



Facultad de Medicina



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION REGIONAL VERACRUZ NORTE.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.66.
XALAPA, VER.**

**CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LAS EMBARAZADAS EN LA U.M.F.
No. 30 PEROTE, VER**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

DR. MARTIN PEDRO VARGAS HERNANDEZ.

XALAPA, VER.

2007.



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.

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

XALAPA, VER.

2008.

**CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LAS EMBARAZADAS EN LA U.M.F.
NO. 30 PEROTE, VER**

PRESENTA

DR. MARTIN PEDRO VARGAS HERNANDEZ.

AUTORIZACIONES

**DRA. GRACIELA MOTA VELAZCO.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
XALAPA, VER.**

**DRA. GRACIELA MOTA VELAZCO.
ASESOR METODOLOGICO**

**DRA. GRACIELA MOTA VELAZCO.
ASESOR DE TEMA**

XALAPA, VER.

2008.

TESTIMONIO DE AGRADECIMIENTOS

A ti Señor:

Fuente de sabiduría a quien he confiado el éxito de estos años de estudio y por darme la oportunidad de seguir y tener lo más bello de la vida, salud, amor, familia y amigos.

A mis padres:

Por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida. Gracias por guiarme sobre el camino de la educación. Creo ahora entender porque me obligaban a mi media hora de máquina de escribir, a terminar mi tarea antes de salir a jugar y muchas cosas más que no terminaría de mencionar.

A mi Esposa:

Por el apoyo incondicional en todos los sentidos, sobre todo por estar conmigo en los momentos más difíciles de mi vida, por darme fortaleza, confianza, amor y solidaridad.

A mis hijos:

Pedro y Jesús, por ser parte de mi y gracias a ellos a seguir hacia adelante con mayor responsabilidad y carácter contra las adversidades.

A mis maestros:

Por su tiempo de enseñanza y compartir lo más importante, sus experiencias con los pacientes.

A mis pacientes:

Por enseñarme, confiar en mí, darme lo más importante de ellos su amistad, cariño y dolor.

A mis compañeros:

Por la enseñanza y experiencias que compartimos, las cuales nos permiten mejorar como personas y profesionales

A mi Asesora (Dra. Graciela):

Por su dedicación, contagioso entusiasmo y paciencia para leer y corregir mi trabajo.

INDICE

➤ INDICE.....	5
➤ RESUMEN.....	6
➤ MARCO TEORICO.....	7
➤ PROBLEMA.....	15
➤ JUSTIFICACION	16
➤ OBJETIVO.....	17
➤ METODOLOGIA.....	18
➤ RESULTADOS.....	25
➤ DISCUSION.....	35
➤ CONCLUSIONES.....	37
➤ BIBLIOGRAFIA.....	38
➤ ANEXOS.....	40

RESUMEN

Características Familiares de las Embarazadas en la U.M.F. NO.30 de Perote, Ver.

* **Vargas-Hernández M.P.**, ****Mota-Velasco G**, *** **Olvera-Cortes H.**

Medico Residente del tercer año de medicina familiar semi-presencial, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). ** Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar, UMF No. 10 IMSS. *** PROMOTOR DE Salud Comunitaria UMF 30.

OBJETIVO: Identificar las características Familiar de las Embarazadas en la U.M.F NO. 30, Perote, Ver.

MATERIAL Y METODOS: Diseño: Descriptivo, prospectivo, transversal.

Tiempo: Noviembre del 2005 a junio del 2007. Lugar: U.M.F. no. 30 Perote, Ver.

Población: Embarazadas adscritas a la UMF 30. Muestra: Estará formada por todas las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal durante el periodo septiembre 06 a febrero 07, a las cuales se aplico encuesta para datos generales, los cuales fueron analizados a través de paquetes estadísticos de Excel 2003.

Resultados: Se encuestaron un total de 123 embarazadas, de las cuales se distribuyeron por grupos etareos: con las siguientes características, predominio de embarazadas de 23 a 26 años con 33%, de acuerdo al estado civil mayor porcentaje de las casadas con 73%; bachillerato 33%; en cuanto a la tipología familiar predomino la familia nuclear simple con 62%, presencia física en el hogar: nuclear con 91%; riesgo obstétrico bajo 56%, en el primer trimestre de control con 53%, con evidencia de pobreza 53%.

CONCLUSION:

Se encontró que la mayoría de las embarazadas cuentan con alto indice de formación académica, familiar nucleares integradas, un indice de pobreza bajo, con indice de riesgo obstétrico bajo.

Palabras clave: embarazadas, Tipologia Familiar, economía

MARCO TEORICO

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción son tan antiguas como la especie no es hasta 1861 cuando Bichofeen inicia el estudio científico de la familia y, con ello, un intento de aclarar su historia, definirla y tipificarla a través del tiempo. (1).

Al paso del tiempo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han ido surgiendo diferentes definiciones, cada una de las cuales tiene diferentes niveles de aplicación. Así por ejemplo la Organización Mundial de la Salud señala que por familia se entiende, "a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre. Adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. "Esta definición esta orientada fundamentalmente hacia cierto tipo de estudios demográficos y epidemiológicos, Los censos estadounidense y canadiense definen a la familia con un enfoque similar.

El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe entender "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje." En esta definición, en la cual están reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar. (2).

Algunos autores resaltan en su definición la legitimidad y la estabilidad de las relaciones sexuales, dando así importancia a una de las funciones básicas de la familia, que es la de perpetuar la especie y proveer de nuevos miembros a la sociedad. Así por ejemplo, Bottomore señala que "la familia es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente duradera para la procreación y la crianza de los hijos." Murdock agrega que las relaciones sexuales que se efectúan entre los cónyuges son "socialmente aceptables."

A partir de estas definiciones se reconocen ahora dos elementos básicos que dan un carácter institucional a la familia. El primero porque establece las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer, y el segundo porque determina el reconocimiento de los deberes y los derechos de los padres hacia los hijos. En éste sentido señala Malinowsky; "el Matrimonio no puede definirse como la legitimación del intercambio sexual sino, más bien, como la legitimación de la filiación." (3).

Desde el punto de vista de algunos estudios del comportamiento humano, la vida aparece como una experiencia compartida; en consecuencia, el individuo no puede vivir solo o aislado, pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos. Sin embargo, no obstante que la familia puede considerarse como la mejor opción para vivir en asociación, la experiencia no siempre resulta satisfactoria. Por este motivo Ackerman, al referirse a la familia, la define como "la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud." Minuchin la define como "el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares." (4).

Dentro de la literatura psicoanalítica, quien introdujo el término identidad once años después de la muerte de Freud fue Víctor Tausk, en el año 1944. Posteriormente varios autores, especialmente Erik H. Erikson, abordaron el tema desde diferentes ángulos psicoanalíticos y psicosociales. Según estos estudios, es la familia la que en condiciones ordinarias tiene la función más importante en la formación de la identidad. En efecto, es en la familia donde transcurren los primeros años de vida del individuo, y en ella recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica, y psicológica, así como para su socialización. En el desarrollo del proceso de identidad son muy importantes para el individuo las figuras de la madre y del padre, porque se identifica parcial o totalmente con ellas. (5).

Con lo antes señalado, se deduce que las corrientes que más han contribuido a definir y caracterizar a la familia son la socioantropología, el psicoanálisis y la psicología. Según estas corrientes, se pueden distinguir dos puntos de vista diferentes. Uno de ellos podría denominarse "macrosociológico" estudia la familia tomando como referencia, a la sociedad de manera global. Comparten este punto de vista la mayoría de los antropólogos clásicos, como Morgan, Taylor, Bachoffen y Mein, entre otros, y Freud desde el punto de vista del psicoanálisis, Durkheim desde el punto de vista propiamente sociológico y Engels bajo la perspectiva del materialismo histórico. El otro punto de vista, llamado "microsociológico", que en términos generales se ha desarrollado en el seno de la antropología social británica, sobre todo tras los trabajos de Malinowsky, se refiere básicamente al análisis de hábitos y costumbres familiares en el seno de un mismo grupo social. Aquí también podrían incluirse algunos estudios efectuados en el nuevo mundo por cronistas españoles del siglo XVI, y que constituyen una aportación temprana y excepcional, ya propiamente de tipo etnográfico, sobre diversas instituciones sociales que incluyen a la familia.

Lo hasta aquí señalado sirve como marco de referencia para ayudar a la medicina familiar a conceptualizar y definir mejor al grupo llamado familia. Intentar una nueva definición no es fácil y resulta un tanto artificial, ya que pudiera no ser muy aplicativa en un contexto determinado. Aún con estas restricciones, consideramos que a los médicos familiares nos es de gran ayuda contar con un concepto básico de nuestro objeto de estudio, y con este propósito podemos definir a la familia como "un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos, y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar." (6).

