



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
SECRETARIA DE SALUD**

**UNIDAD ACADEMICA
CAAPS VILLA ALDAMA COMALCALCO
VILLAHERMOSA TABASCO**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS DEL CAAPS DE VILLA
ALDAMA COMALCALCO TABASCO DE JULIO A DICIEMBRE DE 2005”**

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

PRESENTA:

RAUL CRUZ GARCIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

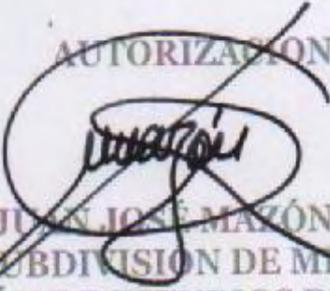
**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS DEL CAAPS
DE VILLA ALDAMA COMALCALCO TABASCO DE JULIO A
DICIEMBRE DE 2005”**

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

PRESENTA

DR. RAUL CRUZ GARCIA

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

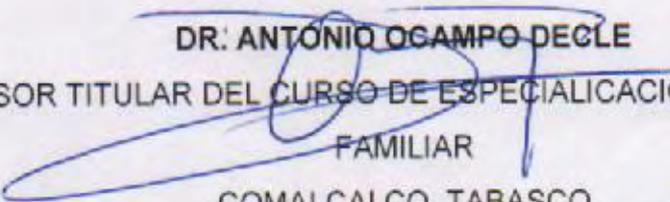
**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS DEL CAAPS DE VILLA
ALDAMA COMALCALCO TABASCO DE DE JULIO A DICIEMBRE DE 2005"**

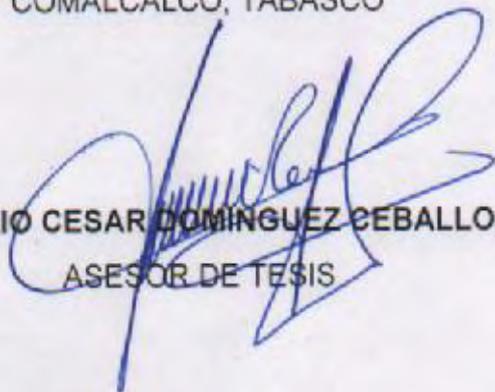
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:


RAUL CRUZ GARCIA

AUTORIZACIONES


DR. ANTONIO OCAMPO DEGLE
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALICACION EN MEDICINA
FAMILIAR
COMALCALCO, TABASCO


DR. JULIO CESAR DOMINGUEZ CEBALLOS
ASESOR DE TESIS



AGRADECIMIENTOS



A DIOS

Por darme la vida y tener la oportunidad de realizar este proyecto

A MIS HIJOS: KEYLA, DANIEL Y KARELI

Por ser el incentivo para mi superación personal, así como su silencio por el tiempo que les robé

A MI ESPOSA: ANA ISABEL CORTES VALENCIA

Por los momentos de sacrificio y la nostalgia de mi ausencia y quien además me brinda su apoyo para la realización de ésta tesis

A LA DRA. CELINA SERRANO BAROJAS

Por ser una gran persona que me enseñó a sentirme orgulloso de mi especialidad y que me brinda su apoyo en los momentos difíciles favoreciendo la persistencia y esfuerzo en la permanencia en la misma

A MIS MAESTROS

ANTONIO OCAMPO DECLE, CELINA SERRANO BAROJAS

Por su apoyo incondicional, así como por la oportunidad de compartir sus conocimientos

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS DE LA GENERACIÓN

Patty, América, Olivia, por que aprendí de ustedes que no hay imposibles en la vida cuando se hace lo que se desea con el corazón

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I.- ANTECEDENTES	1
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
III.- JUSTIFICACIÓN	11
IV.- OBJETIVOS	11
VI.- METODOLOGÍA	12
VII.- RESULTADOS	15
VIII.- ANALISIS DE RESULTADOS	28
IX.- CONCLUSIONES	28
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30
XI.- ANEXOS	32

I.- ANTECEDENTES

La maternidad, la capacidad de procreación, es una de las cosas más importantes para la continuidad de la especie humana, incidiendo en ella, elementos de orden afectivo, social, psicológico, educativo, económico, político, cultural, religioso, etc. Lo que para determinadas culturas se constituye en un factor de crecimiento, para otras se transforma en un problema social de gran envergadura, atacándose generalmente el emergente y no profundizando en las causas y posibles transformaciones. Es un problema social que permitirá la adaptación familiar, procurando un espacio de crecimiento adecuado del producto ¹

El embarazo es una crisis debido a los cambios y adaptaciones que exige al organismo el desarrollo del mismo embarazo, por lo que es un fenómeno de enorme interés en la región de Latinoamérica y particularmente en México, que ha merecido la atención de diversas disciplinas del conocimiento como la demografía, la salud y las ciencias sociales y responde a un contexto económico, social y cultural, con repercusiones importantes, tanto en la madre como en el producto, en aspectos relacionados con la esfera bio-psico-social.

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre, aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de los servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad en la planeación del embarazo, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en la calidad de vida perinatal ²

El médico familiar es un profesionalista muy valioso en la vigilancia de la gestación normal, si cuenta con la preparación adecuada y con el criterio para determinar sus límites de intervención, teniendo en cuenta los cambios fisiológicos en el organismo materno que suceden desde poco después del inicio de la fecundación y continúan durante toda ella. Los cambios en la contractilidad en el útero ocurren durante todo el embarazo y desde el primer trimestre se registran contracciones irregulares, que en el segundo trimestre pueden ser percibidas. Estas contracciones no dolorosas e irregulares, son

conocidas con el nombre del autor que primero las describió, Braxton Hicks. El riego sanguíneo uterino aumenta en forma muy considerable de 50 ml/min en la no gestante a 600 ml/min, al término de ella; igualmente hay aumento paulatino en la capacidad venosa pélvica, hasta llegar a 60 veces su capacidad al final del embarazo. La glándula tiroidea durante el embarazo aumenta de tamaño lo que es frecuente detectar por palpación. Durante el embarazo hay aumento de peso y éste va a depender en mucho del estado nutricional preconcepcional.

