

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 1 CUERNAVACA, MORELOS.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FRECUENCIA DE RETRASO  
DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN MUJERES  
EMBARAZADAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No  
1 CUERNAVACA MORELOS.**

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

**PRESENTA:**

**DRA. ARACELI GARCIA BALDOVINOS**

**CUERNAVACA, MOR.**

**2012**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FRECUENCIA DE RETRASO DE  
CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN MUJERES EMBARAZADAS EN  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 CUERNAVACA  
MORELOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

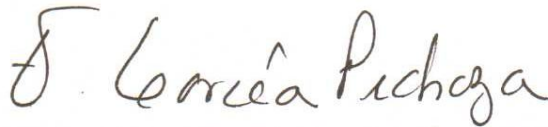
**PRESENTA**

**DRA. ARACELI GARCIA BALDOVINOS**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y  
FRECUENCIA DE RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO  
EN MUJERES EMBARAZADAS  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1, CUERNAVACA MORELOS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ARACELI GARCIA BALDOVINOS**

AUTORIZACIONES:

**DRA. SANDRA CAMACHO OCTAVIANO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
CUAUTLA MORELOS

**DR. JOSE PONCIANO LOPEZ REYES**  
ASESOR METODOLÓGICO  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y TERAPEUTA FAMILIAR  
CON DIPLOMADO EN INVESTIGACIÓN EN LA UMF 20 CUERNAVACA MORELOS

**DR. JUAN ORTIZ PERALTA**  
ASESOR METODOLÓGICO  
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN  
MÉDICO FAMILIAR  
MAESTRO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
MAESTRANTE EN EDUCACIÓN POR LA UNIVERSIDAD AMERICANA DE MORELOS

**DRA. ROSA MARÍA MUÑOZ ARENILLAS**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y  
FRECUENCIA DE RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO  
EN MUJERES EMBARAZADAS  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1, CUERNAVACA MORELOS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**INVESTIGADOR**

**DRA. ARACELI GARCIA BALDOVINOS**

MEDICO GENERAL 80  
MATRICULA 99354280  
aracheli\_@hotmail.com  
Tel. 01 777 113 86 35

HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO.1

**ASESORES**

**DR. JOSE PONCIANO LOPEZ REYES**

ASESOR METODOLOGICO  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y TERAPEUTA FAMILIAR CON  
DIPLOMADO EN INVESTIGACION  
MATRICULA 5144191  
ponci57@msn.com  
Tel. 01 777 523 80 33  
UMF 20 CUERNAVACA MORELOS

**DR. JUAN ORTÍZ PERALTA**

ASESOR METODOLOGICO  
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION  
MEDICO FAMILIAR  
MAESTRO EN INVESTIGACION CLINICA  
MAESTRANTE EN EDUCACION POR LA UNIVERSIDAD AMERICANA DE MORELOS  
juan.ortiz@imss.gob.mx  
MATRICULA 6393721  
Tel. 01 777 3187632  
DELEGACION MORELOS

## **DEDICATORIA**

***A la persona más sagrada de mi vida: mi madre***

*Por su apoyo incondicional, por su enseñanza de amor, de fe, de esperanza, de lucha, de valores, de perseverancia, de constancia, por su ejemplo y esfuerzo que me ha permitido ser quien soy hoy.*

***A la persona que llena de magia mi mundo: el amor de mi vida.***

*Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por la motivación constante pero más que nada, por su amor.*

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios.**

*Por llenarme de bendiciones, por rodearme de seres maravillosos que han influido en cada momento de este triunfo.*

### **A mi madre.**

*Luisa Baldovinos por luchar día a día, con un amor incondicional para que hoy logre un triunfo más.*

### **A mi esposo.**

*Marco Antonio Keever por su apoyo, por sus desvelos a mi lado, por contagiarme con su empeño y fortaleza, por guiarme, por su paciencia.*

### **A mis familiares.**

*A mi abuelita Guadalupe Morales por llenar mi vida de cariño y por creer en mí ciegamente*

*A mis hermanos Sonia y Miguel por estar a mi lado incondicionalmente.*

### **A mis maestros.**

*A la Dra. Nora Barrios por abrirme las puertas sin dudarlo, a la Dra. Laura Ávila por creer en mí y mi proyecto, y por brindarme su apoyo sin juicios, A la Dra. Sandra Camacho Octaviano y a la Dra. Ana María Román por su apoyo, paciencia, motivación y consejos; al Dr. José Ponciano López Reyes por su paciencia y apoyo incondicional, al Dr. Juan Ortiz Peralta por su apoyo ofrecido a este trabajo, al Dr. Juan José Cruz por su valioso apoyo a este trabajo.*

### **A mis amigos.**

*Sin importar el orden de mención: A el Dr. Bogart Carreras Olivar por su apoyo y motivación, a la Dra. Blanca Yanelly Chávez Mora por su cariño y amistad incondicional. A Jorge Robles por su motivación y consejos, a Iris Ivette Osornio, a Rogelio Robles y a Alejandra Aldama por creer en mí.*

**A CADA UNO.... GRACIAS POR EXISTIR**

## 2. ÍNDICE GENERAL

	Pág.
1. Título	01
2. Índice general	07
3. Resumen	09
4. Marco teórico	11
5. Planteamiento del problema	33
6. Justificación	34
7. Objetivos	35
7.1. Objetivo General	35
7.2. Objetivos Específicos	35
8. Hipótesis	36
9. Material y métodos	36
9.1. Tipo de estudio	36
9.2. Universo de estudio. Población lugar y tiempo de estudio	37
9.3. Características de la Muestra	37
9.3.1. Tipo de muestra	37
9.3.2. Tamaño de muestra	37
9.4. Grupos de estudio	38
9.4.1. Criterios de inclusión	38
9.4.2. Criterios de exclusión	38

9.4.3. Criterios de no inclusión	38
9.5. Operacionalización de las variables	39
9.6. Método o procedimiento para captar la información	42
10. Recursos, financiamiento y factibilidad	43
11. Consideraciones éticas	44
12. Cronograma	45
13. Resultados	45
14. Discusión	55
15. Conclusiones	57
16. Bibliografía	59
17. Anexos	64
Anexo I    Consentimiento Informado	64
Anexo II    1a. Parte de Cuestionario.	65
Anexo III    2a. Parte de Cuestionario: Tipología Familiar.	66
Anexo IV    3a. Parte de Cuestionario: FACES III	67



### 3. RESUMEN.

## FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FRECUENCIA DE RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN MUJERES EMBARAZADAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1, CUERNAVACA MORELOS. García B.A.<sup>1</sup> López R.J. MF<sup>2</sup> Ortiz P.J. MF<sup>3</sup>

**INTRODUCCIÓN.** En todo proceso patológico, juega un papel importante la familia, como principal ente socializador del individuo, trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Aunque muchas veces se hiperboliza el valor de la familia como fuente de amor, cuidados, apoyo, satisfacción y bienestar. En ocasiones se obvia el hecho de que los conflictos y alteraciones en las relaciones intrafamiliares pueden motivar estrés, disgusto y enfermedad en sus miembros. Muy vinculado a lo anterior se identifica el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante en la acción de la familia sobre la determinación de la salud humana, lo cual facilita no solo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro del bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base.

En estudios actuales se considera que la evolución del embarazo tiene una importante influencia por el aspecto psicosocial más que un aspecto biológico, el ambiente familiar es un factor importante para la estabilidad emocional en las mujeres embarazadas por lo que la funcionalidad familiar puede ser un factor psicosocial asociado al RCIU (Retraso de Crecimiento Intrauterino), definido como la disminución en el

---

1 Residente de Tercer Año. Especialidad de Medicina Familiar, Medico de base de Unidad de Medicina Familiar No 2 (UMF 2), Xochitepec Morelos.

2 Médico Especialista en Medicina Familiar y Terapeuta Familiar con diplomado en Investigación, adscrito a la UMF no 20 Cuernavaca Morelos.

3 Médico Familiar. Maestro en Investigación Clínica. Maestrante en Educación por la Universidad Americana de Morelos. Coordinador Auxiliar de Educación

potencial del crecimiento del feto, durante la etapa intrauterina y al nacer presentar un peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional. En México se presenta en uno de cada 10 embarazos, clínicamente se observa cuando el crecimiento del útero no coincide con la edad gestacional y el diagnóstico se apoya del ultrasonido.

**OBJETIVO. METODOLOGIA.** Se realizó un estudio del tipo encuesta transversal, observacional y descriptivo, con una muestra no probabilística de 131 participantes, realizada de manera aleatoria en pacientes mujeres embarazadas de la Unidad Médica Familiar No. 1 que se encuentra anexa al HGR (Hospital General Regional) de Cuernavaca Morelos, con los siguientes criterios de inclusión, mujeres embarazadas que cursan con embarazos de 30 SDG (Semanas de Desarrollo Gestacional) en adelante, con embarazo de bajo riesgo, derechohabientes del IMSS, cualquier nivel socioeconómico, cualquier nivel educativo y que hayan firmado el consentimiento informado. Se les explicó el objetivo y la motivación científica del estudio, se les proporcionó los instrumentos de evaluación los cuales fueron de autoaplicación y lápiz para el llenado de los mismos haciendo hincapié en la confidencialidad del estudio, se empleó un cuestionario de datos generales, un cuestionario para evaluar su embarazo, se clasificó su tipología familiar y se midió la funcionalidad familiar de cada participante con el FACES III; el estudio se apego a las recomendaciones para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Se presentó primero el análisis descriptivo de los datos utilizando porcentajes.

**RESULTADOS.** En el presente estudio se estudiaron 131 mujeres embarazadas con control prenatal en el área de Medicina Familiar del HGR No.1 Cuernavaca, Morelos, valoramos la presencia de RCIU relacionado con la Funcionalidad Familiar, tomando en cuenta algunos factores de riesgo que pudiesen influir en el área psicosocial.

Del total de las mujeres embarazadas encontramos 18 (13.74 %) con Retraso de Crecimiento Intrauterino.

Del total de las mujeres embarazadas, 26 (19.84%) presentaron Disfunción Familiar.

Del total de las mujeres embarazadas que presentaron RCIU 18 (13.74%), 3 (2.29%) presentaron Disfunción Familiar.

## 4. MARCO TEORICO

### FAMILIA

La palabra “familia” proviene del latín famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico.<sup>1, 2</sup>

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.”<sup>1, 2, 3</sup>

El Censo Norteamericano define a la familia como un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.<sup>2, 4</sup>

Es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción; estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. Es 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.<sup>3, 5</sup>

### CLASIFICACION DE LA FAMILIA

La familia se clasifica según su estructura, desarrollo, integración, demografía y ocupación.

1.-En base a su **ESTRUCTURA:**

- a) Nuclear: formada por padre, madre e hijos.
- b) Extensa: formada por padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos sanguíneos, como abuelos, tíos, primos y sobrinos.

- c) Extensa compuesta: que además de los miembros que incluye la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y compadres.
- d) Monoparental: formada por el padre o la madre y los hijos.
- e) Reconstituida: formada por una pareja y ambos habían tenido uniones previas y llegan uno o ambos con hijos al nuevo matrimonio.

2.-En base a su **DESARROLLO**:

- a) Tradicional: patrón tradicional de organización familiar, el padre trabaja y es quien provee el hogar. La esposa no trabaja remuneradamente.
- b) Moderna: la madre de familia trabaja y es remunerado

3.-En base a su **INTEGRACION**:

- a) Integrada: los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente.
- b) Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

4.-En base a su **DEMOGRAFIA**:

Dato de importancia por reportar con una sola palabra el acceso y la disponibilidad a servicios de la comunidad (agua potable, electricidad, drenaje, etc).

- a) Urbana
- b) Rural

5.-En base a su **OCUPACIÓN**:

- a) Profesional
- b) Técnicos
- c) Empleados
- d) Obreros
- e) Comerciantes
- f) Servicios. <sup>2, 4, 6, 7</sup>

## **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

### Funciones de la familia

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. La funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Se reconocen las siguientes funciones:

- **Socialización:** La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con “independencia” para desarrollarse en la sociedad.
- **Cuidado:** En ella se identifican cuatro determinantes: alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.
- **Afecto:** definido como el objeto fundamental de “transacción dentro de la familia”. Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **Reproducción:** provisión de nuevos miembros a la sociedad. Desarrollo y ejercicio de la sexualidad, además de brindar una educación sexual a los hijos.
- **Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.<sup>4, 8</sup>

## **ESTRUCTURA FAMILIAR**

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia; o dicho de otro modo: es el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento.  
8, 9

La concepción sistémica de familia intenta modificar su organización. Al transformar la estructura del grupo familiar se modifican en consecuencia, las posiciones de sus miembros. Como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo.<sup>10</sup>

Los subsistemas familiares son reagrupamientos de miembros de la familia, según criterios de vinculación específica de la que se derivan relaciones particulares.

El “**subsistema conyugal**” se forma cuando dos adultos se unen con la intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos.

El “**subsistema parental**” pueda estar constituido por las mismas personas que el conyugal, el vínculo que lo estructura es el hecho de ser ambos esposos progenitores de nuevas personas y se constituye al nacer el primer hijo.

El “**subsistema filial**” o subsistema fraterno, está constituido por los hijos que constituyen un núcleo diferenciado de miembros del sistema.<sup>10</sup>

## **DINAMICA FAMILIAR**

La dinámica familiar es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia. La familia como microsistema en base al

cumplimiento eficaz de su rol o papel de cada uno de los miembros y de sus funciones en una familia se interrelacionan entre si y funciona en base a sus propósitos, anhelos, expectativas de quienes la integran y establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia, este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.<sup>2, 8</sup>

Una dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y tener el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.<sup>2</sup>

## **CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

El Ciclo vital de la Familia es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes. El Ciclo Vital de la Familia se describe como la serie de etapas que suceden a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución. Cada etapa, que tiene a su vez fases y estadios, que permiten distinguir los eventos específicos de cada uno, pero siempre su eje y valores van a ser los que se les enseñó en su familia de origen.<sup>6</sup>

Según Geyman, el ciclo vital de la familia consta de 5 etapas que son:

**Fase de matrimonio:** Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo. Formación de la pareja. En el Holón conyugal se debe armonizar los estilos y diferentes expectativas de ambos y siempre pensar que es importante para el otro, siempre llegar a un acuerdo y aceptarse con sus diferencias en educación, valores de la familia inculcados por la familia de origen respectiva, pero siempre flexibles para modificar las reglas.<sup>5,6</sup>

**Fase de expansión:** Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande” con el nacimiento del primer hijo. El Holón conyugal debe reorganizarse por que el recién nacido depende del cuidado del responsable, aunque los dos están comprometidos para que el nuevo miembro de la familia vaya adquiriendo su propia personalidad, con el nacimiento de un segundo hijo se quiebran pautas que se tuvo con el primer hijo y se debe de nuevo reorganizar la familia e instituir un mapa más complejo.<sup>5,6</sup>

**Fase de dispersión:** Familia con hijos pequeños, con hijos escolares. Generalmente corresponde a la edad escolar e inicio de la adolescencia de los hijos. Ya con un sistema más organizado, de tal manera que los hijos perciben una organización establecida, reglas, jerarquías, con tareas equitativas, con roles y funciones de cada uno de los miembros. Los hijos adolescentes adquieren poder; y con temas diferentes, los padres deben estar preparados para esos temas, como sexo, drogas, estilos de vida, valores, y darles perspectivas del futuro, van cambiando y adquiriendo su propia personalidad, esto altera la estabilidad familiar entrando en una etapa de crisis de autonomía familiar, y así, de esta forma también cambia la familia completa.<sup>5,6</sup>

**Fase de independencia:** Familia con hijos adultos. Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen. Los hijos adultos ya crearon sus propios compromisos, estilos de vida, carrera, trabajo, amigos, y por fin, se involucran con otra persona, formando una nueva familia y se vuelve a empezar el ciclo.<sup>5,6</sup>



**Fase de retiro y muerte:** Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.<sup>6</sup>

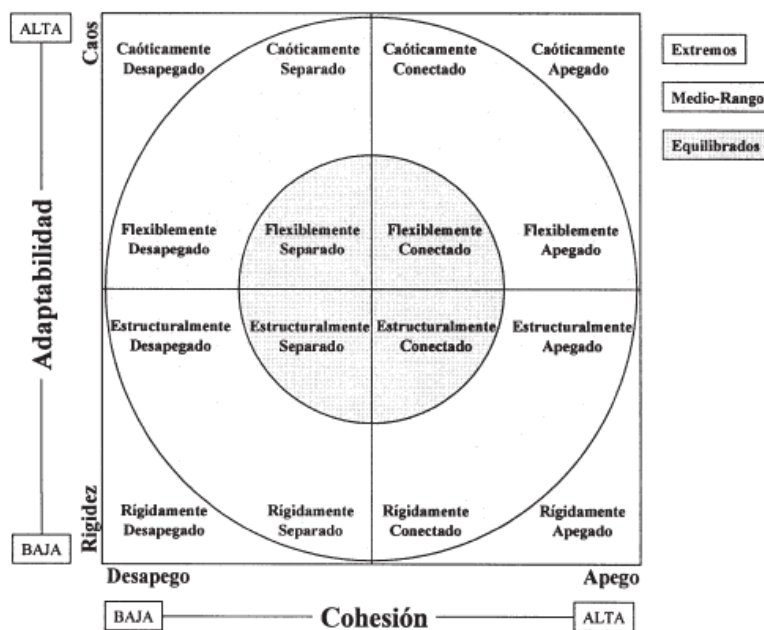
En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen alteraciones psíquicas, físicas y biológicas en el individuo y como familia. La manera en que el sistema familiar considera los sentimientos humanos es de importancia primordial para su propio bienestar, y explorar cómo son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva, al compromiso familiar y los sentimientos expresados en la familia, nos permite conocer la comunicación, la unión y la funcionalidad que existe, por lo tanto el apoyo hacia cada uno de los miembros de esta familia; y echa mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales. El afrontar diversos factores que puedan alterar su integridad psicológica individual y familiar así como su salud, depende de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia.<sup>2, 7, 8, 11</sup>

La evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar, la continuidad de la atención, la evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias.

### **FACES III.**

FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*) Es un instrumento creado por Olson y cols, cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto al Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo teórico que lo sustenta) como los 11 instrumentos que forman el *Circumplex Assessment Package* del cual forma parte FACES III. Es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere; a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, permite un aceptable

acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento; no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas, éstas últimas corren mayor riesgo de disfunción.<sup>12</sup>



Modelo Circumplejo adaptado de Olson *et al.* 1989(39)

**Adaptabilidad:** Es la capacidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de las relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

**Cohesión:** Es el grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí, grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

La cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de ambas.<sup>2</sup>

La versión francesa de la clasificación de familias según el FACES III de Olson, traducida por Fontaine (1985) en Mota.<sup>7</sup>

### CLASIFICACION DEL FACES III (7)

<b>Clasificación de COHESION familiar de FACES III</b>	
<u>COHESION</u>	<u>AMPLITUD DE CLASE</u>
No relacionada	10-34
Semirrelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50
<b>Clasificación de ADAPTABILIDAD familiar de FACES III</b>	
<u>ADAPTABILIDAD</u>	<u>AMPLITUD DE CLASE</u>
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

## RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO

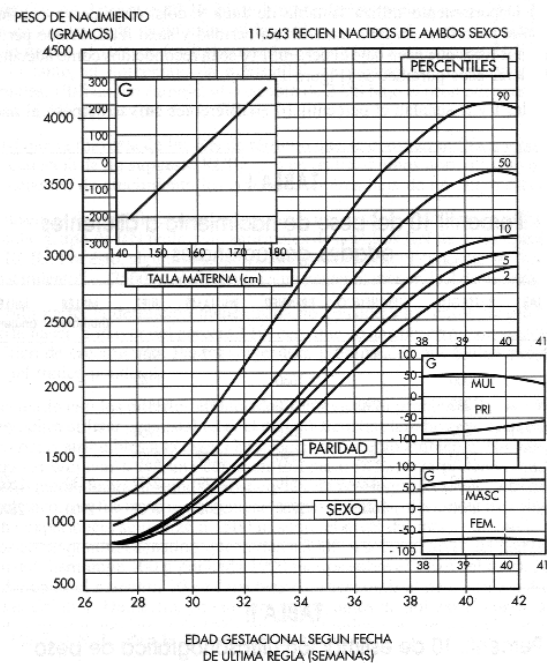
El Retraso de crecimiento intrauterino (RCIU), es el resultado de la interacción de las alteraciones maternas, paternas, fetales, placentarias o del binomio materno fetal, el resultado de ésta interacción se expresa clínicamente con disminución en el potencial del crecimiento del feto, durante la etapa intrauterina.<sup>13, 14, 15, 16</sup>

La Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento define al Retraso de Crecimiento Intrauterino: Al niño o niña que nace con un peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional, implicándole una restricción patológica en su capacidad para crecer.<sup>17</sup>

Es importante señalar que conceptualmente no todos los niños Pequeños para la Edad Gestacional (PEG) tienen RCIU ya que pueden ser niños con un potencial de crecimiento bajo pero normal<sup>14, 16, 18</sup>, ni dejar de serlo todos los niños que nacen con un peso mayor al percentil 10, ya que pueden corresponder a un feto que crecía en un percentil alto y en un momento determinado comienza a descender sin llegar al percentil 10.<sup>14, 16, 19</sup> Es decir no todo feto PEG tiene RCIU pero todo RCIU es PEG.<sup>20</sup>

Al utilizar el percentil 10 para definir el RCIU, se debe considerar el uso de la curva de crecimiento reciente y representativa de cada zona o localidad, lo cual fue recomendado por la OMS 1970<sup>21, 22, 23</sup>, es decir, la aplicación del percentil 10 como límite inferior implica conocer la distribución de los pesos de nacimiento en la población general, e implica aceptar que por lo menos el 10% de los RN normales serán clasificados como RCIU, lo que significa que el porcentaje de niños PEG se incrementa a expensas de RN normales. Al utilizar, el término de 2 desviaciones estándar (DS) bajo el promedio para definir pequeño para la edad gestacional implica considerar al 2.5% de los RN como RCIU.<sup>21</sup>

De acuerdo con los criterios enunciados sobreviene el problema de las tablas de referencia a utilizar para establecer el diagnóstico. Es claro hoy en día que existen diferencias atribuibles a la raza, clase social o al medio ambiente. En 1963 Lubchenco realizó unas tablas para clasificar neonatos PEG, elaboradas en Denver; fueron pioneras y su uso se generalizó, pero fueron criticadas en función de la altitud en la región en la que habían sido obtenidos los datos, la curva de Lubchenco se realizó a 1500 m. sobre el nivel del mar, y un tercio de los niños correspondían a madres que vivían a 3000 metros sobre el nivel del mar (el peso neonatal disminuye 100 gr por cada 1000 metros sobre el nivel del mar). En esas condiciones, el percentil 10 de Lubchenco corresponde al percentil 3 ó 4 de RN a nivel del mar.<sup>21, 24</sup>

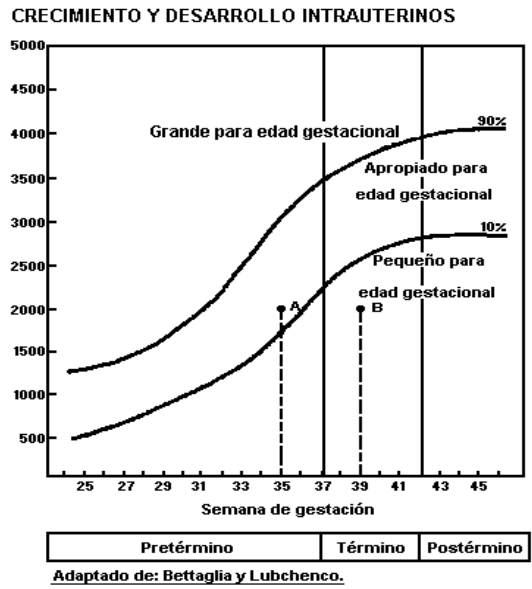


En un estudio realizado en Chile antes de utilizar la curva de Juez y cols., la incidencia de PEG era del 2%. Al utilizar la curva propia (de Juez y cols), ella subió a 11% en RN de más de 35 semanas de gestación.<sup>21</sup>

Esta curva considera además del peso fetal, la talla materna, su paridad y sexo fetal, lo que permite que algunos fetos que caen bajo el percentil 10 sean reconocidos como adecuados al considerar esos parámetros.<sup>21</sup>

En nuestro país, de acuerdo a la 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, se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.<sup>25</sup>

APENDICE D ( Normativo )  
( primera opción )



Con el desarrollo de los métodos de exploración y diagnóstico actualmente vigentes, como el Ultrasonido, es posible arribar a la presunción diagnóstica de retraso de crecimiento intrauterino (RCIU).<sup>14, 26</sup> Y las tablas de referencia utilizadas han sido criticadas por problemas metodológicos de estadística y diseño. Por otra parte, el uso de tablas de referencia basadas en la estimación ultrasonográfica de peso a diferentes edades gestacionales, presenta el sesgo que procede de las mediciones que hace un observador respecto de un peso real que no puede verificarse. El peso de nacimiento, en cambio, es uno de los parámetros más objetivos disponibles en perinatología. Definir, además, el potencial genético de crecimiento resulta virtualmente imposible.<sup>21</sup>

## EPIDEMIOLOGIA

La trascendencia del RCIU se evidencia en su asociación con la morbi-mortalidad neonatal y en su influencia en el patrón de crecimiento postnatal de los niños.<sup>14, 27</sup>

En los países desarrollados, el 6.2% de los RN tiene bajo peso al nacer, de los cuales el 4.2% son pretérmino, y el factor más asociado es el tabaquismo y alcoholismo.

La mayoría de los RN con RCIU son asimétricos; en contraposición a los países en desarrollo que presentan un 16.4% de RN de BPN, de los cuales el 5.4% son pretérmino y los factores nutricionales maternos son los más importantes en la etiología del RCIU y los RN presenta RCIU simétrico.<sup>14, 27, 28, 29</sup>

La OMS reporto entre el periodo de 1980 a 1988, en México la incidencia de Retraso de Crecimiento Intrauterino era del 12%. Se estima que en México una de cada 10 gestaciones puede cursar con Retraso de Crecimiento Intrauterino.<sup>13, 30, 24</sup>

De acuerdo a los informes de las estadísticas vitales para el año de 1992 en México, los trastornos relacionados con el bajo peso al nacer, el retraso del crecimiento intrauterino y pre-madurez ocuparon el segundo lugar dentro de las principales causas de muerte fetal, superados sólo por las anomalías congénitas.<sup>27, 30</sup>

En estudios recientes se ha observado que esta alteración es responsable de enfermedades de la vida adulta como enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipidemias, síndrome metabólico, cáncer entre otras.<sup>27, 31</sup>

## **FACTORES PREDISPONENTES**

Es importante hacer una correcta anamnesis para la búsqueda de factores de riesgo. Los antecedentes obstétricos y las patologías previas tienen relación con el desarrollo inadecuado del feto. Los factores de riesgo pueden subdividirse en:

### **Factores preconcepcionales:**

1. Bajo nivel socioeconómico- educacional de la mujer.
2. Edades extremas (menores de 18 años y mayores de 30 años).
3. Sin gestación previa.

4. Talla baja.
5. Enfermedades crónicas: Hipertensión arterial, nefropatías, diabetes.

### **Factores concepcionales:**

1. Embarazo múltiple.
2. Aumento de peso materno (menor de 8 Kg. al término del embarazo).
3. Corto intervalo intergenésico (menor de 12 meses).
4. Hipertensión arterial inducida por el embarazo.
5. Hemorragias frecuentes que producen anemia.
6. Infecciones (como la rubéola, el citomegalovirus, la toxoplasmosis y la sífilis).
7. Malformaciones congénitas o cromosómicas.

### **Factores ambientales y del comportamiento:**

1. Hábito de fumar durante el embarazo.
2. Consumo exagerado de alcohol y cafeína.
3. Elevada altitud sobre el nivel del mar.
4. Stress y Depresión.
5. Control prenatal ausente o inadecuado.
6. Consumo indebido de drogas.<sup>18</sup>

Es importante acentuar que sí la madre es pequeña, puede ser normal para ella el hecho de tener fetos pequeños, pero esto no se debe a la restricción en el crecimiento intrauterino.<sup>32</sup>

## **CLASIFICACION**

Se describen tres tipos de RCIU, basado en la incorporación a la clínica del concepto de las tres fases de crecimiento celular descritas por Winnick:



- **RCIU tipo I ó *simétrico o armónico***, se presenta cuando en la fase de hiperplasia celular (que ocurre antes de la semana 30 del embarazo y otros autores refieren que se presenta en las primeras 16 semanas de la vida fetal). Corresponde en general a causas que irrumpen en épocas precoces de la gestación como anomalías congénitas, infecciones congénitas, intoxicaciones, irradiaciones fetales, hipoinsulinismo fetal, alteraciones placentarias inmunológicas, alteraciones cromosómicas. Hay un índice ponderal normal, por lo que se supone la existencia de un largo periodo de restricción, produce un daño con disminución del número total de células; afecta los tejidos blandos y esqueléticos, incluyendo el cráneo. Todos los órganos del feto evidencian una reducción proporcional de su tamaño (perímetro craneal, talla, peso), presenta problemas de desarrollo a largo término, con pocos problemas inmediatos y sugiere un retraso de crecimiento fetal prolongado y grave. Característica principal en estos recién nacidos hay un crecimiento simétrico de la cabeza, el abdomen y los huesos largos.<sup>13, 18, 33</sup>
- **RCIU tipo II ó *asimétricos o disarmónico***, se presenta en la fase de hipertrofia celular, que se presenta a partir de las 30-32 semanas de desarrollo gestacional (SDG). En estos casos la causa actúa en forma tardía, durante el tercer trimestre del embarazo, como ser: factores etiológicos que acarrearán insuficiencia del aporte placentario de sustratos: desnutrición materna, ingesta materna escasa, alteraciones vasculares placentarias (sobre todo las vinculadas a hipertensión arterial). El índice ponderal es reducido y dura aproximadamente 8 semanas. Hay crecimiento retardado asimétrico, desproporcionado, es de tipo subagudo, el crecimiento esquelético está moderadamente comprometido y la circunferencia del cráneo es relativamente conservada, además de una importante desproporción que afecta tejido subcutáneo y músculo. Hay mayor afectación de algunos órganos respecto de otros. Se traduce por una disminución del peso siendo su perímetro craneal y talla normales. Se caracteriza principalmente por un crecimiento desproporcionado entre la cabeza y los huesos largos y el abdomen fetal.<sup>13, 18</sup>

- **RCIU tipo III ó mixto**, ocurre entre las 17 y las 32 SDG, en la fase de hiperplasia e hipertrofia concomitante y la aparición dependerá del tiempo en el que se produzca la lesión.<sup>34</sup>

## ETIOLOGÍA

Las causas que pueden provocar un RCIU se pueden separar por los trimestres de la gestación:

### Primer trimestre

- Causas ambientales: Rayos X, fármacos, drogadicción, alcoholismo.
- Causas fetales: Infecciones congénitas, síndromes genéticos (cromosomopatías, trisomía 13, trisomía 18, síndrome de Turner), malformaciones congénitas.

### Segundo trimestre

- Causas ambientales: Nutrición materna y factores socioeconómicos.
- Causas placentarias: Infartos múltiples, desprendimiento prematuro de placenta, placenta circunvalada, hemangioma.

### Tercer trimestre

- Causas ambientales: Tabaquismo.
- Causas maternas: Enfermedad vascular, toxemia, HTA crónica, nefropatía, cardiopatía congénita, diabetes mellitus, anemias, hemoglobinopatías.

Otras Causa Secundaria a problemas nutricionales tales como:

- Cardiopatía en la madre
- Ambientales como vivir en ciudades por arriba del nivel del mar.
- Embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc.).

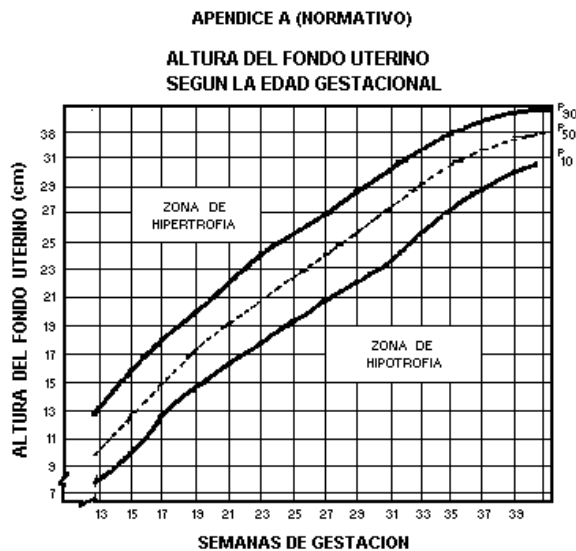
- Problemas en la placenta completar.
- Preeclampsia o eclampsia.<sup>32</sup>

Se debe sospechar RCIU cuando la madre refiere sensación de que el bebe no tiene el tamaño que debería tener y durante la exploración el médico observa la altura del fondo uterino menor de la que se espera para la edad gestacional.<sup>32</sup>

Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al APENDICE A (Normativo).<sup>25</sup>

## **ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL**

*(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE A NORMATIVO)*



*La altura del fondo uterino según la edad gestacional se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino*

*De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:*

Normal.- Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

*Anormal.- Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con especialista.<sup>25</sup>*

La sospecha clínica de RCIU requiere una investigación minuciosa y el control prenatal debe realizarse cada 15 días, verificando los parámetros clínicos. Cuando el RCIU se establece en una etapa temprana del embarazo, el diagnóstico se realiza con facilidad. En estos casos, la prolongación segura del embarazo y la determinación del momento del parto son factores fundamentales. La edad gestacional en el momento del parto afecta de forma independiente los resultados; un parto temprano puede dar lugar a complicaciones neonatales mientras que un parto con retraso puede aumentar el riesgo de muerte fetal. Como elemento coadyuvante de la clínica cuando la amenorrea es desconocida o imprecisa, o cuando la paciente ingresa a control tardíamente, la ecografía antes de las 20 semanas otorga máxima confiabilidad para el diagnóstico.<sup>18, 35, 36</sup>

Enfocando al RCIU durante el control prenatal se debe evaluar muy cuidadosamente el estado nutricional materno, el incremento o la pérdida progresiva de peso materno, la altura uterina medida para valorar su crecimiento de éste y la circunferencia abdominal disminuye, para la comprobación de un posible enlentecimiento y/ o detención del crecimiento uterino.<sup>18</sup>

El objetivo de la supervisión prenatal es detectar las respuestas fetales que acompañan tal deterioro. Estas respuestas incluyen: cambios en el patrón de frecuencia cardíaca fetal, variables dinámicas (tono, movimiento, actividad respiratoria), volumen del líquido amniótico.<sup>35</sup>

Cuando el RCIU se presenta en el tercer trimestre, las manifestaciones clínicas y los signos de deterioro pueden ser más sutiles. Su identificación adecuada puede ser

compleja y la falta de detección de RCIU clínicamente significativa puede ser un factor contribuyente en muertes fetales no explicadas cerca de la fecha estimada de parto.<sup>35, 37</sup>

Las probabilidades de diagnosticar un RCIU y los métodos que se puedan utilizar, dependen fundamentalmente del conocimiento preciso y sin dudas de la fecha de última menstruación (FUM) y del momento en que se capta a la embarazada para su control prenatal. Para determinar la FUM exacta, se debe descartar los factores que la convierten en incierta como ser: oligomenorreas, puerperio, lactancia, medicación previa o actual con anticonceptivos orales.<sup>18</sup>

La Ecografía bidimensional es un examen de precisión para arribar al diagnóstico, este permite:

\* Realizar diversas mediciones antropométricas, para establecer el tipo de retardo. Las medidas más usadas en la actualidad, para determinar el crecimiento fetal y el tipo de retardo son: medición del perímetro cefálico y abdominal fetal y la longitud del fémur

\*Estimar la cantidad de líquido amniótico.

\*Determinar el grado de madurez placentaria.<sup>18</sup>

Con la Ecografía se pueden lograr cuatro objetivos básicos:

1. Identificar los fetos que tienen riesgos.
2. Clasificar morfológicamente el retardo.
3. Determinar con exactitud la EG.
4. Realizar el seguimiento del crecimiento de acuerdo con la EG.<sup>18</sup>

El Doppler fetal ha permitido evidenciar razonablemente la posibilidad de diferenciar a los fetos constitucionalmente pequeños para la edad gestacional de aquellos que detienen su crecimiento por patología placentaria.

De acuerdo a los hallazgos ecográficos y doppler, se clasifica en tres categorías:

1. Feto PEG (pequeño para la edad gestacional) sin signos sugestivos de insuficiencia placentaria cuando el peso estimado feta es inferior a Percentil 10 y superior a Percentil 3 del esperado para su edad gestacional, con Doppler de la arteria umbilical normal.
2. RCIU moderado cuando el peso estimado fetal es inferior al P10 y superior al Percentil 3 del esperado para su edad gestacional y el Doppler de la arteria umbilical presenta un IP mayor p95.
3. RCIU severo cuando el peso fetal estimado es inferior al P3 del esperado para su edad gestacional.

Cuando se establece el diagnóstico del RCIU siempre se debe incluir en éste el estado de la exploración doppler:

1. TIPO I: sin signos sugestivo de insuficiencia placentaria
2. TIPO II: aumento moderado de resistencia placentaria sin signos de redistribución (arteria umbilical con IP mayor p95)
3. TIPO III: aumento severo de resistencia placentaria sin signos de redistribución (arteria umbilical con flujo diastólico ausente)
4. TIPO IV: signos de redistribución hemodinámica (arteria cerebral media con IP menor de p95)
5. TIPO V: alteración hemodinámica grave (arteria umbilical con flujo revertido o vena umbilical pulsátil o ductus venoso con flujo ausente o reversible).<sup>44</sup>

Otros métodos de diagnóstico son:

- Determinaciones proteicas y enzimáticas: Aumento del alfa feto proteína y de SPI y una disminución de esta última en su fijación placentaria
- Estudio del líquido amniótico: Disminución de la glucosa, insulina y péptido C como consecuencia de la hipoglucemia materna que lleva a una hipoglucemia y una hipoinsulinemia fetal.
- Velocimetría Doppler: Se realiza la medición del flujo útero-placentario (arterias uterinas), feto placentario (arteria umbilical) y fetal (arterias carótidas). Se realiza alrededor de la semana 25. Si el flujo útero-placentario y fetoplacentario es adecuado lo reiteramos en las semanas 28, 32 y 36.<sup>18</sup>
- Cordocentesis: Valora el grado de hipoxia y/ o acidosis fetal e indicar la extracción. Su uso está fuertemente limitado debido a su carácter invasivo.<sup>18</sup>

**El Ultrasonido es el estudio de gabinete y el mejor medio diagnóstico disponible en servicio médico del Instituto Mexicano del Seguro Social**, no es peligroso ni tiene efectos secundarios pues no emplea radiación, es indoloro y sus resultados son inmediatos y puede medir el perímetro cefálico, abdominal, longitud del femur y la estimación del Peso Fetal; mediante la ultrasonografía es relevante en el diagnóstico de RCIU.<sup>18</sup>

El RCIU representa un riesgo importante en la morbi-mortalidad con inevitables repercusiones en el crecimiento postnatal, infantil y edad adulta por lo que consideramos fundamental realizar un diagnostico precoz y así evitar futuros inconvenientes.<sup>14</sup>

## **FAMILIA Y PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**

La familia cumple con una serie de funciones que garantizan la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes, es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad. El funcionamiento familiar es reconocido como la categoría que integra a todos los procesos psicológicos que ocurren en el seno de la familia y permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman

Aunque muchas veces se obvia el valor de la familia como fuente de amor, cuidados, apoyo, satisfacción y bienestar, en ocasiones también se obvia el hecho de que los conflictos y alteraciones en las relaciones intrafamiliares pueden motivar estrés, disgusto y enfermedad en sus miembros por lo tanto, la familia juega un papel importante en todo proceso patológico, pues como principal fuente socializador del individuo, transmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad.<sup>42</sup>

Actualmente se considera importante los aspectos psicológicos y psiquiátricos en la etapa gravídico-puerperal, donde hay un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y del grupo familiar y se encuentran sujetos a estrés poniendo en juego las capacidades de adaptación individual y grupal.<sup>38</sup>

Estudios, donde se han analizado variables psicosociales han concluido que la evolución del embarazo está influenciado por un problema psicosocial más que por un riesgo biológico, numerando diversos factores como embarazo en adolescentes, embarazo en mujeres mayores de 35 años, ciertos rasgos de personalidad como el neuroticismo, antecedentes personales de depresión o intentos suicidas, estrés de la madre durante el embarazo, historia familiar de depresión o suicidio, problemas con los



padres (dificultades para asumir el rol materno o pobre identificación con la madre), situaciones relevantes durante el embarazo, la falta de apoyo emocional para la mujer durante el embarazo, el ingreso familiar, la múltiple privación que implica la pobreza mantiene niveles de tensión permanentes, nivel educativo y ocupación de la madre, mala relación de pareja, poco apoyo del cónyuge, la dinámica familiar, la violencia intrafamiliar, el nivel de estrés de la familia, autoestima, estímulo y cariño.<sup>11,38</sup>

El enfoque ecológico propone una serie de factores más inmediatos o del micro ambiente en el medio familiar, su organización, dinámica y funcionamiento, que interactúan con factores intermedios del ambiente social comunitario. El resultado de esta compleja interacción tiene que satisfacer todas las necesidades de la familia en sus diferentes etapas del ciclo vital, lo cual influye en la mujer embarazada y en el desarrollo integral del producto intrauterino en crecimiento. El ser humano tiene requerimientos psicoafectivos a lo largo de su vida, particularmente en estas etapas tempranas, requiere de relaciones que se caractericen por una interacción positiva y de un vínculo psicoafectivo adecuado, desde la concepción, y cada vez es más evidente la importancia de este enfoque.<sup>11</sup>

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Se encuentra muy vinculado el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante en la acción de la familia sobre la determinación de la salud humana, lo cual facilita no solo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro del bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base.<sup>42</sup>

En estudios recientes, se ha demostrado que la evolución del embarazo tiene una importante influencia el aspecto psicosocial más que un problema biológico, lo cual

repercute en la etapa gravídica, donde hay un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y del grupo familiar. Arriola publico en el año 2006, un reporte realizado por la OMS refiriendo que en México entre 1980 y 1988 se presento RCIU en un 12%, estimando que uno de cada de 10 gestaciones pueden presentar RCIU, con una importante trascendencia en la morbi-mortalidad neonatal y su influencia en el patrón de crecimiento postnatal de los niños y reflejándose complicaciones en la vida adulta que los lleva a desarrollar enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipidemias, síndrome metabólico, cáncer. El ambiente familiar es un factor importante para la estabilidad emocional en las mujeres embarazadas por lo que la funcionalidad familiar puede ser un factor psicosocial asociado al RCIU, lo cual nos lleva a formular la siguientes preguntas de investigación.

¿La funcionalidad familiar es diferente en embarazadas con retraso del crecimiento intrauterino a las de las embarazadas sin retraso en el crecimiento intrauterino en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 en Cuernavaca Morelos?

¿Cuál es la frecuencia de Retraso de Crecimiento Intrauterino en mujeres embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 1, Cuernavaca Morelos?

## **6. JUSTIFICACIÓN.**

Debido a que se ha demostrado que la evolución de un embarazo se encuentra influenciado por el aspecto psicosocial más que por un aspecto biológico, y por la relevancia que ha tomado este enfoque, es preciso que en la atención medica en las Unidades de Medicina Familiar, durante el control prenatal llevemos a cabo una evaluación integral de la mujer embarazada y el ambiente en el que se desenvuelve de tal manera que podamos valorar la Funcionalidad Familiar, su adaptabilidad a los procesos evolutivos que puedan influir en la buena o mala evolución del embarazo y en el crecimiento adecuado del producto para su edad gestacional. Y de esta forma realizar un diagnóstico preciso y precoz, evitar los factores de riesgo y modificar los tratables y así

disminuir la morbi-mortalidad, y por ende las complicaciones a futuro. Una valoración integral a la paciente embarazada, el cuidado integral del producto en crecimiento, la evaluación de Funcionalidad Familiar, nos permite encaminar a la familia y la paciente embarazada a que disfruten del ciclo vital en el que se encuentran y así tener un bebe sano. Desafortunadamente existen pocos estudios en los cuales evalúen si existe una diferencia en la Funcionalidad Familiar en las mujeres con Retraso en el Crecimiento Intrauterino respecto a las que no presentan dicha alteración, y en la UMF No.1 no existe ningún antecedente en el cual se evalúe este fenómeno.

## **7. OBJETIVOS.**

### **7.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la Funcionalidad Familiar en las mujeres con Retraso del Crecimiento Intrauterino y en las mujeres embarazadas sin Retraso en el Crecimiento Intrauterino en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 en Cuernavaca Morelos.

### **7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Identificar la frecuencia del RCIU en las mujeres embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar No.1
- 2.- Determinar la Funcionalidad Familiar en las mujeres embarazadas adscritas a la UMF No.1 en Cuernavaca Morelos a partir de la semana 30 de gestación.
- 3.-Determinar la frecuencia del RCIU en mujeres embarazadas con familias disfuncionales adscritas a la UMF No 1 en Cuernavaca Morelos.
- 4.- Determinar la frecuencia del RCIU en mujeres embarazadas con familias funcionales adscritas a la UMF No 1 en Cuernavaca Morelos.

5.- Determinar la estructura familiar de las embarazadas adscritas a la UMF 1 en Cuernavaca Morelos.

6.- Determinar la frecuencia de los factores de riesgo y aspectos psicosociales asociados al RCIU

## **8. HIPÓTESIS GENERAL**

1. Las mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No.1 presentan frecuencia de RCIU mayor del 12%.
2. La disfuncionalidad familiar es mayor en mujeres embarazadas con productos con RCIU que en mujeres embarazadas sin RCIU.

## **9. MATERIAL Y METODOS**

### **9.1 TIPO DE ESTUDIO**

**OBSERVACIONAL** Este estudio se limitó a observar, por lo tanto, no se pudo modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso. El factor de estudio no fue controlado por el investigador.

**TRANSVERSAL** Este estudio es transversal porque se midió una sola vez las variables, se midió las características de un grupo en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de ese grupo.

**DESCRIPTIVO** En este estudio, sus datos fueron utilizados con finalidad descriptiva, no busco relación causa–efecto.

## 9.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en la población de mujeres embarazadas que se encontraban cursando con un embarazo mayor de 30 SDG adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 1 del IMSS en Cuernavaca, Morelos.

## 9.3 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

### 9.3.1. TIPO DE MUESTRA

Por conveniencia con reemplazo.

### 9.3.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Calculada con fórmula para estimar proporciones con variables nominales en población finita con reemplazo.

$$n = \frac{N \cdot z^2 p \cdot q}{d^2 (N-1) + z^2 p \cdot q}$$

$$n = \frac{687 (1.96)^2 (.12 \times .88)}{(0.05)^2 (687-1) + (1.96)^2 (.12 \times .88)}$$

$$n = \frac{687 (3.8416) (.1056)}{0.0025 (686) + .4056}$$

$$n = \frac{(2639.17) (.1056)}{1.715 + .4056}$$

$$n = 131$$

**N** = es la población en estudio. 687 son la población embarazada adscrita a la UMF No 1.

**z**= intervalo de confianza 95% = 1.96

**p**= proporción 12% prevalencia = 0.12

**q**= la diferencia para completar la unidad = 0.88 (p+q=1)

**d**= coeficiente de confiabilidad. 5% 0.05

**n**= pacientes estudiados = 131

## **9.4. GRUPO DE ESTUDIO**

### **9.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- 1.- Mujeres embarazadas que cursaban con un embarazo de 30 SDG en adelante.
- 2.- Derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF No 1, Cuernavaca Morelos.
- 3.- Que hayan firmado el Consentimiento Informado.
- 4.- Cualquier nivel socioeconómico
- 5.- Cualquier nivel educativo
- 6.- Con embarazo de bajo riesgo.

### **9.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION.**

- 1.- Que no haya aceptado participar.
- 2.- Que no acudió a control prenatal.
- 3.- Con embarazo de alto riesgo.

### **9.4.3. CRITERIOS DE NO INCLUSION.**

- 1.- Que no llenaron adecuadamente los cuestionarios o que hayan estado incompletos.
- 2.- Que se hayan retirado durante la encuesta

### 9.5. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN.	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
RCIU	Es la disminución del potencial del crecimiento del feto durante la etapa intrauterina. La Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento define al Retraso de Crecimiento Intrauterino: Al niño o niña que nace con un peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional, implicándole una restricción patológica en su capacidad para crecer (17).	Cualitativa Dicotómica Dependiente	0= no RCIU  1= si RCIU	Cuestionario
Funcionalidad familiar	La familia funcional es aquella que promueve un sentido de pertenencia y favorece el crecimiento de cada uno de sus miembros y que se supera las crisis normativas y no normativas adecuadamente	Cualitativa Dicotómica Independiente	0= funcional  1= disfuncional	FACES III
Tipología Familiar según su Estructura	Clasificación de la familia según su composición de los miembros de la familia según su parentesco.	Cualitativo Nominal	0=nuclear 1=extensa 2=extensa compuesta 3=Monoparental 4=Reconstituida	Cuestionario
Tipología	Clasificación de la familia según	Cualitativo	0=tradicional	Cuestionario

Familiar según su Desarrollo	su remuneración familiar en base al trabajo del padre o la madre	Dicotómica	1=moderna	
Tipología Familiar según su Integridad	Clasificación de la familia según la convivencia y responsabilidad de los padres	Cualitativa Nominal	0=integrada 1=desintegrada	Cuestionario
Tipología Familiar según su Demografía	Clasificación de la familia según su lugar de residencia	Cualitativa Dicotómica	0=urbana 1=rural	Cuestionario
Tipología Familiar según su Ocupación	Clasificación de la familia según el tipo de trabajo realizado por el jefe de familia	Cualitativa Nominal	0=profesional 1=técnico 2=empleado 3=obrero 4=comerciante 5=servicios	Cuestionario
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual del individuo	Cuantitativa Escalar	Años	Cuestionario
Talla	Es la medición del crecimiento en altura de cada individuo	Cuantitativa Escalar	Centímetros	Cuestionario
Estado Civil	Es la situación legal de cada individuo en relación a una pareja	Cualitativa Nominal	0=soltera 1=casada 2=viuda 3=unión libre 4=separada	Cuestionario
Escolaridad	Son los grados de estudio obtenido por un individuo	Cualitativa Nominal	0=analfabeta 1=primaria 2=secundaria 3=bachillerato	Cuestionario



			4=licenciatura 5=posgrado	
Ocupación	Es el trabajo que realiza cada individuo.	Cualitativa Nominal	0=profesionista 1=técnico 2=empleado 3=obrero 4=comerciante 5=servicios 6=ama de casa 7=estudiante	Cuestionario
Tabaquismo	Es un hábito de dependencia a la nicotina.	Cualitativo Dicotómica	0=no fuma 1=si fuma	Cuestionario
Alcoholismo	Es un habito de dependencia al alcohol.	Cualitativo Dicotómica	0=no alcoholismo 1= si Alcoholismo	Cuestionario
Edad Gestacional	Es el tiempo transcurrido desde la concepción hasta el momento en que se mida.	Cuantitativo Escalar	Semanas	Cuestionario
Control Prenatal	La 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: La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales	Cualitativa Dicotómica	0= >5 consultas 1=< 4 consultas	Cuestionario

## **9.6. MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.**

**PERSONAL.** El investigador principal se encargó de aplicar los cuestionarios a las mujeres embarazadas participantes, y con la ayuda del médico de perinatología del turno vespertino se les realizó ultrasonido obstétrico.

**LUGAR.** En el Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar No 1; se trabajó en el área de Medicina Familiar y se invitó a las mujeres embarazadas de más de 30 semanas de desarrollo gestacional a participar, siendo seleccionadas de manera aleatoria, y ese mismo día, en coordinación con el servicio de estudios de gabinete del turno vespertino de la misma unidad, se les realizó el estudio ultrasonográfico.

**CUESTIONARIOS.** La primera parte del cuestionario estuvo conformado de preguntas abiertas para conocer datos generales y como ha cursado parte de su control prenatal (Anexo II), una segunda parte de preguntas cerradas para conocer algunos datos sociodemográficos de las participantes, dichos datos correspondieron a las variables tipología familiar 3(Anexo III). En la tercera parte del cuestionario que se aplicó consto del modelo diseñado por Olson y Killorin, validado al español por el Dr. Gómez Clavelina y cols. Para evaluar funcionalidad familiar **FACES III**, el cual contiene 20 preguntas: 10 nones que evalúan la cohesión familiar y las 10 pares la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) (Anexo IV).

Al término de la aplicación del instrumento y los cuestionarios, se clasificó de acuerdo a los tipos de familia en dos grupos: las funcionales y disfuncionales.

**RECLUTAMIENTO.** Se invitó a las mujeres embarazadas a partir de las 30 semanas de desarrollo gestacional que se encontraron en el área de medicina familiar del Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar No 1 de Cuernavaca Morelos, las mujeres embarazadas se seleccionaron de manera aleatoria y se les explicó el objetivo y la motivación científica del estudio, una vez que aceptaron se le dio la Carta de

Consentimiento Informado (Anexo I) para que la leyeran y firmaran, se les aplicó los cuestionarios, y posteriormente se les invitó a pasar a realizarse el ultrasonido obstétrico. Esta información se capturó para su vaciado a la base de datos y su análisis en el paquete estadístico.

## **ANALISIS ESTADISTICO.**

UNIVARIADO. Se midió frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas así como la media y desviación estándar de las variables cuantitativas.

BIVARIADO. Se comparó la variable dependiente cualitativa RCIU e independiente cualitativa funcionalidad familiar con las variables Tipología Familiar, Edad Talla, Estado Civil, Escolaridad, Ocupación, Tabaquismo, Alcoholismo, Edad Gestacional, Control Prenatal. Se utilizó el paquete estadístico Microsoft EXCEL y Stata V10.

## **10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **HUMANOS:**

Residente de Medicina Familiar Semipresencial

Médico Perinatólogo quien apoyo con la realización del estudio de ultrasonido

### **MATERIALES:**

Cuestionarios (los necesarios),

FACES III

Tabla para recargar hojas

Computadora

Impresora HP Laser Jet P1006

Escritorio y silla

Plumas, lápices, lapiceros, gomas, corrector (los necesarios)

Cinta métrica flexible

Ultrasonido

### **ECONOMICOS:**

Infraestructura y Administración a cargo del IMSS

Recursos propios del investigador

## **11. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este estudio se sometió a la aprobación del Comité local de investigación CLIS con sede en Cuernavaca Morelos, basado en la Ley General de Salud vigente para México, <sup>(41)</sup> con la aplicación de lo propuesto por la declaración de Belmont y Código de Núremberg. <sup>(42)</sup> Se respetó la Integridad física, psicológica, social y moral de la paciente de acuerdo a las Declaraciones Internacionales de Investigación de Helsinki en 1964, y su modificación en la Asamblea Médica Mundial de Tokio en 1975 y de acuerdo a la Normatividad de Investigaciones de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos y de la Normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social cuidando los derechos humanos del Ser Humano de libertad, confidencialidad y justicia(40), se firmó Carta de Consentimiento Informado por cada una de las participantes que aceptaron participar . Se les dio la certeza que en la presentación de resultados, se respeto la confidencialidad de las participantes, así mismo es importante señalar que en los casos que se encuentre disfunciones familiares en las mujeres embarazadas participantes fueron canalizadas a Psicología, especialistas quienes tienen conocimiento en la materia dentro del IMSS.

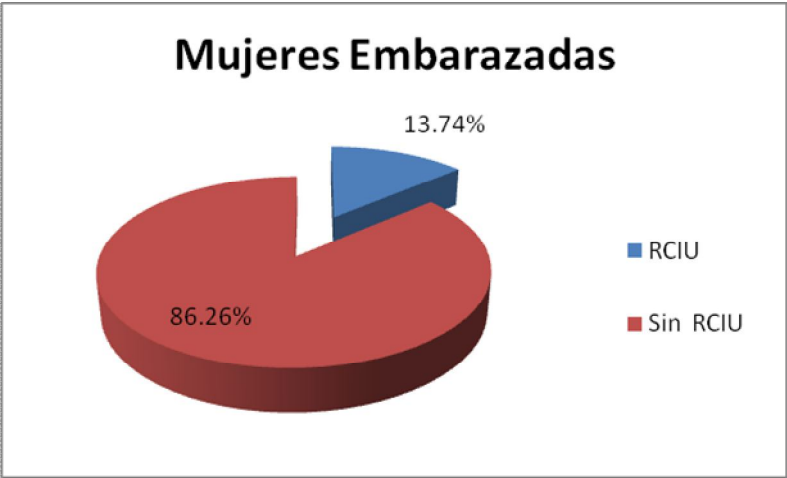
## 12. CRONOGRAMA

PROTOCOLO DE INVESTIGACION											
DRA. ARACELI GARCIA BALDOVINOS MAT. 99354280 UMF 2 / R3 MED. FAM. SEDE HGR-UMF7											
	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
DISEÑO DE PROTOCOLO	■										
INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA	■										
REDACCION DEL PROTOCOLO		■	■								
PRESENTACION DEL PROTOCOLO AL C.L.I.				■							
APROBACION DEL PROTOCOLO POR C.L.I					■						
MODIFICACION AL PROTOCOLO EN CASO NECESARIO						■					
RECOLECCION DE DATOS							■				
PROCESAMIENTO DE DATOS							■	■			
ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS								■			
ELABORACION ESTADISTICO DE LOS DATOS									■		
ELABORACION DE CONCLUSIONES									■		
REDACCION DEL ESCRITO O ARTICULO CIENTIFICO									■		
ACTIVIDADES DE DIFUSION										■	
ENVIO PARA PUBLICACION											■

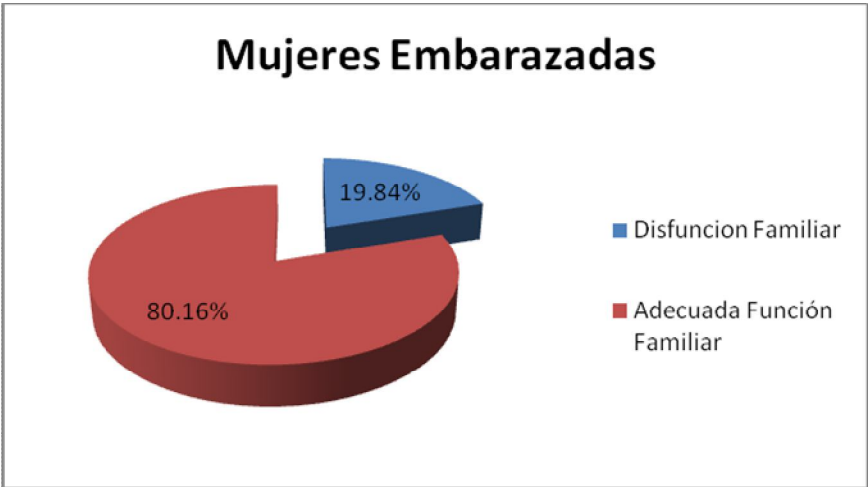
## 13. RESULTADOS.

En el presente estudio se estudiaron 131 mujeres embarazadas con control prenatal en el área de medicina familiar del HGR No.1 Cuernavaca, Morelos, valoramos la presencia de RCIU relacionado con la funcionalidad familiar, tomando en cuenta algunos factores de riesgo que pudiesen influir en el área psicosocial.

Del total de las mujeres embarazadas encontramos 18 (13.74 %) con Retraso de crecimiento Intrauterino.

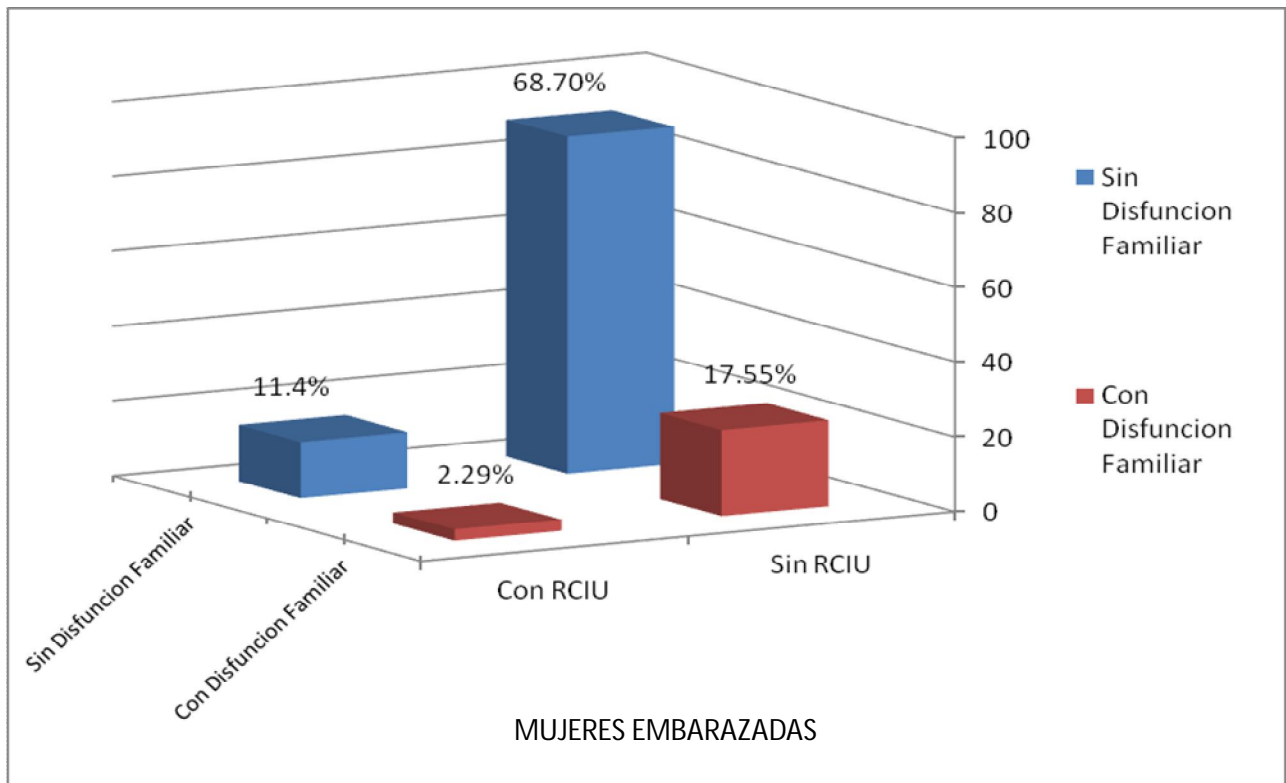


Del total de las mujeres embarazadas, 26 (19.84%) presento Disfuncion Familiar.

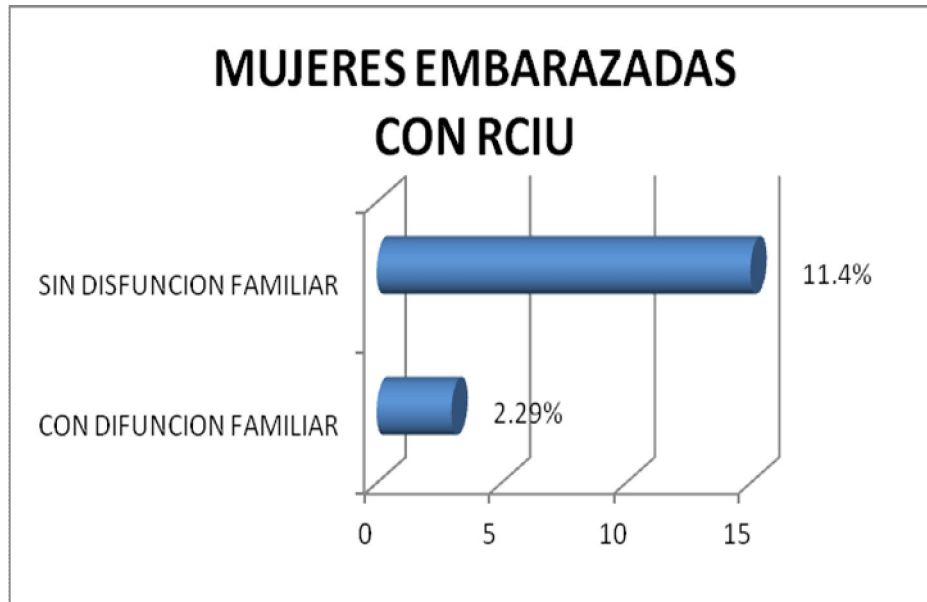


	Mujeres embarazadas sin RCIU	Mujeres embarazadas con RCU
Mujeres sin Disfunción Familiar	90 (68.70%)	15 (11.4%)
Mujeres con Disfunción Familiar	23 (17.55%)	3 (2.29%)

Lo cual lo representamos en la siguiente grafica.



Del total de las mujeres embarazadas, 18 (13.74%) presentaron RCIU y de éstas, 3 (2.29%) presentaron Disfunción Familiar.



#### ANALISIS UNIVARIADO

Tuvimos una población de 131 mujeres embarazadas, en donde su media es de 26.7 años y su DS  $\pm$  5.4 años. Casi una tercera parte con edades entre 25 y 29 años y con presencia de embarazadas adolescentes casi en una decima parte. Se observó que más de la mitad de la población de las mujeres embarazadas son casadas, la escolaridad predominante es de bachillerato en más de la tercera parte, y casi una cuarta parte cuentan con estudios de nivel superior (Tabla 1).

En nuestra población, se observó 3 mujeres que en el presente embarazo manifestaron hábitos de tabaquismo y 2 mujeres consumían bebidas alcohólicas. (Tabla 2).



Se hayo en la población estudiada antecedentes gineco-obstetricos donde casi cuatro decimas de la población son multigestas y un poco más de una tercera parte son primigesta. En una tercera parte ha tenido un parto, el resto 2 o más. Un poco más de una decima parte por lo menos ha tenido un aborto. Y casi una tercera parte tienen una cesárea previa. Se registró que las mujeres que ya tiene hijos, su ultimo bebe han tenido en peso como mínimo de 2 kg y como máximo 4.400 kg, con una media de 3166.067 con una DS  $\pm$  477.570, con una mediana de 3.100. Se registro un periodo intergenésico con una media de 54.64, con una DS  $\pm$  36.656, mediana 47, con un mínimo de 10 y un máximo de 170. (Tabla 3).

En el embarazo estudiado, se encontró que tres cuartas partes tuvieron más de 5 consultas de control prenatal, más de tres cuartas partes de la población iniciaron su control prenatal en primer trimestre del embarazo. El peso antes del embarazo registro una media de 61.278 con DS $\pm$ 11.250, mediana 60, con un mínimo de 38 y un máximo de 89; y el peso actual de nuestras embarazadas presento una media 70.378 con una DS  $\pm$  10.655, una mediana 70, con un min 48 y un máximo 101; en la talla encontramos una media 1.556, DS $\pm$  0.058, una mediana 1.56, un máximo de 1.36 y 1.7 como mínimo. Las SDG en el primer US tomado en el primer trimestre registro una media de 11.511 con una DS $\pm$  5.990, una mediana 12, un mínimo 3 y un máximo de 31. El FU registró una media de 29.900 con DS  $\pm$  2.455, una mediana de 29, un mínimo 26 y un máximo de 35. Las SDG x FUM registro una media 33.983, DS  $\pm$  2.958, una mediana 33.4, un mínimo de 30 y 40 como máximo; las SDG x FU registro una media de 33.558 con una DS  $\pm$  2.905, una mediana 33, un mínimo 29 y un máximo de 40; las SDG x US registro una media 33.580 con una DS  $\pm$  3.070, una mediana 33, un mínimo de 24 y un máximo de 40. Los US dentro de la somatometría fetal, registraron en el diámetro biparietal una media 8.379 con una DS  $\pm$  0.616, una mediana 8.4, un mínmo 6.17 y un máximo de 9.7, la circunferencia abdominal registro una media de 28.796 con una DS  $\pm$  3.087, una mediana 28.3, con un mínimo de 19.6 y un máximo de 36, la longitud de fémur registro una media de 6.443 con una DS  $\pm$  0.705, una mediana 6.34, un mínimo 4.42 y un máximo de 10. (Tabla 4)

Observamos dentro de la tipología familiar de nuestras participantes, una estructura familiar Nuclear en tres cuartas partes. Un Desarrollo familiar Moderna en más de la mitad de nuestra muestra estudiada. Más de nueve decimas de las familias son familias Integradas. Más de la novena parte son familias urbanas (que cuentan con todos los servicios intradomiciliarios: luz, agua, drenaje, teléfono), el resto carecen de drenaje. En cuanto a la Ocupación, casi una cuarta parte son empleadas, y un poco más de la tercera parte son amas de casa. (Tabla 5)

Nuestras mujeres embarazadas estudiadas hallamos en cuanto a la función familiar; en la Cohesión, más de una tercera parte son Semirrelacionadas; en la Adaptabilidad, casi la mitad son Caóticas. La octava parte mostraron ser Familias Funcionales. Del total de nuestras mujeres embarazadas estudiadas la novena parte, no presentaron RCIU. (Tabla 6)

## ANALISIS BIVARIADO

En este estudio las variables dependiente e independiente y las covariables, hay que aclarar que no era la intensidad pero fueron sometidas a la prueba  $X^2$  para ver la asociación y determinar la significación de las diferencias entre ellas. Y solo describimos las que nos muestran datos marginales o significativos. En el alcoholismo se registro OR 6.588, con un Intervalo de confianza mínimo de 0.079 y máximo de 521.548,  $p=0.133$ . Mostró mayor significancia en los parámetros de Cohesión: La familia aglutinada se registro OR 1.965, con un Intervalo de confianza mínimo de 0.484 y máximo de 6.817,  $p=0.242$ . La familia Semirrelacionada se registro OR 2.055, con un Intervalo de confianza mínimo de 0.656 y máximo de 6.373,  $p=0.154$ . La familia No Relacionada se registro OR 0.164, con un Intervalo de confianza mínimo de 0.003 y máximo de 1.154,  $p=0.053$ . La familia Estructurada se registro OR 0.379, con un Intervalo de confianza mínimo de 0.040 y máximo de 1.789,  $p=0.200$ . (Tabla 7)

## TABLAS

### UNIVARIADO

Tabla 1 **CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

		N = 131	
VARIABLE	n	Media $\pm$ DS Mediana (min , max)	%
<b>Edad (años)</b>		26.740 $\pm$ 5.486 27 (15, 40)	
15-19	11		8.40
20-24	37		28.24
25-29	41		31.30
30-34	31		23.66
35-39	10		7.63
>40	1		0.76
<b>Estado Civil</b>			
solteras	7		5.34
casadas	70		53.44
viudas	2		1.53
unión libre	51		38.93
separadas	1		0.76
<b>Escolaridad</b>			
analfabeta	0		0
primaria	8		6.11
secundaria	45		34.35
bachillerato	47		35.88
licenciatura	28		21.37
posgrado	3		2.29

Tabla 2 **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS**

		N = 131	
VARIABLE	n	Media $\pm$ DS Mediana (min , max)	%
<b>Tabaquismo</b>			
no fuma	128		97.71
si fuma	3		2.29
<b>Alcoholismo</b>			
no Alcoholismo	129		98.47
si Alcoholismo	2		1.53

Tabla 3. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

VARIABLE	n	N = 131	
		Media $\pm$ DS	%
<b>Gesta</b>		2 (1,8)	
Primigesta	47		35.88
Secundigesta	35		26.72
Multigesta	49		37.40
<b>Partos previos (n=60)</b>		1 (1,5)	
Para 1	43		32.82
Para 2	11		8.40
Para más de 3	6		4.58
<b>Aborto (n=21)</b>		0.206 $\pm$ 0.522	
		0 (0,3)	
Aborto 0	110		83.97
Aborto 1	16		12.21
Aborto 2	4		3.05
Aborto 3	1		0.76
<b>Cesarea (n=39)</b>		0.328 $\pm$ 0.518	
		0 (0,2)	
Cesarea 0	91		69.47
Cesarea 1	37		28.24
Cesarea 2	2		2.29
Peso del ultimo bebe n=75	75	3166.067 $\pm$ 477.570 3.100 (2000,4400)	
Periodo intergenésico	75	54.64 $\pm$ 36.656 47 (10, 170)	

Tabla 4. EMBARAZO ACTUAL

VARIABLE	n	N = 131	
		Media $\pm$ DS	%
<b>Control Prenatal</b>			
si control (> 5 consultas)	99		75.57
no control (< 4 consultas)	32		24.43

Semanas al inicio de control prenatal en el:			
Primer Trimestre	105		80.15
Segundo Trimestre	18		13.74
Tercer Trimestre	8		6.11
Peso(ANTES DEL EMBARAZO)		61.278 ±11.250 60 (38,89)	
Peso ACTUAL		70.378 ± 10.655 70 (48, 101)	
Talla		1.556 ± 0.058 1.56 (1.36, 1.7)	
SDG en el 1er US		11.511 ± 5.990 12 (3,31)	
FU		29.900 ±2.455 29 (26,35)	
SDGxFUM		33.983 ±2.958 33.4 (30,40)	
SDGxFU		33.558 ±2.905 33 (29,40)	
SDGxUS		33.580 ±3.070 33 (24,40)	
Diametro biparietal		8.379 ± 0.616 8.4 (6.17,9.7)	
Circunferencia abdominal		28.796 ±3.087 28.3 (19.6,36)	
Longitud femur		6.443 ±0.705 6.34 (4.42,10)	

Tabla 5. TIPOLOGIA FAMILIAR

VARIABLE	n	N = 131	
		Media ± DS Mediana (min , max)	%
<b>Estructura</b>			
nuclear	99		75.57
extensa	17		12.98
extensa compuesta	10		7.63
monoparental	4		3.05
reconstituida	1		0.76
<b>Desarrollo FAMILIAR</b>			
tradicional	59		45.04
moderna	72		<b>54.96</b>
<b>Integridad</b>			
Integrada	122		<b>93.13</b>

Desintegrada	9		6.87
<b>Demografía</b>			
urbana	123		<b>93.89</b>
rural	8		6.11
<b>Ocupación</b>			
profesional	19		14.50
técnico	6		4.58
empleado	49		<b>37.40</b>
obrero	8		6.11
comerciante	3		2.29
servicios	1		0.76
ama de casa	43		<b>32.82</b>
estudiante	2		1.53

Tabla 6. RCIU Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

VARIABLE	n	N = 131	
		Media ± DS	%
		Mediana (min , max)	
<b>Cohesión</b>			
aglutinado	23		17.97
relacionada	30		23.44
semirelacionada	45		<b>35.16</b>
no relacionada	30		23.44
<b>Adaptabilidad</b>			
flexible	35		26.72
estructurada	30		22.90
rígida	5		3.82
caótica	61		<b>46.56</b>
<b>Funcionalidad Familiar</b>			
Funcional	105		<b>80.15</b>
Disfuncional	26		19.85
<b>RCIU</b>			
Sin RCIU	113		<b>86.26</b>
Con RCIU	18		13.74

## **BIVARIADO**

Tabla 7. VARIABLE RESPUESTA RETRASO DE CRECIMIENTO

VARIABLE EXPLICATIVA	RATIO (OR)	INTERVALO DE CONFIANZA (MIN, MAX)	Valor de P
<b>ALCOHOLISMO</b>	<b>6.588</b>	<b>0.079-521.548</b>	<b>0.133</b>
<b>FAM. AGLUTINADA</b>	<b>1.965</b>	<b>0.484- 6.817</b>	<b>0.242</b>
<b>FAM. SEMIRELACIONADA</b>	<b>2.055</b>	<b>0.656- 6.373</b>	<b>0.154</b>
<b>FAM. NO RELACIONADA</b>	<b>0.164</b>	<b>0.003- 1.154</b>	<b>0.053</b>
<b>FAM. ESTRUCTURADA</b>	<b>0.379</b>	<b>0.040- 1.789</b>	<b>0.200</b>

## **14. DISCUSION**

De acuerdo con los resultados encontrados en esta investigación, al estimar los factores de riesgo, se obtuvo que el alcoholismo influye pero predominan las alteraciones de la funcionalidad familiar con mayor frecuencia en el aspecto de la cohesión y en menor frecuencia en la adaptabilidad; lo que nos habla que el ambiente familiar si influye sobre la evolución del embarazo.

Sin embargo la disfuncionalidad familiar no es mayor en mujeres embarazadas con productos con RCIU, que en mujeres embarazadas sin RCIU.

En este estudio se encontró 18 mujeres embarazadas con RCIU que se encontraban en control en el área de Medicina Familiar de la UMF no.1, lo que representa un 13.74 %, lo cual comparado con lo descrito en la literatura por Arriola publicado en el año 2006, refiriendo que en México se presento entre 1980 y 1988, RCIU en un 12%, de acuerdo a los reportes del OMS, lo que representa que en México una de cada 10 gestaciones puede cursar con Retraso de Crecimiento Intrauterino; por lo que la muestra representativa estudiada rebasa este porcentaje.

En relación a las alteraciones en el aspecto psicosocial directamente con el RCIU; de las 18 mujeres embarazadas con RCIU solo 3 presentaron disfunción familiar; lo cual no es muy significativo en este estudio como se esperaba, con respecto a la literatura que refiere que la evolución del embarazo está influenciado por un problema psicosocial más que por un riesgo biológico, y enmarca a la familia en un papel importante en todo proceso patológico, ya que es la principal fuente socializadora del individuo, transmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad y sobre todo en la etapa gravídico-puerperal.<sup>42</sup>

En este estudio mi resultado principal ha sido útil ya que hemos observado que hay que realizar un control prenatal adecuado, ya que a pesar de que nuestras pacientes que participaron en esta investigación se encontraban con control prenatal aparentemente con un embarazo normal, se encontró paciente embarazadas, aunque sin complicaciones con RCIU, además como medico explicar el proceso del embarazo; y como médicos familiares explicar la influencia del ambiente, la familia, las redes sociales, la comunicación, el apoyo, que puede rodear a una mujer embarazada puede llevar a un embarazo con mejor evolución. Llevar a cabo un control prenatal Integral puede generar familias felices.

Es importante mencionar que dentro de la metodología encontramos algunas limitaciones como:

- El ser un estudio transversal con un grado de causalidad baja por ser retrospectivo.
- El no tener un seguimiento del embarazo en diferentes semanas, para verificar el crecimiento del fondo uterino, del crecimiento del bebe.
- El no tener contacto con las mujeres embarazadas posterior al nacimiento de los bebes para obtener los pesos de nacimiento
- El no conocer con exactitud su nutrición.



- Otra limitación del presente estudio está dado a que las conclusiones solo pueden ser generalizadas en la población de estudio, en las mujeres embarazadas usuarias de la UMF No. 1

Podemos recomendar para investigaciones posteriores relacionados con este tema modificar el diseño de estudio y establecer una cohorte de embarazadas con seguimiento de ser posible previa gestación tomando variables en varios momentos para detectar causas de modificación de resultados más mediciones de funcionalidad familiar (comunicación al interior, roles, etc), alimentación, seguimiento ultrasonográfico por la misma persona especializada en esta área, conocer los peso al nacimiento para establecer criterios.

## **15. CONCLUSIONES.**

En este estudio se estimó la Funcionalidad Familiar y frecuencia de Retraso de Crecimiento Intrauterino en mujeres embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 1, Cuernavaca Morelos, así como la influencia de factores relacionados concluyendo:

- Existe mujeres embarazadas con RCIU en control prenatal en el área de medicina familiar.
- Existe RCIU en un 13.74%, un porcentaje mayor con respecto a lo que refiere la literatura.
- Existe RCIU en las mujeres embarazadas, sin mostrar complicaciones.
- El aspecto psicosocial influye en la evolución del embarazo, no como se esperaba o como lo refiere la literatura.
- Es importante evaluar el funcionamiento familiar disfuncional relacionado principalmente al área emocional.
- Se encuentra mayor alteración en el área de la Cohesión que en la Adaptabilidad.

- La disfuncionalidad familiar no es mayor en mujeres embarazadas con productos con RCIU, que en mujeres embarazadas sin RCIU.
- Es importante que el médico familiar se involucre en el aspecto biológico, psicológico de la mujer embarazada para conocer el medio que la rodea y poder modificar factores que pudiesen llevar a que el embarazo se vea alterado.
- Orientar a la mujer embarazada sobre su evolución gravídica y que conozca las redes de apoyo con las que cuenta.
- Involucrar a la familia en la etapa del embarazo como red de apoyo a la mujer embarazada.
- Es importante que la paciente, el conyugue, la familia conozca el proceso evolutivo del embarazo y lo importante que es el aspecto psicológico como influencia en el desarrollo del producto.
- Lo que nos obliga a poner atención en el control prenatal, es importante que sea Integral.
- Diseñar y/o implementar programas dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud de la mujer embarazada, contribuyendo así a la reducción del RCIU.

## **16. BIBLIOGRAFIA**

1. Santacruz V.J. La familia unidad de análisis. Revista Médica del IMSS Rev. Med. IMSS (Mex) 1983.
2. Huerta G.J. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad, México. Ed. Alfil, 2005 pag. 2-93.
3. Sinche E.E., Suárez Bustamante M. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. RAMPA, 2006. 1(1):38-47.
4. Irigoyen-Coria H. A Jaime A.A. Fundamentos de Medicina Familiar, México. Ed. Medicina Familiar, 1982.
5. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Buenos Aires, Gedisa. 1986.
6. Suarez C.M. El Medico Familiar y la Atención a la Familia. Revista Paceña de Medicina Familiar. 2006; 3(4):95-100
7. Anzures C.R. Medicina Familiar, México. Ed. Mexicana 2008
8. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familia. Vol. 7 Supl. 1. 2005. pp 15-19
9. Familia como Unidad de Análisis. Archivos de Medicina Familiar UNAM
10. Gonzalez G.J. La Familia como Sistema. Revista Paceña de Medicina Familiar. 2007; 4(6): 111-114
11. León B.M. Crecimiento y desarrollo en la niñez y abordaje de los principales trastornos: módulo VII. (Curso Especial de Posgrado en Atención e Integral para Médicos Generales) San José. C. R. 2004.

12. Mata E.A. Estructuras familiares y comportamientos adictivos (2º parte). Revista Argentina de Neuropsiquiatría. 2005;12(1).
13. Santoyo D.A. Retraso de crecimiento intrauterino y su asociación con marcadores bioquímicos de la enfermedad hipertensiva en el embarazo. Tesis de Posgrado UNAM – IMSS. 2008. P:11
14. Royg B.J, Chaves C.M. Retardo del crecimiento intrauterino: nuestro gran Desafío. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 176 – Diciembre 2007
15. Cabero R.L, Cararach V, Manau M. Retardo de crecimiento intrauterino. Tratado de ginecología y obstetricia y medicina de la reproducción. Tomo 1. Edición Panamericana. 2003. 748 – 757.
16. Dellepiane N.A, Mattivi S.A, Palacios A.H. Retardo del crecimiento intrauterino: incidencia y factores de riesgo. Servicio de Obstetricia . Maternidad “María de la dulce Espera”. Hospital A. Llano. Corrientes Argentina. [en línea] 2003 [fecha de acceso 22 de mayo de 2005]. URL. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/cyt/2002/03-Medicas/M-075.pdf>
17. NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
18. Alvarez G.L, Moreyra V.I, Martínez M.A, Mosqueda E.D. RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO: Diagnóstico Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 148 – Agosto 2005 - Pág. 12-15
19. Bolzan A, Guimarey L, Norry M. Factores de riesgo de crecimiento intrauterino y prematuridad en dos municipios de la provincia de Buenos Aires. Revista argentina de pediatría. Vol. 96. 1998:155 – 162.
20. Vergara G. Restricción de Crecimiento Intrauterino. Clínica de Maternidad Rafael Calvo.

21. Juez G, Lucero E, Ventura-Juncá P y cols. Crecimiento intrauterino en recién nacidos chilenos de clase media. *Rev Chil Pediatr* 1989; 60(4): 198-202.
22. Alarcon R, Alarcon V.Y, Hering A. Curvas antropométricas de recién nacidos chilenos. *Rev. chil. pediatr.* 2008, vol.79, n.4, pp. 364-372. ISSN 0370-4106.
23. OMS: Prevención de la mortalidad y morbilidad perinatales. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos No 457, 1970
24. Arriola O.C. Factores de Riesgo asociados a Retraso en el Crecimiento Intrauterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (1): 5-12
25. 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.
26. Arias F. Guía práctica para el embarazo de alto riesgo. Madrid. Harcourt Brace. 1997. 230 – 244
27. Bender Martins E, Nuñez Urquiza R.M. Consumo calórico, estado nutricional materno y retraso de crecimiento intrauterino. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan-feb 2003. 19 (1) 279-285.
28. CLAP – OPS – OMS. Actualización retardo de crecimiento intrauterino un gran problema en países en desarrollo. *Revista del Hospital Materno infantil Ramón Sardá*. Enero – Marzo 2001. Vol. 20 N1:24- 26
29. KRAMER, M. S., 1987. Determinant of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of World Health Organization*, 65:663-737.
30. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 1992. 4 (75)
31. GODFREY, K. M. & BARKER, D. J., 2000. Fetal nutrition and adult disease. *American Journal of Clinical Nutrition* 71:1344-1352

32. Baschat AA, Galan HL, Ross MG, Gabbe SG. Intrauterine growth restriction. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2007:chap 29.
33. Rivero MI, Avanza MJ, Mermet G, Vispo N. Recién nacido de bajo peso y resultados perinatales. Servicio de Tocoginecología. Hospital A. Llano. Corrientes Argentina. *Revista Médica del Nordeste*. [en línea] Abril de 2003 [fecha de acceso 20 de mayo de 2005]; (4).
34. Gamboa A.M. Factores de riesgo maternos modificables y prevenibles que hagan posible la disminución del retardo del crecimiento intrauterino (revisión bibliográfica) *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTOAMERICA LXIV (581) 261-262; 2007*
35. Turan, Sifa; Miller, Jena; Baschat, Ahmet A. Integración de pruebas y manejo de la restricción del crecimiento fetal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Vol. 27, Núm. 4, sin mes, 2008, pp. 143-151.
36. GRIT Study Group: A randomised trial of timed delivery for the compromised preterm fetus: short term outcomes and Bayesian interpretation. *Br J Obstet Gynaecol* 110:27-32, 2003.
37. Froen JF, Gardosi JO, Thurmann A, y col: Restricted fetal growth in sudden intrauterine unexplained death. *Acta Obstet Gynecol Scand* 83:801-807, 2004.
38. Pimentel S.B. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la c. N. S, la paz- Bolivia. *REVISTA PACEÑA DE MEDICINA FAMILIAR* 2007; 4(5): 15-19
39. Martínez-Pampliega et al. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale. *Int J Clin Health Psychol*, 2006, Vol. 6, N° 2, pp. 317-338.

40. Mendez R.I. Namihira G.D. Moreno A.L. Sosa M.C. El Protocolo de Investigación; Lineamientos para su elaboración y análisis. 2ª. Ed. Ed. Trillas. Mexico 1996. Pag.11-14.
41. SS, Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. RESPYN, 2003. 4(3).
42. Navarra, Ud. *CÓDIGO DE NÜREMBERG (Tribunal Internacional de Núremberg) 1946. 2002.*
43. Reyes Saborit A, Castañeda Márquez V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10(4).
44. Reinaldo Niño. Guía de restricción de crecimiento. CÓDIGO: AC-gyo-G025. Atención y cuidados en la prestación de servicios de salud. Ginecología y obstetricia. Versión: 02-2011.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD ACADÉMICA**  
**HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UMF NO. 1**  
**CUERNAVACA MORELOS**  
**EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

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

Yo \_\_\_\_\_ por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FRECUENCIA DE RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1, CUERNAVACA MORELOS.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: **R-2012-1701-12**

El objetivo del estudio es: **Determinar la Funcionalidad familiar en las mujeres con retraso del crecimiento intrauterino y en las mujeres embarazadas sin retraso en el crecimiento intrauterino en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 en Cuernavaca Morelos.**

Se me ha explicado que la participación de mi familiar o representado consistirá en: **Contestar el cuestionario específico Ficha de Identificación, Factores de Riesgo de la madre, Datos del embarazo, Clasificación de Familia, y Funcionalidad Familiar, aceptar la realización de la Exploración Física que consiste en medir el fondo uterino, toma de presión arterial, peso, talla y la exploración física general así como la realización de un ultrasonido obstétrico cuando se requiera.**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación de mi familiar o representado en el estudio, que son los siguientes: **No existe ningún riesgo ya que sólo se consignarán los datos relacionados con la atención médica que de manera habitual se les ofrece a las pacientes embarazadas. Entre los beneficios se encuentran una vigilancia estrecha de la evolución del embarazo y de las condiciones del bebé al momento del nacimiento así como el envío con el médico familiar para realizar los estudios y en su caso el envío a la consulta de especialidad para ella o el bebé en caso necesario.**

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), 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 el tratamiento de mi familiar o representado (en su caso). Entiendo que conservo el derecho de retirar del estudio a mi familiar o representado en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.

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

_____ Nombre y Firma del paciente	<u>Dra. Araceli Garcia Baldovinos, Matricula 99354280</u> Investigador Responsable
_____ Testigo	_____ Testigo

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:  
 Cel. 044 777 305 06 94 Dra. Araceli Garcia Baldovinos de Lunes a Viernes de 9:00-13:00 hrs.



## ANEXO II



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD ACADEMICA  
 CUERNAVACA MORELOS  
**EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



### PROTOCOLO

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FRECUENCIA DE RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1, CUERNAVACA MORELOS.**

NSS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_

***SUBRAYA TU RESPUESTA***

1.-Estado civil 0=soltera    1=casada    2=viuda    3=unión libre    4=separada	<input type="checkbox"/>
2.-Escolaridad 0= analfabeta    1=primaria    2=secundaria    3=bachillerato    4=licenciatura    5=posgrado	<input type="checkbox"/>
3.-Tabaquismo 0=no fuma                      1=si fuma	<input type="checkbox"/>
4.-Alcoholismo 0=no alcoholismo    1= si alcoholismo	<input type="checkbox"/>
5.-Control Prenatal 0=si control                      1=no control	<input type="checkbox"/>
A partir de que semana inicio su control _____ no consultas hasta el momento: _____ AGO: cuantas veces se ha embarazado (incluyendo abortos) _____ cuantos partos ha tenido _____ cuantos abortos ha tendio _____ cuantas cesareas ha tendio _____ Fecha de ultima menstruacion _____ (se cuenta a partir del primer día de inicio a menstruar)	
FPP _____	
Peso antes de su embarazo: _____ Fecha de nacimiento de su hijo mas pequeño. _____ Peso al nacimiento de ultimo bebe _____	
Periodo Intergenesico _____	
6.-Edad Gestacional Cuantas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron su primer ultrasonido _____ Fecha de ese primer ultrasonido _____ Cuantos meses tiene de embarazo _____	SDG X FUM _____
FU _____ SDG X FU _____	
SDG X US _____ Diametro Biparietal _____ Circunferencia Abdominal _____ Longitud del Femur _____ Peso por Ultrasonido _____ Complicaciones y observaciones _____	

## ANEXO III



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD ACADEMICA  
**HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UMF NO.1**  
 CUERNAVACA MORELOS  
**EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



### TIPO DE FAMILIA

Tacha el parentesis de tu respuesta

1. ¿Quien vive con usted? Esposo ( )      Hijos ( )      Padres ( )      Abuelos ( ) Tíos ( )      Primos ( )      Sobrinos ( )      Cuñados ( ) Suegros ( )      Compadre ( )      Amigos ( )      Hijastros ( )	0) Nuclear 1) Extensa 2) Extensa compuesta <input type="checkbox"/> 3) Monoparental 4) Reconstituida
2. ¿Quien provee el hogar? Ella ( )      Esposo ( )      los dos ( )	0) Tradicional <input type="checkbox"/> 1) Moderna
3. ¿Vive con su pareja? Si ( )      No ( )	0) Integrada 1) Desintegrada <input type="checkbox"/>
4. ¿En que tipo de zona vive? Urbano ( )      Rural ( )	0) Urbana <input type="checkbox"/> 1) Rural
5. ¿Cuál es su ocupación? Profesionista ( )      Técnico ( )      Empleado ( ) Obrero ( )      Comerciante ( )      Servicio ( )      Ama de casa ( ) )	0) Profesional 1) Técnico 2) Empleado 3) Obrero <input type="checkbox"/> 4) Comerciante 5) Servicio 6) Ama de casa 7) Estudiante

## ANEXO IV



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD ACADEMICA  
**HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UMF NO.1**  
 CUERNAVACA MORELOS  
**EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



### Faces III (Family Adaptability and Cohesion Scales) - Familia Percibida

Tacha el cuadro de tu respuesta

	1	2	3	4	5
	Casi nunca	De vez en cuando	Algunas veces	Frecuente	Casi siempre
1. Los miembros de mi familia se piden ayuda unos a otros.					
2. Las sugerencias de los hijos son atendidas, cuando se trata de resolver problemas.					
3. Aprobamos a los amigos de cada uno de los miembros de la familia.					
4. Los hijos pueden opinar sobre su propia disciplina.					
5. Nos gusta hacer cosas juntos, en nuestra familia.					
6. En nuestra familia, diferentes miembros actúan como líderes.					
7. Los miembros de la familia se sienten más cercanos a los otros miembros que a la gente de afuera.					
8. Nuestra familia cambia las maneras de realizar tareas.					
9. A los miembros de nuestra familia les gusta pasar el tiempo libre unos con otros.					
10. Los padres y los hijos discuten los castigos juntos.					
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca uno de los otros.					
12. Los chicos toman decisiones en nuestra familia.					
13. Cuando nuestra familia comparte actividades, todos sus miembros están presentes.					
14. Las reglas cambian en nuestra familia.					
15. Nosotros podemos pensar fácilmente en cosas para hacer juntos como familia.					
16. Nos intercambiamos las responsabilidades de tareas hogareñas.					
17. Los miembros de la familia se consultan los unos a los otros, para tomar sus decisiones.					
18. Cuesta identificar al líder de la familia.					
19. La unión de la familia es lo importante.					
20. No es fácil decir cuáles son los roles familiares de cada uno.					