

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 “JUANA DE ASBAJE”.

TITULO:

“TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU DESARROLLO, EN EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5”

Para obtener el titulo de Especialista en Medicina Familiar del Curso de Especialidad en Medicina Familiar para Medicos Generales del IMSS

Investigador Responsable en la UMF 5

Dr. Juan Pablo Delgado Olmos

Médico General

Matricula 99354804

Avenida Marina Nacional S/N Colonia Anáhuac, Delegación

Miguel Hidalgo Tel.55276174

UMF 5 “Anáhuac”

idelgadoolmos@yahoo.com.mx

Investigador Asociado

Dra. Marlene Marmolejo Mendoza

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Matricula 9514821

UMF 2 Sor Juana Inés de la Cruz No. 81 Colonia Santa

María la Ribera Tel. 55475510 al 19 Ext. 21407

marlene.marmolejo@imss.gob.mx

UNIDAD Y ÁREA DONDE SE EFECTUARA EL ESTUDIO

Unidad De Medicina Familiar No. 5, Consulta Externa

Domicilio: UMF 5 Avenida Marina Nacional S/n Colonia Anáhuac, Delegación

Miguel Hidalgo tel. 55276174

idelgadoolmos@yahoo.com.mx



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.



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. 2
SANTA MARÍA LA RIBERA, DISTRITO FEDERAL

**TIPOLOGÍA FAMILIAR EN BASE A SU DESARROLLO, EN
EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 5**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JUAN PABLO DELGADO OLMOS

STA. MARÍA LA RIBERA, D.F.

2016



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz":

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3511
U MED FAMILIAR NUM 14, D.F. NORTE

FECHA 30/09/2014

DR. JUAN PABLO DELGADO OLMOS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU DESARROLLO, EN EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3511-15

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS RODRIGO ALTAMIRANO LEÓN

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3511

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

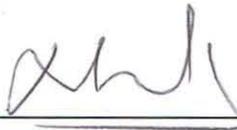
**“TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU DESARROLLO, EN EMBARAZADAS
DE ALTO RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 5”**

El presente proyecto aprobado por el Comité de Investigación del Instituto
Mexicano del Seguro Social.
Asignándole el número de Folio: **R- 2014-3511-15**

AUTORIZACIONES



DR. ALFREDO CABRERA RAYO
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN NORTE



DR. HUMBERTO PEDRAZA MÉNDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN NORTE

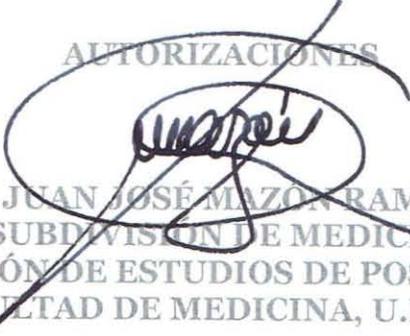
**"TIPOLOGÍA FAMILIAR EN BASE A SU DESARROLLO, EN
EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 5"**

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

PRESENTA

DR. JUAN PABLO DELGADO OLMOS

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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


Dra. Marlene Marmolejo Mendoza
Coordinación de Educación
Ced. Prof. 2581641
IMSS Mat. 9514821

DRA. MARLENE MARMOLEJO MENDOZA
INVESTIGADOR ASOCIADO
Y COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 2

Sonia Artemisa Moctezuma Mondragón

MÉDICO FAMILIAR
CED PROF 6255407
MAT 99159702

DRA. SONIA ARTEMISA MOCTEZUMA MONDRAGÓN
PROFESOR TÍTULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS SEDE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 2

ÍNDICE:

Resumen.....	8
MARCO TEÓRICO.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
Pregunta de investigación.....	21
JUSTIFICACIÓN.....	22
Magnitud.....	22
Trascendencia.....	22
Vulnerabilidad.....	22
Factibilidad.....	23
OBJETIVOS.....	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos.....	23
HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	24
METODOLOGÍA.....	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	26
VARIABLES DE ESTUDIO.....	27
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	29
ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.....	30
RECURSOS.....	32
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	33
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIÓN.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	52
ANEXOS.....	54

“TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU DESARROLLO, EN EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5”.

Delgado Olmos.Juan Pablo.¹,Marmolejo Mendoza Marlene²
1MG IMSS.UMF5, 2. MF.CCEIS.UMF2.IMSS.

Resumen:

Antecedentes: El embarazo de alto riesgo es un fenómeno complejo que implica importantes cambios en la esfera de lo fisiológico, psicológico y social. La incidencia de embarazo de alto riesgo varía de acuerdo con los criterios que se utiliza para definirlo. Muchos factores participan y los efectos de cualquier factor específico difieren de una paciente a otra. La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, que podemos tipificar de acuerdo a su composición la cual variara de acuerdo a la situación social.

Objetivo: Identificar la tipología familiar en base a su desarrollo, en embarazadas de alto riesgo en la unidad de medicina familiar no. 5.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, de casos consecutivos. Se realizará el estudio en la unidad de Medicina Familiar No. 5 se tomará una muestra no probabilística de 66 pacientes con embarazo de alto riesgo Se les presentará la cedula de información para tipología familiar de acuerdo a su desarrollo Criterios de inclusión: Mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo adscritas a la UMF – 5.

Con los resultados obtenidos, se realizará análisis estadístico con medidas de tendencia central y frecuencias. Además de análisis bivariado con chi – cuadrada Posteriormente se mostrarán los resultados con gráficas y cuadros.

Palabras claves: Embarazo alto riesgo, tipología familiar.

MARCO TEORICO.

La familia según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado. ⁽¹⁾ El término familia procede del latín *familia*, “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”, a su vez derivado de *famulus*, “siervo, esclavo”. ⁽²⁾

La familia de acuerdo a la O.M.S se define como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio ⁽³⁾, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado. ⁽⁴⁾

La historia de la familia según Morgan ha evolucionado por distintas épocas históricas, desde los primeros grupos primitivos en estado de promiscuidad, hasta los primeros esbozos de familia como es la familia consanguínea, caracterizada por que todos los abuelos y abuelas, en los límites de la familia, son maridos y mujeres entre sí; lo mismo sucede con sus hijos, es decir, con los padres y las madres; los hijos de éstos forman, a su vez, el tercer círculo de cónyuges comunes; y sus hijos, es decir, los biznietos de los primeros, el cuarto. En esta forma de la familia, los ascendientes y los descendientes, los padres y los hijos, son los únicos que están excluidos entre sí de los derechos y de los deberes (pudiéramos decir) del matrimonio. Hermanos y hermanas, primos y primas en primero, segundo y restantes grados, son todos ellos entre sí hermanos y hermanas, y por eso mismo todos ellos maridos y mujeres unos de otros. El vínculo de hermano y hermana presupone de por sí en este período el comercio carnal recíproco. El segundo progreso en la historia de la familia se observa cuando se excluye a los hermanos del comercio sexual recíproco, este tipo de familia nos indica ahora con la más perfecta exactitud los grados de parentesco, Los hijos de las hermanas de mi madre son también hijos de ésta, como los hijos de los hermanos de mi padre lo son también de éste; y todos ellos son hermanas y hermanos míos. Pero los hijos de los hermanos de mi madre son sobrinos y sobrinas de ésta, como los hijos de las hermanas de mi padre son sobrinos y sobrinas de éste; y todos ellos son primos y primas míos. Esta familia llamada punalúa, caracterizada por la formación de “gens” como una forma de orden social. Un paso más en la evolución de la familia se presenta con la familia sindiásmica, en la que se forman parejas conyugales para un tiempo más o menos largo; el hombre tenía una mujer principal, entre sus numerosas, y era para ella el esposo principal entre todos los demás, y finalmente la familia monógama, como manifestación de una civilización naciente, la cual se funda en el predominio del hombre; su fin expreso es el de procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible. Hay una solides de los vínculos conyugales, los cuales ya no pueden ser disueltos por cualquiera de las dos partes ⁽⁵⁾.

En México al igual que en otras culturas latinas la madre ha sido la figura que más se ha dedicado al cuidado de los hijos y el padre en muchos casos queda distante en el terreno de los afectos y la comunicación hacia los niños. La madre suele buscar apoyo en otros miembros de la familia y contribuye a la formación de alianzas con estos, que burlan la autoridad de los cónyuges y los límites en la relación entre padres e hijos ⁽⁶⁾.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista)⁽⁷⁾.

La composición familiar no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia tanto en relación con el momento histórico que se estudia como con la etapa del ciclo de vida en que se encuentra, o con determinados acontecimientos importantes a los que se ve sometida, la tipología familiar no es más que el reflejo de la gran diversidad de condiciones que existen en una sociedad, lo cual predetermina la naturaleza, la composición y la dinámica familiar de esta sociedad, y a su vez representa un hecho de suma importancia, porque depende del tipo de familias que componen a esta sociedad. Podemos mencionar que sin conocer el “armazón” del grupo familiar no se pueden investigar las relaciones, roles o funciones que mueven a esa familia, con lo que seremos incapaces de entender la salud o la enfermedad de la familia y la de cada uno de sus miembros. ^(8,6)

Desde el punto de vista de su desarrollo social, la familia puede clasificarse de acuerdo a Irigoyen:

1. Familia moderna: tiene elementos de desarrollo que, de una u otra manera, nos plantean la idea de un esquema social al cual representa y que la podemos encontrar con frecuencia en niveles socioeconómicos altos, lo que también predetermina otros elementos que se pueden vislumbrar, como los aspectos económicos, escolar e intelectual, rol económicamente activo de la mujer, así como el nivel de vida.
2. Familia tradicional: El padre es el proveedor económico, excepcionalmente colabora la madre o uno de los hijos y se conservan los roles como tradicionalmente se han dado. El gran conglomerado de familias de clase media, tienen como punto o rasgo fundamental la trasmisión de modelos socioculturales como son las tradiciones familiares, los valores sociales y de vida que

predeterminan la perpetuación de estas características a través del desarrollo de nuevas familias. ^(9,8)

En base a esta tipología uno de los aspectos importantes a tomar en cuenta es el nivel socioeconómico de la familia el cual en México se clasifica de acuerdo a los siguientes aspectos.

Nivel socioeconómico A/B (Clase Rica).

Este es el estrato que contiene a la población con el más alto nivel de vida en ingresos del país.

El Jefe de Familia tiene en promedio un nivel educativo de Licenciatura o mayor. Los jefes de familia del nivel AB se desempeñan como grandes o medianos empresarios; como gerentes, directores o destacados profesionistas. En cuanto a su vivienda son casas o departamentos propios de lujo que en su mayoría cuentan con 6 habitaciones o más, dos o tres baños completos, el piso de los cuartos es de materiales especializados distintos al cemento y todos los hogares de este nivel, tienen boiler. Los hijos de estas familias asisten a colegios privados más caros o renombrados en el país, o bien colegios del extranjero. Todos los hogares de nivel AB cuentan con al menos un auto propio, regularmente es del año y algunas veces de lujo o importados, y tienden a cambiar sus autos con periodicidad de aproximadamente dos años. Posen al menos una cuenta de cheques (usualmente el jefe de familia) y tiene más de 2 tarjetas de crédito. Las personas de este nivel asisten normalmente a clubes privados. Suelen tener una casa de campo o de tiempo compartido. Además ha viajado en avión en los últimos 6 meses, y van de vacaciones a lugares turísticos de lujo.

Nivel socioeconómico C+ (Clase media alta).

En este apartado se consideran a las personas con ingresos o nivel de vida ligeramente superior al medio. La mayoría de los jefes de familia de estos hogares tiene un nivel educativo de licenciatura y en algunas ocasiones cuentan solamente con educación preparatoria. Destacan jefes de familia con alguna de las siguientes opciones: empresarios de compañías pequeñas o medianas, gerentes o ejecutivos secundarios en empresas grandes o profesionistas independientes. Las viviendas de las personas que pertenecen a este nivel son casa o departamentos propios que cuentan con 5 habitaciones o más, 1 o 2 baños completos. Uno de cada 4 hogares cuenta con servidumbre de planta o de entrada por salida.

Los hijos son educados en primarias y secundarias particulares, y con grandes esfuerzos terminan su educación en universidades privadas caras o de alto reconocimiento. Poseen al menos un automóvil, aunque no tan lujosos. Usualmente tienen un auto familiar y un compacto. En su hogar tiene todas las comodidades y algunos lujos; al menos dos aparatos telefónicos, equipo modular,

compact disc, horno de microondas, lavadora, televisión pagada PC. Las amas de casa suelen tener gran variedad de aparatos. Asisten a clubes privados, siendo éstos un importante elemento de convivencia social. La televisión es también un pasatiempo y pasan en promedio poco menos de dos horas diarias viéndola.

Vacacionan generalmente en el país, y a lo más una vez al año salen al extranjero.

