



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

**“DIFERENCIAS EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN MUJERES CON ALTO Y BAJO RIESGO
OBSTETRICO DEL HOSPITAL GINECO PEDIATRIA No. 3 – A”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
ALUMNA.
DRA. MARIBEL JEANNETE RAMÍREZ LANDA

ASESOR METODOLOGICO
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

ASESOR CLINICO
DRA. SILVIA GORDILLO RODRIGUEZ

GENERACION 2011 -2014

MEXICO, D.F. marzo 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ASESOR METODOLOGICO

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF NO.20**

ASESOR CLINICO

**DRA. GORDILLO RODRÍGUEZ SILVIA.
MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA Y COLPOSCOPIA
INVESTIGADOR ASOCIADO DEL HGP 3 – A**

Vo. Bo.

DRA.SANTA VEGA MENDOZA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO.20**

Vo. Bo.

DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCÍA FLORES
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF NO.20

DEDICATORIA

A MI ESPOSO ENRIQUE

Quien es mi pilar, mi brazo derecho, mi mejor amigo, gracias por tu paciencia, comprensión, que preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a tí por siempre mi amor y mi agradecimiento.

A MIS HIJOS

Por ser mi motor y mi inspiración para culminar los proyectos de mi vida; a ti Yael por el sacrificio de mi ausencia, a Scarlett por enseñarme a disfrutar la vida y mis logros, con todo mi amor a mis grandes amores dedico esta tesis.

A MIS PADRES

Por ser mis raíces, mi motivación para crecer y disfrutar de mis logros; gracias a su sabiduría influyeron en mi la madurez para lograr todos los objetivos en la vida, es para ustedes está tesis en agradecimiento por todo su amor.

AGRADECIMIENTOS

A MIS HERMANAS

Gracias a ustedes, personas tan importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado.

A MIS MAESTROS

Dra. Carmen Aguirre y Santa Vega por todo su apoyo, en estos tres años y en especial por el tiempo dedicado para la realización de esta tesis. A los doctores de rotación clínica, los cuales me permitieron adquirir sus conocimientos para ser mejor médico.

ÍNDICE

Título	
Resumen	
Antecedentes.....	1
Justificación.....	10
Planteamiento del problema.....	13
Objetivos.....	14
Hipótesis.....	15
Sujetos, Material y Método.....	16
Definición de variables.....	17
Resultados.....	23
Discusión.....	28
Conclusiones.....	30
Comentarios.....	31
Bibliografía.....	32
Anexos.....	35

**“DIFERENCIAS EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN MUJERES CON ALTO
Y BAJO RIESGO OBSTETRICO DEL HOSPITAL GINECO PEDIATRIA No. 3 – A”**

DIFERENCIAS EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN MUJERES CON ALTO Y BAJO RIESGO OBSTETRICO DEL HOSPITAL GINECO PEDIATRIA No. 3 – A

Dra. Ramírez Landa Maribel Jeannete¹, Dra. Aguirre García María del Carmen², Dra. Gordillo Rodríguez Silvia³.

1. Médico residente de tercer año en Medicina Familiar UMF20, IMSS.
2. Médico Familiar, profesora titular de la especialidad de Medicina Familiar UMF20, IMSS.
3. Médico Ginecoobstetra, Investigador asociado del HGP 3-A, IMSS.

Introducción: El embarazo produce una gama de reacciones emocionales que puede llegar a tener impacto en la funcionalidad familiar, más aun en pacientes que cursan con embarazos de alto riesgo obstétrico. **Objetivo.** Determinar las diferencias en el funcionamiento familiar en mujeres que cursan con embarazos de alto y bajo riesgo obstétrico. **Metodología.** Estudio de casos y controles en 238 embarazadas con bajo y alto riesgo obstétrico del HGP 3 -A, periodo 2013 – 2014. Se aplicó cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar, Escala Graffar y MF7 de riesgo obstétrico. **Análisis descriptivo**, χ^2 y RM al IC 95%. **Resultados:** El estado civil en ambos grupos fueron casadas, bajo riesgo 42.9% vs alto riesgo 52.1%. Escolaridad bachillerato con bajo riesgo 37 % vs alto riesgo 40.3%. Ocupación trabajadoras con bajo riesgo 42.0% vs alto riesgo 45.4% y estrato socioeconómico medio alto con bajo riesgo 65.5% vs alto riesgo 63.0%. La funcionalidad familiar evaluada con EFF, reportó en el patrón de comunicación disfuncional del 41.2% de pacientes para el grupo 1 y 38.6% para el grupo 2, y en patrones de comunicación funcional el 100% en el grupo 1 y 99.2% en el 2. **Conclusiones:** La funcionalidad familiar se encontró con correlación entre el patrón de comunicación disfuncional y alto riesgo obstétrico.

Palabras claves. Funcionalidad familiar, embarazo, embarazo de alto riesgo, embarazo de bajo riesgo, EFF.

"DIFFERENCES IN THE FAMILY FUNCTIONING IN WOMEN WITH HIGH AND LOW RISK OB OBSTETRICIAN HOSPITAL PEDIATRICS No. 3 - A"

Dra. Ramírez Landa Maribel Jeannete¹, Dra. Aguirre García María del Carmen², Dra. Gordillo Rodríguez Silvia³.

1. Third-year medical resident in Family Medicine UMF20, IMSS.
2. Family Physician, Professor of Family Medicine specialty UMF20, IMSS.
3. Gynecologist, associate HGP 3-A, IMSS Research.

Introduction: Pregnancy causes a range of emotional reactions that can have impact on family functioning, more so in patients who present with high obstetric risk pregnancies. **Objective.** To determine differences in family functioning in women with pregnancies that occur high and low risk obstetrics. **Methodology.** Case-control study of 238 pregnant women with low and high risk obstetric HGP 3-A, period 2013-2014. Questionnaire Family Functioning Assessment Scale MF7 Graffar and obstetric risk was applied. **Descriptive analysis** chi2 and RM to 95 %. Results: The marital status in both groups were married, 42.9 % low risk vs high risk 52.1 %. Baccalaureate school with low risk 37 % vs 40.3 % high risk. Workers with low risk occupation 42.0 % vs 45.4 % high risk and high socioeconomic environment with low risk 65.5 % vs 63.0 % high risk. Family functioning assessed EFF reported in dysfunctional communication pattern 41.2 % of patients in group 1 and 38.6 % for group 2, and functional communication patterns 100% in group 1 and 99.2 % at 2. **Conclusions:** Family functionality found correlation between the pattern of dysfunctional communication and high-risk obstetrics.

Keywords: Family functioning, pregnancy, pregnancy high risk, low risk pregnancy, EFF.

ANTECEDENTES.

Para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida dado que la sociedad y cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que espera de ella en esta etapa, de cómo debe ser y comportarse para ser una “buena madre”, además de que se le considera una función exclusiva de ella.¹

El embarazo es una situación natural, resultado de la acción de un instinto básico y que resulta ser la culminación de la sexualidad adulta. De hecho, la madurez de una pareja suele estar señalada por la disposición y la capacidad para ser padres.^{1,2}

Casi todas las mujeres desean tener un hijo. Las fantasías de las no embarazadas alrededor de la maternidad son casi universales. Todas las mujeres que ya la han vivido califican la experiencia como significativa e intensa. Casi todas ellas la perciben como un suceso grandioso y terrible, que las acerca a los misterios de la vida y de la muerte. Por la misma razón, todas experimentan ambivalencia frente al embarazo. Tienen intenso deseo de ser madres, pero temen a la experiencia o al resultado.³

El embarazo constituye un episodio esperado dentro de la vida de la mujer, el cual debe suceder dentro de un marco de completo bienestar, sin embargo existen múltiples factores externos que influyen en él; es un periodo de crisis del desarrollo psicológico, en el que intervienen aspectos fisiológicos y dinámicos, vinculados al nivel de madurez emocional de la mujer embarazada.⁴ En este sentido, la salud emocional de la mujer embarazada podrá evaluarse principalmente a partir de su capacidad para enfrentar este suceso y de su posibilidad de adaptarse a los cambios que conlleva.^{5,6}

El estereotipo cultural nos las muestra como procesos felices, que ocurren tranquilamente y, en general, sin alteración. La realidad es bien distinta. Un embarazo, incluso el más normal, constituye una situación de estrés real. Utilizo de manera precisa la definición de estrés de Lazarus y Folkman: “Una relación entre la persona y su ambiente, que es evaluada por la persona como amenazante, que excede sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. Más aún, si seguimos la clasificación de la intensidad de las situaciones estresantes, el embarazo normal corresponde a un grado de estrés elevado, que se comparte con eventos como la muerte de una persona amada, las pérdidas financieras importantes y las enfermedades e intervenciones quirúrgicas. El estrés del embarazo es debido, en gran parte, al presagio del parto, pero aceptar el embarazo implica no sólo asumir esa amenaza inevitable.

Al margen del gran acontecimiento, ocurren muchos y pequeños sucesos breves, pequeñas exigencias y molestias que originan estrés por sí mismas: trastornos físicos que pueden causar inquietud, náuseas, vértigo, cambio del apetito o disuria, aumento de peso, deformación corporal, necesidad de acudir al médico y aceptar exploraciones y pruebas; obtención de ciertos papeles en la empresa de salud, etc.⁶ Durante el embarazo, las adaptaciones necesarias para el nacimiento de un nuevo ser afectan los ámbitos fisiológico, social y psicológico de la mujer, sin importar qué tan positiva sea su respuesta emocional frente al evento reproductivo. Esta es una etapa estresante que puede llegar a impactar posteriormente el vínculo con su hijo (Gómez & Aldana, 2007). Por lo común, frente a esta situación de ajuste y a los cambios de vida que implica un embarazo, la mujer manifiesta sintomatología depresiva o ansiosa que incide en su estado emocional y le genera malestar psicológico. Estas reacciones, que muchas veces son transitorias y adaptativas están supeditadas al evento reproductivo, debieran ser identificadas y atendidas a tiempo por parte del psicólogo, para evitar que se compliquen y se conviertan en un trastorno depresivo o ansioso que amerite otro tipo de tratamiento.⁷

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé.⁸ Desde el punto de vista psicológico el embarazo de alto riesgo se define como cualquier embarazo en el cual un factor materno o fetal causa efectos adversos durante la gestación a nivel emocional; el grado de estrés que debe afrontar la madre al momento del diagnóstico depende de la naturaleza del riesgo, la forma del tratamiento, la percepción de la mujer al peligro de muerte de su hijo y que el efecto disruptivo del embarazo de alto riesgo se extienda más allá del período gestacional. Tal es el caso de un embarazo con malformación congénita, el cual representa para la gestante el sentir que ha fallado como mujer, el ser “imperfecta” o generar dudas en su concepto de identidad de género, lo cual se manifiesta con ideas de culpa por el hecho de no tener elementos adecuados para la gestación, ambivalencia por sentir que el bebé va en contra de su supervivencia pero al mismo tiempo temer por el riesgo de muerte de su hijo, ira y frustración ante la imposibilidad de llevar un embarazo normal, temor al rechazo de la pareja y una herida en su autoestima. La pérdida de un embarazo, el diagnóstico precoz de una situación desfavorable insoluble o la muerte del recién nacido se viven como una tragedia sin equivalentes, y seguramente provocan reacciones psicológicas muchísimo más intensas que antes.⁹

La aparición de una enfermedad médica en la mujer embarazada aumenta la complejidad de su atención, creando el estrés y la dificultad para el paciente y el médico obstetra. Muchas condiciones médicas se incluyen bajo el término de embarazo de alto riesgo, como diabetes, hipertensión, anemia, enfermedad pulmonar, convulsiones, lupus, enfermedades venéreas, SIDA, tuberculosis, etc. Además, varias enfermedades de transmisión genética, como la distrofia miotónica, fenilcetonuria, enfermedad de Tay-Sachs, la anemia falciforme, se consideran de riesgo potencialmente alto, se recomienda consejería previa a la concepción. La diabetes pregestacional es uno de los más comunes de las condiciones de alto riesgo; la mujer que ha tenido un cáncer previo experimenta fuertes sentimientos acerca de su embarazo, la ambivalencia puede ser aumentada por los temores acerca de su propio pronóstico en términos de recurrencia o la supervivencia.¹⁰

Para identificar un embarazo de alto riesgo, se evalúa a la mujer embarazada para determinar si presenta condiciones o características que la expongan a ella o al feto a la posibilidad de enfermar o morir durante el embarazo. Algunos factores de riesgo están presentes antes de que la mujer quede embarazada, mientras que otros se desarrollan durante el embarazo.¹¹

Factores de riesgo previos al embarazo. La edad de la mujer se relaciona estrechamente con el riesgo durante el embarazo. Las niñas de 15 años y menos tienen más probabilidades de desarrollar preeclampsia (presión arterial elevada, proteínas en la orina y edema) y eclampsia (convulsiones producidas por la preeclampsia); también tienen más probabilidades de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos. En cambio, las mujeres de 35 años o más tienen más probabilidades de desarrollar presión arterial elevada, diabetes o fibromas en el útero, así como de tener problemas durante el parto.

El riesgo de tener un bebé con alguna anomalía cromosómica como el síndrome de Down aumenta con rapidez a partir de los 35 años.¹¹

Gómez (2007) plantea que la alteración emocional por lo común es secundaria a factores reproductivos (embarazo, evolución del riesgo, pérdidas gestacionales previas, antecedentes de esterilidad, enfermedades crónicas anteriores al embarazo y temor a los procedimientos médicos y a la resolución del embarazo) y/o a factores psicosociales como disfunción marital, familiar y social.¹²

Las parejas que se enfrentan a la expectativa de dar a luz en medio de dificultades médicas, de tener un hijo con malformaciones o con reducidas posibilidades de vida y de desarrollo experimentan una ruptura del proceso psicológico normal del embarazo. El curso natural se ve reemplazado por otro, una secuencia de reacciones emocionales que agrupamos bajo el rótulo común de *reacciones de duelo*. La mayoría de las veces se produce una mezcla entre los dos procesos y el resultado final depende mucho del período en el cual se recibe la noticia, de la naturaleza de las dificultades mismas (es decir, de su pronóstico), de la historia y el grado de ajuste de la pareja y de la personalidad de los padres.¹³

El duelo es un período normal para cualquiera que sufra una pérdida emocional significativa. Es un proceso indispensable de adaptación a la pérdida. Si sus etapas no son vividas adecuadamente, si los sentimientos no son expresados, si la angustia es ocultada y la tristeza no es consolada, si la culpa evoluciona en silencio, es mucho más frecuente que se presenten complicaciones psiquiátricas posteriores (en particular, depresión prolongada y enfermedades psicosomáticas). El cuadro de duelo es mucho más claro cuando los padres evidencian el diagnóstico durante el parto, sobre todo, porque han tenido el tiempo suficiente para la elaboración de sus papeles y para el pleno desarrollo de sus fantasías de un niño perfecto a quien cuidar y con el cual corregir sus propias limitaciones y frustraciones. La presencia del hijo defectuoso o enfermo destruye de manera súbita esa fantasía y los precipita más claramente hacia la reacción de duelo, que es aún más intensa cuando el niño debe ser separado de la madre y llevado a una unidad de cuidados especiales, frecuentemente en un piso distinto o en un hospital diferente. Un duelo tiene cuatro etapas claramente diferenciadas: negación, rabia y rechazo, depresión y resolución del conflicto.¹³

En la primera etapa, el proceso empieza inmediatamente con la 'mala' noticia, e interrumpe toda la elaboración psicológica normal en el punto en el que ella se encuentre; actitud de choque psicológico, que incluye conmoción, parálisis e incredulidad. En el caso del diagnóstico prenatal ominoso, los padres pueden retraerse o no regresar a la consulta para evitar el dolor de aceptar la situación. O, incluso, pueden ir de médico en médico en búsqueda de uno que contradiga la predicción. En la segunda fase, la rabia es el resultado inmediato de la frustración de las ilusiones de los padres y de la vergüenza por su eventual participación en el defecto del hijo. La hostilidad del padre, por ejemplo, puede estar dirigida contra la vida misma, contra su esposa o contra el médico o el personal del servicio. Con frecuencia es posible ver a los dos padres culpándose mutuamente o a uno de ellos aprovechando los antecedentes familiares del otro o de su familia para descargar su ira. No es raro que se culpe al médico por errores supuestos o reales en el curso o en la atención del embarazo o del parto. La tercera etapa, el período de depresión, su mecanismo psicológico secreto es la introyección de la culpa. Es éste el período de las preguntas: ¿por qué me sucedió a mí? ¿Qué estuvo mal? ¿Por qué Dios quiso esto? Si el duelo se dispara en el período posparto y el niño sobrevive, los padres tendrán que iniciar sus contactos con él en el marco de este sentimiento. Si se trata de un diagnóstico ominoso hecho durante el embarazo, la tristeza será el sentimiento que tiña y modifique los meses y los procesos psicológicos que habrán de darse. La última etapa del desarrollo del duelo, la aceptación de la realidad, puede tardar muchos meses y puede no llegar, especialmente en el caso de niños seriamente limitados. Es un proceso largo que nace en el anterior y que evoluciona gradualmente hasta que la familia alcanza un nuevo estado de equilibrio. Toma meses. Durante ellos el estado de ánimo es aún bajo y los padres se sienten frecuentemente exhaustos. Pero mejora insensiblemente.¹³

Sabemos que es importante que ambos padres estén exactamente informados de la condición del niño. Por experto que sea el personal de enfermería, su médico debería ser la única persona que les da la información cardinal sobre el empeora miento, la recuperación o la muerte. Creemos que debe usar un optimismo cauteloso para informarlos. No tiene sentido decirles que la muerte o el retardo mental son una probabilidad real. Son desenlaces difíciles de asegurar y, en cambio, la afirmación hecha será determinante para el establecimiento de la relación si el niño sobrevive.¹⁴

Las manifestaciones clínicas de reacción al estresor como ansiedad, ambivalencia, fatiga y sueño, entre otras; exigen, en ocasiones, una intervención psicológica oportuna y específica, la cual debe dirigirse a la prevención de las alteraciones afectivas y ansiosas de la paciente. Algunos de los estudios existentes, muestran la influencia de este factor durante el embarazo y su asociación con complicaciones obstétricas y el desarrollo de sintomatología depresiva, las cuales pueden afectar a todo el ambiente familiar.¹⁵

Estas reacciones, que muchas veces son transitorias y adaptativas están supeditadas al evento reproductivo, debieran ser identificadas y atendidas a tiempo por parte del psicólogo, para evitar que se compliquen y se conviertan en un trastorno depresivo o ansioso que amerite otro tipo de tratamiento. Una de las líneas de la investigación psicológica mundial en las últimas décadas ha sido el estudio de la salud mental de la mujer durante el embarazo. Con base en los resultados obtenidos se propuso el concepto de *salud mental perinatal*, el cual incluye la vigilancia de los riesgos psicológicos que surgen en la mujer durante el periodo perinatal, y que pueden afectar tanto a la madre como al producto; e inducen a desarrollar estrategias de intervención para prevenir el desarrollo de psicopatología severa.¹⁶

Para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia". La familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los roles y en consecuencia en toda la familia. Siempre cuando aparece un síntoma, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiar.¹⁷

Sánchez (1976) citado en Soria, Montalvo y Arizpe (1998) definieron a la familia como el núcleo primario fundamental para promover la satisfacción de las necesidades básicas del hombre, y sobre todo de los hijos. Así mismo Estrada (1991) citado en Soria, Montalvo y Arizpe (1998) hablaron de la familia nuclear y se refiere a ella como un conjunto de seres que viven bajo un mismo techo y que tienen un peso emotivo significativo entre ellos, también dicen que es una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades conectadas entre

ellos, también dicen que es una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades conectadas entre sí, de la más profunda naturaleza. Al igual Castellán (1992), citado en Soria, Montalvo & Arizpe (1998) a la familia como la reunión de individuos por vínculos de sangre que viven bajo el mismo techo o en un mismo conjunto de habitaciones con una comunidad de servicios.¹⁸

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

Es así que se denomina normofuncional a una familia cuando es capaz de cumplir las tareas (cuidado, afecto, alimentación etc.) que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Cuando una familia no puede ejercer sus funciones, utilizamos el término de disfuncional.¹⁹

Olson, Russell y Sprenkle (1979), describieron la *funcionalidad familiar* en cuanto a la adaptabilidad y cohesión, definiendo la adaptabilidad o cambio como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo, es decir, la capacidad que posee el sistema conyugal o familia para cambiar sus relaciones en respuesta a una situación o a una evolución estresante. Al hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo tal desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.¹⁹

En el caso de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, trayendo consigo el cambio de roles y las responsabilidades pertinentes para asegurar el bienestar y buen desarrollo del nuevo integrante que llegará al hogar, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Este hecho genera un conflicto familiar en el que los padres sienten frustración por no haber impartido suficientes valores morales a su hija, obligando en muchas ocasiones a formalizar relaciones conyugales entre

adolescentes que a futuro serán temporales. Por todo ello se considera importante el apoyo social y familiar ante esta situación, para que la adolescente comience a ser plenamente responsable y se fortalezcan los lazos filiales.²⁰

El embarazo de alto riesgo puede ser un golpe arrollador para la vida familiar y reclamar una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual, ya que el embarazo con alto riesgo obstétrico demanda desafíos y posturas diferentes. La actitud de la familia ante este acontecimiento, resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la misma, tratándose de un proceso en que no sólo es importante tomar en consideración los aspectos biológicos sino también importantes factores psicosociales.²¹

Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes de crisis en las familias de pacientes que cursan con embarazos de alto riesgo como son la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, familias disfuncionales, por lo tanto se destacan la importancia de la atmósfera familiar y se ha señalado que si la comunicación intrafamiliar es directa, van a existir actitudes apropiadas.²²

Por ello, es importante descifrar el funcionamiento en la familia ya que es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.²³

Existen diversos modelos para evaluar el funcionamiento familiar como el modelo de la Dra. Emma Espejel el cual se enfoca principalmente a los roles familiares. Otro modelo es el de FACES III en donde se aborda la flexibilidad, adaptabilidad y coherencia de los integrantes de la familia para mantener una buena relación en el sistema familiar y lograr tener la capacidad para negociar y llegar a acuerdos se dice entonces que existe una dinámica familiar funcional. El modelo de Mc Master evalúa la capacidad de la familia para identificar el problema, darle seguimiento y resolución de estos con el fin de mantener un funcionamiento familiar efectivo. El cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar²³.

Estos modelos son de gran ayuda para investigar las áreas de conflicto familiar, para así fijar estrategias que mejoren la atención psicológica, identificar las características familiares relacionadas con el embarazo de alto riesgo obstétrico y fijar pautas para la atención psicológica a las pacientes embarazadas y a sus familias, como son la adaptación a cambios en la vida, estrés y ansiedad situacional, depresión, problemas maritales y relacionales, así como dificultades en las relaciones interpersonales, en el cual se pueda brindar una oportunidad para explorar, descubrir y clarificar maneras de vivir más gratificantes, con gran sentido de bienestar. ²⁴

JUSTIFICACION

El embarazo representa un cambio en la vida de la mujer y de su pareja, y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer; asimismo, representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella.⁴

Los embarazos de alto riesgo constituyen el 20% del total de embarazos y son responsables del 70-80% de la morbimortalidad perinatal.

En México se atienden alrededor de 347 mil mujeres embarazadas en las instituciones nacionales de salud, de las cuales 55 mil cursan un embarazo de alto riesgo.²⁶

En el INPER se atendieron 4,629 embarazos de alto riesgo durante el año del 2005.²⁷

Para 1989, en México se reportó una proporción de adolescentes de 15 a 19 años, casi la cuarta parte de la población nacional, quienes generan una enorme demanda de servicios en todos los ámbitos, incluido el de asistencia médica, donde el embarazo no planeado representa un problema de salud pública, con cerca de medio millón de embarazos anuales.²⁸

Esta problemática está incluida en un escenario donde las tasas de muerte perinatal y mortalidad fetal muestran casi el mismo perfil epidemiológico de hace cuatro décadas y continúan siendo altas comparadas con las observadas en países desarrollados.²⁸

El riesgo obstétrico sigue siendo el centro de atención de la Perinatología contemporánea. Históricamente se ha asociado con un mayor índice de mortalidad, morbilidad y secuelas del neurodesarrollo. Por otra parte, a pesar de su amplio uso, la mayoría de las tecnologías obstétricas relacionadas con la disminución de este parecen haber tenido poco impacto, porque su incidencia continúa en aumento. La salud materna y perinatal es hoy día una de las prioridades del Estado mexicano, en la actualidad los jóvenes se enfrentan a un mundo globalizado en el que el tipo de vida que se llevan los envuelve en el estrés y la falta de comunicación con las personas y -lo más importante- con la familia.²⁸

Poco se sabe acerca de cómo se altera el núcleo familiar cuando se cursa con un embarazo de alto riesgo materno ya que trae desequilibrio a una familia entera. Es por eso que en este trabajo se considera importante reflexionar, ya que mucho se habla de las alteraciones anatómicas – patológicas del embarazo, así como las principales causas entre otros acerca del embarazo de alto riesgo pero, ¿quién nos

habla acerca de la comunicación en familia de estas pacientes?, ¿en realidad se ve afectada la función familiar? ¿Y qué impacto se presenta en el núcleo familiar de estas pacientes? La comunicación es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerá con los demás. Esto hace que se convierta en un problema social y de salud importante; por lo tanto, debido a sus consecuencias, merece toda consideración y estudio, ya que influye directamente en las pacientes, en los aspectos sociales y emocionales, y resulta en una problemática que menoscaba su estabilidad.²⁹

Las manifestaciones clínicas de reacción al estresor como ansiedad, ambivalencia, fatiga y sueño, entre otras; exigen, en ocasiones, una intervención psicológica oportuna y específica, la cual debe dirigirse a la prevención de las alteraciones afectivas y ansiosas de la paciente. Algunos de los estudios existentes, muestran la influencia de este factor durante el embarazo y su asociación con complicaciones obstétricas y el desarrollo de sintomatología depresiva, las cuales pueden afectar a todo el ambiente familiar.³⁰

Una de las líneas de la investigación psicológica mundial en las últimas décadas ha sido el estudio de la salud mental de la mujer durante el embarazo. Con base en los resultados obtenidos se propuso el concepto de *salud mental perinatal*, el cual incluye la vigilancia de los riesgos psicológicos que surgen en la mujer durante el periodo perinatal, y que pueden afectar tanto a la madre como al producto; e inducen a desarrollar estrategias de intervención para prevenir el desarrollo de psicopatología severa.³⁰

El personal debería estar entrenado para apoyarlas en el acercamiento al hijo y su indispensable visualización. El médico de primer contacto de atención y los ginecólogos son el personal de salud que llevan el control prenatal; dada esta situación deben de formar alianzas para encontrar estrategias para darles oportunidad y ayuda, para una aceptación madura, aunque siempre dolorosa, de las condiciones difíciles de su hijo.

La situación actual nos obliga a voltear hacia el punto más vulnerable y visible: la atención de las urgencias obstétricas y la de la función familiar como pilar de nuestras pacientes embarazadas tanto de bajo riesgo y más aun las que cursan con embarazos alto riesgo obstétrico. Y para ello, sólo nos hace falta decidarnos a formar alianzas, porque la calidad de la atención hospitalaria la tenemos en forma suficiente. Las Instituciones deben reforzar sus vínculos con los programas de atención a las familias

de dichas pacientes. El trabajo no solo por parte de la especialidad de gineco obstetricia sino también de nuestra especialidad de medicina familiar debe continuar, enriquecerse y sostenerse, porque sólo ahí lograremos darle a este tema la permanencia necesaria, a través de nuestra participación y el del núcleo familiar.

El trabajo interdisciplinario, completa la atención integral de las pacientes y participa también en las mismas tareas de investigación. El objetivo del médico es que la mujer tenga en sus brazos un hijo sano; sin embargo, desde el punto de vista psicológico, la experiencia clínica muestra importantes diferencias que también influirán en las estrategias del tratamiento.

Pocos estudios reportan casos de mujeres con embarazo de alto riesgo y cómo repercute en la funcionalidad de la familia; se ha llegado a hablar del embarazo en la adolescente, donde se asocia una mejora en la autoestima al apoyo social que reciba la paciente. Varios estudios coinciden en que las respuestas psicológicas se atribuyen a los antecedentes personales de la mujer, y al ambiente social, cultural, religioso y político que la rodea.⁴

Por ello, es importante investigar áreas de conflicto familiar para fijar estrategias que mejoren la atención psicológica,²⁴ identificar las características familiares relacionadas con el embarazo de bajo riesgo y alto riesgo obstétrico, a fin de contar con información útil para ofrecer a los especialistas de primer contacto y a los ginecoobstetras, pautas para la atención psicológica de mujeres con embarazo de alto riesgo dentro de nuestras instituciones de salud, ofreciéndoles consejería psicológica a las pacientes embarazadas y a sus familias, como son la adaptación a cambios en la vida, estrés y ansiedad situacional, depresión, problemas maritales y relacionales, así como dificultades en las relaciones interpersonales,²⁴ en el cual se pueda brindar una oportunidad para explorar, descubrir y clarificar maneras de vivir más gratificantes, con gran sentido de bienestar.

El tratamiento que se debe de llevar en las mujeres con embarazos de alto riesgo debe ser multidisciplinario, ya que no suele funcionar de forma aislada y debe tratarse desde el enfoque médico, psicológico y social y con apoyo de redes familiares.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo normal corresponde a un grado de estrés elevado debido, en gran parte, al presagio del parto, trastornos físicos que pueden causar inquietud; necesidad de acudir al médico y aceptar exploraciones y pruebas.

Por otro lado, las pacientes gineco-obstétricas que cursan con embarazos de alto riesgo suelen presentar reacciones emocionales secundarias a la hospitalización, embarazo y/o enfermedad. Dentro de la gama de reacciones posibles, se puede identificar al malestar psicológico, el cual puede llegar a tener impacto en la funcionalidad familiar de las pacientes embarazadas tanto de alto y bajo riesgo obstétrico. En este sentido, se trata de una alteración del estado emocional y no de una psicopatología propiamente dicha.

El conocer cómo se altera la atmosfera familiar en los embarazos de alto riesgo obstétrico como es el caso de la aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Por otro lado, las parejas que se enfrentan a la expectativa de dar a luz en medio de dificultades médicas, experimentan una ruptura del proceso psicológico normal del embarazo remplazado por reacciones de duelo. El resultado final depende del pronóstico, de la historia y el grado de ajuste de la pareja y de su capacidad que posee el sistema conyugal o familiar para cambiar sus relaciones en respuesta a dicha situación estresante.

El seguimiento de la gestación debe contemplar no sólo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las diferencias en el funcionamiento familiar de mujeres con embarazo alto y bajo riesgo obstétrico?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Determinar las diferencias en el funcionamiento familiar en mujeres que cursan con embarazos de alto y bajo riesgo obstétrico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas de las pacientes con embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico del Hospital Gineco pediatría 3 – A.
- Enunciar las características clínicas de las pacientes con embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico del Hospital Gineco pediatría 3 – A.
- Referir el riesgo obstétrico en las pacientes embarazadas del Hospital Gineco Pediatría 3 – A.
- Mencionar el funcionamiento familiar de pacientes con embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico del Hospital Gineco pediatría 3 – A.
- Comparar el funcionamiento familiar de pacientes con embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico del Hospital Gineco pediatría 3 – A.

HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA

No hay diferencias en el funcionamiento familiar entre las pacientes que cursan embarazos de alto riesgo y bajo riesgo obstétrico.

HIPOTESIS ALTERNATIVA

Existe diferencia en el funcionamiento familiar entre las pacientes con embarazos de alto riesgo y bajo riesgo obstétrico.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

POBLACION DE ESTUDIO. El universo de estudio fue embarazadas de alto riesgo obstétrico, tomando como casos y controles a embarazadas de bajo riesgo obstétrico que llevaron control prenatal en el Hospital Gineco Pediatría 3-A.

PERIODO DEL ESTUDIO: 2013 – 2014.

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital de Gineco Pediatría No. 3 - A, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en México D.F., en el área de consulta externa de Gineco – Obstetricia, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DISEÑO

TIPO DE ESTUDIO

Estudio de casos y controles, aleatorizado, que se realizó con una muestra de n=119 mujeres con alto riesgo y n= 119 bajo riesgo obstétrico.

Los sujetos fueron seleccionados en función de que presentaron (casos) o no presentaron (control) una determinada enfermedad (riesgo obstétrico bajo /alto), o en general un determinado efecto.

GRUPOS DE ESTUDIO

El grupo de estudio fueron pacientes que cursaron con embarazos de bajo y alto riesgo obstétrico, derechohabientes del IMSS y que acudieron a control prenatal en el Hospital Gineco Pediatría 3- A.

CRITERIOS DE INCLUSION (CASOS Y CONTROLES)

- Pacientes con embarazos de alto y bajo riesgo obstétrico
- Ser derechohabiente del IMSS
- Disposición a participar en la investigación
- Paciente de 15 a 45 años

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Embarazadas con enfermedad psiquiátrica
- Mujeres con situación de enfermedad grave que le impidiera responder el cuestionario.
- Pacientes que no aceptaron entrar al proyecto de investigación.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Embarazadas que no contestaron el cuestionario completamente
- Embarazadas que decidieron retirarse durante el estudio

TAMAÑO DE MUESTRA

El universo fue 119 mujeres con embarazos de bajo riesgo obstetrico y 119 de alto riesgo que llevarón control prenatal en el Hospital Gíneco Pediatría 3 – A.

La diferencia entre p1 y p2 es de 10% 0 o.10 con un alfa de 0.05 y beta de 0.020

DEFINICION DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

Alto riesgo obstétrico

Bajo riesgo obstétrico

VARIABLES DEPENDIENTES

Funcionamiento familiar

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Funcionamiento familiar	Dependiente	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Mediante la aplicación del cuestionario de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (EFF).	Cualitativo ordinal
Características sociodemográficas: Edad	Independiente	El número de años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio.	18 – 25 26 – 30 31 – 35 35 o más	Cuantitativo Intervalo
Escolaridad	Independiente	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Años cursados de educación formal, se clasificara en analfabeta, primaria, secundaria, técnica o bachillerato, profesional, con la variante completa o incompleta.	Cualitativo Nominal Politémica

Ocupación	Independiente	Características de la actividad que desempeña el encuestado	Se medirá de acuerdo a su ocupación.	Cualitativa Nominal Politómica
Estado civil	Independiente	Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Cualitativa Nominal Politómica
Nivel socioeconómico	Independiente	Nivel económico determinado por la percepción económica por el método de Graffar	Se utilizara el método de Graffar que valora 4 ítems donde se considera 4-6 alto, 7-9 medio alto, 10-12 medio bajo, 13-16 obrero, 17-20 marginal.	Cualitativo Ordinal
Antecedentes Gineco obstétricos: Riesgo reproductivo	Independiente	Es la probabilidad que	Se medirá a través del formato	Cualitativo Nominal

Numero de gesta	Independiente	<p>tiene toda mujer embarazada de presentar complicaciones durante el periodo gestacional y se cataloga en bajo y alto riesgo</p> <p>Se entiende por número de gesta al llevar y sustentar la madre en su vientre al feto hasta el momento del nacimiento.</p>	<p>MF7 el cual cataloga en alto y bajo riesgo</p> <p>1 a 2 a 4 más de 5</p>	<p>dicotómica</p> <p>Cuantitativo Intervalo</p>
Enfermedades previas al embarazo	Independientes	Enfermedad diagnosticada antes de embarazo	Cualquier enfermedad conocida antes del presente embarazo	<p>Cualitativo Nominal Politómica</p>

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Una vez terminado el protocolo de investigación del tema comentado, y al ser valorado por el comité de investigación, se realizaron las gestiones pertinentes en el Hospital Gineco Pediatría 3- A, para poder implementar las encuestas en el servicio de consulta externa y se explicó a las pacientes las características de la encuesta, los motivos y la relevancia del estudio. Se les comentó acerca del manejo ético de la información, y que no recibirían remuneración económica por su participación. Así también se les informo que en caso de observar una disfuncionalidad familiar y si así se requiera, se le dará aviso a la trabajadora social del instituto. Una vez realizado esto se les otorgó un consentimiento informado, el cual fue firmado al aceptar participar en este proyecto de investigación.

Se les aplicó los siguientes instrumentos:

Se inició con datos generales para la ficha de identificación.

Se aplicó la Escala de Graffar para evaluación de aspectos socioeconómicos que constó de 4 apartados, donde se considera 4 a 6 puntos nivel alto, 7 a 9 puntos medio alto, 10 a 12 medio bajo, 13 a 16 obrero, y 17 a 20 marginal.

Formato MF 7: para determinar el riesgo reproductivo, donde se interrogó sobre edad, peso, talla, antecedentes gineceo-obstétricos como embarazos previos, abortos, enfermedades previas y complicaciones del embarazo, un puntaje mayor a 4 se considera embarazo de alto riesgo.

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) con cinco opciones de respuestas: Totalmente en desacuerdo (1), En desacuerdo (2), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), De acuerdo (4), Totalmente de acuerdo (5).

Obteniendo el punto medio o punto de corte de cada factor para evaluar si la persona estuvo por encima o por debajo de este. Consta de seis variables:

1) Involucramiento afectivo funcional: representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de proporcionar cuidados,

afecto y bienestar. Evaluado con 17 reactivos, con un punto de corte de 51 y un puntaje máximo de 51 y mínimo de 17.

2) Involucramiento afectivo disfuncional: implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia. Evaluado con 11 reactivos, con un punto de corte de 33 y un puntaje máximo de 55 y mínimo de 11.

3) Patrones de comunicación disfuncionales: se enfoca a una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva. Evaluado con 4 reactivos, con un punto de corte de 12 y un puntaje máximo de 20 y mínimo de 4.

4) Patrones de comunicación funcionales: se refiere al intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental. Evaluado con 3 reactivos, con un punto de corte de 9 y un puntaje máximo de 9 y mínimo de 3.

5) Resolución de problemas: engloba áreas como Resolución de problemas, Control de conducta y Roles. Evaluado con 3 reactivos, con un punto de corte de 9 y un puntaje máximo de 9 y mínimo de 3.

6) Patrones de control de la conducta: se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento. Evaluado con 2 reactivos con un punto de corte de 6 y un puntaje máximo de 10 y mínimo de 12.²³

PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS: Se utilizó estadística descriptiva y prueba de Chi cuadrada para determinar asociación y significancia estadística. Utilizando un intervalo de confianza del 95%.

PAQUETES ESTADÍSTICOS UTILIZADOS: SPSS edición 21.

RESULTADOS

En el presente estudio de casos y controles se contó con 119 pacientes por cada grupo de estudio.

El estado civil en ambos grupos fueron casadas, bajo riesgo 42.9% (n=51) vs alto riesgo 52.1% (n=62). Cuadro 1.

Cuadro 1. Estado civil de acuerdo al bajo/alto riesgo.

Variable	Bajo Riesgo		Alto Riesgo		Chi cuadrada
	N	%	n	%	
Edo. civil					
Soltera	19	16	19	16	.194
Casada	51	42.9	62	52.1	
Unión libre	48	40.3	38	31.9	
Separada	1	0.8	0	0.0	

Fuente. Encuestas a mujeres embarazadas.

La escolaridad en ambos grupos fue bachillerato, bajo riesgo 37 % (n=44) vs alto riesgo 40.3% (n=48). Cuadro 2.

Cuadro 2. Escolaridad de acuerdo al bajo/alto riesgo

Variable	Bajo Riesgo		Alto Riesgo		Chi cuadrada
	N	%	n	%	
Escolaridad					
Primaria	3	2.5	4	3.4	.107
Secundaria	15	12.6	22	18.5	
Bachillerato	44	37.0	48	40.3	
Técnico	13	10.9	8	6.7	
Licenciatura	42	35.3	37	31.1	
Posgrado	2	1.7	0	0.0	

Fuente. Encuesta a mujeres embarazadas.

La ocupación principal en ambos grupos fueron trabajadoras, bajo riesgo 42.0% (n=50) vs alto riesgo 45.4% (n=54). Cuadro 3.

Cuadro 3. Ocupación frecuente de acuerdo al bajo/alto riesgo

Variable	Bajo Riesgo		Alto Riesgo		Chi cuadrada
	N	%	n	%	
Ocupación					
Hogar	38	31.9	45	37.8	.115
Trabajadora	50	42.0	54	45.4	
Estudiante	31	26.1	20	16.8	

Fuente. Encuesta a mujeres embarazadas.

El estrato socioeconómico de acuerdo a Escala de Graffar, en ambos grupos fueron medio alto, bajo riesgo 65.5% (n=78) vs alto riesgo 63.0% (n=75). Cuadro 4.

Cuadro 4. Nivel socioeconómico según escala de Graffar de acuerdo al bajo/alto riesgo

Variable	Bajo Riesgo		Alto Riesgo		Chi cuadrada
	N	%	n	%	
Socioeconómico					
Alto	1	0.8	2	1.7	.097
Marginal	0	0.0	1	0.8	
Medio alto	78	65.5	75	63.0	
Medio bajo	26	21.8	36	30.3	
Obrero	14	11.8	5	4.2	

Fuente. Encuesta en mujeres embarazadas.

En cuanto a las enfermedades más frecuentes encontradas en los grupos de estudios se muestran en el cuadro 5. La mayoría se refirió como sanas en 83.6% (n=199).

Cuadro 5. Enfermedades más frecuentes

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza de aborto	2	.8
Ansiedad y depresión	1	.4
Asma	4	1.7
Cervicovaginitis	1	.4
Cervicovaginitis e IVU	1	.4
CIV	1	.4
Colecistitis	1	.4
Epilepsia	1	.4
Hematoma	1	.4
Hipertiroidismo	2	.8
Hipotensión arterial	1	.4
Hipotiroidismo	2	.8
IVU	1	.4
IVU Amenaza de parto	2	.8
IVU APP	1	.4
IVU diabetes gestacional	1	.4
IVU RPM	1	.4
Ninguna	199	83.6
Obesidad	6	2.5
Oligohidramnios	1	.4
Preeclamsia	4	1.7
Problemas de comunicación	1	.4
Tabaquismo	1	.4
VPH	2	.8

Fuente. Encuestas en mujeres embarazadas.

Se encuestó a un total de 119 pacientes embarazadas, el grupo uno con embarazos de bajo riesgo y el grupo 2 con embarazos de alto riesgo. Se utilizó el cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) que consta de 40 reactivos, encontrando lo siguiente; en cuanto al involucramiento afectivo funcional en el primer

grupo solo se encontró una paciente negativa en el grupo 1 en este rubro y ninguna para el grupo 2. En cuanto al involucramiento afectivo disfuncional se obtuvo 4 pacientes en el grupo 1 y una paciente en el grupo 2. En el patrón de comunicación disfuncional se encontró un 41.2% de pacientes para el grupo 1 y 38.6% para el grupo 2, así mismo en el rubro de patrones de comunicación funcional se encontró al 100% en el grupo 1 y 99.2% en el 2. Finalmente el control de conducta adecuado se encontró en el 70.6% de pacientes del primer grupo y 74.8% en el segundo grupo. Cuadro 6.

Cuadro 6. Resultados de funcionalidad de acuerdo al bajo/alto riesgo

	Bajo riesgo		Alto riesgo	
	N	%	n	%
1. Involucramiento afectivo funcional	118	99.2	119	100
2. Involucramiento afectivo disfuncional	4	3.4	1	.8
3. Patrón de comunicación disfuncional.	49	41.2	46	38.6
4. Patrón de comunicación funcional.	119	100%	118	99.2
5. Resolución de problemas	No: 1	.8	1	.8
	Si: 118	99.2	118	99.2
6. Control de conducta	No: 35	29.4	30	25.2
	Si: 84	70.6	89	74.8

Fuente. Evaluación de Funcionamiento Familiar.

La funcionalidad familiar no se encontró asociada estadísticamente a la presencia/ausencia de riesgo obstétrico. Cuadro 7.

Cuadro 7. Asociación entre el alto y bajo riesgo obstétrico y la percepción en la funcionalidad familiar.

	Funcional	Disfuncional	P
Bajo riesgo	115	4	.25
Alto riesgo	118	1	

Se encontró correlación directamente proporcional en el patrón de comunicación disfuncional entre ambos grupos, e indirectamente proporcional en el patrón de comunicación funcional. Cuadro 8.

		Involucramiento afectivo funcional	Involucramiento afectivo funcional	Patrón de comunicación disfuncional	Patrón de comunicación funcional	Resolución de problemas	Problemas de control de conducta	Riesgo reproductivo
Riesgo reproductivo	Correlación de Pearson	-.097	.077	.145	-.137	-.099	-.077	1
	Sig.(bilateral)	.134	.237	.025	.035	.128	.235	
	N	238	238	238	238	238	238	238

Discusión.

Recientemente se ha dado mayor importancia al aspecto psicológico que juega la funcionalidad familiar en la mujer embarazada a fin de detectar oportunamente y tratar las enfermedades propias del embarazo así como limitar sus complicaciones y promover una buena dinámica familiar. Esta etapa de embarazo corresponde a una fase vital y trascendente en la vida de la mujer y de su familia.

En el presente estudio se observó que las características generales en ambos grupos de estudio fueron muy similares por tanto no se observan diferencias estadísticas significativas entre ellos. Sin embargo el riesgo obstétrico alto se correlaciono con el patrón de comunicación disfuncional $p < 0.02$.

Pimentel Zarsuri (2005), en la Paz Bolivia encontró una prevalencia de disfunción familiar en mujeres con alto riesgo obstétrico en el 70% de ellas y un 58% en las mujeres de bajo riesgo ($p=0,112$. $OR=1.66$). Este autor observo que es más afectada la población comprendida entre la segunda y tercera década de la vida, tal vez se pueda explicar que esto se deba a que la mujer cada vez más se involucra en el sustento de su familia por tanto tiene un doble papel como madre y sustentadora de la economía familiar, no se cuenta con estudios que apoyen estos resultados. Estos resultados contrastan con los obtenidos en nuestro estudio, con solo una prevalencia de disfunción del 0.8% para las mujeres con embarazo de alto riesgo y de 3.4% en las de bajo riesgo ($p=.25$ y correlación de Pearson del 0.77). Estos resultados posiblemente debidos al cuestionario utilizado; Zarsuri utilizo APGAR familiar la cual mide la satisfacción familiar mientras que en nuestro estudio utilizamos el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) basado en los criterios de Mc Master de Atri-Zetune.

Por otra parte, Rangel, Valerio, Patiño y García, (2004) realizaron un estudio acerca de la prevalencia de disfunción familiar en la adolescente embarazada, que por el grupo etario, se encuentran dentro de embarazos de alto riesgo obstétrico, obteniendo un 33% de la misma, con una media de edad entre 18 y 19 años, En nuestro estudio se encontró una media de 26 años y una moda de 34 ($p=,000$ $Pearson=,220$) siendo grupos etarios distintos, también se describe una prevalencia de disfunción familiar muy por encima de lo encontrado en nuestro estudio. Con todos estos resultados se podría pensar que al grupo de adolescentes embarazadas, se les

limita su derecho a la autorrealización, y se les otorga un afecto limitado en momentos cruciales de la etapa de adolescencia y ello contribuye a tener problemas psicosociales con la posibilidad de un núcleo familiar que no acepte el embarazo.

Bucio y Carranza, (2008) realizaron un estudio en la UMF 5 del IMSS, Michoacán, donde se aplicó el Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar basado en el modelo de McMaster. Se encontró asociación entre involucramiento afectivo disfuncional y patrones de comunicación disfuncional con baja escolaridad, en tanto que los patrones de control de conducta se asociaron con presión arterial media y semanas de gestación. El riesgo reproductivo en general no mostro ninguna correlación con el funcionamiento familiar. En contraste si se correlacionó el patrón de comunicación disfuncional con el embarazo de alto riesgo; esto podría deberse a que como se ha descrito la comunicación familiar no sólo constituye un vehículo de transmisión de la información entre miembros de la familia sino que impregna completamente la naturaleza y la calidad de la vida familiar. Además que entre sus miembros facilita la resolución de las transiciones familiares de una manera adaptativa, mientras una comunicación negativa obstruye el desarrollo familiar, dificultad la detección de problemas y aún más la resolución de los mismo. En nuestras pacientes embarazadas de alto riesgo se ve alterado el patrón de comunicación, tal vez porque ellas provienen de familias con interacciones en las que predomina una comunicación evitativa y negativa. Las expectativas paternas y el grado de ansiedad en las parejas ante la llegada de un nuevo integrante pone a prueba la flexibilidad del sistema familiar pues se tienen que adaptar a nuevos roles, redistribución de las tareas, responsabilidades, cuidados, entre otras por lo cual la comunicación es pilar de estos reajustes.

De este modo, la presencia de problemas en la comunicación familiar se constituye en un indicador muy fiable de que el funcionamiento familiar dista de ser el adecuado para bienestar de sus miembros.

Conclusiones

La corte fue el 50% para ambos grupos relación 1:1 (bajo riesgo obstétrico y alto riesgo).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las características sociodemográficas en ambos grupos de estudio. Ambos grupos tuvieron estado civil, nivel socioeconómico y educativos similares.

El estado civil casadas con bajo riesgo obstétrico en 42.9% vs alto riesgo en 52.1%. La escolaridad bachillerato con bajo riesgo en 37% vs alto riesgo en 40.3%. La ocupación trabajadoras con bajo riesgo en 42.0% vs alto riesgo en 45.4%, y el estrato socioeconómico medio alto con bajo riesgo en 65.5% vs alto riesgo en 63.0%.

En cuanto a las características clínicas de ambos grupos no se encontró diferencias significativas, siendo las comorbilidad referida obesidad, asma y preeclampsia.

La media de riesgo obstétrico en el grupo de bajo riesgo fue de 1.9 mientras que en el de alto fue de 9.

La funcionalidad familiar se encontró con correlación entre el patrón de comunicación disfuncional y alto riesgo obstétrico.

Comentarios

Mediante este estudio se llegó a la conclusión que no existe diferencia en la prevalencia en disfunción familiar en ambos grupos de embarazo de bajo vs alto riesgo obstétrico del Hospital Gineco pediatría 3-A IMSS, de acuerdo a los datos obtenidos por el cuestionario EFF: sin embargo si se encontró correlación en el patrón de comunicación disfuncional y embarazo de alto riesgo. La prevalencia de disfunción familiar en las mujeres embarazadas no está relacionada con el riesgo reproductivo, pero si es necesaria la aplicación de mayor número de estudios para confirmar esta baja correlación.

Hasta ahora el instrumento más utilizado para evaluar la disfunción familiar es APGAR familiar el cual encuentra mayor prevalencia de disfunción familiar con respecto al Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (CEFF), por lo tanto es necesario realizar más ensayos clínicos a fin de establecer su confiabilidad al respecto.

BIBLIOGRAFIA

1. Goulet, C., Polomeno, V. & Harel, F. Canadian cross- cultural comparison of the high-risk pregnancy stress scale. *Stress Medicine*. 1996; 12: 145-54.
2. Marín F, Villafañe G. La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. *REME (México)*. 2007; 259:1-8.
3. Morales-Carmona F, González CG, Valderrama BC. Perfil de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatol y Reprod Hum* 1988; 2:165-74
4. Maddaleno M. Florenzano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G et al, editores. *Salud Familiar. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente*. División Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago; 1986: 125-141.
5. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM*. 2004; 47(1):24-7.
6. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984; 3:456.
7. Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Arch Womens Ment Health* 2008;11:67-74.
8. Laplanche J, Pontalis JB. *Diccionario de psicoanálisis*. 3rd ed. Barcelona: Labor; 1987.
9. Torres G. Impacto emocional en el embarazo de alto riesgo. *Rev col Psiqui*. 2004; 333:285-9
10. Sánchez O, Rojas S, Olalde J. Influencia del riesgo obstétrico y resultados maternos perinatales. *Medicentro*. 2011; 15:3: 244-46.
11. Goethals, A. y Thiery, M. Hospital behavior of the obstetric risk patients. En: Leysen, B., Nijs, P., y Richter, D. (Eds.). *Research in Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. Acco: Leuven, pgs. 151-162.
12. González C, Sánchez B, Gómez L, Aldana C, Morales C. Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente. *Ginecol Obstet Mex*. 2008, 76:143-50
13. Detrain J, Brage H, Sittner. Effects of high- risk pregnancies on families. *JAMA*. 2005; 30: 121-6.

14. Gómez L. Psicoterapia de Grupo para Mujeres con Embarazo de Alto Riesgo. *Ter Psicol.*2009; 27:215-25
15. Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós; 1982.
16. Espíndola H, Morales C, Henales A, Brull J, Sanchez B, Carreño M, et al. Una propuesta psicoterapéutica para la mujer con embarazo de alto riesgo y víctima de violencia doméstica. *Perinatal Reprod Hum.* 2008; 22:261-69.
17. Herrera S. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med gen Integr.*1997; 13:6:591-5.
18. Huerta M, Valdés R, Sánchez E. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Ciudad de México. *Arch Med Fam.* 2001; 3 4:95-8.
19. Ruiz M. Salud materna: necesidad de establecer alianzas. *Perinatal Reprod Hum.* 2005; 19:1-3.
20. Smilkstein G. The Family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-1239.
21. Cruz M. Embarazo de adolescentes y comunicación familiar. *Revista de trabajo social y ciencias sociales (Guadalajara).* 2011; 61:1–3.
22. Gómez L. Guía de intervención psicológica para pacientes embarazadas de alto riesgo. *Perinatal Reprod Hum.* 2007; 21:111-21.
23. Velasco C, Luna P. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. EEF. Pax, 1ª edición. México, 2006.
24. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *J Affect Disord* 2010;122:109-117.
25. Bryant F, Giurgescu C, Mauner M. Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well – being of high- risk pregnant women. *Nursing Research.* 2006; 55:356 -65.
26. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dirección de Planificación Familiar. México: Encuesta Nacional sobre fecundidad y Salud; 2009.
27. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología. México DF. INPer, 1998
28. Fundación Kellogg. Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud. OPS. OMS. 2010;12:15.

29. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:5-14.
30. Wrate RM, Rooney AC, Thomas PF, Cox JL. Postnatal depression child development. A three year follow up study. *Br j Psychiatry* 1985, 146:622-627.
31. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. [serial on line]. Available from: URL: http://www.bioeticaweb.com/Codigos_y_leyes
32. Código de Nüremberg (1946). [serial on line]. Available from: URL: http://www.bioeticaweb.com/Codigos_y_leyes
33. Ley General de Salud. Última reforma publicada DOF 19-06-2007 www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Diferencias en el funcionamiento familiar en mujeres con alto y bajo riesgo obstétrico del Hospital Gineco Pediatría No. 3 – A

Patrocinador externo (si aplica):
Lugar y fecha: El estudio se realizará en el Hospital Gineco Pediatría 3 –A.
Distrito Federal, a ____ del mes de _____ 2013.

Número de registro: 3404

Justificación y objetivo del estudio: Poco se sabe acerca de cómo se altera el núcleo familiar cuando se cursa con un embarazo de alto riesgo materno ya que trae desequilibrio a una familia entera. La situación actual nos obliga a voltear hacia el punto más vulnerable y visible: la atención de las urgencias obstétricas y la de la función familiar como pilar de nuestras pacientes embarazadas tanto de bajo riesgo y más aun las que cursan con embarazos alto riesgo obstétrico. Por ello, nuestro objetivo es:
Determinar las diferencias en el funcionamiento familiar en mujeres que cursan con embarazos de alto y bajo riesgo obstétrico.

Procedimientos: Si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:
Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
Llenar un cuestionario con mis datos personales, la funcionalidad familiar en estos momentos.
El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Posibles riesgos y molestias: El estudio no produce ningún riesgo ni molestia.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Se le informara sobre en funcionamiento familiar presente, y se ofrecerán pautas de apoyo familiar si así lo requiriera o solicitara.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Se ofrecerán pautas para referir a la(s) paciente(s) a orientación familiar, en caso necesario o de ser solicitado.

Beneficios al término del estudio: Los resultados del estudio contribuirán a detectar como repercute en la familia cuando se cursa con un embarazo de alto riesgo.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Aguirre García María del Carmen. Profesor titular de la especialidad de Medicina Familiar, UMF 20. Matricula: 10859357, Calz. Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas; México D.F.; Tel: 53331100.Ext. 15320. E-mail: carmenaguirre1@yahoo.com.mx

Colaboradores: Dra. Gordillo Rodríguez Silvia. Asesor clínico de la especialidad de Gineco obstetricia, HGP 3 A. Matricula: 11023597, Av. Instituto Politécnico Nacional, Magdalena de las Salinas, Gustavo A. Madero; México D.F.; Tel: 57541885. E-mail: sagordillor@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Diferencias en el funcionamiento familiar en mujeres con alto y bajo riesgo obstétrico de Hospital Gineco Pediatría No. 3 – A

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

El estudio se realizará en el Hospital Gineco Pediatría 3 –A.
Distrito Federal, a ____ del mes de _____ 2013.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Poco se sabe acerca de cómo se altera el núcleo familiar cuando se cursa con un embarazo de alto riesgo materno ya que trae desequilibrio a una familia entera. La situación actual nos obliga a voltear hacia el punto más vulnerable y visible: la atención de las urgencias obstétricas y la de la función familiar como pilar de nuestras pacientes embarazadas tanto de bajo riesgo y más aun las que cursan con embarazos alto riesgo obstétrico. Por ello, nuestro objetivo es:
Determinar las diferencias en el funcionamiento familiar en mujeres que cursan con embarazos de alto y bajo riesgo obstétrico

Procedimientos:

Si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:
Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
Llenar un cuestionario con mis datos personales, la funcionalidad familiar en estos momentos.
El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Posibles riesgos y molestias:

La realización de este estudio, no produce ningún riesgo ni molestia.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Se le informara sobre en funcionamiento familiar presente, y se ofrecerán pautas de apoyo familiar si así lo requiriera o solicitara.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Participación o retiro:

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

Privacidad y confidencialidad:

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Se ofrecerán pautas para referir a la(s) paciente(s) a orientación familiar, en caso necesario o de ser solicitado.

Beneficios al término del estudio:

Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar como repercute en la familia cuando se cursa con un embarazo de alto riesgo.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Aguirre García María del Carmen. Profesor titular de la especialidad de Medicina Familiar, UMF 20. Matricula: 10859357, Calz. Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas; México D.F.; Tel: 53331100.Ext. 15320. E-mail: carmenaguirre1@yahoo.com.mx

Colaboradores:

Dra. Gordillo Rodríguez Silvia. Asesor clínico de la especialidad de Gineco obstetricia, HGP 3 A. Matricula: 11023597, Av. Instituto Politécnico Nacional, Magdalena de las Salinas, Gustavo A. Madero; México D.F.; Tel: 57541885. E-mail: sagordillor@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
GP3A/ UMF 20

Favor de contestar los siguientes apartados:

NOMBRE _____

EDAD (años cumplidos) _____

ESTADO CIVIL (casada, soltera, unión libre o viuda)

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION ACTUAL _____

SEMANAS DE GESTACION _____

NUMERO DE GESTA _____

¿CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE?

¿PADECED USTED ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUAL?

ESCALA GRAFFAR

ENCIERRE EN UN CIRCULO SU RESPUESTA

PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA	<ol style="list-style-type: none">1. Profesión universitaria.2. Profesión técnica y superior o medianos comerciantes o productores.3. Empleados sin profesión universitaria. Bachiller técnico, pequeños comerciantes.4. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (con primaria completa).5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	<ol style="list-style-type: none">1. Enseñanza universitaria o su equivalente.2. Enseñanza secundaria completa.3. Enseñanza secundaria incompleta.4. Enseñanza primaria o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria).5. Analfabetas
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DEL HOGAR	<ol style="list-style-type: none">1. Fortuna heredada o adquirida.2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales3. Sueldo mensual4. Salario semanal, por día, entrada a destajo.5. Donaciones de origen público o privado.
CONDICIONES DE ALOJAMIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios.2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios.3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.



ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

1.EDAD (EN AÑOS)			7.GESTA		12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS	
20 a 29		0	2 a 5	0	Ninguno patológico	0
15 a 19		1	Primigesta	1	Toxemia	4
30 a 34		1	Más de 5	3	Polihidramnios	4
Menos de 15 ó más de 34		4	8.PARA		Sangrado 3er. Trim.	4
2.PESO HABITUAL (KILOS)			Menos de 5	0	Pre-termino menos de 38SDG	4
50 o más		0	5 o más	4	Bajo peso al nacer -2,500gr	4
Menos de 50		1	9.ABORTOS		Malformación congénita	4
3.TALLA (CENTIMETROS)			0 a 1	0	Muerte fetal tardía +28SDG.	4
Más de 150		0	2	2	Macrosomía +4,000gr	4
150 ó menos		1	3 ó más	4	Cirugía pélvico uterina	
4.ESCOLARIDAD MATERNA			10.CESAREA		Otros	
Secundaria ó más		0	NO	0	13.ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	
Primaria o menos		5	SI	4	Ninguno	0
5.F.U.M.			11.INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES)		Hipertensión arterial	4
6.F.P.P.			13 a 60	0	Diabetes Mellitus	4
VIDA SEXUAL	SI	NO	Menos de 13	5	Infección sistémica	4
ACTIVA			Más de 60	5	Cardiopatía	4
EL ULTIMO EMBARAZO					Otros	
Fue de termino?	SI	NO	14.TABAQUISMO			
El parto fue normal?	SI	NO	No ó – 10 cigarros al día		0	
Hubo mortalidad perinatal?	SI	NO	10 ó + cigarrillos al día		1	
15.ALCOHOLISMO/OTRA TOXICOMANIA						
SI					0	
NO					1	
NUMERO DE HIJOS VIVOS						

CONSULTAS PRENATALES FECHA	16.SEMANAS DE GEST.	17.PESO (kilos)	18.AFU cm	19.SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO (+ ó --)	20.PRESENCIA DE FCF (+ ó --)	21.MOV FETALES (+ ó --)	22.TA DIAST.	23.SANGRADO GENITAL	24.EDEMA
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
			Incremento mayor al esperado en 2 consultas consecutivas (4)	(+) 4	(-) 4		90 ó + en 2 ocasiones. (4)	(+) 1 (++)2 (+++4)	(+) 1 (++)2 (+++4)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)
 MARQUE CON UNA CRUZ EN EL NÚMERO DE PARÉNTESIS QUE MEJOR SE
 ADECUA A SU RESPUESTA CON BASE EN LA SIGUIENTE ESCALA.

	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente desacuerdo (1)
1. Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
2. Si tengo dificultades mi familia estar en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
3. En mi familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
6. Raras veces platico con la familia de lo que me pasa	1	2	3	4	5
7. Cuando se me presenta algún problema, me paraliza.	1	2	3	4	5
8. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
9. Mi familia es flexible en cuanto a las normas	1	2	3	4	5
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5

	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente desacuerdo (1)
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
12. Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13. Cuando me enojo con algun miembro de la familia se lo digo	1	2	3	4	5
14. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5
15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	1	2	3	4	5
16. Cuando tengo algun problema se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los problemas de la casa	1	2	3	4	5
18. En mi familia expresamo abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19. Me siento apoyado por mi familia	1	2	3	4	5
20. En casa acostumbramos a expresar nuevas ideas	1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo (5) De acuerdo (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) En desacuerdo (2) Totalmente desacuerdo (1)					
21. Me duele ver sufrir a otro miembro de la familia	1	2	3	4	5
22. Me avergüenza mostrara mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
23. Si falla una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24. En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25. En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26. Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
28. En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos.	1	2	3	4	5
29. Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30. En casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5

	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente desacuerdo (1)
31. Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuales son las consecuencias	1	2	3	4	5
32. Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
33. Si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
34. En mi casa, cada quien se guarda los problemas	1	2	3	4	5
35. En mi casa nos decimos las cosas abiertamente	1	2	3	4	5
36. En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
37. Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	1	2	3	4	5
38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
40. En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta	1	2	3	4	5