La elevación de peso total es de 10 a 11 kg en promedio y es diferente, según las semanas de gestación; así en los tres primeros meses se sube de 1 a 2 kg; en el segundo de 3 a 4 kg y en el tercero de 5 a 6 kg. Lo normal es que se aumente de 1000 a 1100 g por mes, es decir de 225 a 250 g por semana. El embarazo es un factor diabetógeno en potencia. Después de ingerir alimentos, la embarazada tiene hiperglucemia e hiperinsulinemia; pero casi todas las gestantes responden a estos cambios, produciendo la debida cantidad de insulina; sin embargo es conocido que de 3 a 6% de las grávidas no pueden aumentar en forma apropiada su producción y presentan diabetes gestacional. Es conocido que los lípidos séricos, como el colesterol, aumentan considerablemente sobre todo durante la segunda mitad del embarazo.

El aumento del gasto cardíaco, se eleva 30 a 50 %; conviene recordar que normalmente es de 4 a 5 litros por minuto y llega en la grávida a cifras de 6 l/min.

El acrecentamiento del volumen sanguíneo resulta de un aumento del plasma y hematíes; razón por la cual se incrementan las necesidades de hierro; siendo moderada durante la primera mitad del embarazo y en mayor medida, durante la segunda mitad. En el aspecto urinario se presentan cambios, muy convenientes de tener en mente. Uno, muy importante, es el aumento del filtrado glomerular, sobre el cual el eminente fisiólogo Homer Smith en 1956 decía que «una mujer embarazada es un fenómeno muy interesante; no conozco ninguna otra manera de aumentar la intensidad de filtración en 50% o más por períodos prolongados». Desde el punto de vista anatómico el cambio más aparente en las vías urinarias, son la dilatación de los cálices, pelvis renal

y uréteres y estas modificaciones se presentan desde edades tempranas de la gestación, 10 a 12 semanas, siendo más acentuadas en el último trimestre.

El decremento del tono del esfínter del cardias y el cambio de posición del estómago, permiten el reflujo de secreciones ácidas hacia la parte inferior del esófago, ocasionando pirosis. Las hemorroides se presentan con gran frecuencia debido a la compresión de las venas por la parte inferior del útero grávido y la constipación que no rara vez se hace presente en el estado grávido puerperal.

Las concentraciones de eritrocitos, hemoglobina y las cifras del hematocrito, sufren variaciones durante el embarazo normal. Desde luego el volumen sanguíneo se incrementa en forma considerable. Durante el embarazo se puede presentar anemia ferropriva, debida a la transferencia de hierro al feto a través de la placenta y al aumento del volumen eritrocítico que requiere mayor cantidad de hierro, la cual es más importante conforme progresa la gestación.

En cuanto a los cambios psicológicos, estos son más importantes cuanto más condiciones desfavorables rodeen la gestación, el parto y el puerperio. Así pues, la adolescente se enfrenta con frecuencia, al abandono de su pareja, a la expulsión de la casa paterna y la privación de cualquier apoyo de su familia, lo que puede llevarla al aborto, a la prostitución, al abandono, a la soledad triste e inmensa.

Para la mujer añosa, la llegada de su primer hijo puede ser su realización, aunque no debe olvidarse que no es la mejor etapa biológicamente hablando, ni las expectativas de crianza son óptimas. Para este mismo grupo de mujeres, multíparas, otra gestación y otro nacimiento, pueden, en cambio, representar una dura carga.

La maternidad joven, representa la mejor opción biológica, aunque en este momento en que la mujer lucha por alcanzar el mercado laboral, y un buen nivel profesional, el nacimiento de un hijo puede significar el abandono, o por lo menos, el retraso del cumplimiento de sus ambiciones.

La gestación plantea en la mujer tres realidades: Primero, la aparición de un nuevo ser como un tercero en la relación que hasta ahora ha sido de dos, hombre y mujer. Segundo, Las importantes modificaciones que hacen variar la imagen corporal, es decir, su auto imagen, y, Tercero; los cambios a nivel social que se causan.

Esto provoca en la mujer reacciones psicológicas ambiguas, tales como el deseo intenso de tener al hijo, y a la vez ese deseo se acompaña de un conflicto por la aceptación o el rechazo a su gestación. Esta ambivalencia conlleva a una situación de estrés con ansiedad, condicionada a las demandas sociales.

Los disturbios psicológicos en la gestación pueden favorecer la aparición de complicaciones en la misma, el parto y el desarrollo fetal, a través de mecanismos psicosomáticos, dificultando el proceso normal, como por ejemplo, provocando el aborto, o por el contrario, prolongando el embarazo hasta producirse la asfixia o la muerte neonatal. En otros casos, tales disturbios perturban los procesos de adaptación a la gestación y a la maternidad, perjudicando la salud psicosocial y deteriorando la maternidad. Para prevenir esto, es indispensable el apoyo del compañero, de la familia y del personal de salud.

Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero las manifestaciones biológicas o qué significan para él, como quiera que se está preparando para la paternidad y de ese modo también se encuentra vulnerable y a merced de sus propias angustias y cuestionamientos.

Por otro lado, las complicaciones obstétricas, desnutrición materna, anemia, hipertensión, parto distócico, etc. y el contexto psico-social pueden influenciar negativamente en los indicadores de morbi-mortalidad perinatal.