Nivel socioeconómico C (Clase media)

En este segmento se considera a la personas con ingresos o nivel de vida medio. El jefe de familia de estos hogares tiene un nivel educativo de preparatoria y algunas veces secundaria. Dentro de las ocupaciones del jefe de familia destacan pequeños comerciantes, empleados de gobierno, vendedores, maestros de escuela, técnico y obreros calificados. Son casa o departamento propios o rentados que cuentan en promedio con 4 habitaciones y un baño completo. Los hijos algunas veces llegar a realizar su educación básica en escuelas privadas, terminando la educación superior en escuelas públicas. Dos de cada tres hogares posee al menos un automóvil, regularmente es para uso de toda la familia, compacto a austero, y no de modelo reciente. Cuentan con algunas comodidades: 1 aparato telefónico, equipo modular, 2 televisores, y una videocasetera. La mitad de los hogares tiene horno de microondas y uno de cada tres tiene televisión pagada y PC. En cuanto a instrumentos bancarios, algunos poseen tarjetas de crédito nacionales y es poco común que usen tarjeta internacional.

En cuanto a sus diversiones destacan el cine, parques públicos y eventos musicales. Este segmento usa la televisión como pasatiempo y en promedio la ve diariamente por espacio de dos horas, gustan de los géneros de telenovela drama y programación crónica.

Estas familias vacacionan en el interior del país, aproximadamente una vez por año van a lugares turísticos accesibles (poco lujosos).

Nivel socioeconómico D+.

En este segmento se considera a la personas con ingresos o con nivel de vida ligeramente por debajo del nivel medio, es decir es el nivel bajo que se encuentra en mejores condiciones. El jefe de familia de estos hogares cuenta en promedio con un nivel educativo de secundaria o primaria completa. Dentro de las ocupaciones se encuentran taxistas comerciantes fijos o ambulantes, choferes de casas, mensajeros cobradores, obreros, etc. En su mayoría de su propiedad, aunque algunas personas rentan el inmueble. Cuentan en promedio con 3 o más habitaciones en el hogar y un baño completo. Algunas viviendas son de interés social. Los hijos asisten a escuelas públicas. En estos hogares uno de cada cuatro hogares posee automóvil propio, por lo que en su mayoría utilizan los medios de transporte público para desplazarse. Cuentan con: un aparato telefónico, 1 televisor a color, y 1 equipo modular barato. La mitad de los hogares tiene videocasetera y línea telefónica. Los servicios bancarios que posee son escasos y

remiten básicamente a cuentas de ahorros, cuentas o tarjetas de débito y pocas veces tienen tarjetas de crédito nacionales.

Generalmente asisten a espectáculos organizados por la delegación y/o por el gobierno, también utilizan los servicios de poli-deportivos y los parques públicos. La televisión también es parte importante de su diversión y atienden preferentemente a las telenovelas y a los programas de concurso. Este grupo tiende a ver televisión diariamente por un espacio superior a dos horas.

Nivel socioeconómico D (Clase pobre)

El nivel D está compuesto por personas con un nivel de vida austero y bajos ingresos, cuenta en un promedio con un nivel educativo de primaria (completa en la mayoría de los casos). Los jefes de familia tienen actividades tales como obreros, empleados de mantenimiento, empleados de mostrador, choferes públicos, maquiladores comerciantes, etc. Los hogares del nivel D son inmuebles propios o rentados. Las casas o departamentos cuentan con al menos dos habitaciones y 1 baño que puede ser completo o medio baño. La mitad de los hogares cuenta con boiler y lavadora. En estas casas o departamentos son en su mayoría de interés social o de rentas congeladas. Los hijos acuden a escuelas de gobierno. Las personas de este nivel suelen desplazarse por medio de transporte público, y si llegan a tener un auto es de varios años de uso. La mayoría de los hogares cuenta con un televisor y/o equipo modular barato. Uno de cada cuatro hogares tiene videocasetera y línea telefónica. Prácticamente no poseen ningún tipo de instrumento bancario.

Asisten a parques públicos y esporádicamente a parques de diversiones. Suelen organizar fiestas en vecindades. Toman vacaciones una vez al año en excursiones a su lugar de origen o al de sus familiares. En promedio ven televisión diariamente por espacio de dos horas y media.

Nivel socioeconómico E (Pobreza extrema).

Se compone de la gente con menores ingresos y nivel de vida en todo el país.

El jefe de familia de estos hogares cursó en promedio, estudios a nivel primario sin completarla, y generalmente tiene subempleos o empleos eventuales. Estas casas usualmente no poseen un hogar propio, teniendo que rentar o utilizar otros recursos para conseguirlo. En un solo hogar suelen vivir más de una generación. Sus viviendas poseen 1 o 2 cuartos en promedio, mismos que utilizan para todas las actividades. La mayoría de los hogares no tiene baño completo o propio. No poseen agua caliente, ni drenaje. Los techos son de lámina y/o asbesto y el pisos muchas veces es de tierra. Difícilmente sus hijos asisten a escuelas públicas y existe un alto nivel de deserción escolar. Son hogares austeros, tienen un televisor y un radio y en pocos casos videocasetera. No cuenta con ningún servicio bancario o de transporte propio Su diversión es básicamente la radio y la televisión. Dentro de este último medio la programación de telenovelas, programas de drama y concursos son los que más atienden.

Rol económicamente activo de la mujer:

La incursión de la mujer en el ámbito laboral a nivel mundial se ha venido incrementando; entre 1930 y 1970 la población femenina económicamente activa creció a un ritmo anual de 5.96%, comparado con el 2.29% de los hombres. En América Latina el incremento ha sido muy importante; en México, se habla de un incremento gradual del 21% en 1979 a 34% en 1995. Las mujeres se han incorporado a la actividad económica preferentemente en el sector terciario, en ocupaciones altamente feminizadas, conformando espacios sexualmente segregados como: secretarias, maestras, meseras, enfermeras y trabajadoras no calificadas en los servicios personales.

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) de 1993, más de 80% de las mujeres mayores de 12 años de edad realiza algún tipo de labor doméstica, comparado con 25% de los hombres. Sin embargo, este rol de la mujer no ha sido reconocido como forma de contribución de sistema económico de las familias, quizá porque históricamente han prevalecido las concepciones tradicionales de género, que adjudican a las mujeres, las labores de atención y cuidado en la esfera privada como su función “natural” y como “expresiones de amor”, lo que se identifica como condición de género; por tanto, en ese transcurrir a través del tiempo, labor doméstica sigue siendo concebida, no como un trabajo, sino como una “responsabilidad” producto de la división del trabajo por género. Esta situación permite que no se reconozca el obvio valor económico e impide que las mujeres sean consideradas como población económicamente activa. Lo anterior sugiere la necesidad de estudiar la experiencia laboral de las mujeres, integrando su ejercicio laboral extra hogar con las tareas dentro del mismo y su función reproductiva, lo que significa el reconocimiento de una división de género, que dota a las mujeres de los roles de madre y esposa, entre otros. En México la temática del trabajo doméstico, aunque ha sido abordada, continúa, en su mayoría, bajo la misma tendencia de ser explorada independientemente del trabajo-extradoméstico.

Estudios fuera de México, como el de Martikainen apoyados en la formulación de hipótesis de “roles tensionantes”, “acumulación de roles” y “convergencia”, se ha orientado a evaluar el impacto que tiene para las mujeres el desempeño de actividades dentro y fuera del hogar sobre su salud, y cómo este efecto se traduce en mejoras en la condición de salud y disminución de la mortalidad prematura. La “hipótesis de roles tensionantes”, señala que el desarrollo simultáneo de varios roles que desempeñan algunas mujeres, al ser esposas madres y trabajadoras asalariadas, tiene efectos nocivos sobre la salud, ya que cada rol por sí mismo genera tensión y conflicto. Los efectos se traducen en fatiga, enfermedad, e incluso la muerte prematura, acompañados a un gasto adicional de energía tiempo, dada la dificultad para llevar el desempeño simultáneo de los múltiples roles, por la sobrecarga y el conflicto que se origina entre ellos. Sin embargo la “hipótesis de acumulación de roles”, coincide en los efectos negativos de esta multiplicidad de roles, pero rescata un elemento importante al señalar que los efectos negativos o nocivos pueden ser llevaderos, gracias a los efectos positivos que igualmente se producen; como los privilegios del rol, la seguridad del status, los recursos para realizar status y el enriquecimiento personal y la gratificación.

Realizar un trabajo extra-doméstico puede generar otros elementos positivos: posibilidad de alcanzar independencia financiera y económica de la pareja, generar mayores redes sociales fuera de casa y del matrimonio, aumentar la autoestima al compensar faltas o debilidades de otras esferas de la vida, y liberarse de ciertas tareas. La acumulación de roles es más gratificante que estresante, en la medida en que se presenta como fuente de salud, autoimagen positiva y prestigio. La acumulación de diferentes roles dan sentido y significado a la vida, alcanzando un mayor bienestar emocional y evitando desarrollar conductas autodestructivas. Modelos como los descritos han sido analizados en distintas poblaciones de mujeres pero no existen estudios que sirvan como paralelo nacional ni internacional, orientados a conocer específicamente, la experiencia de mujeres en torno a la forma en que se enfrentan a múltiples roles, como resultado de su incursión a la vida laboral fuera del hogar.⁽¹⁰⁾

En México los hogares de pareja conyugal con hijos jefe(a), cónyuge e hijos representan caso dos terceras partes de los hogares familiares. En el mercado laboral participan 9 de cada 10 hombres.

Prácticamente todas las mujeres que viven en pareja realizan trabajo doméstico para los integrantes del hogar y en promedio le destinan 42 horas a la semana; el cuidado de los niños y otros familiares lo realizan 90.4% de las mujeres y dedican 36 horas con 33 minutos por semana; asimismo 37.4% de ellas trabajan para el mercado y cumplen una jornada laboral de 41 horas y 42 minutos.

Los hogares de jefe y jefa con hijos pero sin cónyuge representan alrededor de la sexta parte de los hogares familiares, y en su mayoría están encabezados por una mujer. De los jefes varones, 68% participa en el mercado de trabajo y en promedio le destina 50 horas y media a la semana. Por su parte, 54.3% de las jefas laboran y ocupan 46 horas y 42 minutos. Es más alta la proporción de jefes (varones) que trabajan para el mercado y designan más tiempo que las jefas, sin embargo estas tienen un porcentaje más alto de participación laboral que las que viven en pareja, y en promedio le dedican más tiempo.⁽¹¹⁾

Una mujer embarazada que tiene participación en el trabajo remunerado, se observa una carga de trabajo adicional importante; exponiéndolas a un aumento de desgaste físico y emocional por la responsabilidad de aportar ingreso al gasto familiar, adicional al trabajo doméstico y la gestación, por lo que cualquier actividad física las obliga a adoptar posturas incómodas de riesgo.⁽¹²⁾

Embarazo normal: El embarazo (gestación) es el estado materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo. El producto de la concepción desde la fecundación hasta la semana 8 del embarazo recibe el nombre de embrión y a partir de esta semana y hasta el parto se llama feto. Para fines obstétricos la duración del embarazo se basa en la edad gestacional; la edad estimada del feto calculada a partir del primer día del último periodo menstrual (normal), si se supone un ciclo de 28 días. La edad gestacional se expresa en semanas

cumplidas, a diferencia de la edad de desarrollo (edad fetal), que es la edad calculada a partir del momento de la implantación.

Riesgo: Se define como la posibilidad de daño, lesión o pérdida, así como contingencia o proximidad de un daño. Característica o circunstancia presente en la embarazada que incrementa la posibilidad de presentar uno o más daños a la salud de la madre y/o el feto durante el embarazo, el parto o puerperio.

Riesgo reproductivo: Característica o circunstancia presentes en la mujer en edad fértil, que incrementan la probabilidad de presentar uno o más daños a la salud en caso de embarazarse.

Vigilancia Prenatal: Se define lo que está encaminado a informar, lo que se está permitido hacer, lo que se debe evitar durante el embarazo, los cambios normales y los signos y síntomas de alarma, que pudieran presentarse durante el embarazo.

Embarazo De Alto Riesgo. Mujer en etapa grávida que tienen características y circunstancias que incrementan la posibilidad de presentar daño(s) a la salud de la madre o el feto durante el embarazo, el parto y/o el puerperio es un fenómeno complejo que implica importantes cambios en la esfera de lo fisiológico, psicológico y social.

La incidencia de embarazo de alto riesgo varía de acuerdo con los criterios que se utiliza para definirlo. Muchos factores participan y los efectos de cualquier factor específico difieren de una paciente a otra. A menudo estos factores se identifican solo en su prospectiva, y únicamente benefician a los embarazos futuros ^(13,14)

Evento obstétrico, en el que existe un factor, materno o fetal, que afectara de manera adversa el resultado de la gestación. Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario. ⁽¹⁵⁾

Los riesgos en el embarazo están condicionados por los tipos de familia definidos por su composición y estructura; toda familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos, socioeconómicos, psicoafectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud y servicios sociales y de salud. ⁽¹⁶⁾

En los países en desarrollo, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva. Más de 1400 mujeres mueren cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, que cada año suman aproximadamente 536000.

