



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12
ALLENDE, COAHUILA**

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN LA PACIENTE
CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 12 DE ALLENDE, COAHUILA.**

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

PRESENTA:

DR. OSCAR EDUARDO HERNANDEZ MONREAL

ALLENDE. COAHUILA

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN LA PACIENTE CON
EMBARAZO DE ALTO RIESGO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 12
DE ALLENDE, COAHUILA.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. OSCAR EDUARDO HERNANDEZ MONREAL.

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
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 UNAM

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN LA PACIENTES
CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 12 DE ALLENDE, COAHUILA.**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. OSCAR EDUARDO HERNANDEZ MONREAL.

AUTORIZACIONES:

DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS

DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. MARIA DEL SOCORRO LOPEZ SILLER.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

DEDICATORIA:

Con todo mi amor para:

**Mi Esposa María Isabel Zapata Velázquez y nuestros hijos Oscar
Abraham, Abigail y Josué Emanuel**

**Gracias por el apoyo y ejemplo que me han brindado. Por su amor
paciencia y comprensión.**

**Y a ti mi esposa por tus sabios consejos que me ayudaron a
perseverar en momentos de cansancio y por estar conmigo en los
momentos más difíciles, por ello y por ser el amor más grande que
tengo en la vida, mi eterno y sincero agradecimiento.**

Que dios te bendiga

**A mi madre por darme las herramientas necesarias para llegar
hasta donde voy en este camino lleno de triunfos y satisfacciones,
sabiendo que desde el cielo contemplas llena de felicidad lo que
junto iniciamos.**

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis compañeros médicos, especialistas. Por su apoyo incondicional, paciencia, tiempo y comprensión durante los tres años que cursamos nuestra especialidad, a todos ellos gracias.

Especialmente para el Dr. Guillermo Salinas Cuéllar quien con su gran firmeza y decisión nos guió para el feliz término de esta especialidad.

Gracias a la Universidad Autónoma de México y al Instituto Mexicano del Seguro Social por la oportunidad de habernos permitido realizar esta especialidad

INDICE

1.- Marco Teórico.....	5
2.- Planteamiento del Problema.....	30
3.- Justificación.....	32
4.- Objetivos.....	33
5.- Tipo de Estudio.....	34
6.- Población, Lugar y Tiempo de Estudio.....	34
7.- Tipo y Tamaño de la muestra.....	34
8.- Características de los Casos.....	35
9.- Criterio de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	36
10.- Variables a recolectar.....	37
11.- Procedimiento para recabar Información.....	39
12.- Consideraciones éticas.....	40
13.- Resultados.....	41
14.- Discusión.....	42
15.- Conclusiones.....	44
16.- Bibliografía.....	45
17.- Anexos.....	47

MARCO TEORICO

FACES III

El FACES III es la tercer versión de la escala FACES desarrollada para explorar la *cohesión* y la *adaptabilidad* familiares. El Modelo Circunflejo fue desarrollado por Olson y col. en un intento de relacionar la clínica, la teoría y la práctica; facilita la tarea de ubicar familias dentro de 16 tipos específicos o de tres tipos más generales, por ejemplo: *balanceada*, de *rango medio* o *extrema*.

Es un instrumento dirigido analizar las dos dimensiones iniciales, cohesión y adaptabilidad. La primera versión de este instrumento surgiría en (Bell, 1980; Portner, 1981) y constaba de 111 ítems. Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La segunda versión FACES III, apareció en 1982 (Olson, Portner y Lavee, 1985), y la tercera versión, FACES III, en 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente. Por lo tanto, a lo largo de todo este tiempo, los autores trataron de desarrollar un instrumento adecuadamente válido para el estudio del funcionamiento familiar. En este sentido el FACES III es un buen instrumento. No obstante, operacionaliza de forma lineal el modelo el modelo por lo que es aplicable únicamente a población no clínica. Debido a ello, en los últimos años los autores han tratado de desarrollar una cuarta versión, FACES IV, cuyo objetivo es ser aplicable a la población clínica, en la cual los niveles extremos de las dos dimensiones serían disfuncionales, Sería por lo tanto un instrumentos que reflejaría el funcionamiento curvilíneo de ambas dimensiones (Olson, Tiesel, Golla y Fitterer, 1996)

La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la Familia, en nuestro caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones están

compuestas por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988). Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares,

implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles, y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980).

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con buen funcionamiento familiar. Es por eso que cada una de las dimensiones están divididas en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectada (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión modera-baja) y familia desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familia: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familia estructurada (adaptabilidad moderada-baja), familia flexible (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta).

Se les solicita a los encuestados que lean cada ítem y decidan cuán frecuentemente (guiándose por lo colocado arriba) se da en su familia esa conducta. Luego se obtiene el puntaje sumando todos los *ítems impares* para la cohesión, y todos los *pares*, para la adaptabilidad. Se traslada el puntaje obtenido al plotting. (1)

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción

asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico). (2)

Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer experimenta una serie de cambios, tanto fisiológicos como hormonales, para asegurar el crecimiento y desarrollo del feto mientras se mantiene la homeostasis.

Todos estos cambios que ocurren durante el embarazo pueden afectar a la farmacocinética y farmacodinamia de los fármacos:

- A nivel gastrointestinal, la disminución del tiempo de vaciado y la motilidad sumado al incremento del riego sanguíneo puede producir un aumento en la absorción enteral de los fármacos.
- A nivel de la piel, el aumento del riego sanguíneo incrementa la absorción de los fármacos administrados transdérmicamente.
- A nivel cardiovascular, el aumento del gasto cardíaco y el volumen sanguíneo puede incrementar la distribución de algunos fármacos; para los hidrosolubles el aumento de agua corporal incrementará la distribución y en el caso de los liposolubles también aumentará debido al incremento de grasa en la madre.
- La disminución de la concentración de albúmina tendrá un papel importante en el caso de los fármacos que presentan una alta unión a esta proteína.
- Los cambios a nivel del sistema renal también influirán en aquellos fármacos que se eliminan por esta vía, debido al aumento de la filtración glomerular y del riego sanguíneo renal. Estos cambios harán que se produzca un aumento en el aclaramiento de estos fármacos. (3)

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

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 la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad 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.

Los problemas que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales.

Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de atención prenatal.
(4)

Para la evaluación de los factores de riesgo obstétrico se utilizó la siguiente tabla donde nos valora si el riesgo es bajo puede ser tratado en un 1er nivel de atención, si es moderada y requiere un segundo nivel de atención y si es de un riesgo alto y requiere un tercer nivel de atención. (5)

**FACTORES DE ALTO RIESGO OBSTETRICO PERINATAL
(MINISTERIO DE SALUD DE CHILE)**

Factor	Puntaje
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	
- Primípara precoz (< 17 años)	2
- Primípara tardía (> 35 años)	2
- Gran multípara	1
- Mayor de 40 años	1
HISTORIA OBSTETRICIA	
- Infertilidad	2
- Aborto provocado	2
- Aborto habitual	3
- Mortalidad perinatal	3
- Malformaciones congénitas	2
- Bajo peso de nacimiento	3
SOCIOECONOMICAS	
- Extrema pobreza	2
- Analfabetismo	1
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas	2
- Actividad laboral inadecuada	1
- Ruralidad	1
NUTRICIONALES	
- Desnutrición materna	3
- Obesidad	2
PATOLOGIA PELVICO-GENITAL	
- Cicatriz uterina previa	2
- Pelvis estrecha	2
- Patología genital	3

PATOLOGIA MEDICA-OBSTETRICA	
- Síndrome hipertensivo	3
- Colestasia intrahepática	3
- Rh negativa sensibilizada	3
- Hemorragia primera mitad del embarazo	2
- Hemorragia segunda mitad del embarazo	3
- Edad gestacional dudosa	2
- Embarazo prolongado	3
- Rotura de membranas ovulares	3
- Gemelar	2
- Macrosomía	2
- Diabetes	3
- Cardiopatías	3
- Anemia	2
- Amenaza parto prematuro	3
- Enfermedades neuropsiquiátricas	2

Puntaje 0 (bajo riesgo)	Control en nivel primario
Puntaje 1 o 2 (mediano riesgo)	Control en nivel secundario
Puntaje 3 o más (alto riesgo)	Control en nivel terciario

ANTECEDENTES Y CONDICIONES GENERALES

EDAD (MENOS DE 18 Y MÁS DE 35 AÑOS)

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones

congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc.

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

PESO (MALNUTRIDAS)

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso.

CONDICIONES SOCIALES DESFAVORABLES O CONDUCTAS PERSONALES (O DE PAREJA) INADECUADAS

Éstas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.

(6)

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y REPRODUCTIVOS

1. Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.

2. Intervalo intergenésico: lo consideramos corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.

3. Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.

4. Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.

5. Toxemia anterior: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores.

6. Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.