Un estudio retrospectivo que analizó 899 pacientes embarazadas atendidas durante los años 1999-2000; correlacionando en cada caso escolaridad, número de compañeros sexuales, inicio y número de consultas prenatales, el resultado de los cultivos cervicovaginales, la patología asociada, su morbilidad,

edad gestacional y resolución obstétrica, haciendo énfasis en la lactancia y el control de su fertilidad, reportó en porcentajes: El 91.7% sólo refieren un compañero sexual y los resultados normales al cultivar la secreción cervico-vaginal en su mayoría apoyan esto, las patologías asociada fueron las infecciones de las vías urinarias (23.5%) la anemia y desnutrición (17.9%), la ruptura Prematura de Membranas y la amenaza de un nacimiento de pretérmino (20.2%) La resolución obstétrica por vía vaginal en 54.7%, se promovió la lactancia materna y en su totalidad fueron administrados e informadas de su control de fertilidad.

La calidad de la vida de una persona depende no sólo de la buena salud y del bienestar físico, sino también de muchas otras circunstancias. Entre ellas figuran la estabilidad y la armonía familiar, el bienestar de los hijos y la libertad para disfrutar de diversas actividades, como tener tiempo libre, recibir educación o realizar actividades comunitarias. ³

Según las investigaciones realizadas por el Proyecto de Estudios de la Mujer de FHI (WSP) en 10 países, la familia puede influir en casi todos esos aspectos de la calidad de la vida.

La familia es el grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. Idealmente, la familia proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización. La estructura y el papel de la familia varían según la sociedad. Sin embargo, la familia moderna ha variado con respecto a su forma más tradicional en cuanto a sus funciones, ciclo de vida y roles. La única función de la familia que ha sobrevivido a todos estos cambios es la de ser fuente de afecto y apoyo emocional para todos sus miembros.

En el estudio de la salud familiar, uno de los aspectos que interesa a la medicina contemporánea es la evaluación de la funcionalidad familiar; éste es el conjunto de funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la familia, fundamentalmente en los aspectos afectivos, socialización, cuidados, reproducción y estatus familiar conforme a las normas

de la sociedad a la cual pertenece.

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas de estas funciones, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema ésta es disfuncional cuando alguno de sus subsistemas se altera por cambios en los roles de sus integrantes. Los subsistemas conyugal, parental, y filial son dinámicos, interactuantes, con variabilidad inter e intra-subsistemas y los cambios significativos en ellos pueden ser breves o duraderos repercutiendo en la funcionalidad familiar.⁴

A la hora de 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 y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.⁷

De manera general recomendamos como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes ⁽⁴⁻⁷⁾

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).
2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía -pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales.

Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y

defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.⁸ Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.

Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobreexigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar.

Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementaridad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.⁹

También en este indicador debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía).¹⁰ Por ejemplo, en la relación matrimonial debe existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación padre-hijos debe ser vertical (cuando se encuentra bajo la tutela de los padres).

La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

4. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se transmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se transmite extraverbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro.

Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular.

5. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Consideramos que este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de

enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas).

El inventario familiar de Olson (1979) estudia tres dimensiones:

a) Adaptabilidad:

Se refiere a la capacidad que tiene la Familia de cambiar su propia estructura de poder, roles, reglas y normas de interacción en respuesta a una crisis. Dentro de esta dimensión se toma en cuenta el liderazgo, el control y la disciplina fundamentalmente

b) Cohesión

Son los nexos familiares que los miembros establecen entre sí. Dentro de esta dimensión se toman en cuenta: Enlace emocional, soporte mutuo, ambiente familiar, tiempo, amigos e intereses y recreaciones

c) Comunicación

Entendido como el intercambio de información en la Familia, que implica los aspectos positivos de la misma entre sus miembros, enfatizando la libertad de expresar los sentimientos, lo que se desea, y la libertad de expresar los acuerdos y desacuerdos en las interacciones. Dentro de esta dimensión se toma en cuenta los problemas de comunicación, los patrones de comunicación, y la apertura de la comunicación ⁵

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros,⁵ o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino

circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la república mexicana según el censo poblacional del 2005 (INEGI) de una población de 103,263 388 habitantes el 51.3% (52.9929 millones) son mujeres y de estas el 30.5% corresponden a mujeres en edad fértil (10 a 44 años) El porcentaje de embarazos es de 1477902 y se presenta con mayor frecuencia en las edades de 20 a 35 años. Las complicaciones más frecuentes son infección de vías urinarias, cervicovaginitis, amenaza de aborto, parto pretermino y preclampsia/eclampsia.

El estado de Tabasco está caracterizado por ser un estado joven con una población total de 1 989 969 habitantes de los cuales el 50.9 % son del sexo femenino. De éste número, las mujeres en edad fértil son 618037, El número de embarazos reportados oscila en 52744, con una tasa de natalidad de 19.3 por cada mil habitantes y las edades predominantes 18 a 30 años. Entre las complicaciones más relevantes se encuentran el aborto espontáneo, infección de vías urinarias, amenaza de aborto, preclamsia y eclampsia.

En Comalcalco la población total según INEGI (2005) 173 773 habitante, correspondiente al 8.7% de toda la población tabasqueña, de los cuales 65005 corresponden al sexo femenino mayores de 12 años, con 48412 mujeres en edad fértil. De acuerdo a datos estadísticos del INEGI y el sector salud del municipio, para el 2005 se reportaron 2725 embarazos (16.1%),

En base a lo consultado, surgen las siguientes preguntas de investigación:
¿Cómo está la funcionalidad familiar de las embarazadas del CAAPS DE VILLA ALDAMA, COMALCALCO, TABASCO?

III.- JUSTIFICACIÓN

El presente estudio tiene como propósito obtener información sobre la funcionalidad familiar en el grupo de embarazadas del CAAPS DE VILLA ALDAMA, COMALCALCO, TABASCO (Destacando también edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, deseos de embarazo e ingreso económico), así como conocer su adaptabilidad en el mismo.

Los resultados obtenidos en esta investigación serán difundidos a los trabajadores de la salud del municipio de Comalcalco, Tabasco, para su conocimiento y puedan tenerlos en cuenta para identificar familias de alto riesgo y hacer las intervenciones oportunas y específicas para la prevención de crisis familiares paranormativas aunadas al embarazo.

