

11226



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3  
SALAMANCA; GTO;

PERFIL FUNCIONAL FAMILIAR Y USO DE METODOLOGIA EN  
MUJERES FERTILES EN LA UMF DE VILLAGRAN GTO.

## TRABAJO DE INVESTIGACION

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

MARIA DOLORES ESTELA BAEZ ATONAL



T M S S

SALAMANCA, GTO.

2005

m. 346082



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**TITULO Perfil funcional familiar y uso de metodología en mujeres fértiles en la UMF  
de Villagran Gto**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MARIA DOLORES ESTELA BÁEZ ATONAL**

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ANGEL RAMÍREZ LOPEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.  
ASESOR DE TESIS~~

~~DR. MIGUEL ANGEL RAMÍREZ LÓPEZ  
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.~~

~~DR JORDE PATRICIO MEZA RODRIGUEZ  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA~~

SALAMANCA, GTO.



HOSP. GEN. DE ZONA N.  
2005  
Esp. Gen. de Educ. Méd.  
Salamanca, Gto.

**TITULO Perfil funcional familiar y uso de metodología en mujeres fértiles en  
la UMF de Villagran Gto.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

~~MARIA DOLORES ESTELA BÁEZ ATONAL~~



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



~~DR. ARNELFO IRIGOYEN COKIA~~  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



~~DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES~~  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

A mis queridos padres con respeto y cariño  
Consuelo y Silverio.  
por su eterno amor, apoyo y comprensión  
hoy, mañana y siempre.

A mi hermano José Manuel  
por su apoyo y comprensión que siempre  
me ha brindado

A mi mayor ilusión  
mi hijo Serafín Tierrafría Báez  
por ser la razón de mi existencia  
te amo y te quiero por siempre.

Manifiesto mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que de una u otra manera forman parte de mi vida y formación.

A mi asesor de tesis: Dr. Miguel Angel Ramírez López

A mis compañeros de especialidad semipresencial generación 2002-2005

Al HGZ/MF3 Salamanca

A la clínica UMF 40, Villagran

**TITULO**

***Perfil Funcional familiar y uso de metodología en mujeres fértiles en la UMF de Villagran Guanajuato.***

## INDICE GENERAL

<b>Título.....</b>	<b>1</b>
<b>Índice .....</b>	<b>2</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>3-8</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>9</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>10</b>
<b>Objetivo General.....</b>	<b>11</b>
<b>Hipótesis.....</b>	<b>12</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>13-14</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>15-25</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>26-27</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>28</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>29-31</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>32</b>

## **Marco teórico**

### ***Cifras demográficas***

La transición demográfica de América Latina y el Caribe se produjo en un período mucho más corto que en los países europeos. El descenso de la mortalidad, iniciado en la primera mitad del siglo XX, y la disminución de la fecundidad, que se generaliza a partir de los años sesenta, fueron mucho más rápidos que los cambios observados en países desarrollados. En la actualidad, se registra una baja tasa de crecimiento de la población (cercana al 1,5% anual); a esto se suma la aparición del fenómeno del envejecimiento de la población que está transformando las sociedades de la región. En el marco de esta evolución, se observa una acelerada disminución de la fecundidad, cuyos niveles iniciales, períodos de disminución y valores actuales varían de un país a otro. En promedio, la región presenta una tasa de fecundidad inferior a tres hijos por mujer y una esperanza de vida al nacer de 72 años, valores alcanzados en un lapso inferior al registrado por los países europeos. A mediados del siglo XX, la tasa de crecimiento anual de la población de América Latina y el Caribe era del 2,7%. La población regional aumentó de 161 millones en 1950 a 512 millones en el 2000, y se prevé que ascenderá a 695 millones en el 2025. Mientras en 1950 la población de la región representaba menos del 7% del total mundial, esa proporción se eleva en la actualidad a cerca del 9%. Dada la heterogeneidad de la transición, el ritmo de crecimiento anual oscila entre menos de un 0,5% y un 2,5%.