Ofrecer una definición exacta sobre la familia es una tarea compleja debido a enormes variedades que encontramos y al amplio espectro de culturas existentes en el mundo. "La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento". No se desconoce con esto otros tipos de familia que han surgido en estas últimas décadas, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos/as, en su ejercicio parental o maternal.

El esquema del ciclo de la vida familiar ha sido objeto de numerosas críticas.

Es necesario tener en cuenta también las normas culturales propias de cada región.

La familia es la más compleja de todas las instituciones, aunque en nuestra sociedad muchas de sus actividades tradicionales hayan pasado parcialmente a otras, todavía quedan sociedades en las que la familia continúa ejerciendo las funciones educativas, religiosas protectoras, recreativas y productivas.

Como ya hemos visto hay diversos tipos de familia y por ello son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relaciona y viven cotidianamente (7).

Existen diferentes enfoques para estudiar la familia, el modelo interaccional, permite estudiar las transacciones de los miembros de la familia que son mantenidos y gobernados por una serie de reglas implícitas (mitos familiares) y/o explícitas que explican al mismo tiempo la estabilidad (homeostasis-morfoestasis, Speer, 1970) y la transformación del grupo familiar. Entre los miembros existe una relación de dependencia recíproca que determina el comportamiento de uno o más miembros y modifica la totalidad de las relaciones dinámicas de la familia. La familia funciona como un todo, como un continuo circular, la organización estructural de los miembros de la familia se realiza en función de una actualización conjunta de un proyecto familiar central, aún cuando éste aparece, a veces, incomprendible y contradictorio. (8).

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función.

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar.

Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar. (9).

Clasificación de familias de acuerdo a diversos autores:

Murdock los define como:

Monógamos o polígamos. (10).

El modelo de la sociología española:

Familia unipersonal, hogares solitarios

Familia de núcleo estricto

Familia nuclear

Familia monoparental

Familia de tejido secundario

Otras estructuras. (11)

Según Morgan:

La familia consanguínea

La familia punalúa.

La familia sindiásmica.

La familia monogámica. (12,13).

Según Rico: (14,15).

Familia unipersonal

Familia nuclear completa

Familia nuclear incompleta

Familia extensa completa

Familia extensa incompleta

Familia compuesta completa

Familia compuesta

Familia incompleta

Pereira Domínguez, M^a c. y Pino Juste, M.
Familia extensa
Familiar nuclear
Familia uniparental
Familia pluriparental
Familia de hecho
Familia sin hijos
Familia homosexual (16).

René Maunier
Familia Consanguínea
Familia Conyugal
Familia Nuclear
Familia Atomizada
Familia Extensa
Familia Ampliada (17,18).

EL COLEGIO DE PROFESORES DE MEDICINA FAMILIAR DE LATINOAMERICA EN SU REUNION DE 2005 CONSENSO UNA CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DE ACUERDO A: (9).

Parentesco.- Es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.

Presencia física en el hogar o convivencia.- La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.

Medios de subsistencia. La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas.

Nivel económico.- El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar.

Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.- Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar. (9).

* PARENTESCO

Con parentesco

Nuclear.

Nuclear simple.

Nuclear numerosa.

Reconstruida (binuclear).

Monoparental.

Monoparental extendida.

Monoparental extendida compuesta.

Extensa.

Extensa compuesta.

No parental.

Sin parentesco

Monoparental extendida sin parentesco.

Grupos similares a familias.

* Presencia física en el hogar o convivencia

Núcleo integrado

Núcleo no integrado

Extensa ascendente

Extensa descendente

Extensa colateral

* Medios de subsistencia.

Obrera

Industrial

Comercial

Servicios

Embarazo y familia:

El embarazo y la maternidad tienen un impacto psicológico, cultural, social y biológico a cualquier edad.

La percepción del embarazo está asociada con la familia de origen. (19)

El rol reproductivo maternal asignado socialmente a las mujeres, es uno de los factores que determina el comportamiento que ellas tienen, en relación a la valoración de la salud de los otros y del bienestar familiar, donde la salud de la mujer no es una prioridad. (20).

Muchos de los problemas considerados, por las autoridades y proveedores de la salud como muy importantes, no son considerados así por mujeres ni hombres y consecuentemente, no son prioridad para la comunidad. El ejemplo típico es la percepción del embarazo. (21).

Por ello, se deben reconocer y valorar las estrategias que tienen las mujeres, con la finalidad de incorporarlas en la organización y desempeño de los servicios dirigidos a ellas mismas.

La percepción de los cambios parece estar en función de los contenidos de la esfera afectivo-motivación de la familia antes del embarazo. (22).

Estos resultados reafirman la necesidad de la Orientación Familiar que integre a padres, madres para potenciar las diferentes esferas de la vida.

El embarazo es una experiencia personal sin comparación y un momento irreplicable para la mujer y pareja que se hace extensible a todo su entorno familiar. (23).

El embarazo es una etapa especial de la vida para la mujer y su familia.

Es una época de muchos cambios: en el cuerpo de la mujer embarazada, en sus emociones y en la vida familiar. Aunque estos cambios ocurren por un motivo feliz, a menudo representan un mayor estrés en la vida de las mujeres embarazadas activas que ya enfrentan muchas exigencias en su casa. (24).

Además, muchas mujeres embarazadas y sus compañeros se preocupan por la salud del bebé, por si podrán sobrellevar el parto y por su capacidad para ser buenos padres. Las dificultades económicas adicionales a menudo son otro factor, especialmente si los padres piensan que sus ingresos se verán reducidos durante un período breve o prolongado, después de que nazca el bebé. (25).

El Riesgo Obstétrico.

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. (26).

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica).

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño a la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbilidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados. (27).

IMPACTO DEL RIESGO OBSTETRICO EN LA FAMILIA Y BINOMIO

Como podemos observar cada madre tiene el derecho a gozar de un embarazo saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgos y complicaciones tanto para ella como a su hijo mediante la accesibilidad de los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención, sin pasar por alto que un aspecto fundamental de la mujer es la inversión de tiempo y energía que emplea para que sus hijos e hijas gocen en condiciones de equidad y de pleno derecho, de los beneficios de lograr un desarrollo pleno junto con su familia.

Sin embargo no sucede así, debido a que los factores de riesgo obstétrico juntamente con la evaluación de los factores de riesgo psicosociales y familiares, incrementaban significativamente la probabilidad de identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales.

La prestación de los servicios de salud a la mujer embarazada es una prioridad nacional e internacional. La atención prenatal adecuada se ha relacionado con una mejor calidad de vida para los niños y las mujeres, durante y después del embarazo, ya que en el proceso de atención se pueden prevenir, detectar y tratar en forma oportuna las complicaciones que generan secuelas o la muerte de cualquiera de los integrantes del binomio madre-hijo.

En el ámbito internacional aún no existe consenso acerca de la definición de atención prenatal adecuada; algunos autores han definido los criterios en forma objetiva, y otros lo han hecho de manera arbitraria. Una de las formas más comunes para calificar la atención prenatal proporcionada considera dos indicadores: el inicio de la atención y el número de consultas acumuladas; sin embargo, se ha considerado que el número de consultas prenatales debe ser ajustado de acuerdo con la edad gestacional. En 1973, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos propuso la primera tabla considerando las tres variables mencionadas y ésta o algunas versiones modificadas de la original han sido utilizadas como criterio de referencia para la evaluación de la utilización. En 1994 Kotelchuck ⁴ propuso una nueva tabla donde la utilización de la atención prenatal se caracteriza de acuerdo con dos dimensiones independientes, el inicio adecuado y la recepción adecuada de servicios.

Cada dimensión considera cuatro categorías y el porcentaje de cumplimiento se evalúa con base en el número de consultas ajustado por el trimestre de inicio y la semana de gestación al término del embarazo. (28).

En conclusión, podemos decir que la proporción de mujeres que utiliza adecuadamente la atención prenatal en el IMSS, sigue siendo baja a pesar de las acciones emprendidas en el ámbito local y promovido como programas a nivel institucional. Los factores asociados con la utilización adecuada, modificables a través de la orientación, la educación, la organización y la calidad de la atención, deben ser considerados para lograr una mayor y mejor utilización, ya que ello indiscutiblemente tendrá una influencia positiva disminuyendo la morbilidad y mortalidad del binomio madre- hijo y mejorando los resultados del embarazo. (28,29).

La identificación de las mujeres con patologías especiales o con factores de riesgo para desarrollar complicaciones debe ser minuciosa. Dichas mujeres deberían ser derivadas a niveles superiores de atención sólo cuando se tiene certeza de que los niveles más complejos de atención tienen la experiencia suficiente para tratar esas necesidades de salud específicas. (29).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tipo de familia y el riesgo obstétrico están estrechamente relacionados como se puede observar en la sociedad, el embarazo puede ser una experiencia difícil que afectan la salud integral tanto de los padres como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

El tipo de familia influye sobre el comportamiento de sus miembros y no se tienen estudios sobre los tipos de familias de las embarazadas de la ciudad de Perote, Ver.

La madre encabeza las mayorías de las familias de bajo ingresos, asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, y a menudo no tiene en quien delegar esas responsabilidades.

Los embarazos, el tipo de familias y estrato socioeconómico, en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Sabemos que es característica de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control, de los recursos de valor que el hombre; por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir.

Si la mujer se casa, en muchos casos no puede establecer un hogar independiente por penurias económicas, continúa el embarazo con grandes carencias y dificultades, el grado de esto depende de si encuentra el apoyo de su familia, generalmente se vive un ambiente familiar y social de rechazo y se crea una mayor dependencia económica y afectiva, en donde el apoyo familiar se condiciona a la aceptación de circunstancias que obstaculizan su desarrollo personal.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características familiares de las embarazadas en la UMF no. 30 de Perote, ver?

JUSTIFICACION

Se desconocen las características de las familias de las embarazadas en la región de Perote, Ver;

En un estudio realizado en 140 embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar No.24 en Nayarit, del IMSS se obtuvieron los siguientes resultados:

La edad promedio de las pacientes fue de 25 años. Referente al estado civil predominaron las casadas con 64% y solteras el 16%. La ocupación de las encuestadas fue: amas de casa 40%, obreras 29%, estudiantes 19% y profesionales 15%. La escolaridad reportada fue de 39% secundaria, 33% preparatoria, 19% profesional y 9% primaria. El 71% de las mujeres tenían 2 a 3 hijos y el 21% solo un hijo. De las familias encuestadas 57% fueron funcionales, 26% presentaron disfunción moderada y 17% disfunción grave.

En un reporte de la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar.

- En México las mujeres se casan o se unen en promedio a los 20 años y hombres después de los 23.

- 20.9% de la población femenina esta en edad fértil y son adolescentes.

- Los nacimientos provenientes de madres adolescentes mexicanas son de aproximadamente 450 mil al año.

- En los 90s en México se reporto la existencia de 490,000 mujeres con un intervalo de edad de 15 a 19 años, de las cuales el 10.42 tenían de uno a ocho hijos vivos.

Aproximadamente 40% de los 182 millones de embarazos que ocurren anualmente son no deseados o inoportunos. Cada año, 46 millones de embarazos no deseados terminan en aborto, de los cuales 20 millones se realizan en condiciones de riesgo.

Diversos estudios revelan que muchas de estas embarazadas provienen de hogares rotos. "Lo único que siempre he querido es una familia normal", suelen decir. Así pues, las familias disfuncionales pueden ser uno de los factores que propicien este problema. Un programa social de apoyo a madres adolescentes descubrió que a menudo "la relación con sus madres es inestable, y con sus padres, completamente nula".

La maternidad debería ser una etapa llena de expectativas y alegría tanto para la madre embarazada como para su familia y su comunidad. No obstante, para las mujeres de los países en desarrollo, la maternidad a menudo conlleva una realidad desalentadora.

Como Medico Familiar es muy importante conocer las características familiares de las pacientes embarazadas, sabemos que la familia es un recurso muy importante para mantener el equilibrio entre salud y enfermedad, principalmente en una situación previsible de crisis normativa que se presentara con la llegada del nuevo integrante , Por lo que el presente estudio se realiza con el objeto de conocer el tipo de familia que prevalece en la región, para así estar en posibilidades de utilizar este recurso para el manejo de nuestras pacientes en el primer nivel de atención.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar las características Familiares de las Embarazas en la U.M.F NO. 30, Perote, Ver.

Objetivos específicos:

- 1.- Definir el tipo de familia de las mujeres embarazadas.
- 2.- Identificar el nivel socioeconómico, edad, estado civil, escolaridad, Ocupación del padre, pobreza e ingreso económico de la familia.
- 3.- Determinar el riesgo obstétrico de estas embarazadas.
- 4.- Identificar el trimestre de inicio de control prenatal.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo, prospectivo, transversal.

POBLANCIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar, en el período de tiempo comprendido del Septiembre 06 a Febrero 07.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todas las Embarazadas que acudan a control durante el período comprendido de Septiembre 2006 a Febrero 2007.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

-Criterios de inclusión:

Todas las embarazadas que acepten la entrevista.

Todas las embarazadas que acudan a la consulta de septiembre del 2006 a febrero del 2007 la U.M.F. No 30, de la Ciudad de Perote, ver.

-Criterios de exclusión:

Embarazadas con problemas patológicos agregados que limiten la comunicación como: retraso mental, trastornos de personalidad.

-Criterios de eliminación:

Embarazadas que no completen las encuestas.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR

VARIABLES

variable	Definición operacional	Categorías	Instrumento de Medición	Escala de Medición.
Clasificación de las familias con base a su parentesco.	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	PARENTESCO Con parentesco Nuclear. Nuclear simple. Nuclear numerosa. Reconstruida (binuclear). Monoparental. Monoparental extendida. Monoparental extendida compuesta. Extensa. Extensa compuesta. No parental. Sin parentesco Monoparental extendida sin parentesco	Encuesta	Nominal
Clasificación de las familias en base a la presencia física en el hogar.	Es vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.	Núcleo Integrado. Núcleo no integrado. Extensa ascendente. Extensa descendente. Extensa colateral.	Encuesta	Nominal
Clasificación de la familia en base a su ocupación.	Las diversas posibilidades de los recursos de origen que permiten la subsistencia de las familias.	Agrícola. Pecuarias. Industrial. Comercial. Obrera	Encuesta	Nominal
Clasificación de las familias en base a su nivel socioeconómico.	El ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes.		Método de Irigoyen	Ordinal
Riesgo obstétrico.	Es el peligro de enfermedad o muerte que tiene la mujer o su futuro hijo en un embarazo presente.	Alto Medio Bajo	Formato Institucional de control Prenatal	Ordinal

VARIABLES

variable	Definición operacional	Categorías	Instrumento de Medición	Escala de Medición
Trimestre de inicio de control prenatal	Capitación de trimestre de acuerdo a semanas de gestación de que la embarazada acude a control por primera vez.	Primer Trimestre Segundo Trimestre Tercer Trimestre	Formato Institucional de control Prenatal	Ordinal
Numero de gestaciones	Las veces que una mujer logra la concepción, independientemente de su finalización.		Formato Institucional de control Prenatal	De razón
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.		Formato Institucional de control Prenatal	De razón
IVSA	Inicio de su vida sexual.		Formato Institucional de control Prenatal	De razón
Para	Núm. De Partos.		Formato Institucional de control Prenatal	De razón
Cesáreas	Núm. De obtención de productos por Intervención Quirúrgica.		Formato Institucional de control Prenatal	De razón
Abortos	Numero de embarazos interrumpidos de manera espontánea o intencionada antes de las 20 semanas.		Formato Institucional de control Prenatal	De razón
Número de Parejas Sexuales.	Numero de parejas que ha tenido desde su inicio de vida sexual.		Formato Institucional de control Prenatal	De razón

VARIABLES

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAR CON BASE A SU NIVEL ECONÓMICO.

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR		
(ISPF)		
INDICADORES	CATEGORIAS	PUNTIACION % SEGÚN CARGA FACTORIAL
INGRESO ECONOMICO FAMILIAR	< 1 Salario Mínimo	4
	1- 2 Salarios Mínimos	3
	3 – 4 Salarios Mínimos	2
	5 y más Salarios Mínimos.	1
NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES	3 a más hijos	3
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	Ningún hijo	0
ESCOLARIDAD MATERNA	Sin instrucción primaria	3
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
HACINAMIENTO (NUMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO).	5 ó mas personas	3
	4 personas	2
	3 personas	1
	1 a 2 personas	0

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se identificaron a todas las embarazadas de primera vez y subsecuente que acudieron a consulta a la unidad de primer nivel de la U.M.F 30 de Perote, Ver, por parte del investigador analizando diariamente el (SIMF) Sistema de Información de Medicina Familiar. Una vez identificadas, se localizaron en su domicilio o en su siguiente cita. Mediante la aceptación de consentimiento informado, se aplicaron las encuestas previamente diseñadas por la Jefatura de Salud Reproductiva y Materno Infantil del Instituto Mexicano del Seguro Social y por el Colegio de Profesores de Medicina Familiar de Latinoamérica en su reunión en el 2005. Se creó un módulo en la consulta externa para la captación y aplicación de las encuestas a todas las embarazadas de primera vez y subsecuentes que acudieron a la consulta. Posteriormente se ingresaron los datos obtenidos en una base previamente diseñada. Los datos que se recabaron se analizaron posteriormente a través del programa Microsoft office Excel 2003.

Numero de autorización del comité local de investigación:

Folio R- 2007-3004- 15.

Criterios de interpretación del ISPF

0 – 3 SIN EVIDENCIA DE POBREZA.

4 – 6 POBREZA FAMILIAR BAJA.

7 – 10 POBREZA FAMILIAR ALTA.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Consideraciones Éticas: Esta investigación se apega a la Ley General de Salud, en el artículo 17, que se encuentra en vigencia en los Estados Unidos Mexicanos y se considera estudio sin riesgo.

Legislación Federal (Vigente al 1o. de abril de 2008)

LEY GENERAL DE SALUD TITULO SEGUNDO SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ARTÍCULO 17. COMPETE AL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL:

I. Dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las que serán revisadas después por el congreso de la unión, en los casos que le competan;

II. Adicionar las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y las de enfermedades transmisibles prioritarias y no transmisibles más frecuentes, así como las de fuentes de radiaciones ionizantes y de naturaleza análoga;

III. Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud;

IV. Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud;

V. Elaborar el cuadro básico de insumos del sector salud;

VI. Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del sistema nacional de salud;

VII. Rendir opiniones y formular sugerencias al ejecutivo federal tendientes al mejoramiento de la eficiencia del sistema nacional de salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud.

VII Bis. Proponer a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos para las instituciones y personas que se distinguen por sus méritos a favor de la salud, y

VIII. Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas, y

IX. Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la constitución política de los estados unidos mexicanos.

IX. Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la constitución política de los estados unidos mexicanos y esta ley.

LA DECLARACION DE HELSINKI.

III. INVESTIGACION BIOMEDICA NO TERAPEUTICA EN SERES HUMANOS (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.
2. Los participantes deben ser voluntarios, ya sea personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.
4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial
Helsinki, Finlandia, Junio 1964

y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial
Tokio, Japón, Octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, Octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial
Hong Kong, Septiembre 1989

48ª Asamblea General
Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la

52ª Asamblea General
Edimburgo, Escocia, Octubre 2000

RESULTADOS

Se logro encuestar a un total de 123 embarazadas en 6 meses; distribuyéndose en 7 rangos de edad (Gráfico1), destacándose en mayor proporción entre 23 a 26 años con un porcentaje 33%, seguidas con 22% entre 19 a 22 y 27 a 30 años respectivamente.

De acuerdo al estado civil (Gráfico 2), se encontró prevalencia de las casadas con un 73%, unión libre con 24%. Respecto a la escolaridad (Gráfico 3), prevaleció el bachillerato con un 33%, secundaria completa 27% y analfabetismo en un 4%.

De acuerdo al consenso del colegio de profesores de medicina familiar de Latinoamérica respecto a la presencia física en el hogar y convivencia (Gráfico 4) tenemos: Familia nuclear integrada 91%, núcleo no integrado 7%, extensa descendente 2%.

En cuanto al medio de subsistencia (Gráfico 5): prevaleció la clase obrera con 59%, agrícola 21%, industria 12% y comercio con 7%.

Respecto al ingreso económico (Gráfico 6), destacó menos de un salario con el 45%, 1 a 2 salarios 36%, de 3 a 4 salarios 17% y de 5 a mas con 2%.

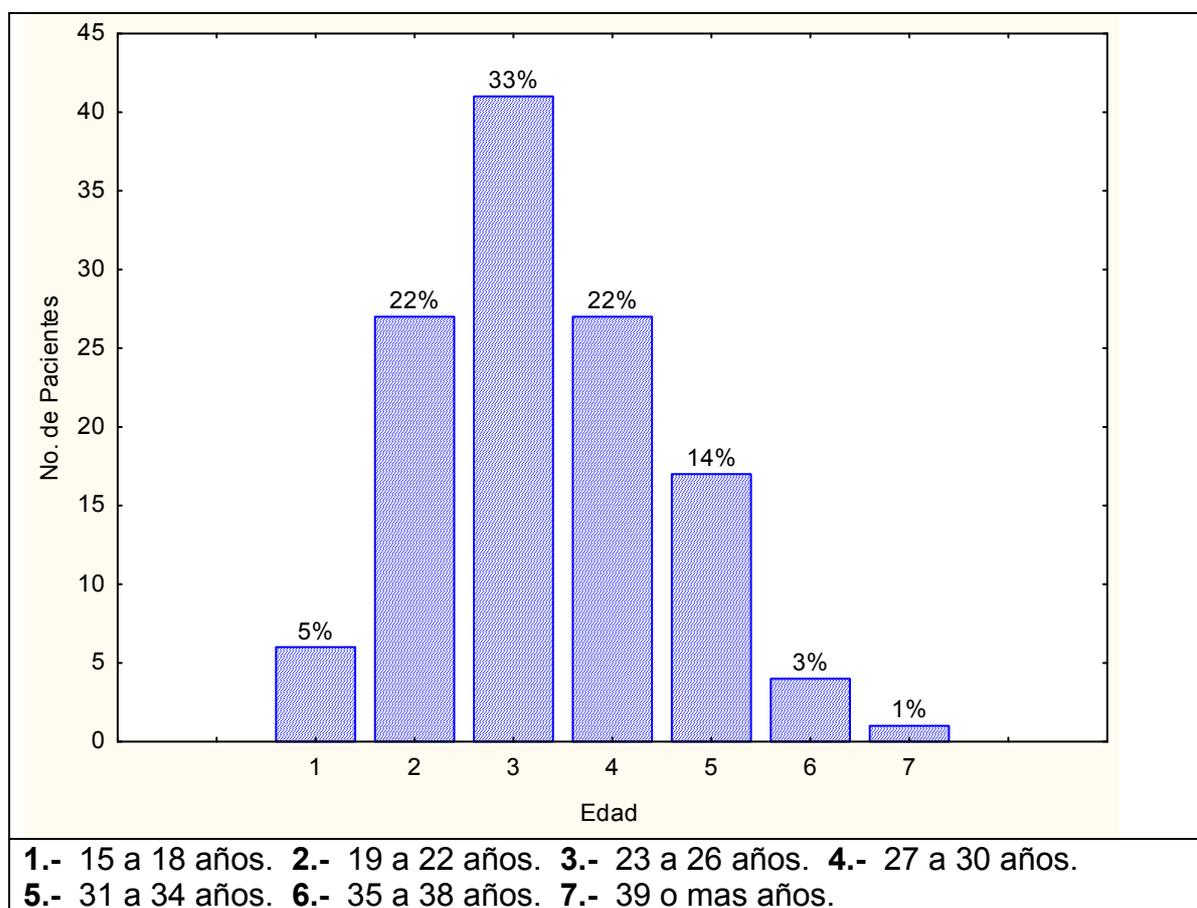
El riesgo Reproductivo (gráfico 7): hubo prevalencia de riesgo bajo con 56%, riesgo intermedio 38% y alto riesgo 6%.

En cuanto al control prenatal (Gráfico 8). Se destaca el primer trimestre con 53%, segundo trimestre 27% y tercer trimestre con un 20%

De acuerdo al índice simplificado de pobreza (Gráfico 9) predominaron las embarazadas con evidencia de pobreza en un 53%.

Grafico 1.

Distribución por edad de las embarazadas estudiadas



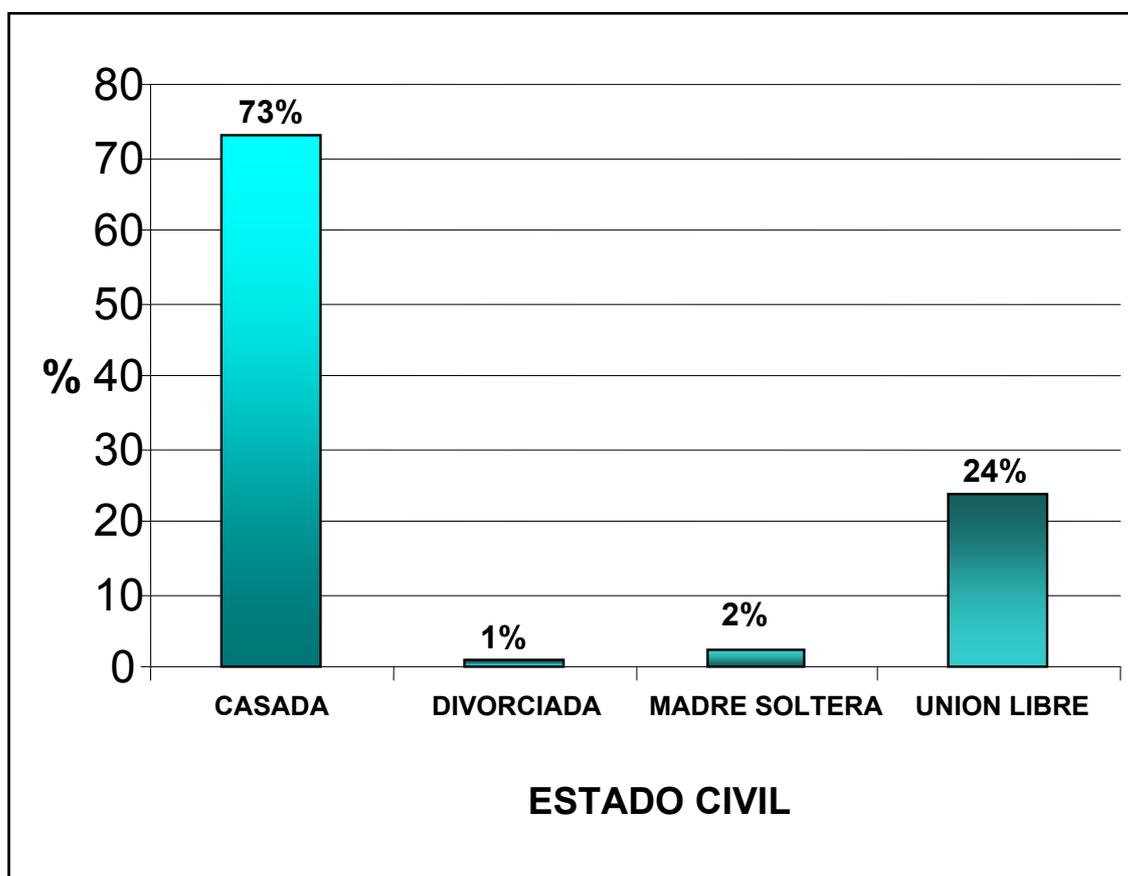
El rango de edad de las embarazadas estudiadas fue de 15 a 39 años, prevaleciendo de 23 a 26 años con un 33%, seguidas de de 19 a 22 años y 27 a 30 años con un 22% respectivamente.

n = 123

Fuente: encuesta

Grafico 2.

Distribución por estado civil de las embarazadas estudiadas



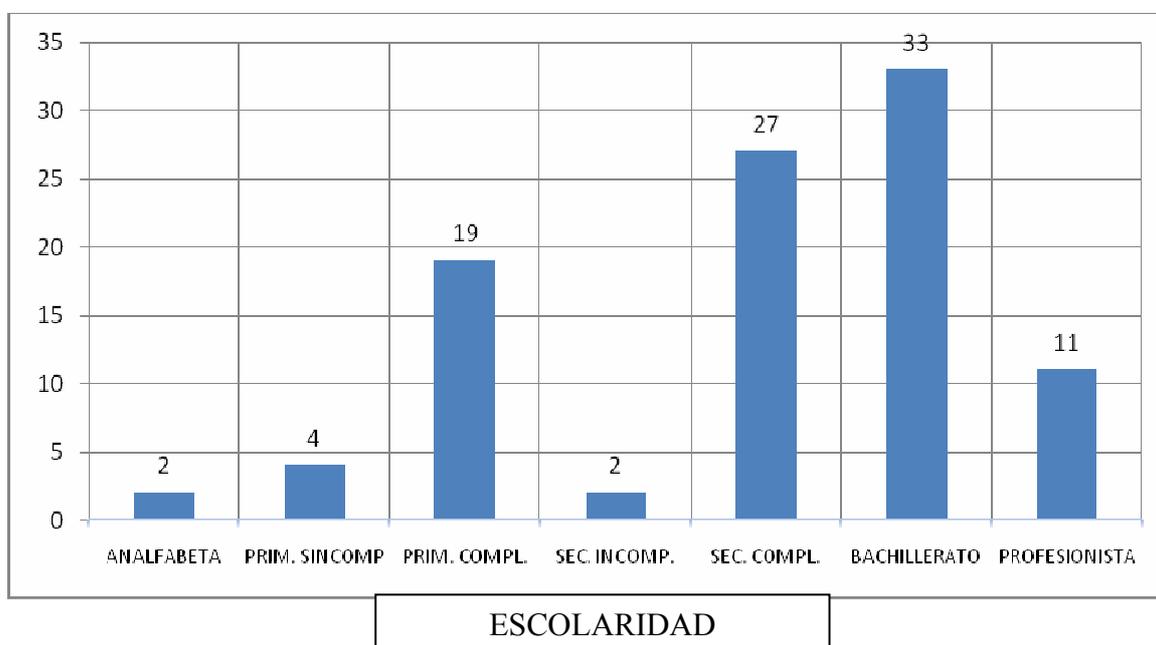
En el estado civil, predominaron las casadas con unos 73%, seguidas de unión libre con 24%, madre soltera con 2% y divorciada con 1%.

n = 123

Fuente: encuesta

Grafico 3.

Distribución por escolaridad de las embarazadas estudiadas.



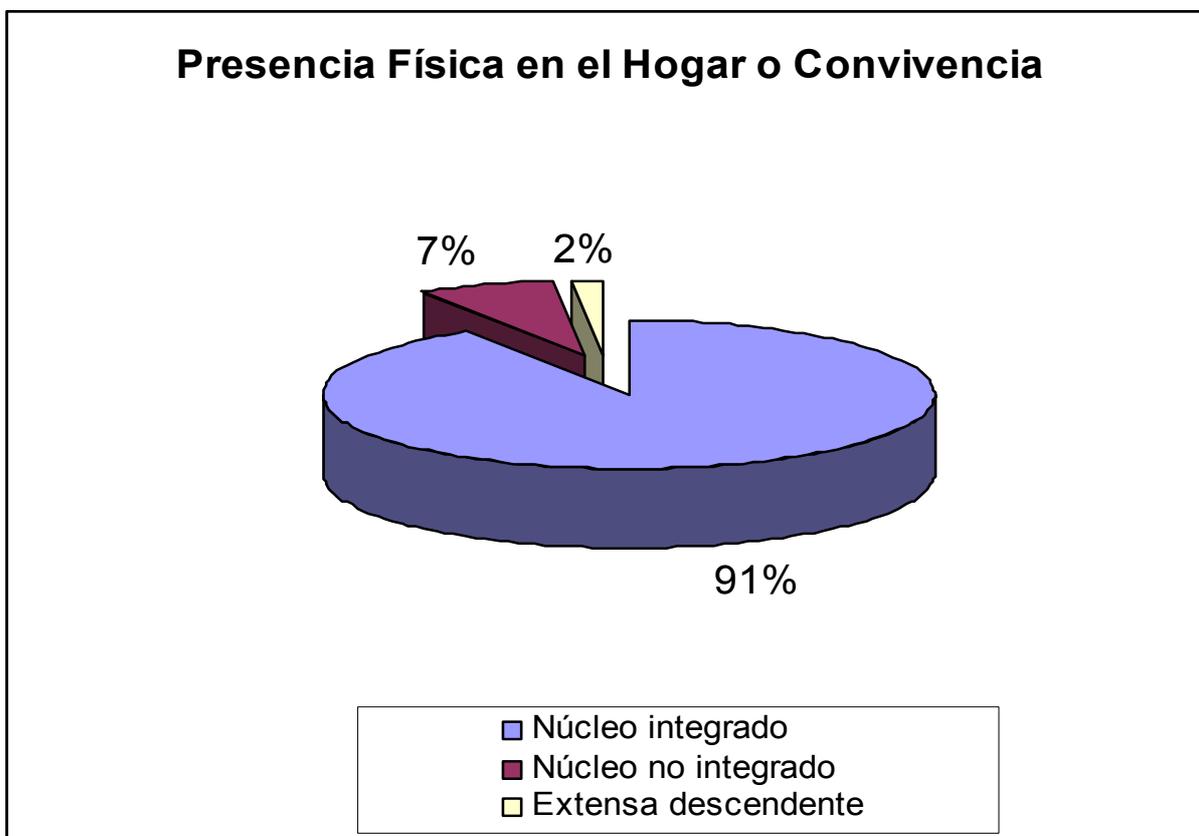
Mayor porcentaje en bachillerato con 33%, secundaria 27%, primaria completa 19%, primaria completa 19%, profesionistas 10%, primaria incompleta 6%, analfabetismo 4%, secundaria incompleta 1%.

n =123.

Fuente: encuesta

Grafico 4.

Presencia física en el hogar o convivencia de las embarazadas estudiadas



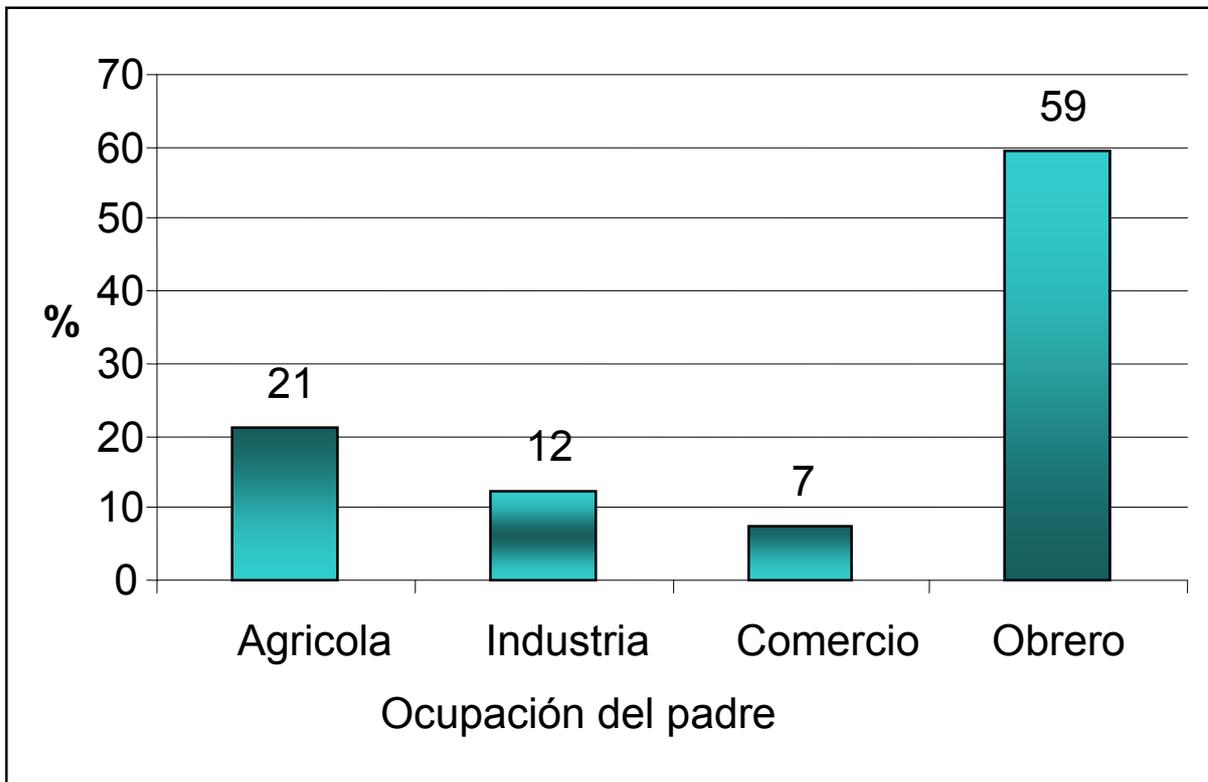
Presencia física en el hogar o convivencia destaca la Familia nuclear integrada 91%, núcleo no integrado 7%, extensa descendente 2%.

n = 123

Fuente: encuesta

Grafico 5.

Tipo de familiar según la ocupación del padre o proveedor



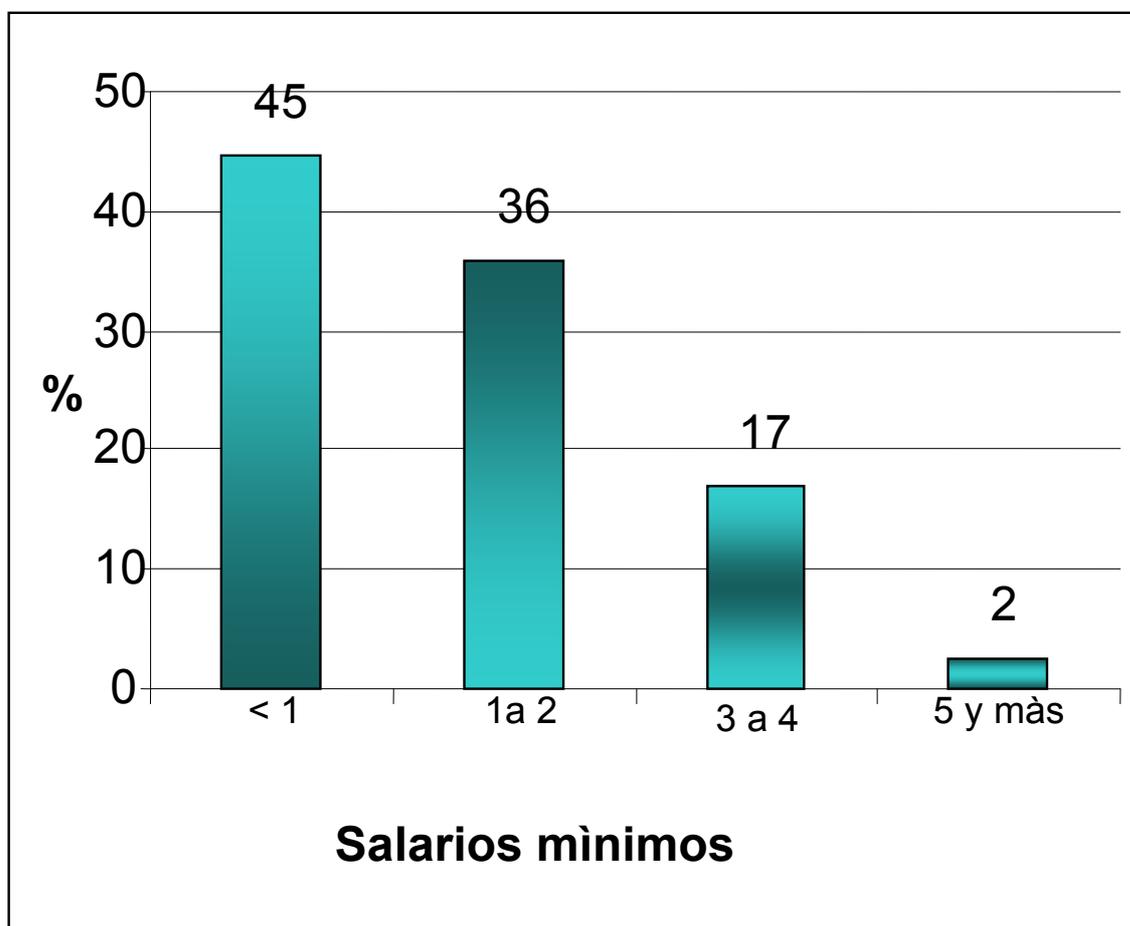
De acuerdo a la ocupación: predominó la clase obrera con un 59%, agrícola 21%, Industria 12% y comercio con el 7%.

n = 123

Fuente: encuesta

Grafico 6.

Tipo de Familia según ingreso económico.



Prevalencia de menos de un salario mínimo en un 45%, de 1 a 2 salarios con 36%, de 3 a 4 salarios 17% y de 5 a más salarios con un 2%.

n = 123

Fuente: encuesta.

Grafico 7.

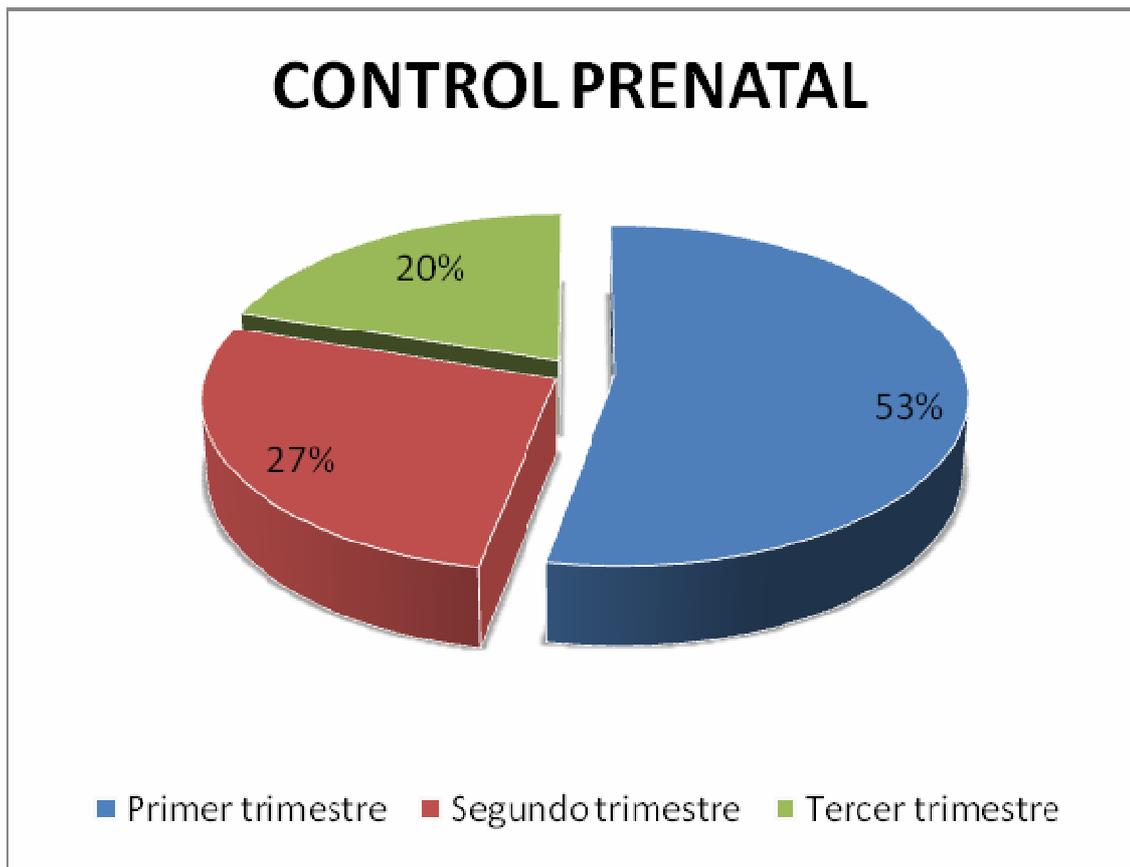


El riesgo Reproductivo que predomino fue el bajo riesgo con un 56%, riesgo intermedio en con un 38% y el alto riesgo en con un 6%.

n = 123

Fuente: encuesta

Grafico 8.

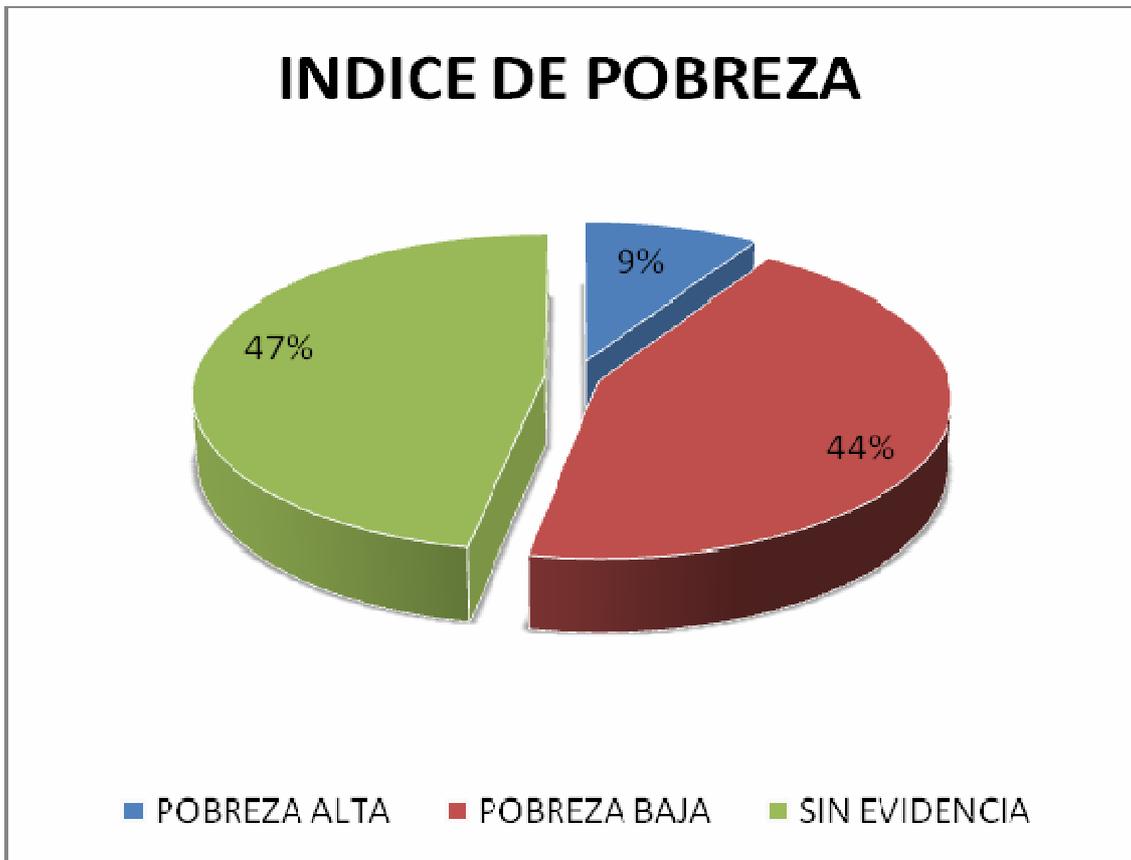


Control prenatal por trimestres prevaleció: Primer trimestre con 53%, Segundo trimestre con 27% y tercer trimestre con un 20 %.

n = 123

Fuente: encuesta

Grafico 9.



En el índice de pobreza prevaleció con evidencia de pobreza en un 53% y sin evidencia con 47%.

n = 123

Fuente: encuesta

DISCUSION

En el perfil de las embarazadas encuestadas predomina un rango de edad de 23 a 26 años, en su mayoría casadas, con escolaridad posprimaria, familia nuclear integrada, de clase obrera, con un ingreso menor al salario mínimo, con riesgo reproductivo bajo, las cuales llevan control prenatal en su mayoría en el primer trimestre del embarazo, con evidencia de pobreza. Acorde con lo reportado por Lira Placencia y cols en la ciudad de México; J.F Gómez Clavelina, E. Irigoyen Coria, A. Membrillo Luna, R. Ponce Rosas: “Conceptos Básicos para el estudio de las Familias”. (9, 30). En el presente estudio encontramos también similitudes en trabajos realizados por Lira Placencia y cols y el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, y publicado por Cortés y Hernández-Laos. Aunque no nos es desconocido que en la mayoría de los países latinoamericanos el índice de pobreza es alto y no alcanza en su mayoría para la canasta básica, según datos del informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. De igual manera con lo refreído por Guido – Benzédu en el Perú, en el cual se encontró un Grado de Instrucción de estudios Superiores, difiriendo en la edad de la gestante en la cual encontró mayor distribución de estas en los rangos de 35 a 39 años. Muchos estudios nacionales y del exterior, principalmente de países desarrollados, informan del aumento de la frecuencia del embarazo en mujeres en edad avanzada, frecuencia que varía según los estudios revisados.

Por lo que debemos entender que los latinoamericanos vivimos en una región del mundo pobre y esencialmente injusta. Ambos atributos son, por supuesto, relativos. Así como existen regiones ricas y razonablemente igualitarias, regiones pobres y también igualitarias en la pobreza. Latinoamérica es un lugar del mundo extremadamente pobre y, también, desigual.

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores. Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes, y por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza-pobreza en el escenario familiar. La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno. Aunque en su mayoría las encuestadas tienen un nivel académico alto y un solo dependiente podemos asegurar que cuentan con un índice de pobreza alto.

CONCLUSIONES

Por lo que podríamos concluir que las 123 embarazadas de la U.M.F 30, de la ciudad de Perote, se tiene un comportamiento similar a otras ciudades o países de América Latina en cuanto a la pobreza, escolaridad y control de embarazo. No así en el tipo de familias y estado civil ya que predominó en nuestro estudio la Familia Nuclear integrada con un 91%, obrera en un 56%, con Pobreza Familiar en un 53%.

Nuestras embarazadas cuentan con carencias económicas, mas sin embargo, su integración familiar, será un recurso de gran ayuda para afrontar la llegada del nuevo integrante a la familia y superar en una forma más rápida esta crisis normativa.

El estudio presenta puntos de especial interés para ser investigados mas a fondo, estableciendo asociaciones entre las variables y que los resultados se traduzcan en programas que modifiquen el sistema médico, social y escolar con una consecuente elevación en la calidad de vida para todas las mujeres, sus hijos y sus parejas.

Es necesario establecer estrategias educativas para desarrollar habilidades y destrezas de comunicación para educar en forma eficaz a la pareja por parte del prestador de servicios.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Andolfi M, Zuberlin I. Dimensiones de la terapia familiar. Ediciones Paidós. Barcelona-España 1985.
- 2.- Auslous G. Sistema. Sistema homeostasis equilibración The therapie familiale geneve 1981; vol. 1. no. 03.
3. - Duvall E. Marriage and family development. Harper and row, New York, 1985.
- 4.- Fontaine P. Evaluación de la familia sana y patología. Revista encuentro NS-MBOLO 176. Symbol 1: 1989 Bélgica.
- 5.- Graffar M, Grumber, J. Esquivel-N, Sitkewich A, Farias Y. Un méthode de classification sociale. d'eclxantillions de la courrier 6: 455 -1956.
- 6.- Hevis O, Szapocznick José. "Un enfoque estratégico y estructural de la terapia familiar". OPS; 1986.
7. - Morgan L. Ancient society, London, 1877; 247- 465-466.
8. - Philips B. La familia. CECSA. México. 1986; 407-454.
- 9.- Gómez - Clavelina J. F, Irigoyen –Coria E, Membrillo – Luna A, Ponce - Rosas A. (compiladores): Conceptos básicos para el estudio de las familias” 2005; Vol: 7 suplemento 1; pág 15 -18.
- 10.- Lamo de Espinosa E. ¿Nuevas formas de familia?, en claves de razón práctica, nº 50. 1995.
- 11.- Flaquer LI, García – León A, De la Fuente G, Ortega F. La socialización en la familia: teorías, modelos e interacciones. edit Sociología de la Educación, Barcanova, Barcelona 1993.
12. - Letourneau Ch. L'evolution du mariage et de la familie". N de la red. París 1999.
- 13.- Giraud-Teulon A. "Les origines du mariage et de la familie. Genève 2004. N de la Red.
- 14.- Rico de Alonso Ana. La familia en Colombia: tipologías, crisis y papel de la mujer, edit Bonilla, 1985; 35 - 63.
- 15.- Rico de Alonso A, Alonso Juan C, Castillo Ana Lucía, Rodríguez Angélica y Castillo Sonia. La familia colombiana en el fin de siglo. Dane, serie estudios censales, Santa fè de Bogotá 1998.
- 16.- Pereira - Mª C, Sueiro E. Familia y publicidad. Revista padres y maestros. La Coruña 1999; 242: 29.

- 17.- Branco G. O médico de família e a saúde mental. Pergaminho editora 2002.
- 18.- Koenig S. Elementos de sociología. 7ª Ed. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1988.
- 19.- Pápala D. Desarrollo humano. Edit Mc Graw Hill, Mex 2000.
- 20.- Ibarra L. Metodología de intervención grupal a la familia. Edit política, La Habana 1995.
- 21.- Noval A. La llegada del primer hijo en la adolescencia. Impacto psicológico. Tesis de diploma facultad de psicología. Universidad de La Habana 1996.
- 22.- Peláez J. (1996): Adolescente embarazada. En Revista Sexología y Sociedad 1996, No. 2. Cuba.
- 23.- Pérez C. Repercusión social de la maternidad temprana. Cuba 2003.
24. – Mc Cubbin, James A. Prenatal maternal blood pressure response to stress predicts birthweight and gestational age: a preliminary study. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1996; 706–712.
25. – Walker S.P. Blood pressure in late pregnancy and work outside the home. Obstetrics and Gynecology, volumen 97: 2001; 361–365.
- 26.- Chávez A, Gaña E. Valoración del riesgo reproductivo en mujeres que trabajan. Rev med IMSS Méx 1993; 31: 119-21.
- 27.- Ginecología Obstetricia.- Méx 2001; Vol. 69: 386-389.
- 28.- Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública Méx 1992; 1:36 - 49.
- 29.- Martínez-González L, Reyes-Fausto S, García-Peña MC. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx 1996; 38:341-351.
- 30.- Lira - Placencia J, Delgado – Gutiérrez G, Aguayo – González P, Coria – Soto I, Zambrana - Castañeda M, Ibarquengoitia - Ochoa F, Karchmerk KE. Edad materna avanzada y embarazo ¿que tanto es tanto? Ginecología y Obstetricia de Méx 1997; 65: 373 -378.
- 31.- Bendezú –Martínez G, Gestación en edad avanzada: Ginecología y Obstetricia. Perú 2001; 47: 1-9.
- 32.- Quiroz - Valdivia R, Mendoza - Fernández A, Holgado - Canales M, Quintana – Sánchez A. Topología de la familia cusqueña según el modelo circunflejo de Olson. 1998; VI N° 11.

ANEXOS:

ANEXO 1.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMF 30.

ENCUESTA

**CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LAS EMBARAZADAS EN LA U.M.F.
No. 30 PEROTE, VER.**

Saludo y presentación. Somos trabajadores de la U.M.F. NO. 30, DE Perote, Ver. Estamos realizando un estudio acerca de la salud de la familia. Solicitamos su consentimiento, cooperación y sinceridad. La información será utilizada con fines de investigación y de atención a la salud familiar.

1.- Paciente_____.

2.- Edad_____.

3.- No. De Afiliación: _____.

4.- Estado civil_____.

5.- Escolaridad:

a.- Analfabeta b- Primaria incompleta c- primaria completa

d.- Secundaria incompleta e.-secundaria completa f.- Bachillerato

g.- Profesionista

CARACTERISITICAS DE LA FAMILIA:

**RESPONDA COLOCANDO UNA X A LA RESPUESTA CORRSPONDIENTE
SI (1) y NO (2).**

CON PARENTESCO:

6.- ¿Cuántas personas viven en su casa?

7.- Padre y madre sin hijos..... ().

8.- Padre y madre con 1 a 3 hijos..... ().

9.- Padre y madre con 4 hijos o mas..... ().

10.- Padre y madre donde alguno o ambos han sido divorciados o vuidos y tienen hijos de su unión anterior..... ().

12.-Padre o madre con hijos..... ().

13.- padre o madre con hijos, mas otras personas con parentesco..... ().

14.- Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco. ().

15.- Padre y madre con hijos, mas otras personas con parentesco..... ().

16.- Padre y madre con hijos, mas otras personas con o sin parentesco.... ().

17.-Familiares con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de la familia sin presencia de los padres (tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)..... ().

18.- Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco ().

19.- Personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares (grupo de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en asilos u hospicios)..... ().

PRESENCIA FISICA EN EL HOGAR:

20.- Presencia de ambos padre en el hogar..... ().

21.- No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar..... ().

22.- Hijos casados o en unión libre que viven en casa de alguno de los padres.... ().

23.- Padres que viven en la casa de alguno de los hijos..... ().

24.- Núcleo o pareja que viven en la casa de familiares colaterales (Tíos, primos, Abuelos, etc.)..... ().

OCUPACION DEL PADRE

25.- Agrícola y pecuaria ()

26.- Industrial. ()

27.- Comercial. ()

28.- Servicios ()

ANEXO 2.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE A SU NIVEL ECONÓMICO.:

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR: (IRIGOYEN).

29.- INGRESO ECONOMICO FAMILIAR: (QUINCENAL).

< 1 Salario Mínimo (\$ 1,256.).....	()	(3).
1 a 2 Salarios mínimos (\$1,257.00 – 2,514.00).....	()	(2).
3 – 4 Salarios mínimos (\$ 2,515.00 – 5,028.00).....	()	(1).
5 ò más salarios mínimos (\$ 6,280.00).....	()	(0).

30.- NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES

3 ò más Hijos.....	()	(3).
2 Hijos.....	()	(2).
1 Hijo.....	()	(1).
Ningún hijo.....	()	(0).

31.- ESCOLARIDAD MATERNA:

Sin instrucción.....	()	(3)
Primaria Incompleta.....	()	(2)
Primaria Completa.....	()	(1)
Post-Primaria.....	()	(0)

32.- HACINAMIENTO (NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO).

5 Personas o más.....	()	(3).
4 Personas.....	()	(2).
3 Personas.....	()	(1).
1 a 2 Personas.....	()	(0).

ANEXO 3.

RIESGO REPRODUCTIVO:

33- Alto Riesgo*

* La presencia de uno o más de los factores o características permite calificar la magnitud del riesgo.

** Antecedentes.

Hipertensión arterial ().

Diabetes Mellitus ().

Cardiopatía ().

Neuropatía ().

Dos o más abortos ** ().

Preclamsia – eclampsia ** ()

Rh (-) con Coombs indirecto (+) ()

Otra enfermedad crónica y/o sistémica grave ().

Malformaciones congénitas ** ()

Hemorragia tranvaginal durante el 3er trimestre ().

34.- Riesgo Intermedio*

Edad < de 20 y > de 34 años. ()

Dos o más cesáreas ** ()

Cuatro o más embarazos ** ()

Infección vías urinarias. ().

Tabaquismo crónico ().

Hemorragia transvaginal durante el 1er trimestres ().

Productos prematuros o con bajo peso al nacer ** ().

Muerte fetal ** ().

35 - Bajo Riesgo*

Ausencia de factores de riesgo o condiciones para riesgo intermedio y alto ().

Intervalo intergenésico < de dos años ** ().

Una cesárea o aborto ** ().

Estatura menos de 150 cm. ().

Escolaridad primaria o menos ().

CONTROL PRENATAL:

36.- Trimestre de inicio del Control Prenatal. _____.

ANEXO 4.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y Fecha Perote, Ver a _____ del mes de _____ del 200____ .

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Características familiares de las embarazadas.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación : UMF 66

El objetivo del estudio es: IDENTIFICAR CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LAS EMBARAZADAS EN LA U.M.F. NO.30 DE LA CIUDAD DE PEROTE, VER.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Un Cuestionario Personal.

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

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

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

01 282 82 5-05-09.

01 22-88 18-55-55.

Testigos _____

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013