IV.- OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la adaptabilidad y funcionalidad familiar de las embarazadas del CAAPS DE VILLA ALDAMA, COMALCALCO, TABASCO

ESPECÍFICOS

1. conocer porcentaje de edades en el embarazo
2. Determinar el deseo de embarazo
3. Relacionar el nivel educativo con la edad de inicio del embarazo, en la población estudiada
4. Relacionar el embarazo con el estado civil de la embarazada
5. Relacionar la ocupación con el embarazo
6. Relacionar la religión con la embarazada
7. Determinar en grado de funcionalidad familiar en la embarazada

V.- METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Descriptivo, transversal y prospectivo

5.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

5.2.1 VARIABLES DEPENDIENTES

Funcionalidad Familiar

Es la capacidad de la familia como sistema, para enfrentar cada una de las etapas del ciclo vital, así como superar las crisis por las que atraviesa en diferentes momentos. Se medirá mediante la escala FACES III

5.2.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

Edad

Tiempo cronológico de vida desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista. Se medirá en años cumplidos.

Situación de embarazo

Determinación del deseo del embarazo en el individuo en estudio. Se calificará en deseado o no deseado.

Escolaridad

Años de estudio de la persona, cursados y aprobados en el sistema nacional de educación. Podrá ser Analfabeta, Primaria incompleta, o completa, Secundaria incompleta o completa, Técnica, Comercio, Preparatoria, Universidad

Estado civil

Relación jurídica en la que se encuentra la persona ante la sociedad. Puede ser Soltera, Casada, Viuda, Divorciado, unión libre

Ocupación

Actividad principal a la que la persona se dedica y de donde obtiene los ingresos económicos para satisfacer necesidades

Religión

Creencias que definen al hombre y la divinidad

5.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

Se estudiaron un total de 115 mujeres embarazadas encontradas durante el tiempo de estudio (100%) y que acudieron a control prenatal en el CAAPS de Villa Aldama, Comalcalco, Tabasco, durante el tiempo prescrito

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se Incluyeron a las mujeres embarazadas que residían en el área de influencia de los centros de salud que conforman el CAAPS de Villa Aldama durante el estudio, con consentimiento informado

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

a) Embarazadas que por cuidados perinatales llegaron a dicha comunidad

durante el embarazo, sin residir en el lugar

b) Aquellas que iniciaron control y emigraron a otras comunidades durante el estudio

c) Las que presentaron aborto

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE SEGURIDAD

Desde tiempos históricos la ética se ha logrado comprender como la moralidad de la conciencia tendiendo a ser universal y la ética médica es una disciplina la cual se ocupa de los actos médicos desde el punto de vista moral calificándolos como buenos o malos a condición de que ellos sean voluntarios, conscientes. Al decir actos médicos, se hace referencia a los que adelanta el profesional de la medicina en el desempeño profesional frente a un paciente (ética médica individual y a la sociedad (ética médica social)

El Código de Nuremberg (1946) refiere que en los estudios médicos que se realicen se deben conservar ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales y dentro de los fundamentales es el tener el consentimiento informado voluntario de la persona en estudio

La declaración de Helsinki se refiere a los principios éticos de las

investigaciones médicas en seres humanos (1964) en uno de sus apartados menciona que La Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras “La salud de mi paciente será mi primera consideración”, y el Código Internacional de Ética Médica declara que “un médico debe actuar solo en interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente”. El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad ¹¹

Por lo anterior el presente estudio se realiza conociendo y aplicando los principios éticos médicos contemplados en la declaración de Helsinki, y el código de Nuremberg.

5.7 RECOLECCION DE LA INFORMACION

A cada una de las embarazadas seleccionadas para el estudio, se le aplicó un cuestionario que contenía la siguiente información:

- I. Identificación general
- II. Información sociodemográfica
- III. Escala FACES III

Mediante el paquete estadístico Stata 8.0 se hizo un análisis univariado, bivariado y multivariado y finalmente se construyó un modelo estadístico con las variables más significativas que se asociaron con la variable dependiente

VI.- RESULTADOS

Se encuestaron 115 mujeres embarazadas que viven en el área de influencia y acudieron al servicio del centro de salud del CAAPS de Villa Aldama.

Del total de encuestadas el 52.2% tuvo un embarazo deseado y el 47.8% tuvo un embarazo no deseado, FIGURA 1

Se realizó un intervalo de clases por edad encontrando que 65 de las encuestadas que representan el 56.5% del total pertenecen al grupo de 21 a 30 años. FIGURA 2 La mediana en las edades fue de 25.5 años.

En relación a la edad y el deseo de embarazo predominó el deseado de los 21 a los 30 años sin embargo fue todo lo contrario en el grupo de 16 a 20 años en el que predominó el embarazo no deseado.

En la escolaridad predominó la primaria completa y secundaria completa con un 19.1% en ambas teniendo entre ambas un 38.2% seguidas de secundaria incompleta 13.9% y primaria incompleta con un 10.4% FIGURA 3

En cuanto al estado civil de las encuestadas se encontró un 37.4% casado, unión libre el 35.6%, separado 9.6%, soltera 8.7%, divorciada 6.1%, viuda 2.6% FIGURA 4

En la ocupación 59.1% se dedica al hogar, 26.1% es empleado, un 7% es profesionalista, un 6.1% es comerciante y solo un 1.7% se dedica a otras actividades. FIGURA 5

En cuanto a religión el predominio fue la católica con un 42.6% seguida de la evangélica con 24.3% quedando como siguen; adventista un 7%, Pentecostés 6.1%, bautista 2.6% y a otras religiones un 17.4%. FIGURA 6

En la convivencia 49 mujeres viven con su conyugue e hijos correspondiente al 42.6%, con los hijos solamente el 26.1%, con sus hermanos el 21.7%, y sola 9.6% FIGURA 7

En los tipos de familia se encuentran, disfuncional 24.4% que corresponden a 28 familias, y moderadamente funcional el 75.6% que corresponde a 87 familias. FIGURA 8

Dentro de la Familia disfuncional predominó el rígidamente aglutinado con el 18.3% en relación al 6.1% del caóticamente aglutinado de las 4 familias disfuncional.

En las moderadamente funcionales de las 8 familias predominaron 3 con 18.3% para rígidamente separado, 17.4% para estructuralmente desligado y 13.9% para flexiblemente desligado.

TABLA 1

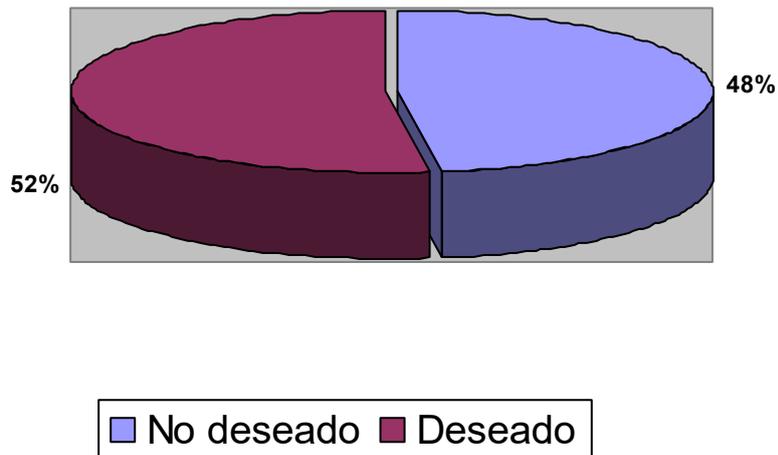
CLASIFICACION DE ACUERDO AL DESEO DE EMBARAZO

DESEO DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESEADO	60	52.2
NO DESEADO	55	47.8
Total	115	100.0

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 1

CLASIFICACION DE ACUERDO A DESEO DE EMBARAZO



Fuente: Tabla 1

TABLA 2

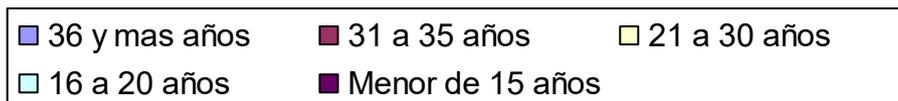
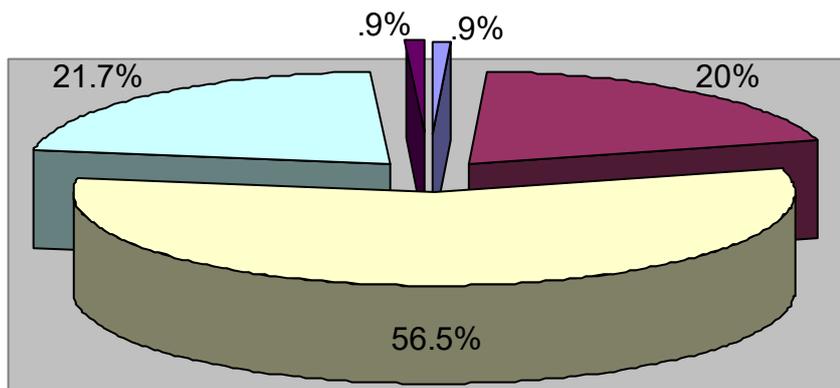
PORCENTAJE DE EMBARAZADAS SEGÚN EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR DE 15 AÑOS	1	.9
16 A 20 AÑOS	25	21.7
21 A 30 AÑOS	65	56.5
31 A 35 AÑOS	23	20.0
36 Y MAS	1	.9
Total	115	100.0

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 2

PORCENTAJE DE EMBARAZADAS SEGÚN EDAD



Fuente: tabla 2

TABLA 3

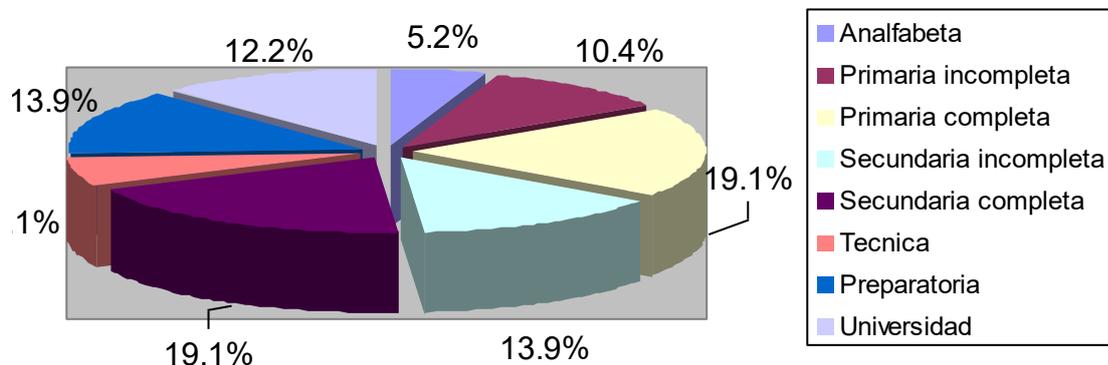
PORCENTAJE DE EMBARAZADAS SEGÚN ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	6	5.2
PRIMARIA INCOMPLETA	12	10.4
PRIMARIA COMPLETA	22	19.1
SECUNDARIA INCOMPLETA	16	13.9
SECUNDARIA COMPLETA	22	19.1
TECNICA	7	6.1
PREPARATORIA	16	13.9
UNIVERSIDAD	14	12.2
Total	115	100.0

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 3

PORCENTAJE DE EMBARAZADAS SEGÚN ESCOLARIDAD



El 26.56 % de estas adolescentes tiene una escolaridad máxima de secundaria incompleta, encontrándose solo 2 casos de analfabetismo, el cual representa el 3.12 % de la población estudiada (ver tabla y figura 2)

Fuente: Tabla 3

TABLA 4

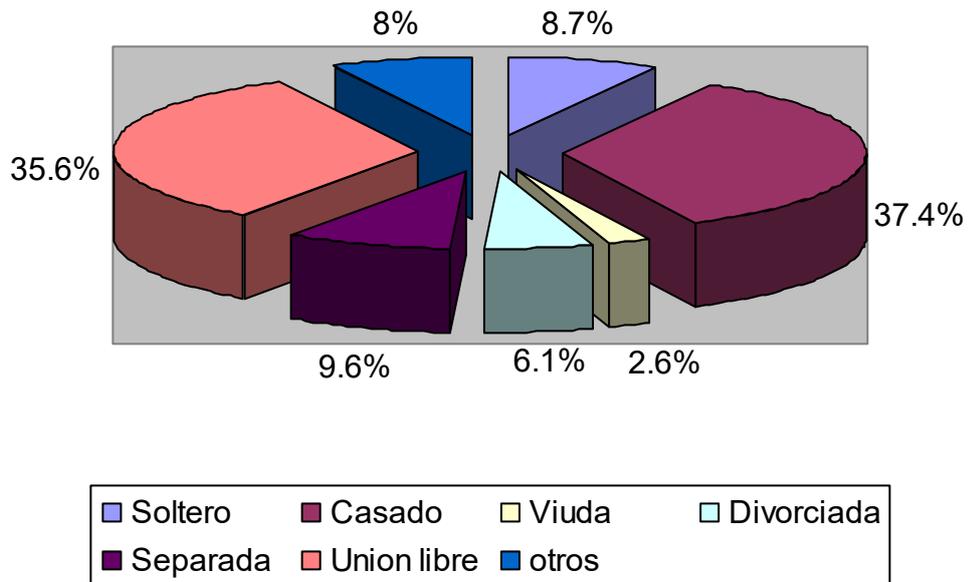
CLASIFICACION DEL ESTADO CIVIL DE LA EMBARAZADA

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	10	8.7
CASADO	43	37.4
VIUDA	3	2.6
DIVORCIADA	7	6.1
SEPARADA	11	9.6
UNION LIBRE	41	35.6
Total	115	100.0

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 4

CLASIFICACION DEL ESTADO CIVIL DE LA EMBARAZADA



Fuente: Tabla 4

TABLA 5

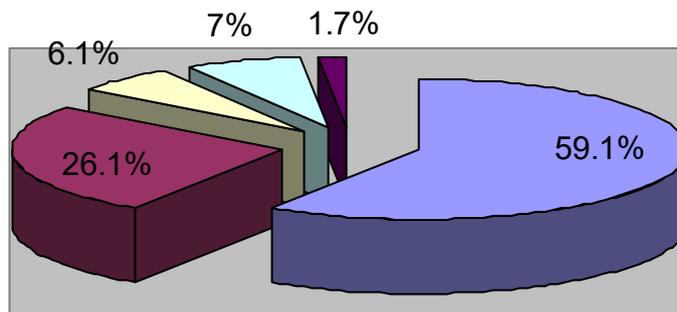
CLASIFICACION SEGÚN OCUPACIÓN DE LA EMBARAZADA

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LABORES DEL HOGAR	68	59.1
EMPLEADO	30	26.1
COMERCIANTE	7	6.1
PROFESIONAL	8	7.0
OTRO	2	1.7
Total	115	100.0

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 5

CLASIFICACION SEGÚN OCUPACION DE LA EMBARAZADA



■ Labores del Hogar ■ Empleada ■ Comerciante ■ Profesional ■ Otros

Fuente: Tabla 5

TABLA 6

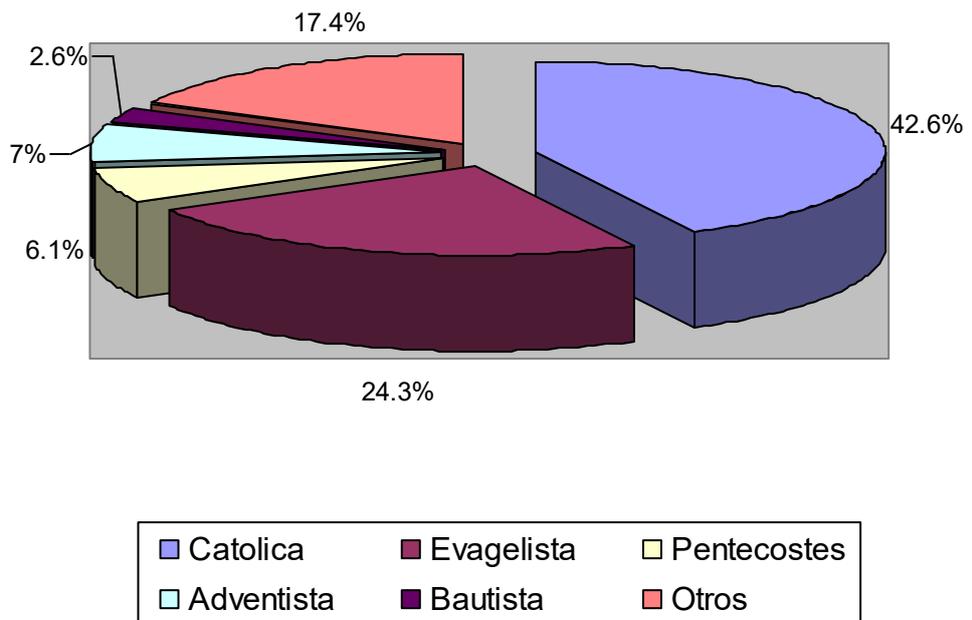
CLASIFICACION SEGÚN RELIGIÓN DE LAS EMBARAZADAS

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATÓLICO	49	42.6
EVANGELISTA	28	24.3
PENTECOSTES	7	6.1
ADVENTISTA	8	7.0
BAUTISTA	3	2.6
OTROS	20	17.4
Total	115	100.0

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 6

CLASIFICACION SEGÚN RELIGION DE LAS EMBARAZADAS



Fuente: Tabla 6

TABLA 7

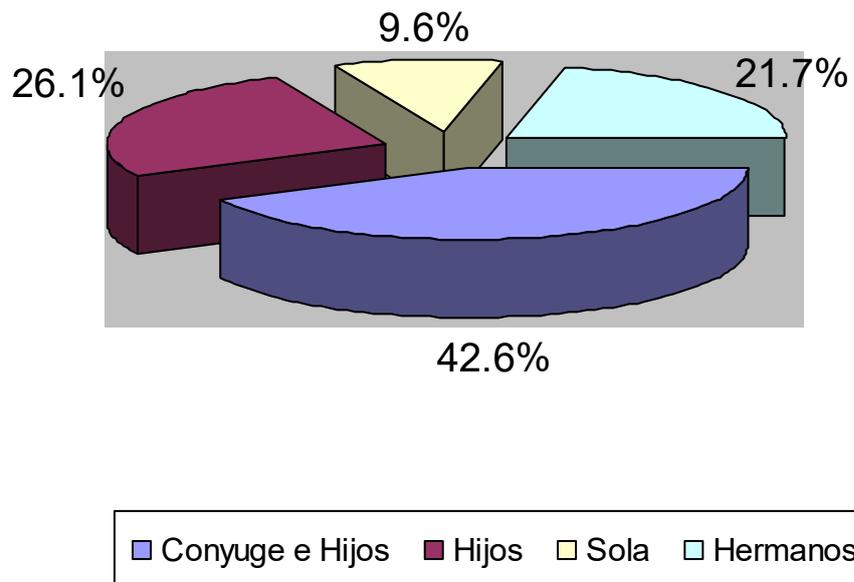
CONVIVENCIA FAMILIAR EN EMBARAZADAS

CONVIVENCIA FAM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONYUGUE E HIJOS	49	42.6
HIJOS	30	26.1
SOLA	11	9.6
HERMANOS	25	21.7
Total	115	100.0

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 7

CONVIVENCIA FAMILIAR EN EMBARAZADAS



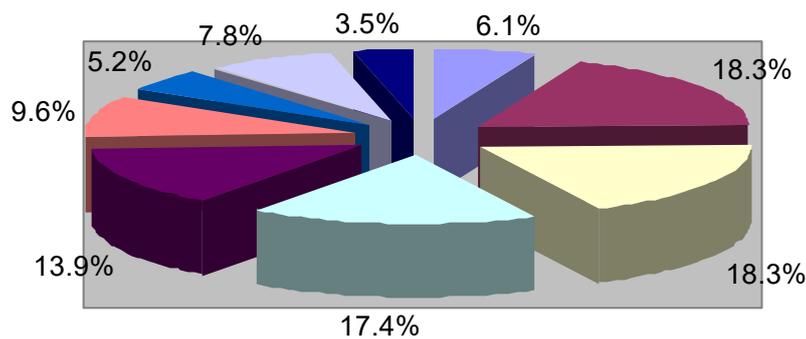
Fuente: Tabla 7

TABLA: 8
COHESION Y ADAPTABILIDAD DE LA EMBARAZADA

CLASIFICACION FACES III	Frecuencia	Porcentaje
CAHOTICAMENTE AGLUTINADO	7	6.1
RIGIDAMENTE AGLUTINADO	21	18.3
RIGIDAMENTE SEPARADO	21	18.3
ESTRUCTURALMENTE DESLIGADO	20	17.4
FLEXIBLEMENTE DESLIGADO	16	13.9
CAHOTICAMENTE SEPARADO	11	9.6
CAHOTICAMENTE CONECTADO	6	5.2
FLEXIBLEMENTE AGLUTINADO	9	7.8
ESTRUCTURALMENTE AGLUTINADO	4	3.5
Total	115	100.0

FUENTE: ENCUESTA

FIGURA 8
COHESION Y ADAPTABILIDAD DE LA EMBARAZADA



Fuente: Tabla 8

VII.- ANALISIS DE RESULTADOS

Posterior al análisis de la encuesta FACES III, en el Centro de Salud de Villa Aldama, se encontró que las embarazadas mayormente conviven en familias con funcionalidad moderada, y que tienen relación directa con la escolaridad y la edad de inicio del embarazo donde esta se da en forma mayormente no deseada o no planeada en las edades de 16 a 20 años en la que se manifestó en este estudio. ^{GRAFICA 12.}

Por otro lado se aprecia que el embarazo no deseado predomina en relación al ingreso familiar pero que en ambos grupos fluctúa en el salario mínimo.

Por lo tanto podemos concluir que la adaptabilidad de la embarazada ante este evento no es el ideal en esta villa y dado que no podemos influir directamente en la escolaridad, ni las condiciones económicas, si se espera gran influencia por parte del médico familiar en la prevención de embarazos no deseados y en edades tempranas, con el uso de los métodos de planificación familiar, a si como la promoción para planificar dichos embarazos.

VIII.- CONCLUSIONES

La funcionalidad familiar en las embarazadas se ve afectada de tal manera que el 24.4% que corresponden a 28 familias disfuncionales entre las cuales se encuentran las caóticas y rígidamente aglutinadas, y aunque la mayoría se clasifica en moderadamente funcional (75.6%) que corresponde a 87 familias^{Figura 11} estas no llegan a ser funcionales en su totalidad existiendo un alto índice para la morbilidad en los diferentes ámbitos tomando en cuenta que son el grupo vulnerable en donde mayormente se presentan las complicaciones por lo tanto; desde el punto de vista del Médico Familiar es importante identificar a las Familias que se clasifican como disfuncionales para realizar trabajos con familias y/o canalizarlos a grupos de auto-ayuda, aplicar terapia familiar para con ello contribuir a su erradicación como problema de salud pública.

Los que se encuentran dentro del rango medio son moderadamente funcionales en estos casos es conveniente la orientación adecuada y el reforzamiento de los valores dentro de la familia con la intervención del Médico Familiar para evitar que estas lleguen hacer disfuncionales.

En este estudio se encontró que el ingreso económico, la edad y la planificación familiar influye en la toma de decisiones para la planeación del embarazo por lo que se debe dirigir la prevención a grupos desde la edad escolar, mayormente secundaria.

La disfunción familiar si es un factor que puede determinar la existencia de embarazos en las adolescentes por lo que se considera de suma importancia, valorar nuevos programas dirigidos a esta población y/o la aplicación de los existentes de forma más efectiva y oportuna, lográndose también disminución de la tasa de morbilidad materno-infantil.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Network en español: verano de 1998. vo. 18. No. 4 Zambrana E, Reynaldo C, McCarraher D, et al. Impacto del Conocimiento, Actitudes y Comportamiento del Hombre acerca de la Regulación de la Fecundidad en la Vida de las Mujeres en Cochabamba
2. Huaman M. Influencia de los programas de planificación familiar en la mortalidad perinatal. Revista Colombiana de obtetricia y Ginecología 1997; 48 (2): 135-137
3. Research Triangle Park, NC: Cooperazione Internazionale and Family Health International, 1998; Camacho A, Rueda J, Ordóñez E, et al. Impacto de la Regulación de la Fecundidad sobre la Estabilidad de la Pareja, la Sexualidad y la Calidad de Vida
4. H. Olson Hamilton I McCubbin et all : Family Inventories life innovations, inc, Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales.
5. Rojas Ardila, Víctor Angel; at all: Evaluación psicosocial de las Familias por el equipo de salud. Revista Medico De Familia num.828 Art.4
6. Research Triangle Park, NC: Proyecto Integral de Salud and Family Health International, 1998
7. Irigoyen Coria A, Palomeque Ramírez M, Gómez Clavelina FJ, Gómez Carrillo E, Fernández Ortega MA, Mazón Ramírez JJ Funciones de la familia (cap. 4). En: Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ, eds. Fundamentos de medicina familiar. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1996; 33-38
8. Instituto nacional de perinatología en México. Academia Mexicana de Cirugía, Artículo: La Adolescente embarazada, un problema de salud pública. 17 sep. 2001.
9. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1993, Ginebra, pp.53-56.
10. INEGI: Indicadores sociodemográficos de México (2003-2005), cap.1 Tamaño estructura y crecimiento de la población.
11. Manual de evaluación de la calidad de atención medica. Sistema nacional de evaluación. Sistema Nacional de Salud, SSA México. 1992.
12. Modelo de atención a la salud. Revista médica del IMSS. 1994; Supl. 1, Vol. 32.

13. Martínez-González L, Reyes-Frausto s, García-Peña MC. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública México* 1996; 38:341-351.
14. OMS/OPS Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2000.
15. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición* Volumen 5 No. 3 Julio - Septiembre 2004.
16. Norma oficial Mexicana Nom-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
17. García BJ, Figueroa PJG. Características reproductivas de las adolescentes y jóvenes de México. *Salud Pública Méx.* 2001.
18. Buekens P, Hernández P, Infante C. La atención prenatal en América Latina. *Salud Pública Méx.* 2000.
19. Westley S, Mason A. Women are key players in the economies of east and southeast Asia. *Asia-Pacific Popul Pol* 1998.
20. Martínez H, Chávez A, Sosa A, Madrigal H. Método de recordatorio de 24 horas con registro de ingesta y determinación de pesos y medidas. En manual de encuestas de Dieta. H Madrigal, H Martínez Editores Instituto Nacional de Salud pública, México, 1996.
21. Camacho A, Rueda J, Ordóñez E, et al. Impacto de la Regulación de la Fecundidad sobre la Estabilidad de la Pareja, la Sexualidad y la Calidad de vida. Research Triangle Park, NC: Proyecto Integral de Salud and Family Health International, 1998.
22. Ávila-Rosas H. Evaluación del estado de nutrición. En *Nutriólogía Médica*. Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez-Lizaur AB, Arroyo P. Editores México, Editorial Panamericana. 1995.
23. Torres A, Coria II, Zambrana M, Lara R. La resolución obstétrica de las adolescentes en comparación con la de las adultas. *Gineco Obst Méx.* 1999.

X.- ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACION

FOLIO: _____

1. EMBARAZO _____
1. DESEADO (planeado) 2.NO DESEADO (no planeado)
2. EDAD _____
3. ESCOLARIDAD _____
1. ANALFABETA 2.PRIMARIA INCOMPLETA 3.PRIMARIA COMPLETA 4.SECUNDARIA INCOMPLETA
- 5.SECUNDARIA COMPLETA 6.TECNICA 7.COMERCIO 8.PREPARATORIA 9.UNIVERSIDAD
4. 5. ESTADO CIVIL _____
5. 1. SOLTERO 2.CASADO 3.VIUDO 4.DIVORCIADO 5.SEPARADO 6.UNION LIBRE
6. OCUPACION _____
1. HOGAR 2.EMPLEADO 3.OBRERO 4. COMERCIANTE 5.PROFESIONISTA 6.JUBILADO 7.NINGUNA 8.OTRA
7. RELIGIÓN _____
- 1.CATOLICA 2.EVANGELICA 3.PENTECOSTES 4.ADVENTISTA 5.BAUTISTA 6.OTROS
8. CONVIVENCIA FAMILIAR _____
- 1.CÓNYUGE E HIJOS 2.HIJOS 3.SOLO 4.HERMANOS

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III)

Nunca: (1) Casi nunca:(2) Algunas veces:(3) Casi siempre:(4) Siempre:(5)

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