América latina es una región conformada por 21 países independientes , un territorio de 7 millones de millas cuadradas, lo cual representa 12% de la superficie total de la tierra .(1,2)

El 48% de las mujeres latinoamericanas en edad fértil (15 a 49 años de edad) no utilizan método anticonceptivo para planear su familia. Solo el 9.36% elige la píldora como método, cuando en Europa un 33% de las mujeres lo hacen . Por el contrario , el 23.2% prefieren la esterilización para prevenir el embarazo y, tan solo el 6% usa el preservativo. Las tasas serían más alarmantes sin la aportación de Brasil , donde el 69% de las mujeres emplean la planificación familiar. (2)

En el caso de México , el 53% no emplea método alguno, 3.9% elige la píldora . Comparando la aceptación de los métodos , llama la atención la generalizada extensión de las esterilizaciones. Estudios realizados por el Instituto Alan Guttmacher , indican que en la región necesitarían recibir orientación en planificación familiar 8 millones de mujeres en Brasil,7 millones en México y cerca de 2 millones en países como Colombia o Perú.

La falta de implantación de métodos anticonceptivos explica el elevado índice de fecundidad de la mujer latinoamericana . Así, el promedio de México se eleva a 4 hijos por mujer , en Venezuela se sitúa en 3 hijos, en Argentina 2.7 y en Brasil, Chile y Colombia en 2.6 hijos por mujer.( 3)

Otro hecho que llama la atención es el elevado porcentaje de nacimientos entre jóvenes de 15 a 19 años, que se sitúan en un 16.5% de todos los registrados, los adolescentes sexualmente activos tiene un periodo de espera en promedio de 1 año luego de comienzo de su actividad sexual para emplear anticonceptivos, como consecuencia de este tiempo el 50% de los embarazos ocurren en los primero 6 meses posteriores a su primera etapa coital y en el periodo inicial del ciclo de vida familiar aún con falta de adaptación a su vida

conyugal . Este indicador representa los promedios con europeos y estadounidenses, por debajo de 8%. (3, 4)

En la actualidad , se estima que en Latinoamérica existen 110 millones de mujeres en edad fértil y unos 46 millones utilizan métodos anticonceptivos, de estas, 16 millones utilizan métodos reversibles y casi 30 millones irreversibles. Se calcula que para el año 2005 habrá aproximadamente unos 130 millones de mujeres en edad fértil, ascendiendo el número de usuarias de métodos a unos 75 millones , según las estimaciones efectuadas por Population Action International.

El panorama en 1995 de los datos poblacionales importantes a considerar en México reportados por el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) (5) , son los siguientes: Población total de México 91,120,433I , Población total femenina en México 46,242,875,Población total masculina en México 44,877,558 , total de Mujeres en Edad Fértil (MEF) en México 22,118,591 ,total de Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU) en México 14,502,004 y en relación con Embarazo/ Fecundidad sobresalen el número de embarazos en México 4,200,000 cada año Maternidad sin riesgos , el número de nacimientos en México 2,735,312., porcentaje de embarazos en México que culminan en nacimientos deseados 60%.

### ***La familia y embarazo***

La gestación y el nacimiento son sucesos que se consideran importantes en la mayoría de las culturas , en la familia el embarazo se considera como un periodo de gran susceptibilidad donde es necesario comprender las interacciones complejas de los factores psicosociales y biológicos de cada paciente durante este periodo, en forma general el embarazo es un factor de gran tensión familiar, lo cual unido a factores intrafamiliares

afectan las relaciones funcionales de la familia al producir los diferentes grados de dificultad, la familia siendo un microsistema funcional sujeto a leyes o reglas deberá responder a una adaptación según se exploró en un estudio de embarazo y depresión realizado en Pinar del Río Cuba (6,7,8).

El uso de variables de familia como estructura familiar, dinámica familiar, Apgar familiar y aceptación del embarazo por la familia fue abordado por el estudio de Díaz J en Pinar del Río, encontrándose que al aparecer un embarazo se incrementan la aparición de problemas nuevos y con frecuencia los anteriores se intensifican, por lo que es importante que el nivel de aceptación del embarazo por la familia sea tomado en cuenta, una dinámica inadecuada, los pacientes con estructura familiar ampliada y las familias moderadamente disfuncionales o las severamente disfuncionales requiere del abordaje integral y establecer estrategias de tal forma que el deseo de embarazo sea un motivo de alegría a la familia y no de mayor problema. (8)

Es importante reconocer los múltiples problemas biomedicos del embarazo : perfil obstétrico de la adolescente, síndrome de Hellp, la gestante añosa, extrema pobreza, cesárea anterior periodo intergenesico corto, diabetes e hipertensión ya ampliamente conocidos ; también es importante indagar sobre la opinión de uso de metodología anticonceptiva por mujeres en edad fértil , en un estudio realizado en Perú y publicado en el congreso Peruano de Ginecología se determino que la planificación familiar esta ligada a una paternidad responsable, en este estudio la mayoría de las mujeres en edad fértil no reconoció sus derechos como personas y tampoco sus derechos reproductivos. (9)

### ***El Apgar Familiar***

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación<sup>1</sup>, esto depende de si la familia es

disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social.

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar (10,11 ) como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar., sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

1. Adaptación
2. Participación
3. Ganancia o crecimiento
4. Afecto
5. Recursos

Para el instrumento inicial se propusieron 3 posibles respuestas (2, 1, 0) en cada parámetro; al sumar los 5 parámetros, el registro oscilaba entre 0 y 10 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia<sup>1</sup>.

La validación inicial del APGAR familiar (11) se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La

validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89).

Después de esta validación inicial, el APGAR familiar, se evaluó en múltiples investigaciones, como la efectuada por los departamentos de psicología y de psiquiatría de la Universidad de Washington, y el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwán que mostraron unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83. (12)

El clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares. pero lo más común en la práctica médica es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga dificultad para abordar tales temas, en esos el APGAR familiar cobra su importancia como herramienta de enfoque del problema, en el seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. (12)

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en embarazo (13) , situaciones relacionadas a el embrazo (14-17), depresión del posparto (18) efectos en los recién nacidos (19).

Además se a estudiado el impacto del embarazo en aspectos psicosociales , planteamientos de investigación en programas de planificación y cuidados prenatales que de alguna manera tratan de ampliar las perspectivas . (20,21,22,23)

### **Planteamiento del problema**

Distintos expertos en planificación familiar y demografía explican que las cifras bajas de uso de metodología anticonceptiva son debido a varios factores :Abordaje individualista biomédico , carencia de educación, en el curriculum escolar sin educación sexual , falta de información orientada a la salud de la mujer por los equipos de salud, razones de tipo moral y cultural, razones propias de idiosincrasia, concepto de virilidad, papel marginal de la mujer en la familia. , de acuerdo con el enfoque sistémico en medicina familiar ,el no uso de metodología anticonceptiva puede ser parte de un sistema disfuncional , controversia que habrá de estudiarse en todas las parejas , por eso se pretende determinar el perfil funcional familiar en mujeres en edad fértil y sus características sociodemográficas. (1,2,3)

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación que hay entre funcionamiento familiar y la aceptación ó no de metodología anticonceptiva ?

### **Justificación**

La evaluación del perfil funcional familiar en la salud reproductiva será una de las respuestas a las necesidades que tienen los médicos y el sector sanitario en la aceptación de metodología anticonceptiva con un enfoque sistémico y acuerdo a su periodo del ciclo vital familiar y sus condiciones sociodemográficas

**Objetivo General:**

Determinar el funcionamiento familiar en relación con el uso de metodología anticonceptiva .

**Hipótesis Nula :**

No hay relación con el grado de funcionamiento familiar y uso de la metodología anticonceptiva

**Hipótesis de trabajo:**

Hay una relación con el grado de funcionamiento familiar y uso de metodología anticonceptiva.

## **Metodología**

**Población:** Mujeres en edad fértil que acuden a la unidad de medicina Familiar Villagran Gto de 15 a 49 años.

### **Muestra :**

Proporción prevista 50%, nivel de confianza 95%, número de mujeres fértiles (15 a 49 años) **384** , tipo de muestreo por cuota . Hipótesis de dos colas

### **Procedimiento**

Se realizará una abordaje familiar con dos instrumentos *la Ficha Básica de Identificación Familiar CEBIF 1* , *Apgar Familiar* y *cuestionario de uso de metodología anticonceptiva* Anexo 1 y 2 .

Teniendo como unidades de investigación mujeres en edad fértil de 15 a 49 años con familia , que con y sin metodología anticonceptiva, el periodo de aplicación será un año y el abordaje se realizara por el alumno de especialidad en medicina familiar , durante su segundo año de la especialidad.

### **Tipo de diseño**

Descriptivo transversal

### **Criterios de inclusión**

Mujer fértil de 15 a 49 años derechohabiente la unidad de medicina Familiar de Villagran Gto, con y sin metodología anticonceptiva, con familia.

Aceptación del conocimiento informado verbal

### ***Criterio de Exclusión***

Paciente con morbilidad para uso de metodología anticonceptiva trastornos hepático, tromboflebitis, patología de mama, trastorno de coagulación , insuficiencia venosa.

### ***Criterio de eliminación.***

Paciente que decida interrumpir el abordaje por razones propias , en respeto a su autonomía

### **Manejo estadístico**

Estadísticas descriptivas para variables universales, prueba de la Ji cuadrada para contrastar el funcional y uso de metodología anticonceptiva, Ji cuadrada para indicadores (funciones familiares) y uso de metodología anticonceptiva, correlación no Paramétrica de Sperman para escolaridad y Pearson para años de unión y edad , cuadro para variables demográficas

### **Aspectos éticos**

El presente trabajo considerara el aspecto voluntario del sujeto para participar con respeto a su dignidad, y pretende principalmente conocer los aspectos de funcionamiento familiar con relación a la falta de uso de metodología anticonceptiva ,se basara en los principios universales del derecho del paciente como sujeto de investigación : autonomía, no mal eficiencia , beneficencia y justicia, previa valoración por el comité de ética de la unidad bajo el instrumento guía de estimación del riesgo ético de los protocolos de investigación publicado por Castilla Serna y cols en: la Gaceta Medica de México 1986, 122:93-103.

Anexo 3 (9)

## Resultados

Se realizaron 386 entrevistas mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en la UMF 40 de Villagran, Gto., México, su edad media fue de  $33 \pm 8.1$  años, un promedio de hijos de 3.8, las características sociodemográficas se presentan en la **tabla 1** , 90 % (344) fueron casadas, 49 % (190 ) tuvieron primaria, en cuanto tipología familiar **tabla 2** , fueron tradicionales el 78% (301), predominó el tipo rural en el 61 % (234) , la estructura nuclear se presentó en el 53 % (205) ,en la indagación sobre su ocupación se dedican a labores del hogar el 99 % (380).

La **grafica 1** muestra las etapas de ciclo vital en esta serie de pacientes, 54 % (212) en la etapa de expansión.

La **tabla 3** muestra las características de metodología anticonceptiva 63 % no utilizan metodología, el dispositivo ocupó el 21%, el mayor tiempo de uso fue 3 a 5 años con 11%, en el 32 % fue indicado por el médico.

El **gráfico 2** presenta la clasificación de la funcionalidad familiar de acuerdo a puntuación global del APGAR siendo funcionales 302 (79 %).

La frecuencia de respuesta por indicador de Apgar se presentan en los **gráficos 3,4,5,6, 7**

La **tabla 4** describe la correlación de Pearson para edad y años de unión y correlación de Spermán para escolaridad y calificación de Apgar , no hubo significancia .

Los resultados de análisis de cada función que evalúa la escala del Apgar con respecto a las variables de metodología en planificación familiar , se presentan en la **tabla 5** , el uso de metodología no fue significativo con las funciones de cuidado, crecimiento y resolución, el tipo de método usado ni el tiempo de su uso no fue significativo con la función resolución.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de estudio**

<i>Edad</i>			33±8.1 años
<i>Estado civil</i>	Casadas	344	90 %
	Unión Libre	20	5 %
	Viudas	13	3 %
	Divorciadas	9	2. %
<i>Escolaridad</i>	Nula	18	5 %
	Primaria	190	49 %
	Secundaria	153	40 %
	Preparatoria o		
	Profesional	25	6 %