7. Rh negativo sensibilizado: constituye un importante riesgo aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones
(7)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Principales enfermedades crónicas

Entre éstas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Además, existen otras condiciones que pueden no haberse relacionado antes, ya que solamente lo hicimos con las más frecuentes.

Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa.

Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva.

En nuestro medio, en el nivel de la atención primaria de salud (APS) existe un Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional, que se desarrolla en todos los consultorios médicos de familia y se centraliza al nivel del policlínico: tiene como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles.

Este programa establece una *negociación* con la pareja o la mujer sobre su futuro reproductivo, con pleno conocimiento de su riesgo, para que espere un tiempo (acordado entre ambas partes) para su estudio Y mejoramiento de las condiciones.

Durante el mismo debe usar algún método anticonceptivo. Esta conducta debe guiarse con una orientación adecuada, no imponerse, ya que se rompería la relación de respeto médico- paciente. Se considera controlada una paciente cuando existe registro del pensamiento médico en la historia clínica, con la correspondiente estrategia que se vaya a seguir. (8)

RIESGO OBSTÉTRICO

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según *Zuspan*, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido.

Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal.

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal.

Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos.

La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables.

Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto.

La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

El concepto de embarazo de alto riesgo atañe tanto a la madre como al feto. Se define como un *embarazo de riesgo* aquél que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo.

El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

El grado de asociación se determina mediante el llamado *riesgo relativo*, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo individual.

El conocimiento del valor del riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en cuenta no sólo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia.

El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad y su conocimiento es muy importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia, cuando deben reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población.

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de 3 tipos:

1. *Relación causal*: el factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ejemplos: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
2. *Relación favorecedora*: en ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ejemplo: la gran multiparidad favorece la situación transversa y el prolapso del cordón umbilical.
3. *Relación predictiva o asociativa*: se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ejemplo: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder su próximo hijo. (9)

IDENTIFICACIÓN DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Varios sistemas para la investigación de la gestante de alto riesgo obstétrico han sido propuestos por diferentes autores, y cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones, que se conocen y se asocian con resultados perinatales desfavorables.

Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una mala historia obstétrica. Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de la severidad de éstos, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial.

Otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica y obstétrica de las gestantes.

Los que defienden los sistemas de puntuación, alegan que éstos ayudan al médico encargado de la atención de la gestante no sólo a seleccionar las gestantes de riesgo, sino que permiten elaborar un pronóstico del embarazo, lo que no se obtiene siempre, debido a la baja sensibilidad de muchos de los indicadores de riesgo y también a causa de que los resultados del embarazo están influidos por las interacciones médicas efectuadas después que la situación de alto riesgo es identificada, lo que limita su empleo para predecir resultados.

El sistema escogido para la selección de las gestantes de alto riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo, para poder iniciar el manejo adecuado de cada caso en particular.

Debe permitir también una evaluación continua durante todo el embarazo, que tome en consideración la relación mutua que tienen algunos factores entre un período y otro del embarazo, de manera que no sólo identifique el grupo de riesgo al inicio del embarazo, sino que pueda determinar la presencia de cualquier complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo.

La valoración estandarizada del riesgo incrementa considerablemente la calidad de la atención prenatal, al poner a disposición del clínico un vasto caudal de información que garantiza un cuidado prenatal óptimo. (10)

ELEMENTOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL

El control del embarazo, incluido dentro de la medicina preventiva, es primordial para reducir los accidentes perinatales al poderse identificar los principales riesgos evitables.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

Ésta se hace según *EL manual de diagnóstico y tratamiento* (La Habana, 1997).

BAJO RIESGO

1. Déficit nutricional grados III y IV.
2. Muerte perinatal.
3. Incompetencia cervical o uterina.
4. Parto pretérmino y de bajo peso o uno de éstos.
5. Parto previo con isoimmunización.

6. Preeclampsia-eclampsia.
7. Desprendimiento prematuro de la placenta.
8. Cesárea anterior u otra operación uterina.

ALTO RIESGO

1. Tumor de ovario.
2. Hipertensión arterial.
3. Enfermedad renal.
4. Diabetes mellitus.
5. Cardiopatía.
6. Procesos malignos.
7. Anemia por hematíes falciformes (sickleemia).
8. Enfermedad pulmonar.
9. Enfermedad del tiroides.
10. Enfermedad hepática.
11. Epilepsia.

CONDICIONES QUE SE DEBEN VIGILAR EN EL CONSULTORIO

1. Edad: menor de 18 o mayor de 35 años.

2. Paridad: mayor que 6 hijos.
3. Intervalo intergenésico de menos de 1 año.
4. Déficit sociocultural.
5. Déficit nutricional grado II.
6. Hábitos tóxicos.
7. Aborto habitual.
8. Recién nacido anterior con más de 4 200 g de peso.
9. Citología vaginal anormal.
10. Malformación anterior o trastornos genéticos.
11. Retraso mental.
12. Estatura menor que 150 cm.
13. Presión arterial de 120/80 mm de Hg en la primera visita.
14. Retinopatía (corresponde generalmente a diabetes o hipertensión).
15. Trastornos circulatorios periféricos.
16. Infecciones cervico vaginales. (11)

CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR EN CASO DE UN EMBARAZO DE BAJO Y DE ALTO RIESGO.

Es conveniente que en cuanto se diagnostique el embarazo, la frecuencia de la consulta sea mensual durante los primeros seis meses; cada 15 días entre el séptimo y octavo mes y cada siete durante el noveno. La Embarazada de bajo riesgo debe de recibir por lo menos cinco consultas de atención prenatal. La

prolongación del embarazo después de las cuarenta semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de las cuarenta semanas. A todas las embarazadas se les debe de realizar en cada consulta la medición de la presión arterial y del fondo uterino, así como el control de peso, aplicar toxoide tetánico, iniciando la primera dosis desde el primer contacto con los servicios de salud y la segunda dosis entre las cuatro y ocho semanas siguientes de haberse iniciado el esquema, prescribir hierro y Acido fólico de forma profiláctica.

La prescripción de otros medicamentos solo será bajo indicación médica y preferentemente después de la semana catorce. Solicitar los siguientes exámenes: biometría hemática, grupo y rh, examen general de orina, glucemia basal y vdrl. Alrededor de la semana 18 y 20 y 32 a 34 deberá repetirse la biometría hemática para corroborar las cifras de hemoglobina y hematocrito, también deben de repetirse la glucemia en la semana 32 para confirmar su normalidad. Toma de Papanicolaou (si no se lo ha practicado en los últimos tres años) y realizar detección de VIH en caso de pacientes de alto riesgo.

No se deben de prescribir polivitaminas ni otros medicamentos de manera rutinaria durante el embarazo normal o de bajo riesgo. (12)

CAMBIOS EN LA DINAMICA FAMILIAR DURANTE LA GESTACION

La familia como institución social ha pervivido y se ha modificado de acuerdo con las condiciones socioculturales y económicas, por lo cual sus expresiones varían con el correr del tiempo. En razón de ello, se requiere que todos los profesionales de las ciencias sociales y naturales, que trabajan por el bienestar del hombre, conozcan y comprendan la complejidad de los procesos individuales, familiares y sociales, en una perspectiva holística e integral.

La pareja, constituida bajo cualquier modalidad, es la base de la familia cuando se sucede el nacimiento o llegada de los hijos, quienes pueden ser biológicos, adoptivos, de crianza o de procreación asistida. Se destaca la llegada del

primogénito, como evento que le permite a los padres asumir sus funciones parento-filiales y ampliar la red familiar. (13)

Pese a ser una etapa natural, predecible y esperada, implica cambios en el funcionamiento familiar tanto en cada uno de sus miembros como en la pareja y en el grupo en conjunto. Estos cambios deben analizarse y abordarse según la forma familiar y el contexto sociocultural donde se desarrolle. La evolución positiva o negativa de dichas transformaciones depende de los recursos internos de la familia, su estrato socioeconómico y el apoyo de redes comunitarias, institucionales o familiares. (14)

El nuevo paradigma del conocimiento propone el abordaje holístico de los procesos humanos que conlleva la interdisciplinariedad, como alternativa para comprender los múltiples y dinámicos elementos de un todo. Esta perspectiva es la que permite la integración de las llamadas ciencias duras o naturales y las sociales o blandas, para analizar e intervenir en todo lo que compete a la institución familiar.

Lo anterior se materializa en la propuesta de atención integral a la familia en la etapa de gestación y posparto, analizando elementos físicos, psicológicos, sociales e interaccionales propios del desarrollo y crecimiento natural del grupo familiar.

Las transformaciones del medio exigen un tratamiento diferente de la situación, acorde con los procesos de modernización y de las nuevas formas familiares, que ante un evento como el nacimiento de los hijos debe prepararse sin crear mayores traumatismos y propiciar el bienestar de cada uno de los miembros y de la familia .

A pesar de algunas diferencias según los estratos socioeconómicos, las características básicas de esta etapa, tan importante en la evolución familiar, son universales en la cultura occidental y por tanto, el presente análisis se acerca a la condiciones del medio en un contexto general.

Con base en lo anterior, la etapa de Nacimiento de los hijos se entiende como una categoría manejada fundamentalmente desde lo biológico, que representa

un proceso natural -la gestación- en respuesta a la función procreadora de la familia. Esta afirmación es de por sí cuestionable, pues no necesariamente en la organización familiar se cumple la reproducción de la especie humana, existiendo otros mecanismos como padres solteros sin relación de pareja que optan por adoptar o procrear hijos a través de medios artificiales. Lo cual obedece a los cambios funcionales que ha tenido la familia, destacándose para el tema particular, la función sexo-reproductiva que ya no se realiza exclusivamente en el ámbito familiar.(14)

La familia como organización social ha sido una constante en la historia, siempre ha existido una u otra forma similar en la cultura occidental; lo que si se ha transformado son sus funciones, pues algunas se han derivado a otras instituciones socioculturales, permaneciendo como básicas: 1) la protección psicoafectiva de sus miembros, que permite el desarrollo integral de los mismos; y 2) la reproducción de la cultura, como agente socializador por excelencia, que trasmite la estructura social.

En esta perspectiva histórica se ubica la familia como un sistema en constante movimiento, que atiende su crecimiento y desarrollo, en razón de su pasado, su presente y su prospectiva. Existe una interacción permanente en el antes, el ahora y el después de la historia familiar, una circularidad de los eventos evolutivos, que articulan la dinámica intrafamiliar con el contexto ambiental. Por ello la propuesta del Ciclo Vital de la familia es la posibilidad de entender que el sistema familiar pasa por una serie de eventos o etapas que permiten el desarrollo, tanto de cada uno de sus miembros como el de su totalidad. (15)

Según el modelo evolutivo de la familia o ciclo vital, se consideran una serie de etapas que cumple el grupo de acuerdo con: edad del hijo mayor, egreso o ingreso de miembros, cumplimiento de las tareas propias de cada periodo y recursos estratégicos para afrontar los cambios necesarios.

En tal sentido, antes de la llegada de los hijos se elige y forma la pareja bajo cualquier modalidad -matrimonio, unión libre u otros acuerdos o ritos- y esta es

la premisa de la familia. La etapa posterior es el ingreso de la familia a la escolaridad, que en el medio también es simultánea con el nacimiento de los hijos.(16)

Etapa Filial: En esta fase la familia empieza a aumentar el número de miembros, pues comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el último y finaliza al ingresar éste al colegio. No importa que halla diferencias de edades en el grupo fraterno, siempre se dice que la familia cumple esta fase con cada nuevo nacimiento.

Los hijos pueden llegar tanto por voluntad de ambos miembros de la pareja o por decisión de uno de ellos como por hechos inesperados -falta en los métodos de planificación familiar, inadecuada o insuficiente información sexual o presiones familiares-. De cualquier manera la concepción de un hijo influye en la relación de la pareja y en la manera como se va a constituir la familia.

La díada o pareja se convierte en tríada; las normas, valores, comunicación y funcionamiento de la pareja y de cada persona cambian, pues ya tienen que afrontar la maternidad y paternidad y enfrentan las funciones y papeles propios de los padres, que son llamadas funciones parentofiliales.

Desde el embarazo la pareja se está preparando para cumplir sus responsabilidades como padres, lo que implica desde la decisión de tener el hijo, hasta los detalles del nacimiento y cambios ambientales y familiares que permitan el ingreso de nuevos miembros a la familia.

Para cada cultura y cada sociedad la llegada de los hijos tiene implicaciones diferentes según sea el sexo. La tendencia predominante en la cultura colombiana es que la mujer establezca una relación más estrecha con el hijo, que puede o no afianzarse en los primeros meses de vida y acepte con más naturalidad el proceso del embarazo, parto y nacimiento. Mientras que el hombre no siempre se compromete con la situación y con diversos pretextos, tiende a descargar las responsabilidades en la compañera o esposa. Este último aspecto varía en las parejas jóvenes, donde las relaciones de género

son más democratizantes y por tanto tienden a compartir las funciones y responsabilidades familiares.

El inicio de la paternidad y maternidad genera diversos sentimientos en los miembros de la pareja: las madres pueden sentirse inútiles, incapaces y temerosas en el cumplimiento de sus responsabilidades; necesitan adquirir información sobre el cuidado y satisfacción de las necesidades del niño y pueden verse frustradas por abandonar o descuidar otras ocupaciones que tenían -como estudiar, trabajar, realizar actividades deportivas o el arreglo personal- para dedicar mucho tiempo a la atención infantil.

El padre aunque sea colaborador siempre tiene otras ocupaciones e intereses fuera del hogar que lo mantienen alejado gran parte del día; aunque él también puede sentirse incapaz o extraño frente a sus nuevas funciones y al nuevo miembro familiar.

La llegada de cada hijo tiene implicaciones diferentes, pues cada uno se da en momentos y situaciones distintas de la vida familiar y de pareja; pero en el medio colombiano es más relevante el primogénito. (17)

La parentalidad hace surgir un sentimiento de familia, representa la unión de dos familias y crea abuelos y tíos de ambos lados. Los miembros de la pareja, al ser padres son menos hijos, pero maduran y crecen como adultos. Los cambios intrafamiliares exigen involucrarse más en la red total de parientes o familia extensa, ampliar las relaciones familiares y modificar las que se habían tenido hasta ese momento.

Tareas y objetivos de la familia en la etapa filial.

Cuando ya ha aumentado el número de miembros en la familia, son más de dos personas y hay incluso otra generación, la tarea básica es crear maneras de apoyarse mutuamente, entre todos los miembros de la familia, de modo que puedan obtener bienestar en varios aspectos, principalmente en lo afectivo. Es posible que la paternidad y la maternidad agote la capacidad de dar de los

padres y por eso es importante la habilidad para ayudar, estar disponible y responder a las crecientes y agobiantes necesidades de los niños pequeños. Esto depende de las capacidades de la familia y de un ambiente acogedor y protector que proporcione oportunidades para que los adultos recuperen sus energías emocionales. (18)

Para cumplir esta tarea, los objetivos son:

1. Aceptar los nuevos miembros dentro de la pareja o díada, formándose el subsistema llamado parentofilial, en el que cumplen funciones paternas y maternas.
2. Negociar los ajustes y modificar las reglas para así brindar bienestar a los nuevos miembros.
3. Aceptar la apertura a otros grupos extrafamiliares, como instituciones -la escuela- y profesionales de la salud -pediatras-.

Características de las familias colombianas en la etapa filial

Según recientes investigaciones se observan comportamientos particulares en esta fase así:

La llegada de los hijos se planea de acuerdo con las condiciones económicas y no con la preparación para las nuevas funciones parento-filiales.

- El inicio de la paternidad y maternidad sucede en forma rápida sin haberse hecho los ajustes fundamentales como pareja. Tanto factores culturales como religiosos están asociados al embarazo temprano.
- La pérdida de la actividad profesional y la disminución del tiempo para actividades personales y profesionales genera crisis en las madres de estrato medio y alto, pero no en el estrato bajo.

- La fuente de apoyo para el grupo familiar en esta etapa proviene en el estrato bajo del grupo familiar extenso y en el medio y alto de la información profesional de especialistas.
- Cuando hay varios hijos se entremezcla la llegada o nacimiento de ellos, con el proceso de socialización secundaria que se inicia en el sistema educativo -preescolares, jardines, hogares comunitarios, guarderías, etcétera.
- Aumenta la participación del hombre en la preparación del parto: compartiendo las actividades domésticas, asistiendo a las evaluaciones prenatales, adquiriendo información sobre el proceso, dialogando acerca de las expectativas y temores.
- La relación con las familias de origen se intensifica con el nacimiento de los hijos, ya que estos unen a los dos grupos. Lo que se observa más en los estratos bajos, donde es mayor la influencia de la familia extensa. Por varias razones: de un lado por compartir en su gran mayoría la misma vivienda o por la colaboración que dan al cuidar y atender los niños por la ausencia de uno o ambos padres.
- Merece relevancia el nacimiento del primer hijo por la valoración sociocultural, por lo general, la madre es quien vivencia primero la llegada del primogénito produciéndose en ella transformaciones tanto internas o personales, como en las relaciones con los demás. Ésta es más ideal y romántica, mientras que el padre atiende su papel de proveedor económico y con frecuencia no participa de otras actividades.
- La manera como se reciba al primogénito influye en la llegada de los otros hijos y en todo el funcionamiento familiar.
- Se presentan transformaciones en las tipologías familiares; además de la nuclear, extensa y ampliada, aparecen la simultánea, la monoparental y otras formas de convivencia. Lo que implica modificaciones estructurales y funcionales con la llegada de los hijos.

Características de las parejas en la etapa filial

Al aumentar las demandas emocionales y biológicas con el ingreso de nuevos miembros a la familia, se presentan momentos críticos en todo el grupo y cambios profundos en la relación de pareja.

Los inevitables cambios que se producen entre los cónyuges modificarán su relación y crearán tensiones, hasta que se adapten y acomoden a la situación. La pareja que ha logrado intimidad tiene más posibilidades de transformarse y asumir los nuevos papeles de padres.(19)

El comienzo de la paternidad se da en el momento en que la mujer se entera que está embarazada. El aceptar o no este hecho, indica ya como ha funcionado y está funcionando la pareja y si la decisión es tener el hijo, están los nueve meses del embarazo como tiempo de preparación para el desempeño de las futuras funciones parentofiliales.

Esta época es de muchos cambios, no sólo físicos en la mujer sino emocionales en la díada, por lo que se presenta tensión y ansiedad. Si los dos han cumplido el objetivo de la etapa anterior de complementarse, es importante hacer unos cambios: la mujer requiere cuidado y protección, así como apoyo y compromiso del esposo o compañero en las tareas domésticas y en la preparación para el parto.

La llegada del hijo exige la readaptación de la pareja, los primeros meses de la parentalidad están acompañados de cambios en los sentimientos de los padres. Antes estaban el uno para el otro o con los otros hijos, ahora tienen que atender a un nuevo miembro de la familia. Siendo frecuente que la madre-esposa dedique la mayor parte de su tiempo a proporcionar cuidados al bebé.(20)

Todo nacimiento plantea nuevos acuerdos entre la pareja, modifica los que existían. Deben encontrar tiempo, energía, sentimientos y espacio para el nuevo miembro, compartiendo el amor con él y al mismo tiempo buscar otras formas de su relación sexual y afectiva.

El subsistema conyugal, si existe, está enfrentado de lleno al nacimiento y crianza de los hijos. Se requiere un proceso de negociación en la búsqueda del espacio para el nuevo miembro y para no deteriorar la relación.

En el cumplimiento de la complementariedad, deben hacerse reajustes: búsqueda de espacios eróticos-afectivos para la pareja; apertura a las familias de origen y otros grupos externos -salud, educación-; democratización en las nuevas funciones.

Las parejas colombianas por lo general tienen los hijos después de cuatro o siete años de convivencia. Época caracterizada por: un desencanto sexual, mayores gastos familiares, disminución o pérdida del romanticismo, conocimiento del otro en su realidad; los amigos, hijos y trabajo ocupan más atención.

La diada conyugal se enfrenta a idealizaciones y fantasías del amor romántico confrontado con la realidad cotidiana: responsabilidades económicas, separación de las familias de origen.

Dificultades propias de la fase de nacimiento de los hijos:

Esta fase representa grandes momentos, tanto en cada uno de los miembros de la pareja, como de ambos, ya que los ajustes a las nuevas exigencias parentales, pueden no coincidir con las motivaciones personales. O también presentarse algunas situaciones muy comunes como la participación de las familias de origen -abuelas, tíos, sobrinos- en el cuidado de los niños y de la vida familiar.

Este periodo puede ser de grandes satisfacciones, pero también de problemas; emergiendo situaciones de triangulación o alianzas, motivadas por los celos cuando un miembro de la pareja sienta que el bebé está más apegado al otro, o al contrario, cuando uno de los padres -que por lo general es la madre-, le dedica más tiempo al recién nacido que al compañero o a los otros hijos.

Las dificultades más frecuentes en este periodo son:

- Descuido del papel de esposos y desajuste en sus relaciones afectivas. Concentración en el papel de padres.
- Desplazamiento de los conflictos de pareja a la crianza y cuidado de los niños.
- Distribución inequitativa de las funciones familiares, recargando en un miembro las responsabilidades.
- Celos por la atención al recién nacido. Inseguridad.
- No aceptación del sexo del hijo.
- Nuevos problemas económicos por las exigencias de los hijos.
- Desajuste o descuido en las relaciones sociales.
- Crisis de identidad: dificultad en aceptar los nuevos papeles.
- Utilización de los hijos como mediadores en los conflictos de la pareja.
- Estos pueden comenzar desde la concepción del hijo, al ser un embarazo no deseado o no consultado con el otro.
- Otras situaciones críticas tienen que ver con:
 - Cuadros depresivos de la madre, que varían desde formas leves hasta entidades psicóticas crónicas. El manejo familiar apunta a identificar la depresión y brindar el apoyo emocional requerido, a más de tratamiento especializado.
 - Agresiones al recién nacido, ya sea por fallas estructurales en la pareja o en la familia, o por situaciones circunstanciales provenientes del medio: calamidades domésticas, deficiencias económicas, embarazo no deseado, conflictos maritales o de otro tipo no resueltos.
 - Hijos con limitaciones físicas y/o mentales: lo que origina una crisis de desvalimiento, que requiere reajustes de todo el funcionamiento familiar e intervenciones educativas para conocer y enfrentar la situación. (19)

En este punto es necesario mencionar el concepto de crisis como potenciador de transformaciones, en un sentido positivo que conlleva la posibilidad de que se sucedan modificaciones benéficas para la familia, que garanticen el crecimiento de cada uno de sus miembros y el de la totalidad, madurando y avanzando en el cumplimiento de objetivos de bienestar individual y colectivo.

Todo lo cual plantea que en su esencia, un evento natural como es el nacimiento o llegada de los hijos, implica procesos de ajuste y acomodación, tanto individual como familiar y estos puede ser positivos o negativos, dependiendo de la estructura y funcionamiento de la totalidad del sistema familiar. (22)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente se considera al Embarazo de alto riesgo como un problema de salud de gran importancia teniendo gran impacto en la familia donde cada miembro es importante para enfrentar la situación permitiendo una flexibilidad en el entorno familiares en tanto a sus roles y funciones

Se tiene conocimiento que entre los principales factores de riesgo son factores genéticos, ambientales, físicos y culturales que intervienen en la aparición de enfermedades que hace que un embarazo normal se le considere posteriormente de alto riesgo.

La realización de este estudio, resulta importante porque ofrece la oportunidad de ampliar los criterios de atención de salud hacia la mujer con embarazo de alto riesgo. Este enfoque es una oportunidad para influir en el ejercicio de disciplinas en la salud que ayuden a detectar alteraciones en la funcionalidad de la familia, ya que el embarazo se desempeña en el primer nivel de atención.

Todo lo cual plantea que en su esencia, un evento natural como es el nacimiento o llegada de los hijos, implica procesos de ajuste y acomodación, tanto individual como familiar y estos pueden ser positivos o negativos, dependiendo de la estructura y funcionamiento de la totalidad del sistema familiar, es por ello que el médico familiar sea capaz de detectar estos desajustes en la dinámica de familia, para poder brindar apoyo en forma oportuna. Sin embargo esta es una labor ardua y para muchos incomprensible ya que no solo estamos hablando del diagnóstico de la mujer con un embarazo de Alto riesgo, sino también de las repercusiones que éste pudiera ocasionar en la familia. También se espera que este estudio constituya una aportación para aquellos que se interesen en conocer la influencia que tiene la dinámica de la familia en la conducta de la mujer con embarazo de riesgo.

ES IMPORTANTE PREGUNTARNOS:

¿ EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO INFLUYE EN LA COHESION Y ADAPTABILIDAD DE LAS FAMILIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 12 DE ALLENDE COAHUILA ?

JUSTIFICACIÓN

En 2005 el Sistema Nacional de Salud se registraron 1266 defunciones maternas por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio con una tasa de 4.7 por cada 10000 nacidos vivos registrados, de acuerdo al Sistema Único de Información y Estadísticas. Entre las causas principales reportadas se encuentran: enfermedad hipertensiva 26.1 %, hemorragia en embarazo, parto o puerperio 25.5%, aborto 7.5%, sepsias u otras infecciones puerperales 2.4%, otras complicaciones puerperales 5.0%. Causas obstétricas indistintas 18.0 y muertes causa no específica de acuerdo al Sistema Único de Información y Estadística (SUIVE).

En la Unidad de Medicina Familiar No. 12 de Allende Coahuila, se encontraron 54 mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo en el periodo comprendido de Enero a Julio del 2010.

La atención de pacientes con embarazo de alto riesgo ha sido considerada de especial importancia dentro del ejercicio de la profesión médica por su aplicación en un amplio grupo femenino que reclama mejores servicios y el aprovechamiento de los recientes avances técnicos y científicos en la prevención y tratamiento de las mujeres por lo que hay que redoblar esfuerzos para la detección oportuna y tratamiento de los mismos y evitar así la mortalidad materno infantil.

Cada día, nuestra problemática en el mundo actual, agrede en forma severa la dinámica familiar y cada mujer en esta etapa de su vida debe enfrentar con un mejor conocimiento las complicaciones que pueda vivir. Partiendo del hecho de que la salud y enfermedad se genera en la familia, el papel del médico familiar como experto en la atención integral, deberá ser identificar oportunamente a la mujer con embarazo de alto riesgo y la dinámica familiar en la que está inmersa, y aplicar instrumentos de evaluación que le permitan discernir quienes serán las que estén atravesando una crisis y poder ayudar a superar adecuadamente esa etapa de su ciclo vital familiar por la que atraviesan.

OBJETIVO GENERAL:

CONOCER LA COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTE CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 12 DE ALLENDE, COAHUILA, POR EL METODO DE EVALUACION FACES III.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- ANALIZAR LA TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN LA COHESIÓN FAMILIAR EN FACES III; EN AGLUTINADA, NO RELACIONADA, SEMIRELACIONADA Y RELACIONADA.

2.- ANALIZAR LA TOPOLOGÍA A TRAVÉS DE LA ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN FACES III; EN RÍGIDA, ESTRUCTURADAS, FLEXIBLES Y CAÓTICA.

3.- HACER UN DIAGNOSTICO RELACIONADO AL EVALUAR EL MODELO CIRCUNFLEJO EN RANGO MEDIO, EXTREMAS, BALANCEADAS.

METODOLOGÍA

I.- TIPO DE ESTUDIO:

- Observacional
- Retrospectivo
- Transversal
- Descriptivo
- Abierto

II.-POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

En la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Allende Coahuila, se estudiaron 54 mujeres con diagnóstico de Embarazo de Alto Riesgo entre las edades de 15 a 45 años de acuerdo al Sistema de Información de Medicina Familiar en el periodo comprendido de Enero a Julio del 2010.

III.-TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

De las 54 embarazadas con diagnostico de embarazo de alto riesgo. Mujeres entre 15 y 45 años de edad atendidas en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 12 Coahuila., el universo de trabajo lo constituyeron el 100 por ciento de pacientes atendidas por control de embarazo de alto riesgo en el periodo comprendido de Enero a Julio del 2010, entre las edades de 15 a 43 años. Se trabajo con la totalidad de ellas, utilizándose como método estadístico el análisis porcentual y graficándose en Office Excel. Aplicando los anexos 1,2, 3, y 4.

GRUPOS DE ESTUDIO:

IV.- CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS.-

Pacientes femeninas que cursen con Embarazo de alto riesgo entre los 15 y 45 años de edad, que tengan hijos, estado civil indistinto, atendidas en la consulta externa de Medicina familiar de la Unidad Medico Familiar No 12. del Instituto Mexicano del Seguro de Allende Coahuila. Enero a Julio del 2010, que sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Piedras Negras Coahuila.

V. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.-

1. Pacientes femeninas diagnosticadas con Embarazo de Alto Riesgo.
2. Que tengan entre 15-45 años.
3. Atendidas en consulta de medicina familiar de la unidad medico familiar No 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Allende Coahuila.
4. Que tengan uno a más hijos.
5. Estado Civil Indistinto.

VI) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.-

1. Pacientes que hayan interrumpido su embarazo durante el tiempo del estudio.
2. Pacientes que hayan cambiado de residencia.

VII) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.-

1. Pacientes que se nieguen a dar información completa.
2. Que no quieran firmar el consentimiento informado.
3. Pacientes que fallezcan durante el estudio.

VARIABLES A RECOLECTAR:

COHESION FAMILIAR: Son los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar. Implica los factores de ligas afectivas, soporte mutuo, ambiente familiar, fronteras o límites.

ADAPTABILIDAD FAMILIAR: Se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas y normas de relación en respuesta al estrés situacional y de interacciones en respuesta a una crisis.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO: El embarazo de alto riesgo se define como en el que la madre, el feto o el recién nacido tienen o pueden tener un mayor riesgo de mortalidad antes, durante o después del parto hasta los 42 días posterior al parto.

VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALAS DE MEDICIÓN	INDICADORES
COHESION FAMILIAR:	CUANTITATIVA	Son los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar. Implica los factores de ligas afectivas, soporte mutuo, ambiente familiar, fronteras o límites.		INTRUMENTOS DE EVALUACION FAMILIAR FACES III	<ol style="list-style-type: none"> 1. NO RELACIONADA 2. SEMIRELACIONADA 3. RELACIONADA 4. AGLUTINADA
ADAPTABILIDAD FAMILIAR:	CUALITATIVA	Se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas y normas de relación en respuesta al estrés situacional y de interacciones en respuesta a una crisis.		INTRUMENTO DE EVALUACION FAMILIAR FACES III	<ol style="list-style-type: none"> 1. RIGIDA 2. ESTRUCTURADA 3. FLEXIBLE 4. CAOTICA
EMBARAZO DE ALTO RIESGO:	CUALITATIVA	En el que la madre, el feto o el recién nacido tienen o pueden tener un mayor riesgo de mortalidad antes, durante o después del parto hasta los 42 días posterior al parto.		INTRUMENTO DE EVALUACION RIESGO OBSTETRICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAJO RIESGO 2. MEDIANO RIESGO 3. ALTO RIESGO

PROCEDIMIENTOS PARA RECABAR LA INFORMACIÓN:

Se entrevistó a cada una de las pacientes con Embarazo de alto riesgo entre los 15 y 45 años de edad, detectadas en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 12 de Allende Coahuila, en el periodo comprendido de Enero a Julio del 2010, a las que se les aplicó el Instrumento de Evaluación FACES III, con el apoyo de 3 médicos residentes de Medicina Familiares involucrados en el presente estudio.

Se aplicó el instrumento FACES III que valoró a través de 20 reactivos, la comunicación, las jerarquías y los límites así como la adaptabilidad y la cohesión familiar, este instrumentos para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo creado también por Olson (24) en el cual se clasifican a las familias según su cohesión en: No relacionadas con un valor entre 10 y 34 , semirelacionadas con un valor entre 35 y 40 , Relacionada entre 41 y 45 y Aglutinadas entre 46 y 50 puntos y según su adaptabilidad en rígida con un valor entre 10 a 19 puntos, estructurada entre 20 y 24 puntos, flexible entre 25 y 28 puntos y caótica entre lo 29 y 50 puntos, de esta combinación resultan 16 tipos de familia al conjuntar el tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Así se clasifican a las familias balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas extremas o severamente disfuncionales según el Modelos Circunflejo de Olson. (25)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

1. En este estudio fue muy importante la aplicación de los criterios del Código de Nuremberg el cual fue publicado el 20 de agosto del 1947. Donde dicho texto tiene el merito de ser el primer documento que planteo explícitamente la obligación de solicitar el consentimiento informado, expresión de la autonomía del paciente y la declaración de Helsinki de La asociación medica mundial. Donde son de gran importancia los principios éticos para la investigación medica en los seres humanos. (23) y a la Ley General De Salud en materia de Investigación para la Salud en el Titulo Quinto, Artículo 96, sección II que nos habla de los enlaces entre la enfermedad, medicina y estructura social; aunado a este, el Articulo 100, sección III y IV que habla de la seguridad del sujeto además del consentimiento para realizar la investigación. Así como a la declaración de Helsinki, Finlandia modificada en Tokio, Japón en Octubre de 1975; esta sirve como guía para médicos en la investigación en personas.

RESULTADOS

1. La cohesión de las familias en las mujeres estudiadas con el instrumento de evaluación FACES III se encontró que fueron relacionadas en 17%; semirelacionadas 22%; aglutinada 61%. (Anexo 5)
2. La adaptabilidad de las familias de acuerdo al instrumento FACES III se encontró que fueron caóticas en 55 %; flexibles 28 %; estructuradas 11% y rígidas 6%. (Anexo 6)
3. También se evaluó con el modelo circunflejo y se concluye que las familias que se encuentran en un rango medio son los 6% extremas y 21% Moderadamente Disfuncional y 73 % balanceadas. (Anexo 7)
4. En los datos obtenidos con la Historia clínica se obtuvieron datos de la ocupación; estando dedicadas 63% al Hogar, 31 % Obrera y 6% Comerciantes. (Anexo 8)
5. Además con la clínica se valoraron grupo de acuerdo a la edad. Siendo los siguientes resultados el 46% correspondía entre 21 a 30 años, 26% de 31 a 40 años, 20% de 15 a 20 años y 8% a mayores de 41 años. (Anexo 9)
6. Finalmente de acuerdo al estado civil se obtuvimos los siguientes resultados; el 79 % casadas, 13% Unión libre, 4% divorciadas y 4% solteras. (Anexo 10)

DISCUSIÓN

Hoy en día, muchas mujeres dejan para más adelante en sus vidas el hecho de tener un bebé. En Estados Unidos, las tasas de embarazos de mujeres mayores de 30 años se encuentran en los niveles más altos registrados en tres décadas. Sin embargo, cuanto mayor es la madre mayor es el riesgo de aborto espontáneo, defectos congénitos y de complicaciones en el embarazo como el embarazo gemelar, la diabetes gestaciones y trabajos de parto difíciles. Algunos estudios de investigación muestran que, si bien puede existir una mayor probabilidad de complicaciones en el embarazo en las mujeres mayores, sus bebés pueden no presentar más problemas que aquellos de mujeres más jóvenes. (7)

En nuestro estudio podemos plasmar que la edad promedio de las embarazadas con embarazo de riesgo fue de 21 a 30 años en un 47% y las edades tempranas entre 15 a 20 años solo se reporto un 20 %, lo que concuerda con la literatura. A pesar de esto, algunos autores concluyen que las adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control prenatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico. Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la madre, siendo el grupo de mayor riesgo las adolescentes entre 10 y 15 años, sin diferencias en el grupo de 16 a 19 años con respecto a las madres adultas

En cuanto a la ocupación la mujer dedicada al hogar fue la que mayormente se encontró con embarazo de alto riesgo en un 63%, contra las que trabajan reportándose un 31%, cifra baja en comparación de otros estudios por ejemplo en un estudio del Centro Superior de Investigación de Salud publica en Estados unidos muestra los contrario que el **63%**, **62%** y **56%**: estas cifras son los porcentajes de aquellas mujeres que durante el **embarazo** o la **lactancia** padecen en sus puestos de trabajo **estrés**, algún **riesgo físico** y el verse en la obligación de **levantar cargas pesadas** o pasar mucho tiempo **de pie**, respectivamente. Estos son los puntos clave de un estudio socio-laboral que se

ha llevado a cabo sobre la situación de las mujeres embarazadas y lactantes, y los **riesgos laborales** a los que pueden verse sometidas. (26)

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

En este estudio se encontró que la cohesión familiar de acuerdo al instrumento de evaluación FACES III las familias fueron aglutinadas en un 16%, semirelacionadas 22%, y relacionadas en 17 %. Al evaluar la adaptabilidad se pudo demostrar que las familias fueron caóticas en un 55%, flexible en un 28%, estructurada en un 11% y rígidas en un 6%., al transportarlo al modelo circunflejo se puede decir que las familias se encuentran balanceadas en un 75%, en un rango medio 21% y disfunción extrema en un 6%; haciendo una comparación con otro estudio de la Universidad Autónoma de México , menciona que ellos estudiaron la Disfunción Familiar en mujeres embarazadas mediante el instrumento de APGAR, reportando un grado de disfunción familiar moderada del 27%, severa en un 6% y Normal en un 67% (27)

Todo lo cual plantea que en su esencia, un evento natural como es el nacimiento o llegada de los hijos, implica procesos de ajuste y acomodación, tanto individual como familiar y estos puede ser positivos o negativos, dependiendo de la estructura y funcionamiento de la totalidad del sistema familiar.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se pudo apreciar que la cohesión y adaptabilidad si se ven afectadas cuando existe un embarazo de alto riesgo dado que las familias con buena funcionalidad familiar sobre pasan esta etapa donde pueden verse afectados los roles, jerarquías y en otras donde las funciones familiares, los roles y los vínculos en la familia tiene una gran repercusión en el estado emocional de la paciente pudiendo agravar su padecimiento.

1. El objetivo del presente estudio fue determinar el grado de cohesión y adaptabilidad Familiar de las mujeres con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 de Allende Coahuila, mediante el instrumento de Evaluación FACES III, instrumento que evalúa la interrelación familiar.
2. Podemos concluir que el embarazo de alto riesgo constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones de a mismos no parecen fáciles de resolver a corto plazo, por lo anterior el seguimiento de la gestación debe contemplar no solo la asistencia obstétrica como tal, si no adoptar un enfoque integral que atienda además las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia.
3. Este estudio reafirma que la Disfunción Familiar es un factor predisponente para el desarrollo en las conductas de las mujeres con embarazo de riesgo. Analizando este estudio se identifico que la disfunción familiar constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual. (Había evaluado estos parámetros con la historia clínica, pero no los puse en resultados por que no eran las variables a estudiar sin embargo me fue importante hacer la mención de estos). Anexo 8, 9,10.

4. Partiendo del hecho de que la salud y enfermedad se genera en la familia, el papel del médico familiar como experto en la atención integral, deberá ser identificar oportunamente a la mujer con embarazo de alto riesgo y la dinámica familiar en la que está inmersa, y aplicar instrumentos de evaluación que le permitan discernir quienes serán las que estén atravesando una crisis y poder ayudar a superar adecuadamente esa etapa de su ciclo vital familiar por la que atraviesan.

BIBLIOGRAFIA:

1. Olson, D.H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *Manual de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III Manual)*. Minneapolis: Life Innovation.
2. PAC de ginecología (programa de actualización continua para ginecología y obstetricia). Pagina 35-43 editorial schering . 2008 a 2010.
3. Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, 2003
4. Scott DiSaia. Hammond. Spellacy. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth Sexta Edición. Mc Graw Hill Capítulo 10.
5. Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, 1992
6. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología 2005; 70: 340-345.
Espinosa Ibarra R, Gorvea Chávez V. Cohorte de mujeres en evaluación de riesgo pregestacional. Enero 1993 a 2002.
7. Cabero L, Roura. tratado de ginecologia, obstetricia y medicina de la reproduccion, editorial Panamericana 2003.
8. ACOG practice bulletin. *Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists* Number12, 2000.

9. Cifuentes R *obstetricia de alto riesgo.2007*
10. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics Normal and Problem Pregnancies*. 5 Edición. Estados Unidos, 2007
11. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
12. González, P. (2008). "Semblanza de la familia". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, (1) 80-88.
13. Louro I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2006; 29 (1): 48-51.
14. Comisión Nacional de la Familia, *Informe Comisión Nacional de la Familia*. Santiago de Chile, Servicio Nacional de la Mujer. 1996
15. Fuertes, M. y Maya, M. (2007). "Atención a la familia: La atención familiar en situaciones complejas"
En <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple10.html>.
16. Ruiz, G. (1994). "La familia". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 10, (1) 41-42.
17. Alvarez, María de la Luz, *La familia en riesgo, un instrumento de diagnóstico*. Santiago de Chile. Editorial Universitaria. 1998.
18. Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica. Vol. II*. Bilbao: Desclee Brouwer.
19. Edwards, M. (2002). "Attachment, Mastery, and Interdependence: A Model of Parenting Processes". *Family Process*, 41, 389-404.

20. Jiménez, D. (2002). "Cuidando a los cuidadores: Familiares de pacientes con infección renal crónica. Hospital General Tacuba del ISSSTE". Memorias de IV Coloquio Internacional sobre Servicio Social Comunitario. México: UNAM.
21. Yurss, W. (2006). "Atención a la familia otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria: Instrumentos de abordaje familiar". En: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple14.html>.
22. Source: Pautas Éticas Internacionales para la investigación y Experimentación Biomédica en Seres humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias medicas (CIOMS), 1993ginebra,pag 53-56
23. Gómez-Clavelina FJ Ponce-Rosas ER, Irigoyen-coria a Faces II: alcances y limitaciones. Aten Fam 2005; 12(1):10-11
24. Olson, D.H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *Manual de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III Manual)*. Minneapolis: Life Innovation.
25. M. Carmen González-Galarzo, Ana M. García, Marisa Estarlich, Francisco García García, Ana Esplugues, Paz Rodríguez, Marisa Rebagliato, Ferran Ballester. "Prevalencias de exposición a riesgos laborales en trabajadoras embarazadas (proyecto INMA-Valencia)". *Gaceta Sanitaria*; 23 (5):420-6, septiembre-octubre de 2009.
26. Universidad Autónoma de México, de la Revista de la Facultad de Medicina Vol. 47 N° 1 de Junio del 2000

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 12 DE ALLENDE COAHUILA. QUE PARTICIPARON EN ESTUDIO DE INVESTIGACION

Allende Coahuila a __ del mes de _____ del ____

Yo _____ otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se me incluya como sujeto de estudio en el Proyecto de investigación médica, de cohesión y adaptabilidad en el embarazo de alto riesgo, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto.

- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ambos en caso de no aceptar la invitación;
- Puedo retirarlo del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva;
- No haremos ningún gasto, ni recibiremos remuneración alguna por la colaboración en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de la colaboración;
- puedo solicitar, en el transcurso del estudio, información actualizada sobre el mismo al investigador responsable, o bien llamar al departamento de enseñanza de la UMF no 79 del IMSS en Piedras negras Coahuila.

Lugar fecha

Nombre y firma de la paciente _____

Nombre y firma del médico que se le proporcionó la información para fines de investigación

ANEXO 2 ENCUESTA 1

ENCUESTA DE ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS A PACIENTES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO DE LA UMF NUMERO 12 DE ALLENDE COAHUILA.

Nombre:
Edad: HC: Peso: Talla: IMC:
Área de salud: Escolaridad:
Ocupación: Estado civil: Procedencia
Captada Como riesgo preconcepcional Si__ No__ Ho E__P__A__
Período Intergenésico: fecha del último embarazo_____
Datos del embarazo Actual
Captación _____ #de controles _____ GT Peso_____
Patologías asociadas al embarazo:
CIUR__ ITU__ Sepsis vaginal__ Placenta Previa__ Anemia__
HTA__ Diabetes__ Otras_____
Detalles del parto anterior
TG: __ Tipo de parto Eutócico__ Distócico__ causa:_____
LA: _____ Peso R/N: _____ Apgar: _____ TRM: _____ # tactos: _____
TTP____ Sangramiento Normal__ Moderado__ Severo__
Alumbramiento Espontáneo__ Instrumentado__ Activo__
Uso de oxitocina: Inducción__ Conducción__ Episiotomía__
Morbilidad de la madre: _____
Evolución_____
Fallecida_____
Morbilidad del recién nacido_____
Evolución_____
Fallecido__

ANEXO3

ENCUESTA SOBRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 12 DE ALLENDE COAHUILA.

NUMERO AFILIACIÓN:	EDAD:
ESTADO CIVIL: SOLTERA: CASADA: DIVORCIADA:	UNION LIBRE:
NUMERO DE HIJOS:	
OCUPACIÓN: OBRERA: CAMPESENA: PROFESIONISTA:	TÉCNICA:
TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A SU COMPORTAMIENTO:	
TRADICIONAL:	MODERNA:
TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A LA DEMOGRAFÍA:	
1.- URBANA:	
2.- SUBPROLETARIADA:	
3.- PROLETARIADA:	
4.- MEDIA:	
5.- ACOMODADA:	
TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU CONFORMACIÓN:	
NUCLEAR: EXTENSA: COMPUESTA; RECONSTRUIDA:	CONTRAIDA:
TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A SU CICLO VITAL:	
EXPANSION: DISPERSION: NIDO VACIO:	

ANEXO 4

ENCUESTA FAMILIAR DE FACES III DE 20 ÍTEMS. APLICADA A PACIENTE CONEMBARAZO DE ALTO RIESGO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 12 DE ALLENDE COAHUILA.

INSTRUCCIONES: ESCRIBA EN EL ESPACIO A CADA PREGUNTA LA RESPUESTA QUE USTED ELIJA Y EL NUMERO INDICADO.

NUNCA, CASI NUNCA ALGUNAS VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

1 2 3 4 5

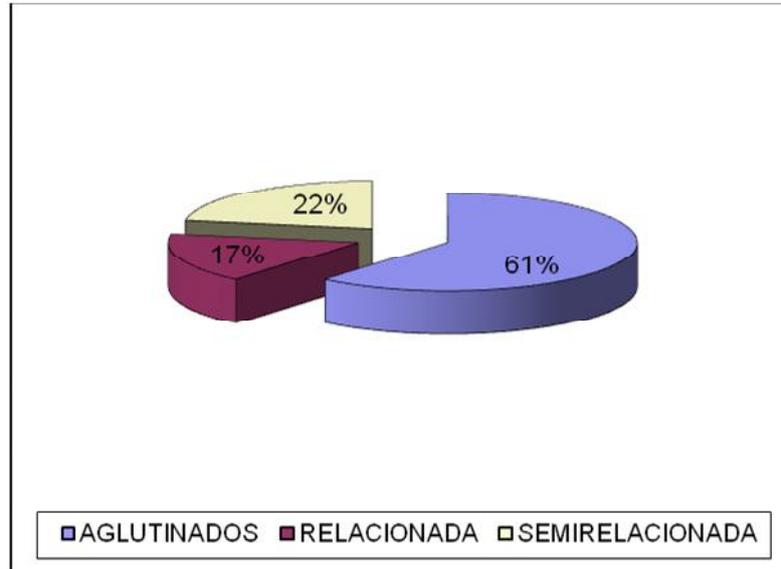
DESCRIBA SU FAMILIA

• 1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si	
• 2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	
• 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	
• 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a la disciplina	
• 5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos	
• 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	
• 7.- Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	
• 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas	
• 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	
• 10.- Padre e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos	
• 11.- Nos sentimos muy unidos	
• 12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones	
• 13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente	
• 14.- En nuestra familia las reglas cambian	
• 15.-Con facilidad podemos planear actividades en familia	
• 16.- Intercambiamos los quehaceres de la casa entre nosotros	
• 17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones	
• 18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	
• 19.- La unión familiar es muy importante	
• 20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar	

FACES III (D. H. OLSEN, J .PORTNER E Y. LAVEE),
VERSION EN ESPAÑOL (MEXICO): C. GOMEZ Y C. IRIGOYEN

ANEXO 5

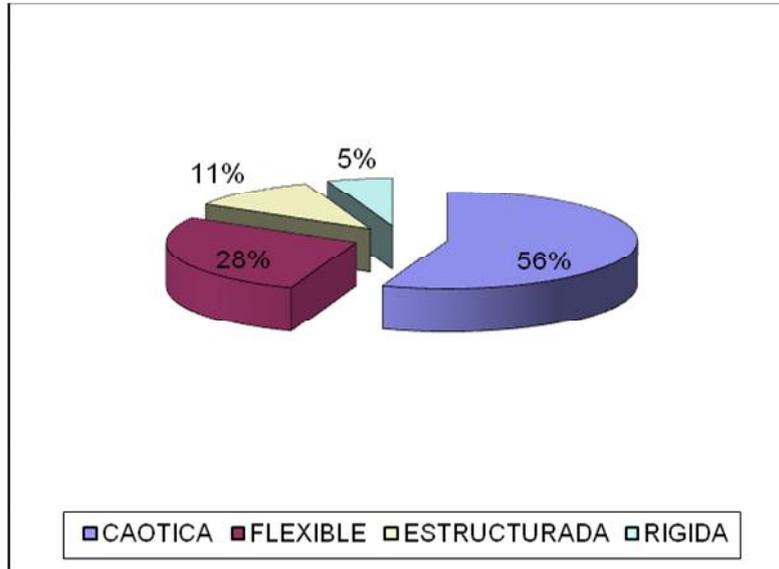
COHESION FAMILIAR



FUENTE: FACES III

ANEXO 6

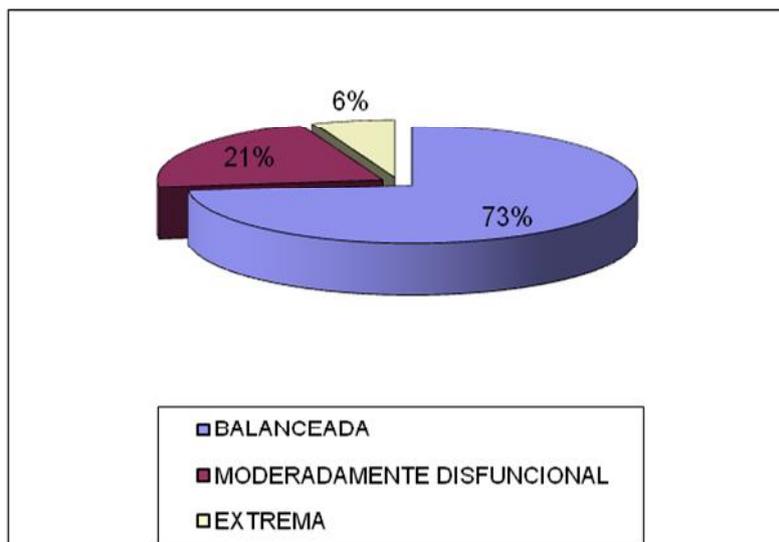
ADAPTABILIDAD FAMILIAR



FUENTE: FACES III

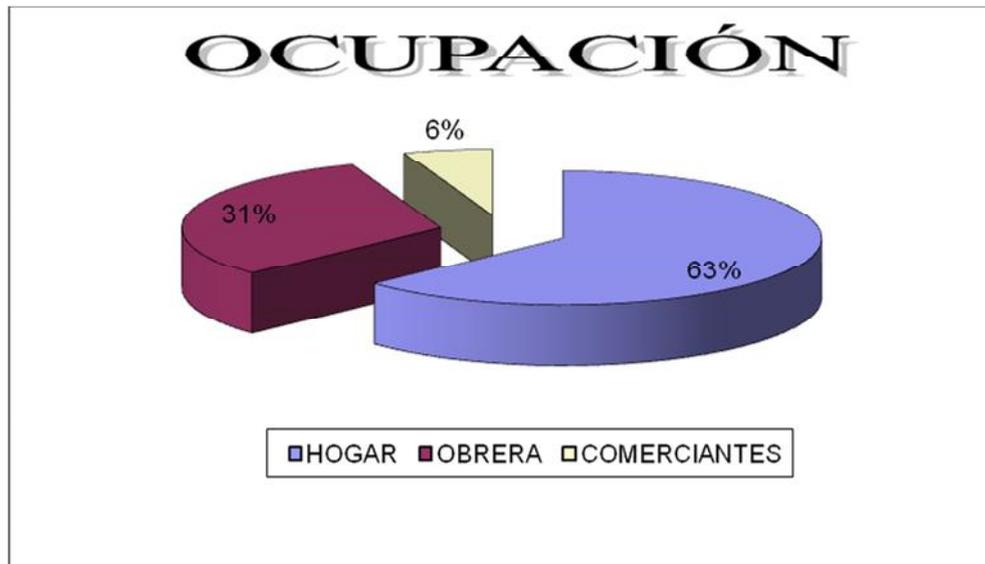
ANEXO 7

FUNCIONALIDAD



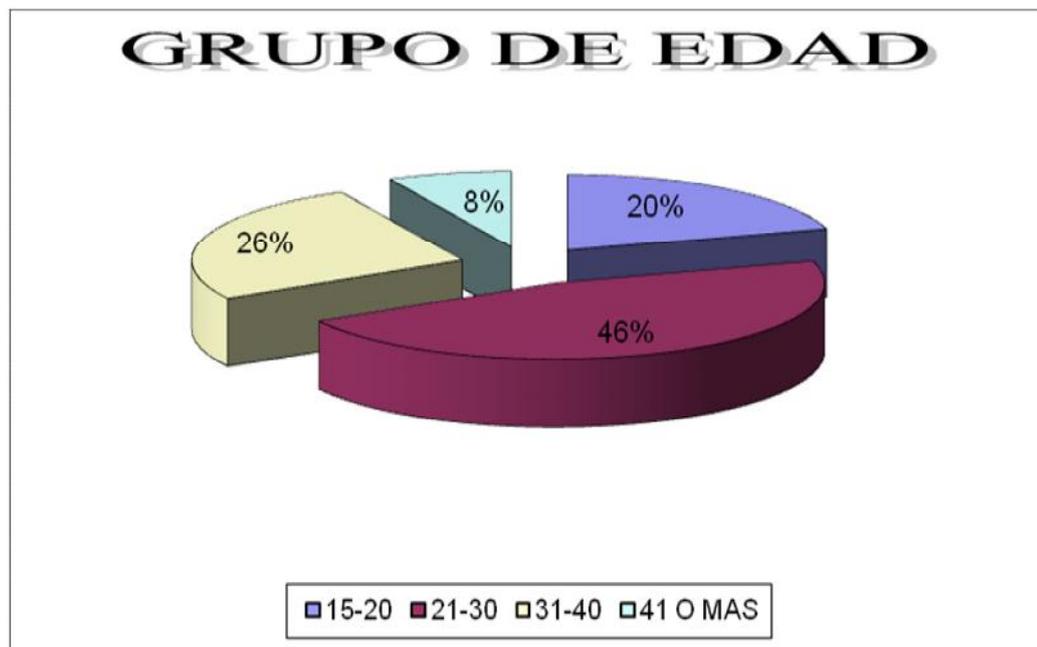
MODELO CIRCUNFLEJO

ANEXO 8



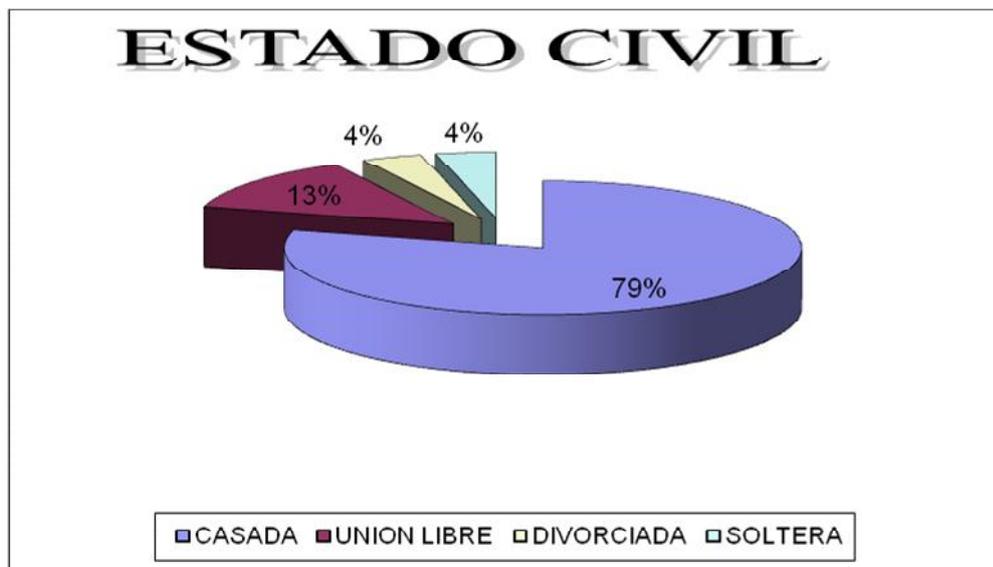
FUENTE: Historia Clinica

ANEXO 9



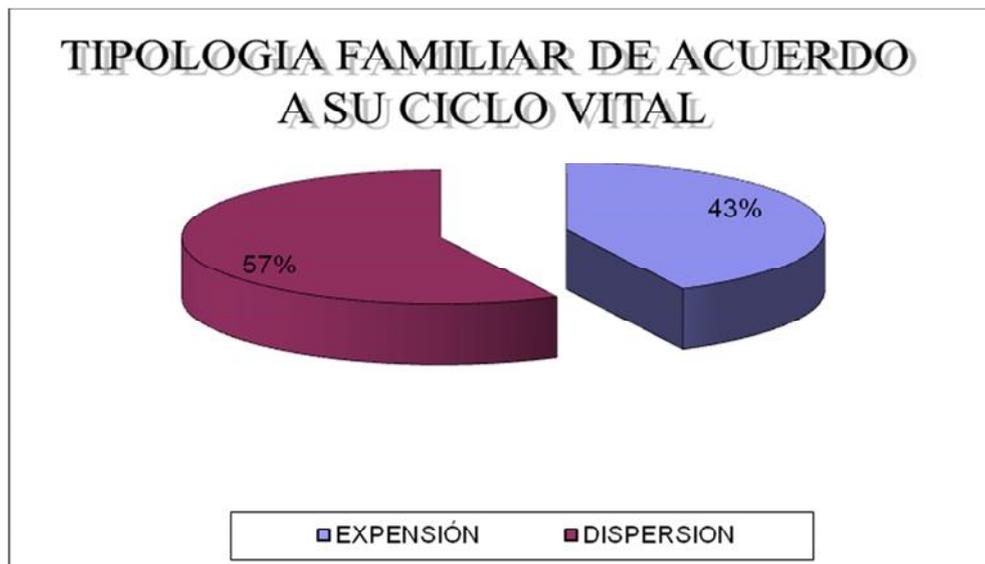
FUENTE: Historia Clínica

ANEXO 10



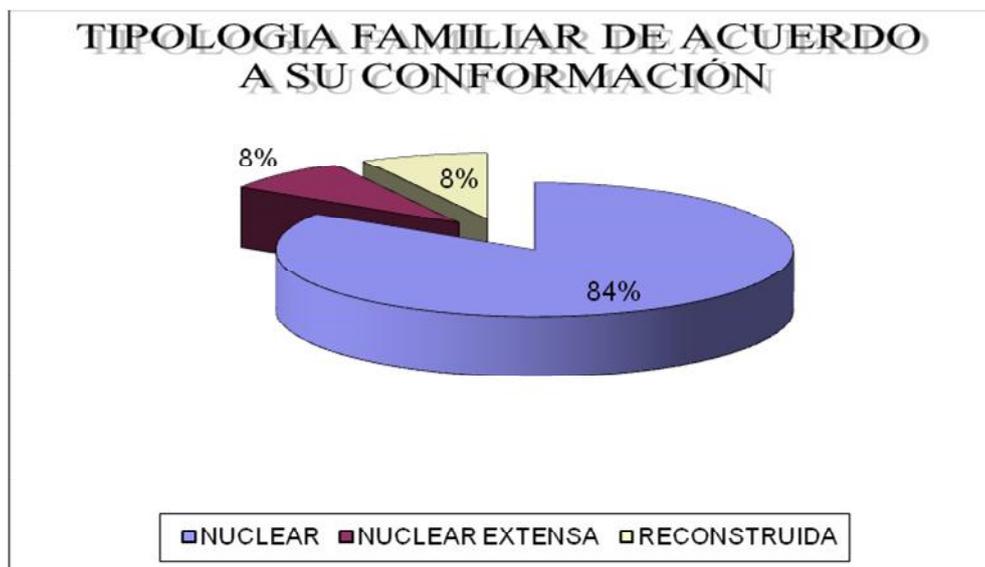
FUENTE: Historia Clínica

ANEXO 11



FUENTE : Historia Clinica

ANEXO 12



FUENTE: Historia Clínica