Por esta razón, en la Cumbre Milenio, celebrada en septiembre del año 2000 la Organización de las Naciones Unidas reiteró la expectativa de lograr un mundo más pacífico, próspero y justo. Se formuló el propósito de lograr que la

globalización se convierta en una fuerza positiva para todos los habitantes del mundo; con este objetivo se elaboró la Declaración del Milenio, en la cual se establecieron los ocho objetivos de Desarrollo del Milenio, el 5to de ellos dirigido a mejorar la salud materna.

El secretario general de esa organización señaló que la salud materna es “la madre de todos los desafíos en salud. Quizá no existe otro tema que vincule la seguridad prosperidad y progreso de las naciones, como la salud de las mujeres. Hoy la mortalidad materna es el objetivo de la Cumbre Milenio que muestra menor movimiento, y eso es un escándalo”.

Cada año se embarazan casi 175 millones de mujeres, de las cuales 585 000 mueren por razones relacionadas con el embarazo. Al menos siete millones de mujeres padecen graves problemas de salud y 50 millones sufren algún trastorno de salud después del parto.

En los países en desarrollados, las mujeres corren menos riesgo de perder la vida por causas relacionadas con el embarazo, debido al acceso a servicios de salud de calidad y al adecuado control prenatal, por lo que solo el 1% del total de las muertes maternas se relacionan con el embarazo, mientras que en los países en desarrollo representan 99%. Por estas razones la mortalidad materna se ha considerado un indicador mundial para medir las desigualdades sociales y la discriminación hacia la mujer.

En el ámbito mundial nuestro país ocupa el lugar 70 en defunciones por muerte materna, no obstante, la cifra promedio enmascara desigualdades regionales, ya que los estados de la República más pobres como Oaxaca, Guerrero y Chiapas, tienen las tasas más altas de mortalidad materna.

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada.

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsible mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

La muerte materna es evitable, amplios estudios avalan que la intervención es eficaz, y que la inversión en la maternidad sin riesgo no sólo reducirá la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familiares y las comunidades.

Las intervenciones de maternidad sin riesgo, que abarcan las estrategias de promoción a la salud, son las más eficaces en función de costos del sector salud, particularmente en atención primaria.

Muchos programas de cuidados prenatales se basan en sistemas formales de calificación de riesgo obstétrico intentando detectar condiciones que aumentan la probabilidad de resultados adversos de la gestación.

Desafortunadamente ninguno de estos sistemas ha aprobado ser efectivo; solo del 10 al 30% de las pacientes identificadas como “de alto riesgo” realmente presentan resultados adversos.

Se han identificado factores de riesgo para resultados adversos del embarazo que son modificables:

- a) Exposiciones laborales a tóxicos, químicos, incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas y enfermedades infecciosas.
- b) Factores de riesgo para enfermedades infecciosas.
- c) Enfermedades hereditarias.
- d) Automedicación.
- e) Historia de abuso sexual, físico o emocional.
- f) Abuso de sustancias (alcohol, cocaína, etc).
- g) Factores de riesgo para parto pretérmino, bajo peso al nacer, enfermedades hipertensivas del embarazo.
- h) Factores de riesgo para malformaciones y otros resultados adversos.
- i) Trabajar más de 36 horas por semana, o 10 horas al día.
- j) Posición de pie por tiempo prolongado (más de 6 hrs por turno).
- k) Levantar objetos pesados.
- l) Excesivo ruido.
- m) Inadecuada nutrición.
- n) Tabaquismo.
- o) Combinados (más de 4 horas de pie por turno, estrés mental, trabajo en ambiente frío, ruido intenso).

Independientemente de la edad gestacional, en la primera consulta, el médico familiar debe identificar los factores de riesgo para resultados adversos del embarazo. Identificar los que son modificables y dar indicaciones precisas. ^(17,15)

El concepto de maternidad en la vida social es utilizado para designar diferentes procesos: ideas y prácticas relacionadas con la fertilidad, el embarazo, el nacimiento y el puerperio; las actividades y relaciones involucradas en la crianza, el cuidado de los infantes y el vínculo madre-hijo; el proyecto de maternidad y la agencia de las mujeres; la construcción de la identidad de la mujer en relación con lo materno; y las teorías, nociones, valores e ideas culturales sobre lo que debe ser la ejecución de la maternidad entre otros.

La maternidad, como muchos otros fenómenos sociales, se ve afectada por procesos de globalización que tienden a homogenizar las prácticas reproductivas, pero que al ser introducidos localmente, se ubican en un tejido social previamente organizado en estructuras jerárquicas.

La literatura antropológica define a la maternidad como un fenómeno sociocultural complejo que comprende diversos procesos, cuyas ideas y prácticas están codificadas por el género y otros elementos de jerarquía, con diversidad de actores e intereses que convergen desde planos distintos, y que forman el

contexto de las experiencias reproductivas y maternas. La comparación de la maternidad de mujeres en dos grupos socioeconómicos distintos permitió relativizar la percepción subjetiva y definir los contextos en los que se ejercen las experiencias maternas; los roles tradicionales de esposa-madre-ama de casa y esposo-padre-proveedor; la división sexual del trabajo y las demandas del trabajo extra doméstico vs la crianza; la maternidad como proyecto de vida para las mujeres y su combinación con otros proyectos; la trayectoria reproductiva y laboral de mujeres en condiciones socioeconómicas distintas y diferencias entre el cuidado y valor de los hijos en mujeres de diferentes clases sociales.⁽¹⁸⁾

En algunos lugares, la maternidad es la prioridad que se le asigna al cuerpo de las mujeres. Podemos observar que “las expectativas reproductivas están influenciadas por la cultura y la ideología, y difieren según el grupo social y el contexto histórico”. El rol determinado para las mujeres en sociedad está íntimamente relacionado con éstas “y varía dentro de una amplia gama que va desde el papel exclusivo de madre cuidadora de hijos hasta su desempeño pleno como trabajadora o profesional.”⁽¹⁹⁾

El embarazo 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, como: el sentido de feminidad, la presencia de conflictos no resueltos y la relación temprana madre-hija.

Las adaptaciones necesarias para el nacimiento afectan los ámbitos fisiológicos, sociales y psicológicos de la mujer y no importa que tan positiva sea la respuesta emocional frente al nacimiento del bebé, ésta es una etapa muy estresante. El impacto de la enfermedad mental en la etapa perinatal puede ser muy amplio. El efecto sobre el desarrollo del niño es de particular importancia. Sin el vínculo madre-hijo se encuentra alterado, el desarrollo, social, intelectual y cognoscitivo puede alterarse.

La salud mental está condicionada por la capacidad que el individuo tenga, en un momento determinado, para enfrentar las diversas condiciones por la que atraviesa. El aparato mental posee una forma de organización particular de acuerdo a esas experiencias y con el resultado afectivo que de ella surja.

Los factores psicosociales son cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente, y quizá casualmente, al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental.

Durante el embarazo los más importantes son:

1. Factores socioeconómicos: empleo, pobreza y trabajo doméstico.
2. Factores fisiológicos: enfermedades físicas crónicas.
3. Factores psicológicos: eventos de vida y aislamiento social.
4. Nivel socioeconómico: educación, ingresos, empleo.

5. Estrés: conflictos de pareja, eventos de vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo, sentirse enferma.
6. Apoyo social: apoyo de la pareja, amigos y familiares, número de amigos.⁽²⁰⁾

El embarazo de alto riesgo es un fenómeno complejo que implica importantes cambios en la esfera de lo fisiológico, psicológico y social.

En el ámbito de lo psicológico, los cambios en el funcionamiento mental de la mujer embarazada apuntan a la producción de una respuesta ante un factor estresante poderoso, que es capaz de afectar considerablemente su estado emocional y reorganizar sus recursos psicológicos. 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, para lo cual se han informado resultados alentadores cuando se utilizan esquemas terapéuticos breves.⁽²¹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la unidad de medicina familiar #5 del IMSS, contamos con una población de 101 embarazadas de alto riesgo de las cuales se desconoce su tipología familiar de acuerdo a su desarrollo, considerando que al conocer el armazón del grupo familiar seríamos capaces de comprender una posible relación entre su composición familiar, ya sea el pertenecer a una familia moderna o una familia tradicional, la cual puede condicionar un alto riesgo obstétrico al momento de su embarazo

En México a pesar de que tenemos una de las escuelas de Medicina Familiar más importantes a nivel internacional, poco se ha estudiado de como la tipología familiar influye sobre las diferentes patologías que se presentan en la familia, en este estudio quiero demostrar una posible relación entre el riesgo obstétrico en la embarazada con su tipología familiar de acuerdo a su desarrollo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la tipología familiar en base a su desarrollo, en embarazadas de alto riesgo en la unidad de medicina familiar no. 5?

JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la atención a la salud materno – infantil es una prioridad, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada.

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico.

La muerte materna es evitable, amplios estudios avalan que la intervención es eficaz, y que la inversión en maternidad sin riesgo no sólo reducirá la mortalidad y la discapacidad materno – infantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades.

En la Unidad de Medicina Familiar del IMSS contamos con una población de embarazadas de las cuales 101 tienen un riesgo obstétrico elevado.

TRASCENDENCIA

Al conocer la tipología familiar de acuerdo a su desarrollo en mujeres primigestas con alto riesgo obstétrico, tendremos la oportunidad de entender una posible relación entre una y otra variable.

VULNERABILIDAD

Mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico.

FACTIBILIDAD

Es factible porque contamos con los recursos económicos, humanos y con el apoyo Institucional para poder llevarlo a cabo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la tipología familiar en base a su desarrollo, en embarazadas de alto riesgo en la unidad de medicina familiar no. 5.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar el número de embarazadas de alto riesgo en la unidad de medicina familiar no. 5.

Elaborar una cedula de información que clasifique a las familias de procreación de acuerdo a su desarrollo, en familia moderna o familia tradicional. En base a la definición del Dr. Apolinar Membrillo Luna.

Aplicar la cedula de información para clasificar la tipología familiar de acuerdo a su desarrollo.

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

La familia moderna presenta un mayor riesgo obstétrico en las embarazadas.

HIPOTESIS ALTERNA

La familia tradicional presenta un mayor riesgo obstétrico en las embarazadas.

HIPOTESIS NULA

La familia moderna presenta un menor riesgo obstétrico en las embarazadas.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio.

Se realizará un estudio, descriptivo, observacional, transversal

Universo.

Se tiene un registro de 101 mujeres embarazadas de alto riesgo obstétrico, derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF No. 5.

Muestra.

Se realizó cálculo una muestra de 66 pacientes para un nivel de confianza del 95% con un error muestral del 5%. Con la fórmula:

$$n = \frac{N (\sigma)^2 (Z)^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

El muestreo se hará de casos consecutivos no probabilístico.

Lugar de desarrollo del estudio.

La investigación se realizara en la Unidad de Medicina Familiar #5 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ubicada en Marina Nacional, esquina con Mariano Escobedo, Colonia Anáhuac, Delegación Miguel Hidalgo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1. Mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo adscritas a la UMF – 5 del IMSS

Criterios de exclusión:

1. Mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo que se encuentren hospitalizadas
2. Mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo que por alguna otra circunstancia no puedan acudir a la UMF – 5 a contestar la cedula de información.

Criterios de eliminación:

1. Que no acepten participar en el estudio, negándose a firmar el consentimiento informado.
2. Mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo que deje inconclusa la cedula de identificación

VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Tipología familiar de acuerdo a su desarrollo.	La tipología familiar es el reflejo de la gran diversidad de condiciones que existen en una sociedad, lo cual predetermina la naturaleza, la composición y la dinámica familiar de esta sociedad. De acuerdo a su desarrollo la familia se clasifica en moderna y tradicional, en base a su estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, rol económicamente activo de la mujer, y nivel de vida.	Cedula de información sobre tipología familiar de acuerdo a su desarrollo	Cuantitativa nominal	1 Familia Moderna 2 Familia tradicional
Embarazo de alto riesgo	Mujer en etapa grávida que tienen características y/o circunstancias que incrementan la posibilidad de presentar daño(s) a la salud de la madre y/o el feto, durante el embarazo, el parto y/o el puerperio.	En el expediente clínico tradicional el formato MF-5/2000, se identifica con 4 o más de calificación al sumar los ponderadores. En el expediente clínico electrónico se realiza en forma automática.	Cuantitativa nominal	1 ≤ 3 bajo riesgo 2 ≥ 4 alto riesgo
Edad	Número de años cumplidos	Número de años cumplidos en el momento de la encuesta	Cuantitativa Ordinal	Edad en años

Ocupación	Modo de adquirir la propiedad de aquellas cosas que carecen de dueño y consiste básicamente en la aprehensión material de la cosa o bien material, acompañada del ánimo de adquirir el dominio de la misma.	A través de la cedula de información	Cuantitativa nominal	1 Hogar 2 Jubilado 3 Pensionado 4 Empleado 5 Desempleado 6 Empresario 7 Comerciante
-----------	---	--------------------------------------	----------------------	---

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

En primer lugar se localizarán a mujeres embarazadas que tengan un alto riesgo a través del formato MF – 5/2000 que es el documento del expediente clínico de medicina familiar para el registro de los datos clínicos y paraclínicos; así como, de las acciones médico preventivas realizadas durante la vigilancia del embarazo, la referencia y la contrarreferencia, por una puntuación mayor a 4 o que en el expediente electrónico en automático tras el interrogatorio haya botado el diagnóstico de embarazo de alto riesgo, posteriormente se les localizará a través de vía telefónica para concertar una cita con ellas, y , previo consentimiento informado se les presentara la cedula de identificación que se basa en los criterios del Dr. Apolinar Membrillo Luna para distinguir entre familia tradicional o familia moderna, en la que se identifican el papel activo de la mujer para la familia moderna el cual se interroga directamente con la actividad que realiza la mujer y señalando en caso de ser remunerado el trabajo, el nivel socioeconómico se identifica con los indicadores de bienestar social del gobierno federal y el nivel de vida de acuerdo a su área geográfica.