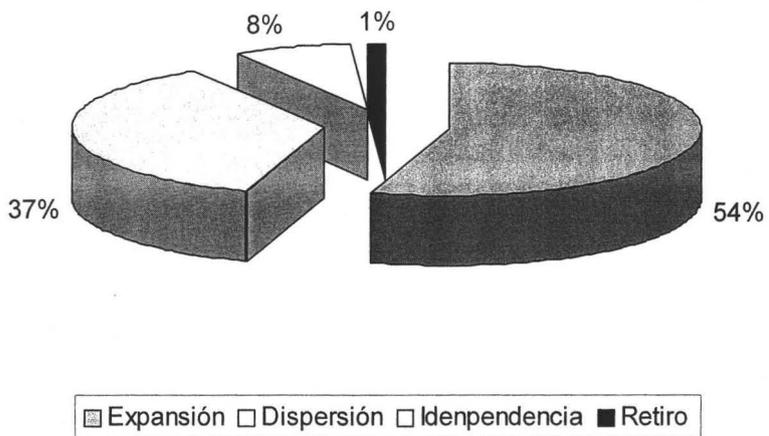
*Fuente Cebif 1*

**Tabla 2 características de tipología familiar.**

	Número	Porcentaje
<b>Por su desarrollo</b>		
<i>Moderna</i>	85	22. %
<i>Tradicional</i>	301	78%
<b>Por desarrollo comunitario</b>		
<i>Urbana</i>	152	39 %
<i>Rural</i>	234	61 %
<b>Estructura y Ocupación</b>		
<i>Nuclear</i>	205	53 %
<i>Nuclear extensa</i>	181	47%
<b>Ocupación</b>		
<i>Hogar</i>	380	99%
<i>Diferente al hogar</i>	4	1%

**Fuente Cebif 1.**

**Gráfico 1 Etapas del ciclo de vida familiar**



**Fuente Cebif I**

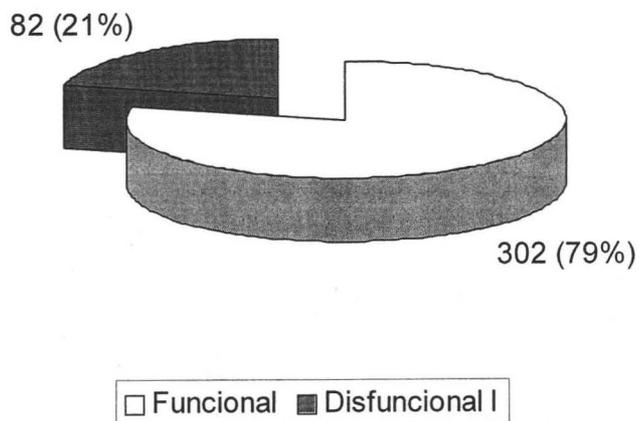
**Tabla 3. Características de uso de metodología anticonceptiva**

	Numero	Porcentaje
<b>Utiliza</b>		
Si	142	37%
No	244	63%
<b>Tipo de método</b>		
Ningún método	244	63 %
Dispositivo intrauterino	80	21 %
Hormonal oral	39	10 %
Hormonal parenteral	21	5%
Salpingoclasia	2	1%
<b>Tiempo de uso</b>		
Sin uso	244	63%
2 a 6 meses	26	7%
Un año pero menos de 2	35	9%
Dos años	17	4 %
Tres a cinco años	40	11%
Mas de 5	24	6%
<b>Indicado por</b>		
No usa	244	63 %
Médico	125	32 %
Familiar	13	4 %
Otro	4	1 %

**Fuente Cuestionario de uso de metodología anticonceptiva**

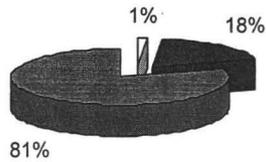
**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

**Grafico 2 Clasificacion de familias por Apgar**



*Fuente Cuestionario Apgar*

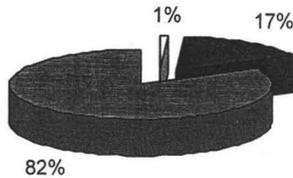
**Grafico 3 Frecuencia de respuesta en el indicador adaptabilidad**



□ Difícilmente ■ Algunas ocasiones ■ Casi siempre

**Fuente Apgar familiar**

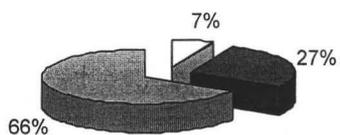
**Gráfico 4 Frecuencia en el indicador proteccion**



□ Difícilmente ■ Algunas ocasiones ■ Casi siempre

**Fuente Apgar Familiar**

**Gáfico 5 Frecuencia de respuesta en el indicador crecimiento**

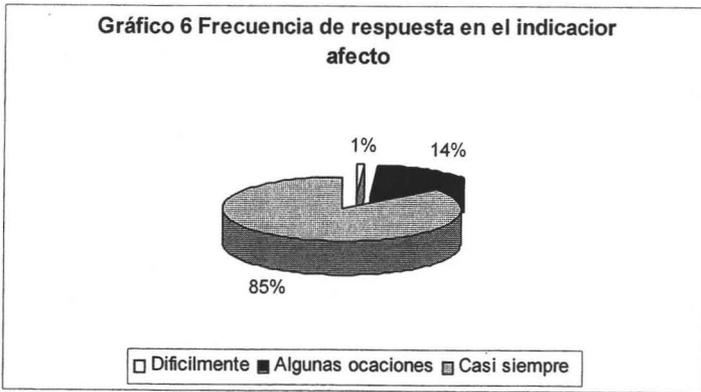


□ Dificilmente ■ Algunas ocasiones ■ Casi siempre

***Fuente Apgar Familiar***



Fuente Cuestionario Apgar familiar



Fuente Cuestionario Apgar familiar

**Tabla 4. Correlación Apgar y variables con variables universales**

	Valor Rs	Significativo
Edad	.125*	ns
Años de unión	.53 *	ns
Escolaridad	0.04 **	ns

Pearson \*

Sperman \*\*

*Fuente Cuestionario Apgar y Cebif 1*

**Tabla 5. Del cuestionario por indicadores de Apgar e indicadores de metodología anticonceptiva**

	Utiliza método	Tipo método	Tiempo de uso	Quien indica
Adaptabilidad <i>Adaptability</i>	10.0 p 0.006	22.5 p 0.004	52.3 p <0.05	29.9 p < 0.05
Cuidado <i>Protection</i>	5.7 p 0.55*	26.9 p <0.05	32.4 p <0.05	22.9 p .001
Crecimiento <i>Growth</i>	5.3 p 0.07*	53.9 p <0.05	35.3 p 0.05	23.9 p <0.05
Afecto <i>Afectibility</i>	16.6 p <0.05	31.1 p < 0.05	110 p <0.05	45.5 p < 0.05
Resolución <i>Resolution</i>	5.2 p.074*	9.7 p 0.283*	17.9 p0.58 *	20.9 p < 0.05

**Valor Chi cuadrada valor \* No significativo**

## Discusión

La población de mujeres en el Mpio de Villagran , Gto es de 24,300 (INEGI), considerando los datos poblacionales a nivel nacional reportados por INEGI (4) el 22% de las mujeres se encuentran en edad fértil ,coincide para la población de mujeres fértiles en Villagran calculada en 4, 600 mujeres fértiles (22%), , en el grupo de estudio una edad media de  $33 \pm 8.1$  años , promedio incluido dentro de los criterios de edad para el estudio (15-49 años), los datos poblacionales de INEGI indican que el 72% de la mujeres en edad fértil se encuentran casadas , en el estudio la mayoría fue casada (90%) , en cuanto a las características de familia los resultados encontrados coinciden con lo reportado por Balestena y cols. (6) las mujeres entrevistadas en su mayoría aun ejercen roles tradicionales como el de ser amas de casa, estos resultados se fortalecen porque en el estudio la mayor proporción perteneció a mujeres rurales 61% en las que persisten los roles tradicionales , dado los criterios de selección para la muestra la etapa de expansión fue la prevaleciente en esta etapa la cobertura de planificación puede considerar baja dado que solo 4 de cada 10 la tiene , esto también es reportado por Domínguez y colaboradores (3) , de las que usaron metodología anticonceptiva fue de 140 mujeres (40%) y mas de la mitad de ella fue de dos años de cobertura de planificación sin embargo hay un porcentaje significativo de mujeres que lo usan por tiempos predominantemente corto, en el estudio 61 (16%) utilizó metodología por periodos muy cortos esto concuerda con lo reportado por Bito (22) que se traduce como exposición para periodos intergenésicos cortos por la falta de uso en 63% de la entrevistadas y por el uso por periodos muy cortos del 16% y con sus consecuencias en el cuidado de la salud materno infantil coincide con lo que encontrón en los estudios de Eggleston E (23).

El abordaje de la funcionalidad a pesar de haber utilizado un instrumento que por sus características tiene sensibilidad del 60% (10 y 11 ) , pudo encontrarse que estas mujeres pertenecen en su mayoría a familias funcionales , en análisis individual por funciones la adaptabilidad y el afecto se asociaron al uso ,esto hace pensar que existe un compromiso en subsistema de pareja en el que el interés a satisfacer cuida se pide ayuda o recibir cariño o afecto alas aflicciones , todas las funciones excepto resolución se asociaron a al tipo de método el cual es aplicable porque la mayoría de las entrevistadas aún se encontraban en etapa de expansión y el método mas frecuente fue temporal , el tiempo de uso se asocio a las funciones excepto en la resolución aparentemente el tiempo que la familia convive no es suficiente ,todas las funciones familiares se asociaron a la indicación médica, debe entenderse en mayor confianza hacia el medico, sin embargo la familia también participa en un porcentaje , apoyándose en ella en algunas ocasiones , estas condiciones familiares también fueron estudiadas por Glazier en el resultado del embarazo asociadas al funcionamiento de familia y sus condiciones sociodemográficas , encontrando como factor importante el nivel bajo social, el presente estudio las mujeres 54 % tuvieron bajo nivel escolar, no trabajaban eran dependientes en 78%, y persistían unidas a familias extensas el 47%, datos que traducen el bajo nivel social de Glazier.(24)

El presente estudio tiene limitaciones , las mujeres con metodología definitiva entrevistadas fue muy poco, además el instrumento es poco sensible , se sugiere nuevos abordajes en los que se incluya un seguimiento en mujeres usuaria de anticonceptivos y evaluaciones iniciales de funcionamiento familiar y evaluaciones de preferencia semestrales para ver si hay alguna asociación.

## Conclusiones

1. Las mujeres fértiles entrevistadas tuvieron una tasa de cobertura en planificación familiar baja, cuatro de cada diez .
2. Las familias tienen funciones aceptables en la adaptabilidad y el afecto estas dos funciones se asociaron al uso de metodología lo que hace pensar que existe un compromiso en el subsistema de pareja con el interés de satisfacción mutua.
3. La función de resolución no se asoció al uso de metodología aparentemente el tiempo que la familia convive con ella no es suficiente
4. Todas las funciones familiares se asociaron a la indicación médica, explicable a la confianza hacia el médico.
5. La familia también participa en el uso de metodología anticonceptiva e en un menor porcentaje .
6. Las variables de nivel social bajo predominante en la población de estudio sugiere actuar en la superación de estos factores sociales determinantes de familia y actitudes en la mujer .
7. A manera personal recomiendo que se aproveche la confianza depositada en el médico y la participación encontrada en la familia

## **Bibliografía**

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. *Panorama social de América latina 2004*, preparado conjuntamente por la División de Desarrollo Social y la División de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL. [www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/0/LCL2220PE/PSE\\_2004\\_](http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/0/LCL2220PE/PSE_2004_)
2. Evaluación de la salud. Demografía y estadísticas en Salud pública En . San Martín Salud y enfermedad. 4ª edición. 119-32.
3. Domínguez OJ, Santoyo S. La Anticoncepción en América Latina. Centro Latinoamericano Salud y Mujer, [http:// www.celsam.org](http://www.celsam.org) 2002
4. Speroff L, Darney h. A clinical guide for contracepcion, 2 da. Edicion Editorial Williams and Wlkins 1996. Cap 10. Pag 295-321.
5. Datos Poblacionales INEGI 1995.
6. Balestena SJ, Balestena SS, Soto TS, Rivera OF, Serrano PI. Niveles de depresión en el tercer trimestre de la gestación en relación con la familia. Boletín MGI.1999; 3 : 3.
7. Leal C. Aspectos Psicológicos del embarazo parto y puerperio. Rev Esp Obst Ginecol 1982; 41 (275):493-98.
8. Díaz J. La familia como unidad de atención. Rev Cubana Med Gen Integr 1989; 5 (2) : 231-4

9. Gutiérrez M, Juárez J, Loayza E. Diagnostico situacional de los servicios de atención postaborto en 44 establecimientos de la salud del MINSA (1997-2001). En. XIV Congreso Peruano de Obstetricia Y Ginecología.
10. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31.
11. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11.
12. Chen YC, Chen CC, Hsu SH, et al. A preliminary study of family APGAR index. *Acta Pediatric Scand* 1980; 21: 210.
13. Ramsey C. The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. *J Fam Pract* 1986; 22: 521-25.
14. Herrera JA, Gonzáles M. El ambiente psicosocial y las complicaciones obstétricas. *Colombia Med* 1987; 18: 55-61.
15. Herrera JA, Alvarado JP, Martínez JE. The psychosocial environment and the cellular immunity in the pregnant patient. *Stress Med* 1988; 4: 49-57.
16. Herrera JA, Hurtado H, Cáceres D. Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. *Fam Pract Res J* 1992; 12: 391-99.
17. Herrera JA, Hurtado H, Cáceres D. Prevención de complicaciones perinatales: una aplicación del modelo biopsicosocial. *Avances Med Soc* 1992, 2: 28-32.
18. Herrera JA, Vallejo MN, Palacios I. Disfunción familiar en el embarazo y depresión postparto. *Avances Med Soc* 1993; 3: 55-8.
19. ALVARADO M, Rubén, MEDINA L, Ernesto y ARANDA CH, Waldo. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Rev. méd. Chile*, mayo 2002, vol.130, no.5, p.561-568. ISSN 0034-9887.

20. Castellano BG: Importancia de los factores psicosociales XXIX Congreso Ordinario de Pediatría EAP 2000. Tenerife España .
21. Castilla S, Jurado G, Lares A, Ruiz M, Cravioto M. Propuesta de un instrumento guía para la estimación del riesgo ético en los protocolos de investigación en que participan seres humanos. *Gac. Med. Mex.* 1986;122:93-103.
22. Bitto A et al., Adverse outcomes of planned and unplanned pregnancies among users of natural family planning: a prospective study, *American Journal of Public Health*, 1997, 97(3):338-343;
23. Eggleston E, Unintended pregnancy and use of prenatal care in Ecuador, monografía presentada en la reunión annual de la American Public Health Association, Washington, DC, 15 a 19 de noviembre, 1998.
24. Authors: RH Glazier; FJ Elgar; V Goel; S Holzapfel Source: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, Numbers 3-4/September-December 2004, vol. 25, no. 3-4, pp. 247-255(9)

12 92 72 1100 2P 770R  
Cantar Alvarice Angelica

Instrumento de captacion de datos

FOLIO

03

C3-TV

El presente trabajo tiene la finalidad de estudiar el ámbito familiar en pacientes , es parte de su atención y ayuda a UD y al médico en el abordaje de sus problemas, es completamente voluntario y no se encuentra de ninguna manera obligado , tampoco contraviene los principios de la Investigación ética

Cédula Básica de Identificación Familiar ( CEBIF-1). Arch Med Fam 1999;1(3):67-72)

Familia Damián Cantar

conteste en esta columna

Estado Civil (1) Casado (2) Union libre 1

Años de unión conyugal 6

Nombre de la persona que responde el test Angelica

Edad en años cumplidos 26

Genero (1) Masculino (2) Femenino 2

Escolaridad (1) nula (2) Primaria (3) Secundar (4) Profesional o preparatoria 3

Número de Hijos que viven con Ud 1 (6 años)

Tipo de familia Por su desarrollo (1) Moderna (2) Tradicional 2

Por su desarrollo comunitario (1) Urbana (2) Rural 1

Estructura (1) Nuclear (2) Extensa (3) Extensa compuesta 1

Ocupación actual (1) Jubilado (2) Comercio (3) Profesional (4) Técnico (5) Oficio 5 (6) discapacitado

Etapa del ciclo vital familiar (1) Expansión (2) Independencia (3) Dispersión (4) Retiro 1

Observaciones

Esposo ubicado

APGAR FAMILIAR <i>Fam Prac 1231-1239 1978</i>			
	Casi siempre 2 puntos	Algunas ocaciones 1 punto	Difícilmente 0 puntos
1. Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema	2		
2. Estoy satisfecho con la manera que mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en la resolución de problemas conmigo	2		
3. Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actitudes o hacer cambios en mi estilo de vida	2		
4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción y amor	2		
5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos	2		
	CALIFICACION		10

A  
P  
G  
A  
R

		conteste en esta columna
Antecedentes de uso de anticonceptivo		
Utiliza algún anticonceptivo	(1) Si (2) no	2
Que tipo	(1) Hormonal oral (2) Hormonal parenteral (3) Diu (4) definitivo	0
Tiempo de uso	(1) 2 a 6 meses (2) un año pero menos 2 años (3) 2 años (4) 3 a 5 años (5) mas de 5 años	0
Indicado	(1) Médico (2) Familiar (3) Otro _____ anotar aquí _____	0

Doy condones

**ANEXO**

**Consentimiento informado para participación en Proyectos de Investigación Clínica.**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo que mi \_\_\_\_\_

Participe en el proyecto de investigación titulado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número \_\_\_\_\_

El objetivo de este estudio es \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que su participación consistirá en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de su participación en el estudio que son los siguientes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El investigador principal se ha comprometido a darme información sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para su tratamiento así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán acabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con su tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirar a mi representado (a) del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se identificará a mi representado (a) en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Investigador Principal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo