ Ambos _____ Otro _____

B) CLARIDAD EN LA FRONTERA ENTRE FAMILIA Y CONTEXTO EXTERNO:

6 **¿Conque frecuencia tu familia visita o es visitada por familiares?**

Siempre 5 Casi siempre 4 Algunas veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

7 **¿Con que frecuencia la familia visita lugares recreativos, culturales, religiosos, acude a fiestas, etc?**

Siempre 5 Casi siempre 4 Algunas veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

8 **¿En la colonia donde vives son conocidos y respetados por sus vecinos?**

Siempre 5 Casi siempre 4 Algunas veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

9 **¿Invierten parte de su tiempo para acudir al trabajo y/o escuela?**

Siempre 5 Casi siempre 4 Algunas veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

10 **¿Tu familia necesita de ayuda exterior para resolver los problemas que la involucran en problemas de su comunidad?**

Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Casi nunca 4 Nunca 5

C) CLARIDAD DE FRONTERAS ENTRE SUBSISTEMAS E INDIVIDUOS:

11. En tu relación de pareja ¿Se dan la oportunidad de realizar sus sueños o metas personales?

Siempre 5 Casi siempre 4 Algunas veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

12. ¿Intervienen los hijos cuando la pareja se pelea o discute?

Siempre 1 Casi siempre 2 Algunos veces 3 Casi nunca 4 Nunca 5

13. ¿Alguno de los padres interviene y trata de resolver los problemas que hay entre los hijos?

Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Casi nunca 4 Nunca 5

14. ¿La relación entre sus hijos es de igualdad y respeto entre ellos?

Siempre 5 Casi siempre 4 Algunas veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

15. ¿Participan los abuelos en las decisiones de la familia?

Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Casi nunca 4 Nunca 5

D) EQUILIBRIO ENTRE LA ESTABILIDAD Y EL CAMBIO (FLEXIBILIDAD):

16. ¿La comunicación en tu familia es clara y directa?

Siempre 5 Casi siempre 4 Algunas veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

17. Si alguien en tu familia no asume su responsabilidad ¿Alguien lo hace por ella?

Siempre 5 Casi siempre 4 Algunas veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

18. Cuando alguien de la familia tiene problemas ¿Lo comenta con los demás?

Siempre 5 Casi siempre 4 Algunas veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

19. Existe disposición de los miembros de la familia para experimentar nuevos roles (por ejemplo que la madre tome el lugar del padre en caso necesario):

Siempre 5 Casi siempre 4 Algunas veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

20. Ante un problema de la familia ¿se toma en cuenta todas las opiniones de los integrantes de la familia para encontrar una solución?

Siempre 5 Casi siempre 4 Algunas veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

E) CERCANIA CONTRA DISTANCIA (ALIANZAS Y COALICIONES):

21. ¿Existen en la familia algunos miembros que parecen estar tan cercanos que el resto se sienta fuera de la familia?

SI _____ NO _____

22. ¿Cuando se unen dos o más integrantes de la familia lo hacen para ayudar a alguno de los integrantes de la misma?

SI _____ NO _____ Quienes se unen: _____

23. ¿Cuando se unen dos o más integrantes de la familia lo hacen para perjudicar a otro de la misma familia?

SI _____ NO _____

24. ¿Algún miembro de la familia se ha visto favorecido por la unión de dos o más miembros de la misma familia?

SI _____ NO _____ QUIEN _____

25. ¿Algún miembro de la familia se ha visto perjudicado por la unión de dos o más miembros de la familia?

SI _____ NO _____ QUIEN _____

CALIFICACION

A) CLARIDAD EN LA JERARQUIA:

La jerarquía se encuentra depositada en un miembro de la familia:

En los Cónyuges _____ En un solo cónyuge _____

Hijos _____ Otros _____

B) CLARIDAD EN FRONTERAS ENTRE LA FAMILIA Y CONTEXTO EXTERNO.

LIMITES RIGIDOS..... 0 a 10

LIMITES DIFUSOS..... 11 a 19

LIMITES CLAROS..... 20 a 25

C) CLARIDAD EN FRONTERAS ENTRE SUBSISTEMAS E INDIVIDUOS.

LIMITES RIGIDOS..... 0 a 10

LIMITES DIFUSOS..... 11 a 19

LIMITES CLAROS..... 20 a 25

D) EQUILIBRIO ENTRA LA ESTABILIDAD Y EL CAMBIO
(FLEXIBILIDAD).

TOTALMENTE RIGIDA..... 1 a 5
RIGIDA..... 6 a 10
NI FLEXIBLE NI RIGIDA.... 11 a 15
FLEXIBLE..... 16 a 20
TOTALMENTE FLEXIBLE... 21 a 25

E) CERCANIA CONTRA DISTANCIA (ALIANZAS Y COALICIONES)

¿Existen alianzas o coaliciones: SÍ_____ NO_____

¿Quiénes se unen? Y ¿ A favor o contra quien?