ANALISIS DE RESULTADOS.

Con los resultados obtenidos, se realizará análisis estadístico con medidas de tendencia central y frecuencias. Posteriormente se mostrarán los resultados con gráficas y cuadros. Mediante el SPSS versión 20.

y con la finalidad de poder encontrar una posible relación entre las dos variables se realizará un análisis bivariado a través de chi – cuadrada.

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.

Declaración de Helsinki

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, Asociación Médica Mundial, año 2000; es una recomendación para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son lo más importante. Alude a los Códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así, sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo 2º, apartado VII, como derecho a la protección a la salud el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3º, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Consejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos, semejantes a las disposiciones de la Declaración de Helsinki. En base a los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos de técnicas de investigación documental y confidencial.

El estudio cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización sin impedimento ya que no se vea afectada en ningún momento la integridad del paciente, manejándose de forma anónima la identidad del mismo. Se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación.

Una vez integrados los datos en la base para análisis, ningún sujeto se identificará por nombre y sólo se hará por medio de un número de folio. Ninguno de ellos será identificado en informes o publicaciones que pudieran resultar de este estudio. Todos podrán retirar el consentimiento para usar sus datos en el momento en que ellos lo consideren apropiado. Podrán negarse a participar sin que esto afecte de manera alguna los beneficios o recursos o atención que requieran de la U.M.F.

Este trabajo se efectúa en exploración de conocimientos médicos de índole rutinaria en donde el investigador no tiene injerencia, siendo el trabajo longitudinal,

descriptivo y observacional. El presente trabajo cumple con el Reglamento de la Ley general de salud, en materia de Investigación para la salud, Secretaría de Salud 1987, Título Segundo, Capítulo Primero, Artículo 17 Fracción I, por lo que puede aplicarse el Artículo 23 de mismo Reglamento, por lo que se pedirá consentimiento por escrito, en virtud de hacer análisis solo de conocimientos médicos rutinarios Se mantendrá estrictamente la confidencialidad de los datos individuales.

RECURSOS

Recursos humanos	INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dr. Juan Pablo Delgado Olmos INVESTIGADOR ASOCIADO: Dra. Marlene Marmolejo Mendoza
Recursos físicos	Salas de espera de consultorios médicos, de la unidad de medicina familiar No.5
Recursos Materiales	Cuestionarios impresos en papel. Cartas de consentimiento informado impresos. Bolígrafos tinta negra. Hojas de recolección de datos.
Recursos Técnicos	Equipo de cómputo. Impresora Calculadora
Recursos Financieros	Los propios del investigador

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU DESARROLLO, EN EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5”

P= PROGRAMADO

R= REALIZADO

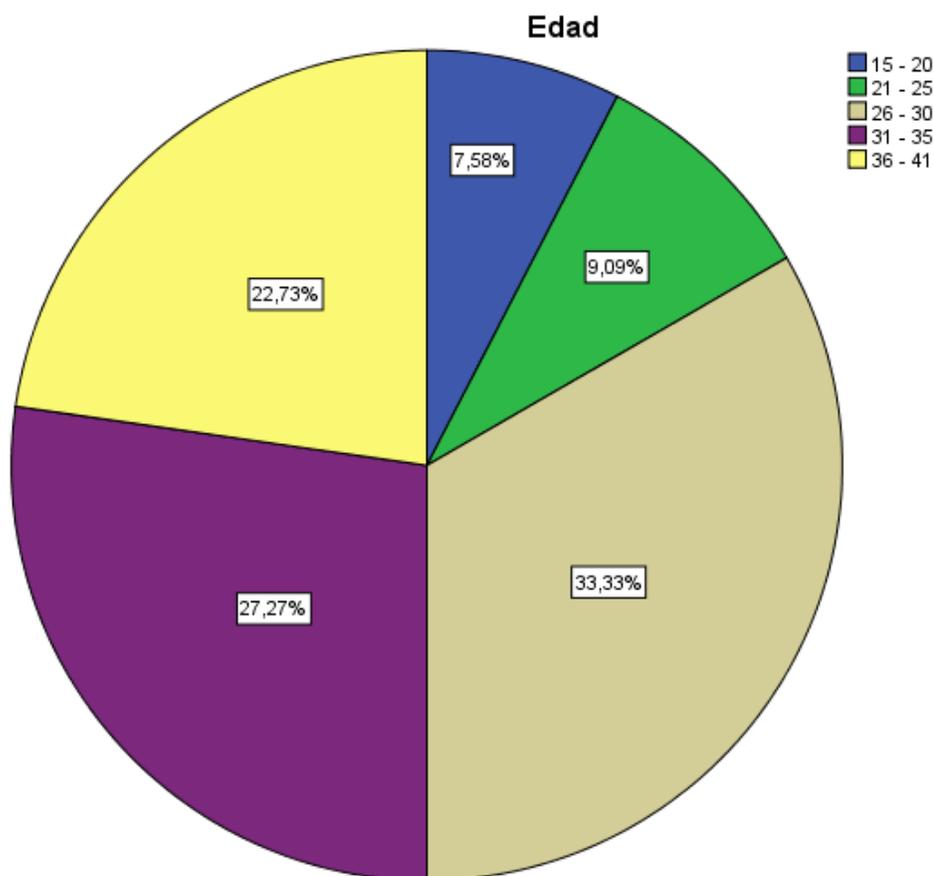
ACTIVIDAD 2014-2016	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR	R	R										
	R	R										
INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA			R	R								
			R	R								
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO HASTA PRESENTACIÓN AL CLIS					R	R						
					R	R						
REVISIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN							R	R				
REGISTRO DEL NÚMERO DE PROTOCOLO							R	R				
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN									R	R		
ANÁLISIS DE RESULTADOS										R	R	
PRESENTACIÓN FINAL DEL TRABAJO										P	P	
												P

RESULTADOS:

En cuanto a la edad de las pacientes estudiadas se presentaron cinco entre 15-20 siendo el 7.6 %, seis en el rango de 21-25, es decir el 9.1%, 22 encuestadas en el rango de 26 a 30 años (33.3%), 18 pacientes de 31 a 35 años representando el 27.3 % del total de la muestra estudiada, 15 de ellas entre los 36 y 41 años de edad aportando el 22.7% del total de la población estudiada.

	Frecuencia	Porcentaje
15 - 20	5	7,6
21 - 25	6	9,1
26 - 30	22	33,3
31 - 35	18	27,3
36 - 41	15	22,7
Total	66	100,0

Tabla 1. Edad

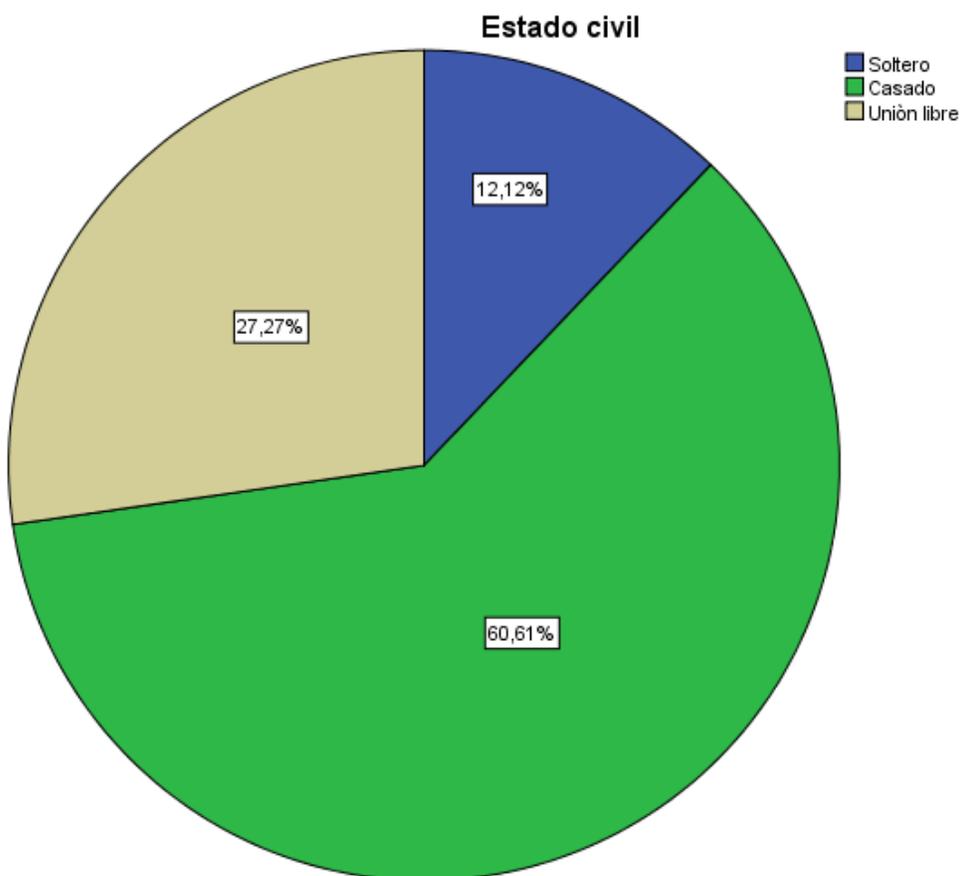


Gráfica 1. Edad.

En cuanto al estado civil de nuestra población estudiada encontramos que cuarenta de ellas se encontraban casadas representando el grueso de la población con un 60.6%, 18 de ellas en unión libre siendo el 27.3% y finalmente tan solo ocho solteras aportando un 12.1% de la población total.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	8	12,1
Casado	40	60,6
Unión libre	18	27,3
Total	66	100,0

Tabla 2. Estado civil.

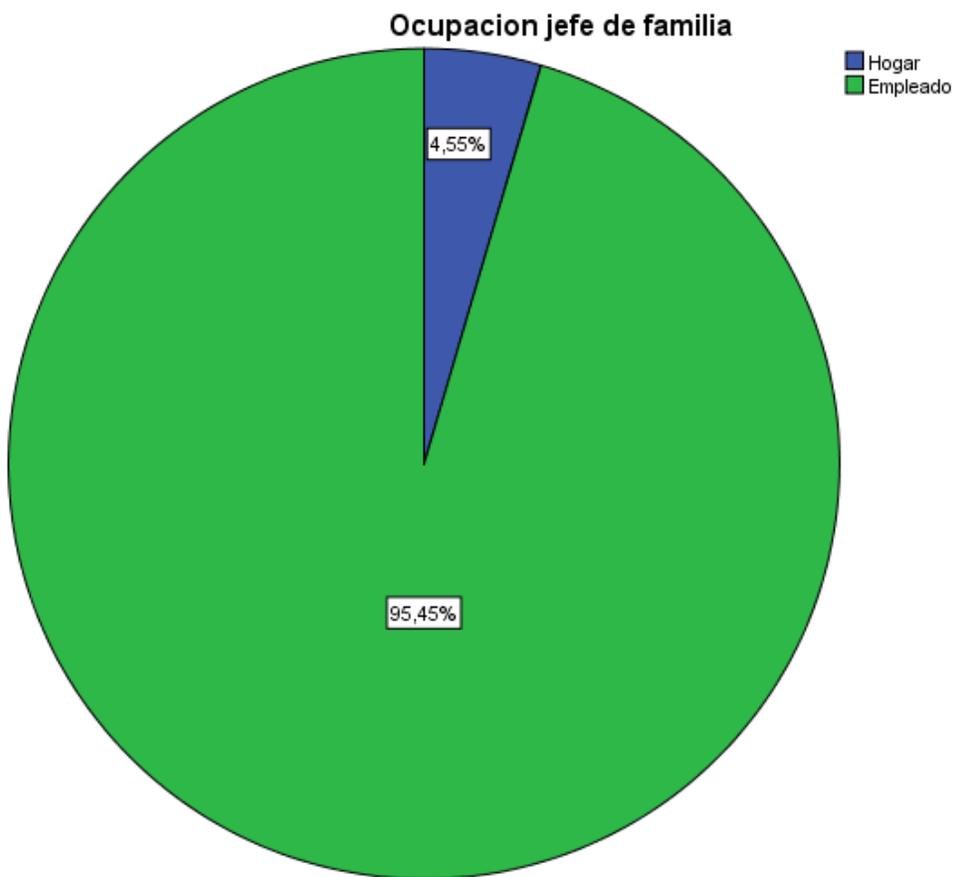


Gráfica 2. Estado civil

Para la ocupación del jefe de familia se encontró que la mayor parte se dedican a ser empleados 63 de ellos, que equivale al 95.5% de la población y solo tres dedicados al hogar representando un 4.5% del total de la población.

	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	3	4,5
Empleado	63	95,5
Total	66	100,0

Tabla 3. Ocupación del jefe de familia.



Gráfica 3. Ocupación del jefe de familia

El nivel de estudios del jefe de familia fue en su mayoría nivel licenciatura en 33 de los entrevistados, lo que significa un 50%, en cuanto al nivel preparatoria 28 de los jefes de familia, aportando un 42.4% y finalmente cinco que presentaron nivel secundaria con un 7.6%.

	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	5	7,6
Preparatoria	28	42,4
Licenciatura o mas	33	50,0
Total	66	100,0

Tabla 4. Escolaridad del jefe de familia.

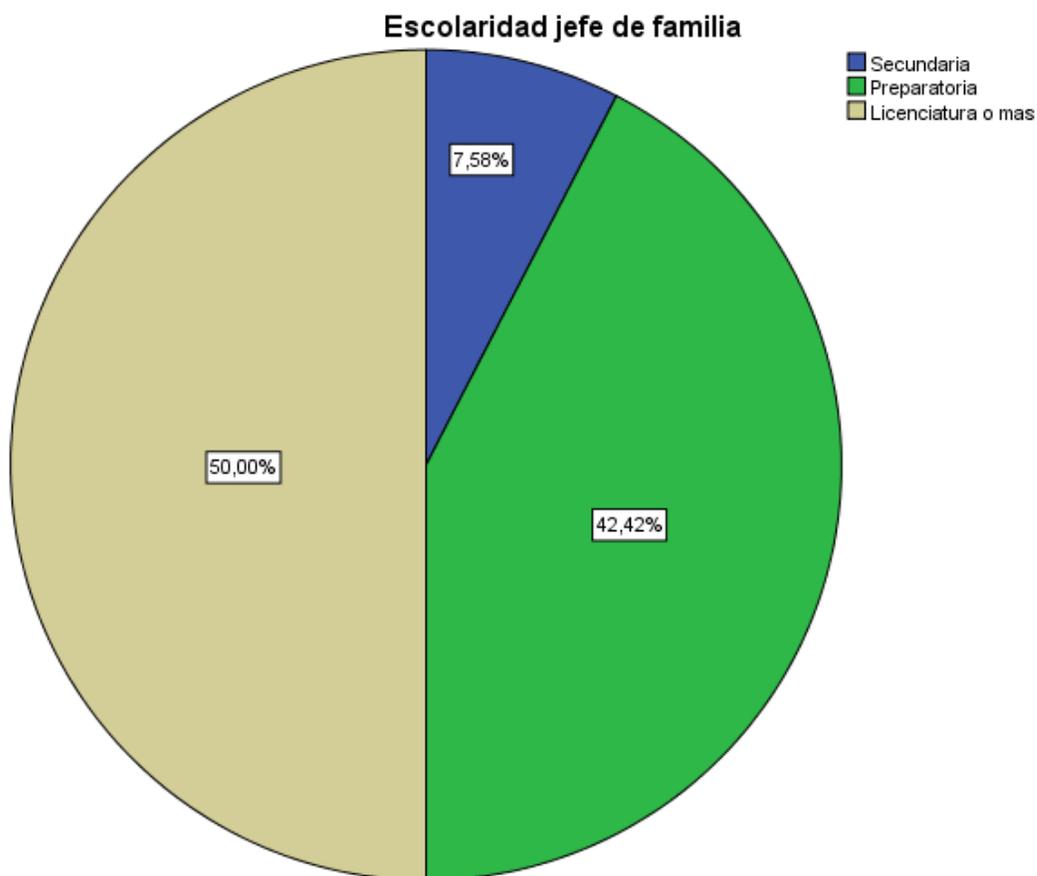


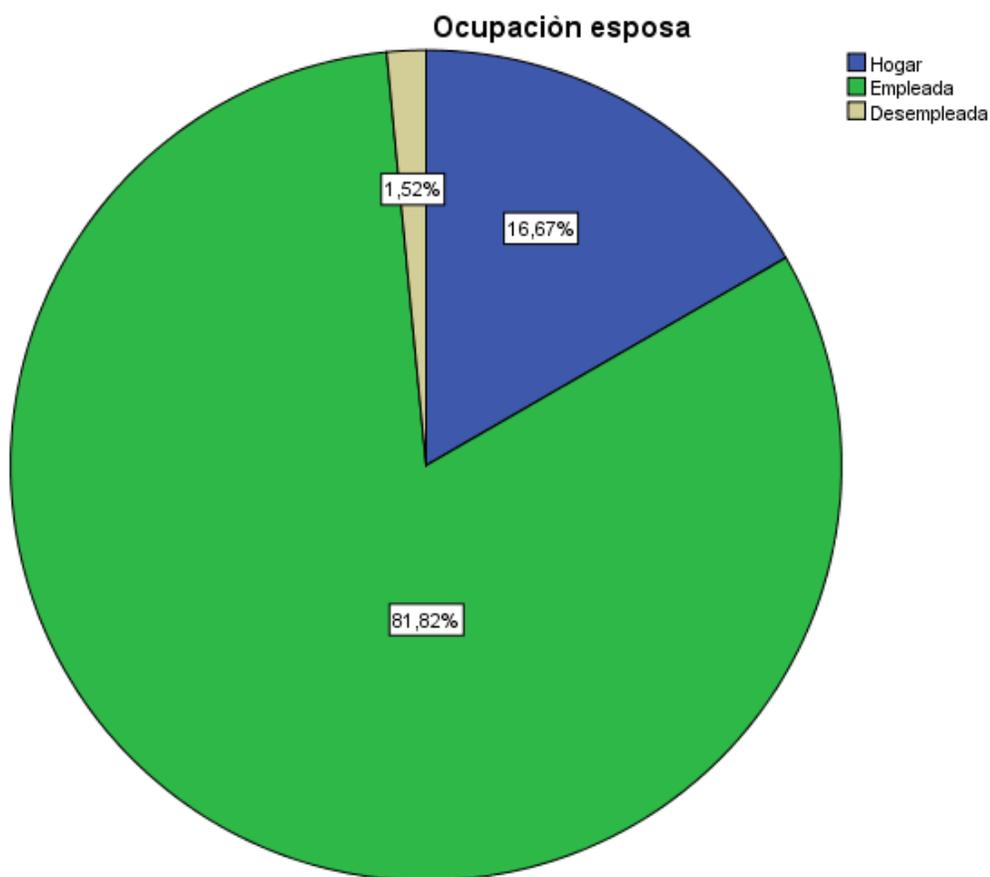
Gráfico 4. Escolaridad del jefe de familia.

La ocupación que se encontró durante la entrevista fue que en su mayoría de las mujeres embarazadas son empleadas, en 54 casos siendo el 81.8%, once de ellas

al hogar representando el 16.7%, y un solo caso se reportó desempleada aportando el 1.5% del total de la población.

	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	11	16,7
Empleada	54	81,8
Desempleada	1	1,5
Total	66	100,0

Tabla 5. Ocupación de la esposa.



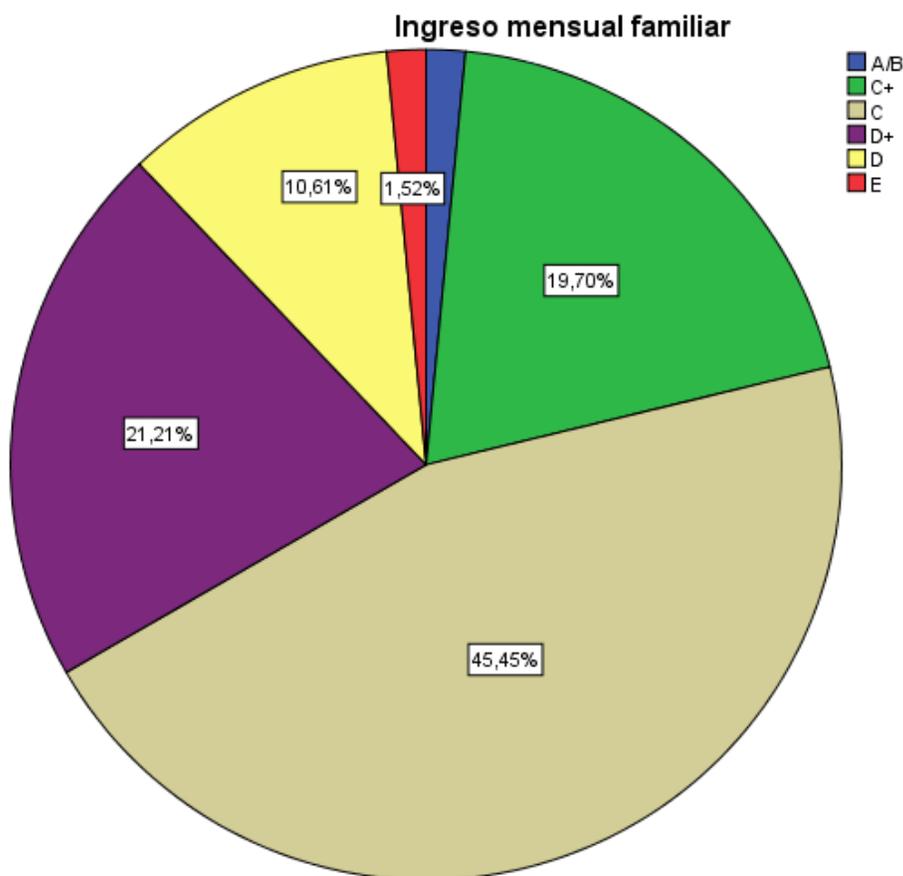
Gráfica 5. Ocupación de la esposa

Para el ingreso por familia que se reportó en los encuestados 30 de ellos estuvieron en una categoría C (45.5%), lo que significa ingresos entre \$11,600 a \$34,999 M.N., seguidos por 14 en categoría D+ (21.2%) con ingresos de entre \$6,800 a \$11,599 M.N., trece en categoría C+ (19.7%), con ganancias entre

\$35,000 a \$84,999 M.N., siete de los entrevistados se refirieron en categoría D (10.6%) con un ingreso mensual entre \$2,700 a \$6,799, uno en categoría A/B (1.5%) con un ingreso de más de \$85,000 M.N. al mes, y finalmente uno en clasificación E (1.5%) con ingresos de entre \$0.00 y \$2,699 M.N.

	Frecuencia	Porcentaje
A/B	1	1,5
C+	13	19,7
C	30	45,5
D+	14	21,2
D	7	10,6
E	1	1,5
Total	66	100,0

Tabla 6. Ingreso mensual familiar total.

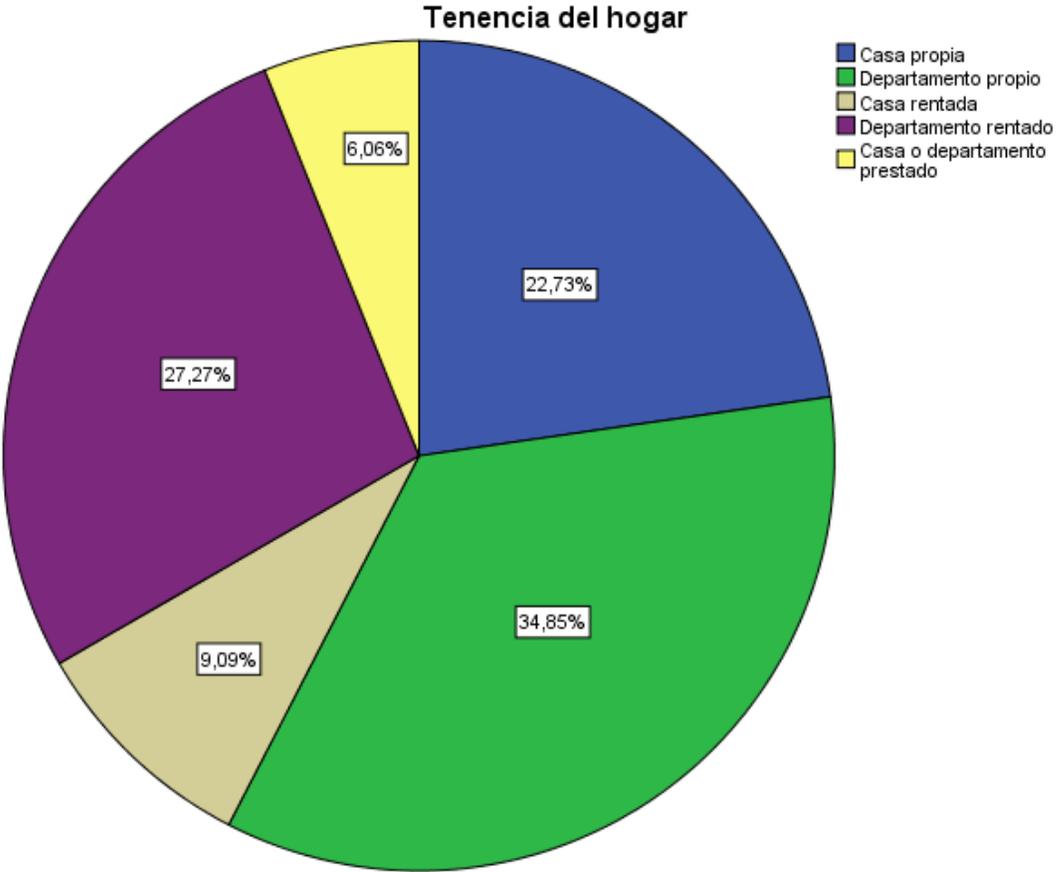


Gráfica 6. Ingreso mensual familiar total.

En cuanto a la tenencia de su hogar el 34.8% (23 familias) viven en departamento propio, 27.3% en departamento rentado (18 familias), el 22.7% en casa propia (15 familias), 9.1% en casa rentada (seis familias), y finalmente el 6.1% en casa o departamento prestado (cuatro familias).

	Frecuencia	Porcentaje
Casa propia	15	22,7
Departamento propio	23	34,8
Casa rentada	6	9,1
Departamento rentado	18	27,3
Casa o departamento prestado	4	6,1
Total	66	100,0

Tabla 7. Tenencia del hogar



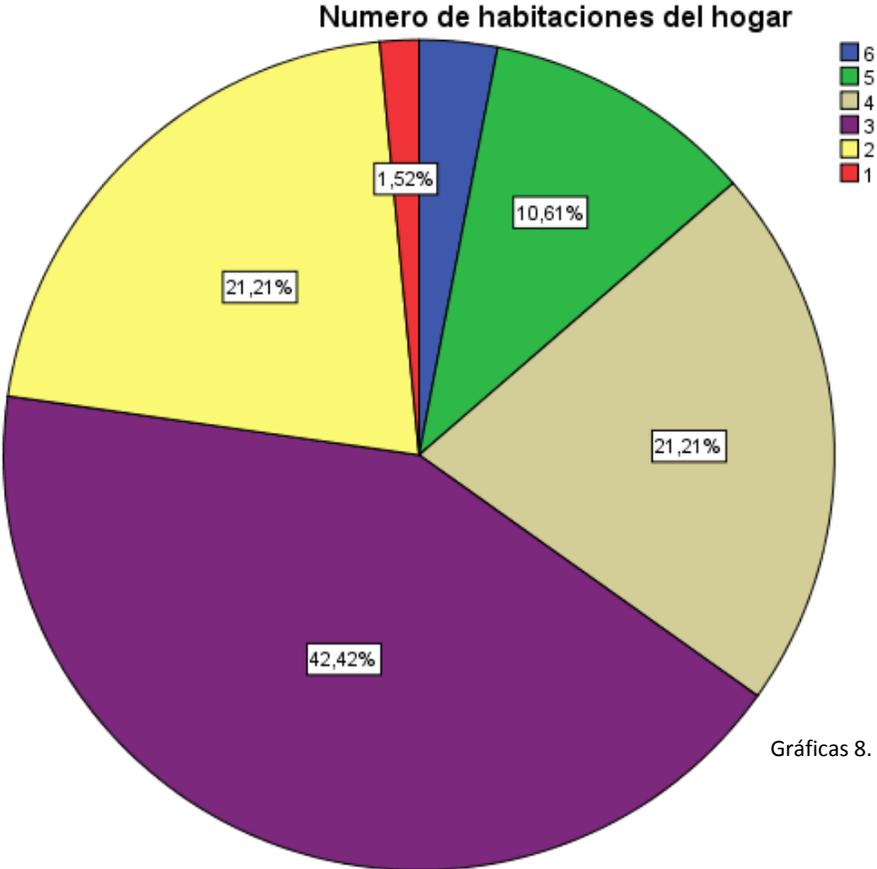
Gráfica 7. Tenencia del hogar

El mayor número de familias cuenta con tres habitaciones en su hogar representando 42.4% de las entrevistadas; en igual número de porcentaje con

un 21.2% 28 entrevistadas cuentan con dos y cuatro habitaciones en su hogar; siete familias (10.6%) cuentan con 5 habitaciones, 2 familias (3%) con seis habitaciones y finalmente una familia (1.5%) con una habitación del total de las embarazadas.

	Frecuencia	Porcentaje
6	2	3,0
5	7	10,6
4	14	21,2
3	28	42,4
2	14	21,2
1	1	1,5
Total	66	100,0

Tabla 8. Número de habitaciones en su casa.

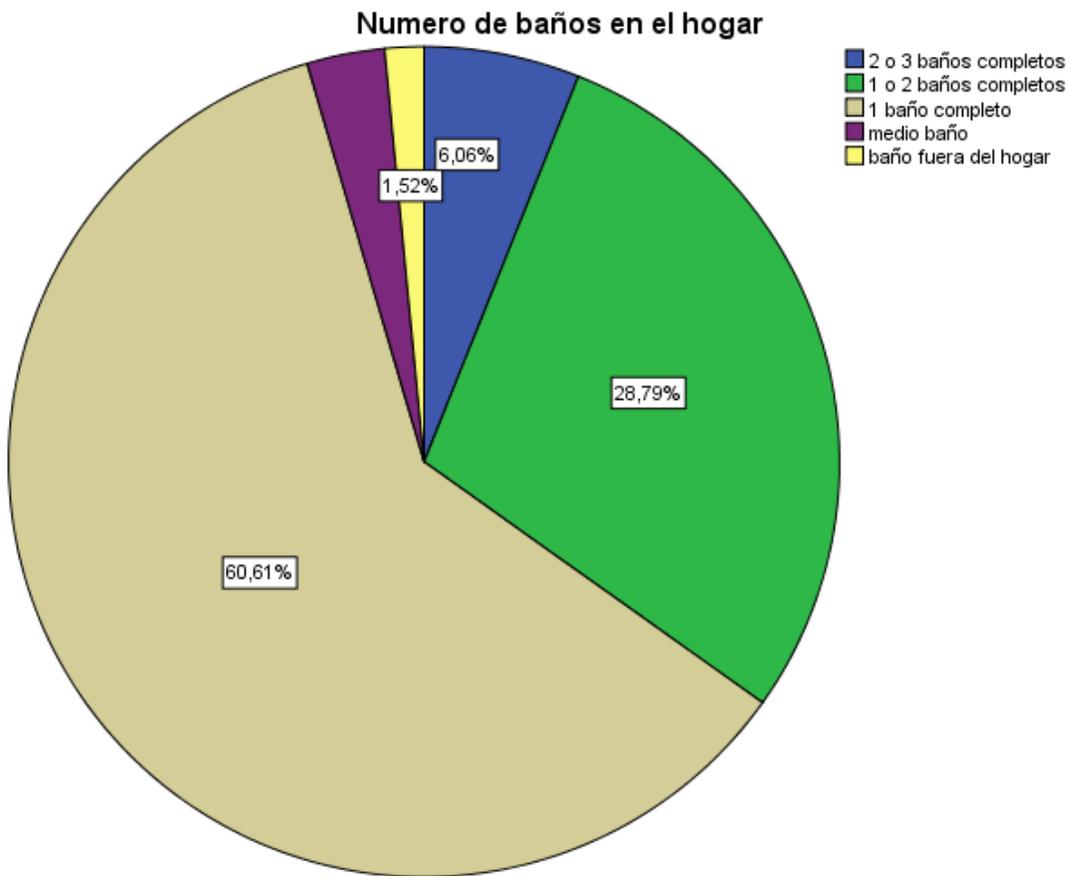


Gráficas 8. Número de habitaciones en casa.

Cuentan con un baño completo en sus hogares 40 familias (60.6%) , con uno o dos baños completos 19 (28.8%) de las entrevistadas, cuatro familias (6.1%) con 2 o 3 baños completos, y solo una familia (1.5%) con baño extra domiciliario.

	Frecuencia	Porcentaje
2 o 3 baños completos	4	6,1
1 o 2 baños completos	19	28,8
1 baño completo	40	60,6
medio baño	2	3,0
baño fuera del hogar	1	1,5
Total	66	100,0

Tabla 9. Número de baños en el hogar.

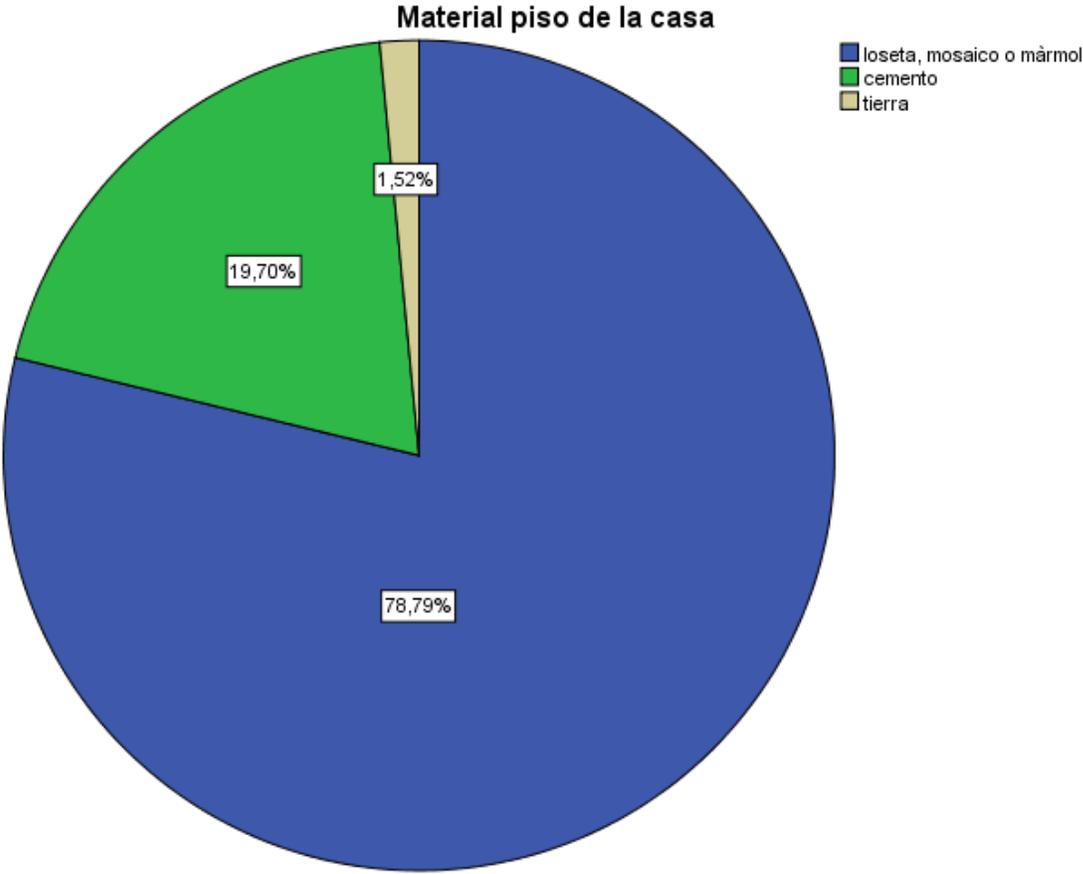


Gráfica 9. Número de baños en el hogar.

El material del piso de la casa en donde se encuentran habitando es en 52 casos, (78.8%), de loseta, mosaico o mármol, en 13 casos, (19.7%), de cemento y en un solo caso (1.5%), de tierra.

	Frecuencia	Porcentaje
loseta, mosaico o mármol	52	78,8
cemento	13	19,7
Tierra	1	1,5
Total	66	100,0

Tabla 10. Material piso de la casa.



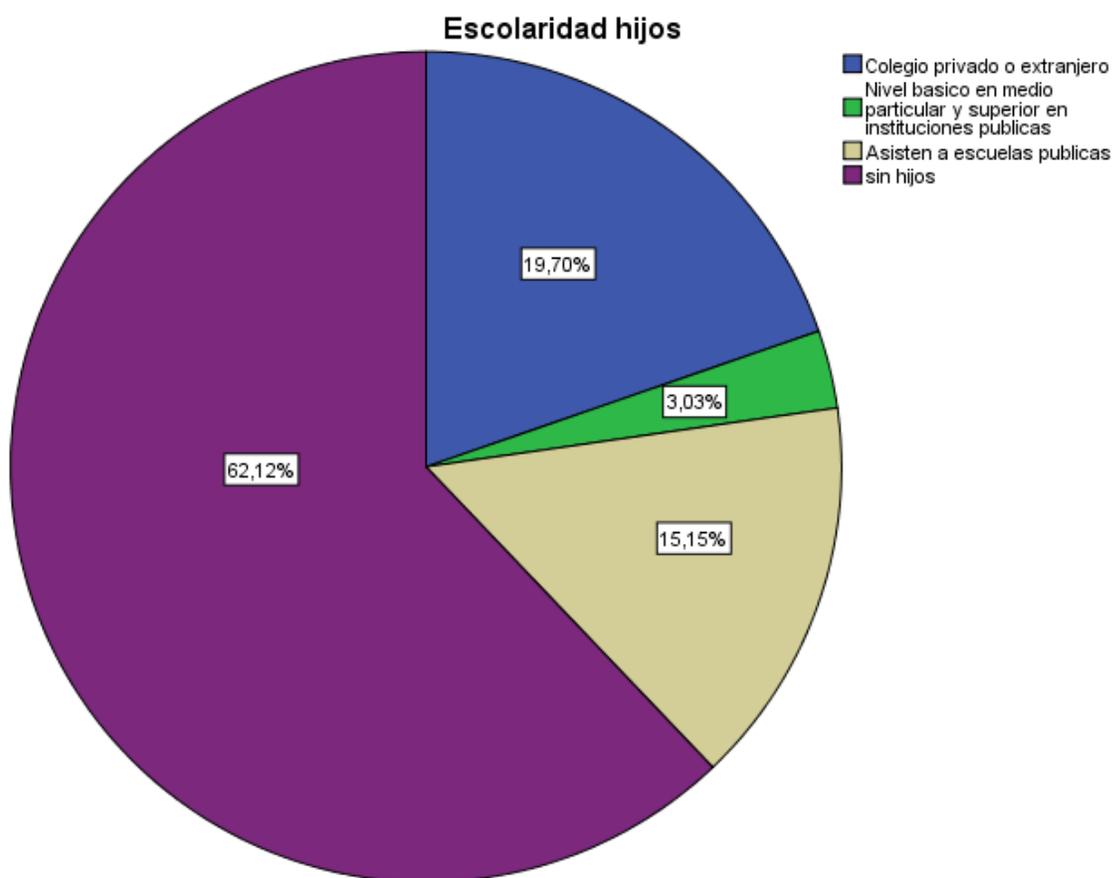
Gráfica 10. Material piso de la casa.

En cuanto a donde son enviados los hijos para su preparación escolar, 41 de las familias no tienen hijos lo que representa el 62.1%, en 13 casos a colegios

privados (19.7%), diez en escuelas públicas 15.2, y dos en que sus hijos fueron enviados en nivel básico en medio particular y para el nivel superior en instituciones públicas.

	Frecuencia	Porcentaje
Colegio privado o extranjero	13	19,7
Nivel básico en medio particular y superior en instituciones publicas	2	3,0
Asisten a escuelas publicas	10	15,2
sin hijos	41	62,1
Total	66	100,0

Tabla 11. Escolaridad hijos.

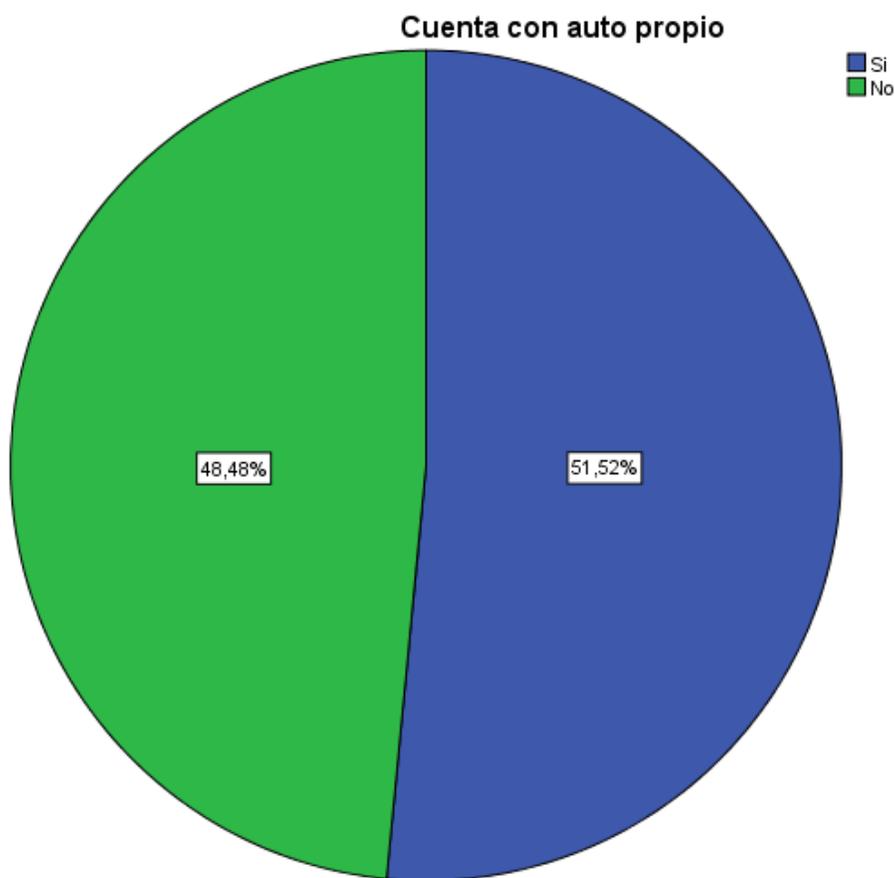


Gráfica 11. Escolaridad hijos.

Al interrogar sobre la tenencia de vehículo propio el 48.5% (32 personas) afirmaron tener auto propio y un 51.5% (34 personas) no tienen.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	51,5
No	32	48,5
Total	66	100,0

Tabla 12. Cuenta con auto propio.

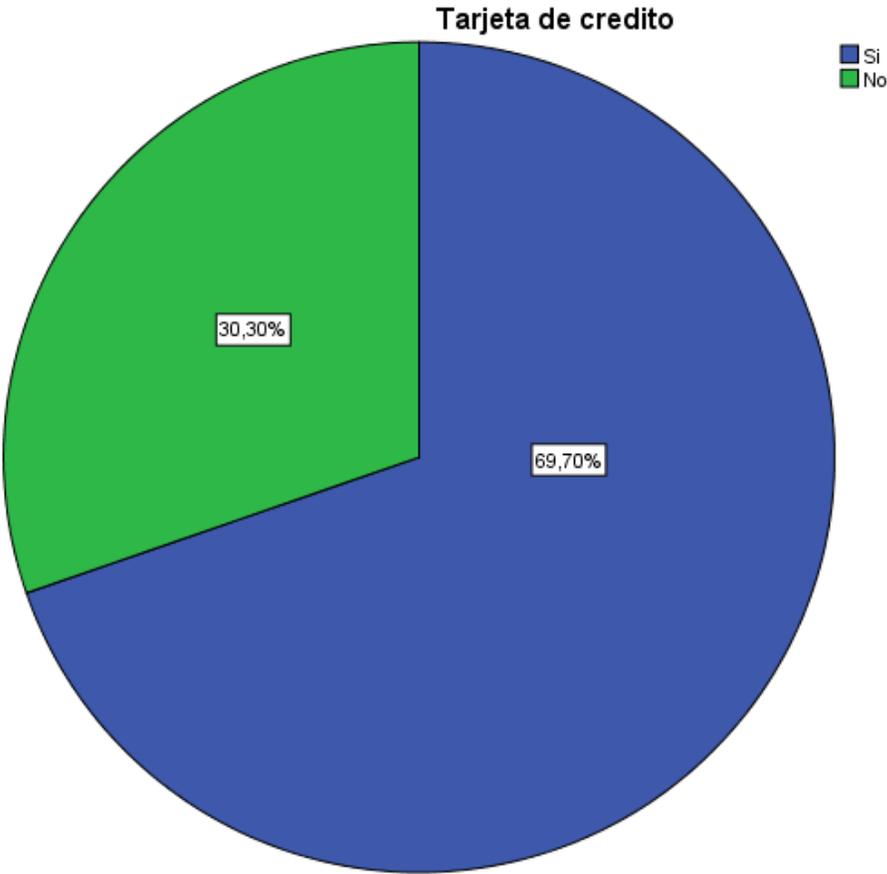


Gráfica 12. Cuenta con auto propio.

Los que afirmaron tener tarjeta de crédito fueron 46 familias lo que representa el 69.7%, y 20 que no tienen es decir el 30.3%.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	46	69,7
	No	20	30,3
	Total	66	100,0

Tabla 13. Tarjeta de crédito.

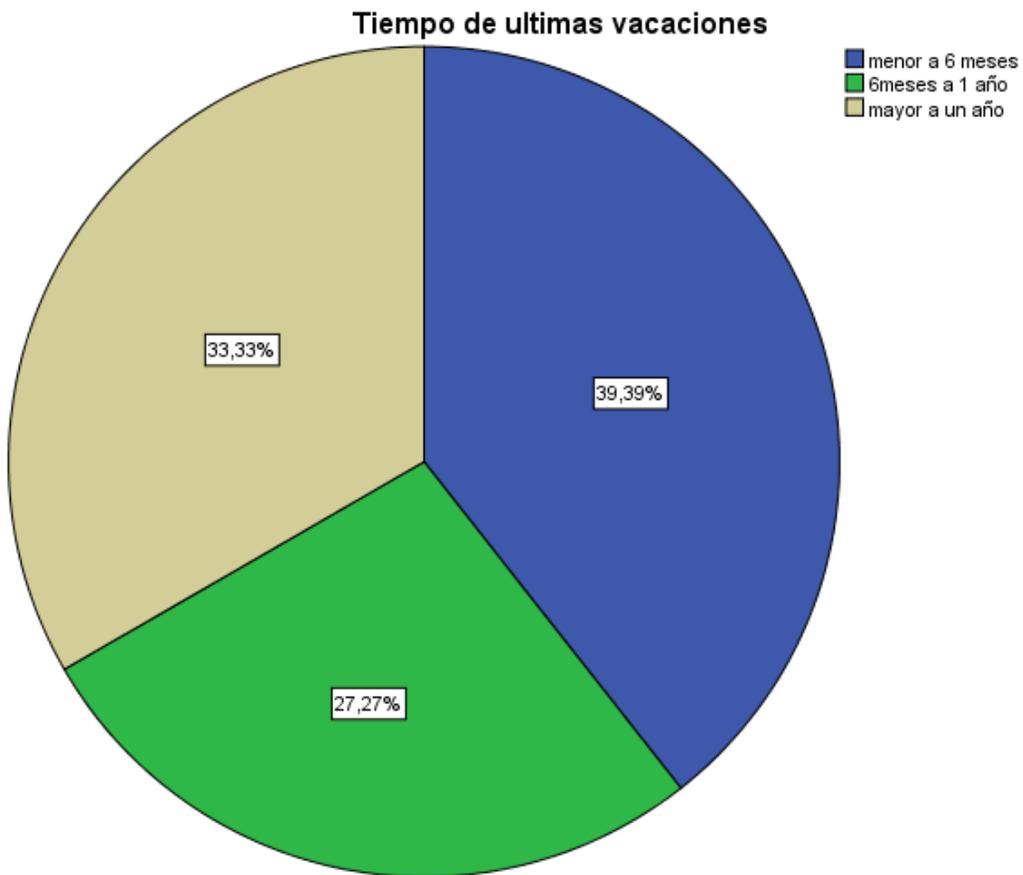


Gráfica 13. Tarjeta de crédito

Al interrogar sobre el tiempo transcurrido hasta sus últimas vacaciones encontramos que 26 familias, (39.4%), las tuvieron hace menos de 6 meses, 18 familias (27.3%) entre 6 meses y un año y 22 (33,3%), con vacaciones hace más de un año.

	Frecuencia	Porcentaje
menor a 6 meses	26	39,4
6meses a 1 año	18	27,3
mayor a un año	22	33,3
Total	66	100,0

Tabla 14. Tiempo de últimas vacaciones.



Gráfica14. Tiempo de últimas vacaciones

El destino de sus últimas vacaciones para 59 familias que representan un 89.4% fue nacional y tan solo 7 familias (10.6%) fue a destinos internacionales.

	Frecuencia	Porcentaje
Internacional	7	10,6
Nacional	59	89,4
Total	66	100,0

Tabla 15. Destino de últimas vacaciones.



Gráfica 15. Destino últimas vacaciones.

En cuanto a la tipología familiar encontramos que 55 familias corresponden a la clasificación de nuclear, (83.3%), nueve a extensa, (13.6%) y dos a extensa compuesta (3%)

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Nuclear	55	83,3
Nuclear extensa	9	13,6
Extensa compuesta	2	3,0
Total	66	100,0

Tabla 16. Tipo de familia.

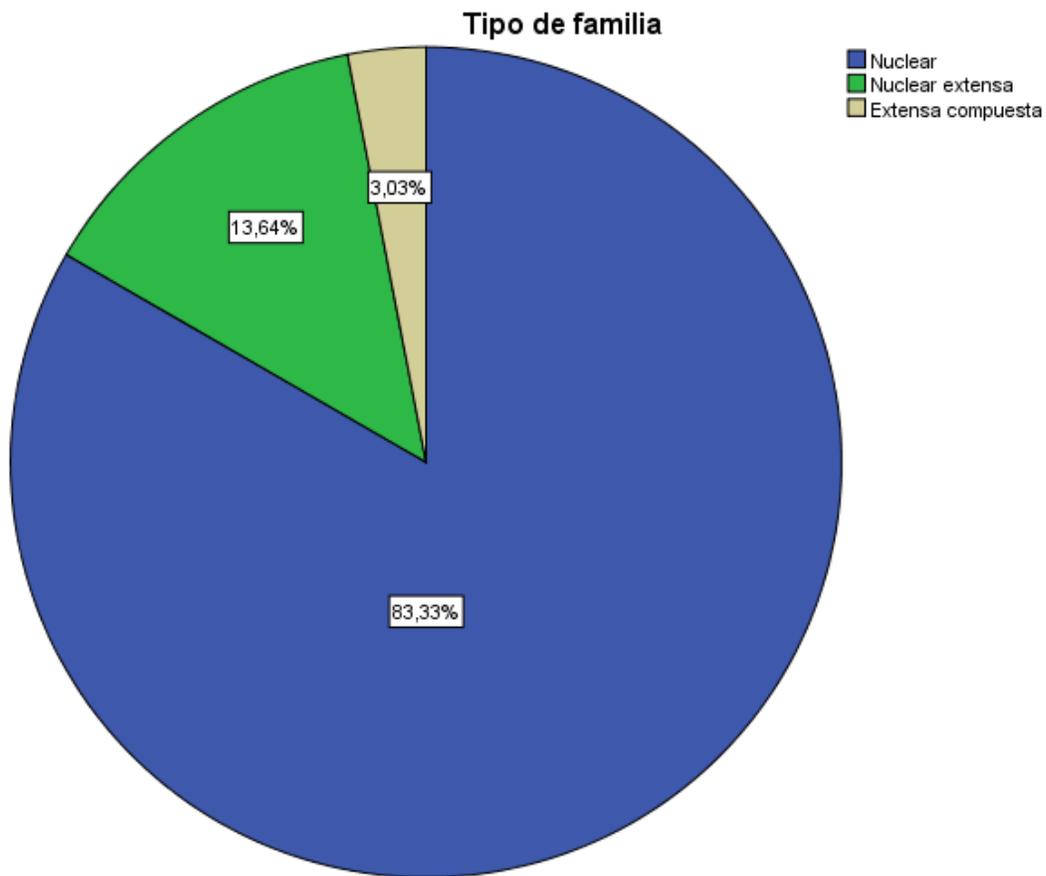


Tabla 16. Tipo de familia

DISCUSIÓN.

En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo de 1993, 80% de las mujeres realizaban labores domésticas, de acuerdo a nuestros resultados tan solo el 16.67% están dedicadas al hogar, y un 81.82% son empleadas. Estudios como el de Martikainen en donde se demostró que la multiplicidad de roles en la mujer, es decir, las ocupaciones en labores domésticas, como madre, más su rol de empleada puede generar sobrecarga de estrés por lo que pueden existir efectos negativos como la fatiga, estrés, etc.; por lo que de acuerdo a lo encontrado en nuestro estudio la mayoría de las pacientes exploradas tienen este riesgo.

De acuerdo a la ENE 1993, en México los hogares de pareja conyugal con hijos, jefe (a), cónyuge representan alrededor de dos terceras partes de los hogares familiares, lo que se corresponde a nuestro estudio ya que encontramos un 83.3% de familias nucleares.

En base al artículo de Sámano (2013), donde se encontró que una mujer embarazada que tiene participación en el trabajo remunerado, se ve expuesta a un desgaste físico y emocional por la responsabilidad de aportar ingreso al gasto familiar, adicional al trabajo doméstico y la gestación; por lo que encontramos en este estudio el 80% de las embarazadas de alto riesgo que se valoró presentan este riesgo por su multiplicidad de roles.

En el estudio sociocultural de la maternidad de Ángeles Sánchez (2009), se relativizó la comparación de la maternidad en dos grupos socioeconómicos distintos, secundario a la percepción subjetiva a las necesidades de cada madre, entre la maternidad como un proyecto de vida, y el valor ejercido entre la maternidad y las metas personales, de acuerdo a nuestro estudio no podemos comparar entre dos clases sociales ya que en el medio en que realizamos el estudio prevaleció una sola clase social ya que en su mayoría correspondieron a la clase C (45.5%).

CONCLUSIÓN.

En el estudio realizado a mujeres embarazadas con embarazo de alto riesgo se identificó que pertenecen en su mayoría a familias nucleares, modernas, en una clase socioeconómica de tipo C, con participación activa de la mujer en múltiples roles.

No encontramos significancia en cuanto a diferentes clases sociales ya que prevaleció un solo tipo que si nos arrojó factores de riesgo para embarazo de alto riesgo.

La propuesta se centra en realizar un estudio cualitativo en donde se identifique las significancias de la maternidad en mujeres embarazadas con alto riesgo, y tomando en cuenta los múltiples roles en los que participa en nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948).
2. La familia: concepto, tipos y evolución. Enciclopedia británica en español, 2009.
3. Bronfman M. La familia: dinámica, estructura y riesgo diferenciado. En: Como se vive se muere la familia, redes sociales y muerte infantil. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2000; 79-97.
4. ONU. Temas mundiales. Disponible en URL: <http://www.un.org/es/globalissues/family/> consultado el 14 de julio de 2014
5. Rodríguez A, Kanán G, Vázquez E, León A, Barbosa E, Tejeda G perfil organizativo funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático. Salud mental 2008; 31: 63-68.
6. Engels Estadios prehistóricos de cultura. En: Origen de la familia, la propiedad privada y el estado. México: Editores Mexicanos, 1982. Pp. 19-82.
7. Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza HF, Pérez C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch en Med Fam (Mex) Vol. 8 (1) enero-abril 2006.
8. Membrillo A, Fernández M, Quiroz J, Rodríguez J. Familia: Introducción al estudio de sus elementos. Capítulo: Composición Familiar México: Editores de Textos Mexicanos, 2008. Pp 51-71.
9. Anzures R, Chávez A, García C, Pons O. Diagnóstico Estructural y Funcional En: Medicina Familiar. México: CORINTER, 2008. Pp- 207-215.
10. Amaya –Castellanos CI et al. Género y trabajo: experiencia de las prestadoras de las casas de salud de mujeres indígenas de Guerrero y Oaxaca. Ciencia&Saúde Colectiva, 17 (3):731-739, 2012.
11. Instituto Nacional de Estadística y geografía (México) Mujeres y hombres en México 2012/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-México:INEGI, c2013 xxiv 169.:il.
12. Sámano Sámano R et al. Artículo Original. Contexto sociocultural y alimentario de mujeres con embarazos de riesgos. Revista Ciencia&Saúde Colectiva; 2013.
13. Cortes J. Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el hospital general de zona No.1 de la ciudad de Colima en el año 2004 (tesis de especialidad). Colima, México: Universidad de Colima; 2004.
14. Manual de procedimientos para la atención prenatal. IMSS 2013.
15. Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal. México: Secretaría de Salud 2008.

16. Mendoza M, Flores. Artículo Original. Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes. Perinatología y Reproducción Humana; 2010.
17. Fajardo-Dolci G et al. Muertes maternas en México, 2009 Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social volumen 51 número 5 septiembre-octubre 2013 ISSN 0443-5117.
18. Ángeles Sánchez-Bringas. Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad. Perinatología y Reproducción Humana. 2009 volumen 23, Número 4.
19. Irma Romero-Pérez. Artículo de Revisión. Muerte Materna: Una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. Perinatología y Reproducción Humana; 2010.
20. Gómez M. –López. Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. Perinatol Reprod Hum 2007 col 21 No.2.
21. Espíndola J. Morales F. Una propuesta psicoterapéutica para la mujer con embarazo de alto riesgo y víctima de violencia doméstica. Perinatol Reprod Hum 2008; 22: 261-269.



**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:	"tipología familiar en base a su desarrollo, en embarazadas de alto riesgo en la unidad de medicina familiar no. 5"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad Medico Familiar No. 5 IMSS en México D. F 18 de septiembre de 2014.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la tipología familiar en base a su desarrollo, en embarazadas de alto riesgo en la unidad de medicina familiar no. 5.
Procedimientos:	Se aplicara una cédula de identificación para reconocer la tipología familiar de acuerdo a su desarrollo
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno, ya que solo es presentación de una encuesta
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la tipología familiar de acuerdo a su desarrollo en pacientes embarazadas de alto riesgo para conocer una posible relación
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al finalizar proyecto se realizara la publicación de los resultados sin utilizar nombre, numero de seguridad social, o elemento alguno que identifique al paciente y/o sus familiares
Participación o retiro:	Lo puede hacer en cualquier momento que lo desee el paciente.
Privacidad y confidencialidad:	No se requiere identificación alguna del paciente o familiar para la aplicación del estudio.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	En el caso que se identifique patología alguna se enviara a su médico tratante para su seguimiento y tratamiento específico.
Beneficios al término del estudio:	Conocer la tipología familiar de acuerdo a su desarrollo en pacientes embarazadas de alto riesgo para conocer una posible relación

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

Investigador Responsable: Dr. Juan Pablo Delgado Olmos Matrícula: 99354804 Tel. 55276174

Colaboradores: Dra. Marlene Marmolejo Mendoza Matrícula:9514821 tel:5555475510 Ext 21407

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
Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

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

ANEXOS:

CEDULA DE INFORMACIÓN SOBRE TIPOLOGÍA FAMILIAR

Nombre:						
Edad:		Sexo:	F	M		
Estado Civil:		Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Unión libre
Ocupación del jefe de familia:		Hogar	Jubilado	Pensionado	Empleado	Desempleado
Empresario	Comerciante					
Escolaridad del jefe de familia :		Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura o mas	Ninguna
Ocupación de la esposa:		Hogar	Jubilada	Pensionada	Empleada	desempl eado
Empresario	Comerciante					

Señale en un círculo los ingresos mensuales que tiene en general toda su familia:

Nivel	Ingreso Mínimo	Ingreso Máximo
<u>A/B</u>	85,000.00+	
<u>C+</u>	35,000.00	84,999.00
<u>C</u>	11,600.00	34,999.00
<u>D+</u>	6,800.00	11,599.00
<u>D</u>	2,700.00	6,799.00
<u>E</u>	0.00	2,699.00

1.- Cruce con una cruz la tenencia del hogar en donde habita su familia es:

CASA PROPIA	DEPARTAMENTO PROPIO	CASA RENTADA	DEPARTAMENTO RENTADO	CASA O DEPARTAMENTO PRESTADO
-------------	---------------------	--------------	----------------------	------------------------------

2.- Cruce con una cruz el número de habitaciones en su casa contando sala y comedor:

6 o más habitaciones	5 habitaciones	4 habitaciones	3 habitaciones	2 habitación	1 habitación
----------------------	----------------	----------------	----------------	--------------	--------------

3.- Cruce con una cruz cuantos baños completos hay en su hogar:

2 ó 3 baños completos	1 ó 2 baños completos	1 baño completo	Medio baño	Baño fuera del hogar
-----------------------	-----------------------	-----------------	------------	----------------------

4.- Cruce con una cruz el piso de su casa de que material esta hecho:

Loseta, mosaico o mármol	Cemento	Tierra
--------------------------	---------	--------

5.- En caso de tener hijos en edad escolar a donde los envía para sus estudios:

Colegio privado o extranjero	Nivel básico en medio particular y superior en instituciones públicas	Asisten a escuelas públicas	No asisten a la escuela
------------------------------	---	-----------------------------	-------------------------

6.- Cuenta con auto propio:

SI	NO
----	----

7.- En caso de respuesta afirmativa señale marca y año de su automóvil.

Marca:	Año:
--------	------

8.- En la familia cuenta con tarjeta de crédito:

SI	NO
----	----

En caso de respuesta afirmativa ¿Cuántas tarjetas de crédito tiene? :

1	2 o más
---	---------

9.- Responde las siguientes preguntas de acuerdo a tus últimas vacaciones:

Cuanto tiempo tiene que las hiciste:

<6 meses	6 – 1 año	>1año
----------	-----------	-------

Tu último viaje fue a un destino:

INTERNACIONAL	NACIONAL
---------------	----------

10.- Las personas que forman su familia y viven con usted son:

Papá, mamá, hijos	Papá, mamá hijos, algún pariente con lazos consanguíneos	Papá, mamá hijos, algún otro pariente u otras personas sin parentesco
-------------------	--	---

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN