



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. 61
VERACRUZ, VERACRUZ

ASOCIACION DEL NÚMERO DE GESTAS CON FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN EL EMBARAZO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. IGNACIO RUÍZ CHUPIN



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.

“ASOCIACION DEL NUMERO DE GESTAS CON FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN EL EMBARAZO”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DR. IGNACIO RUIZ CHIPIN.

AUTORIZACIONES

DRA. EDITH GUILLEN SALOMON.

COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 61 IMSS VERACRUZ, VERACRUZ

DRA. OBDULIA TEXON FERNÁNDEZ

ASESOR METODOLOGICO Y TEMATICO DE LA TESIS

DRA. ANGELICA OCHOA SOSA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61 IMSS VERACRUZ

VER.

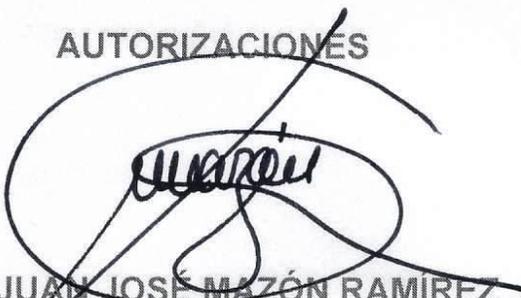
**ASOCIACION DEL NÚMERO DE GESTAS CON FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN EL EMBARAZO**

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

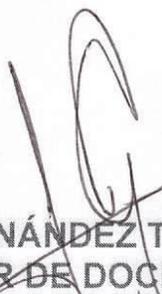
PRESENTA

DR. IGNACIO RUÍZ CHUPIN

AUTORIZACIONES

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Mazón", is written over a large, loopy scribble that also overlaps the text below.

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read "I. Hernández", is written over a large, loopy scribble that also overlaps the text below.

**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.**

AGRADECIMIENTOS:

A Dios sobre todas las cosas por permitirme haber sorteado los problemas de salud y seguir adelante porque a pesar de todas las adversidades el nunca dejo de poner mis pies en el camino correcto.

A mi familia en especial a mi madre y hermano por todo su apoyo por su comprensión no fueron momentos fáciles los que pasamos pero en este documento se plasma el gran esfuerzo de todos nosotros porque durante estos 4 años de curso, ustedes nunca dejaron de apoyarme. Y recordarme que siempre esta uno preparado para cosas mejores.

A mamá Coty donde quiera que este usted siempre fue un motor importante en mi vida una palabra de aliento una fuerza inquebrantable para seguir con mis aspiraciones y logros, no está aquí en físico para leer este documento pero; sé que donde quiera que usted este está llena de orgullo por que alcanzamos una meta más en esta bella profesión que es la medicina.

A mis profesores a los buenos, a los malos a todos lo que en este recorrido he tenido la oportunidad de conocer solo puedo darles las gracias por su paciencia, apoyo y en muchas ocasiones comprensión porque no decirlo a veces ahí cosas que nos superan... Pero a pesar de todo ustedes siempre encontraron una manera para ayudarme a seguir adelante y alentarme a no flaquear.

Hoy tengo a mi hija en una etapa final de esta especialidad. Pero ahora que ella está aquí sé que es esta meta solo es un medio para encontrar algo que a los dos nos hará falta, Gracias Coty Yocelin por llegar a mi vida y ser el motor para seguir adelante día con día. Te amo.

INDICE

1. Resumen.....	6
2. Marco Teórico	7
3. Planteamiento del problema.....	18
4. Justificación.....	20
5. Objetivo.....	21
6. Hipótesis.....	22
7. Metodología... ..	23
7.1 Tipo de estudio.....	23
7.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	23
7.3 Unidad de estudio.....	23
7.4 Tipo de muestra y tamaño de muestra.....	23
7.5 Criterios de inclusión, exclusión, eliminación.....	23
7.6 Variables a recolectar.....	23
7.7 Procedimiento para recabar información.....	24
7.8 Consideraciones Éticas.....	25
8. Resultados.....	27
9. Discusión.....	34
10. Conclusiones.....	34
11. Referencias Bibliográficas.....	35
12. Anexos.....	39

RESUMEN

Objetivos. Se determino la asociación del número de gestas con funcionalidad familiar en embarazadas.

Material y métodos. Mediante una encuesta transversal comparativa que se aplico el cuestionario sobre funcionalidad familiar a las pacientes embarazadas, formando dos grupos de comparación; de primigestas y de multigestas; con los requisitos de inclusión: adscritas a un consultorio de la Unidad, de exclusión: con trastornos psicológicos; mediante una muestra no probabilística y muestreo probabilístico se les aplico la recolección de variables como escolaridad, ocupación y estado civil; y el instrumento de evaluación denominado FACES III el cual nos da una orientación de la adaptabilidad y la cohesión familiar, y clasifica las familias según la interpretación que le da el sistema circunflejo creado por Olson. Se analizo con estadística descriptiva y con la U de Mann Whitney con significancia de $p < 0.05$.

Resultados. Fueron 48 primigestas y 75 multigestas, se observo en las primigestas la Cohesión con 37% (18) familias semirelacionadas y de las multigestas 24% (18) con una $p < 0.085$; de la Adaptabilidad se pudo observar que las primigestas presentaron 25% (12) familias caóticas y las multigestas 39% (29) con una $p < 0.056$. Y la funcionalidad familiar se mostró con disfunción moderada 35% (17) en las primigestas y en las multigestas con 45% (34) y una $p < 0.192$.

Conclusión. Se mostraron más caóticas las familias con múltiples gestas con diferencias significativas en cuento a la primigestas. Y la funcionalidad familiar con predominio de disfunción moderada en ambos grupos. Siendo más adaptables y flexibles las familias cuando son primigestas.

MARCO TEORICO

Hablamos de la constitución familiar al momento en que dos individuos se unen con la intención, explícita o implícita de realizarse como padres ⁽¹⁾

Luigi Onnis refiere a la familia como: “Un espacio donde se desarrollan los individuos; precisamente no aislados sino en interacción de tal manera que influyen y reciben la influencia, modelando su identidad y su sentido de pertenencia que luego va a trascender su ámbito social” ⁽²⁾

El grupo social en el que el individuo se desarrolla y comparte relación estrecha con otras personas a lo largo de su vida, se denomina familia que es considerado como el grupo de filiación primaria, de varios individuos que comparten una vivienda sobre la base de los lazos de parentesco ya sea por afinidad y consanguinidad y que mantienen una relación instrumental y/o afectiva.

La familia funcional es aquella en que sus miembros particularmente los hijos no presentan trastornos graves de conducta, los cónyuges no están en lucha continua en cubierta, lo que no excluye que existan sentimientos entre ellos tales como amor respeto altruismo nobleza etc. ⁽³⁾

Una familia funcional es aquella en que las fuerzas familiares se encuentran en equilibrio que progresa de crisis en crisis, y es capaz de resolverlas de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia una mayor madurez, hacia una relación cálida e independiente. La familia disfuncional es la que utiliza sus problemas como arma y no como medio de acercamiento.

Existe disfunción familiar cuando se presenta la coexistencia en una familia de relaciones patógenas, síntomas de conducta perturbadora y de conflictos profundos, en los valores expresados por los miembros de la familia.

La disfunción familiar constituye un verdadero reto para el médico, en un principio es un problema de interrelación, basta identificar que el ser humano al encontrarse solo encara un problema de relación consigo mismo y con las estructuras sociales y que se incrementa con el proceso marital ya que requiere de modificaciones adaptativas en todos los órdenes en donde si existe un problema se afecta la dinámica familiar la cual es entendida como un conjunto de fuerzas negativas y positivas que van a afectar el comportamiento de cada miembro haciendo que la familia funcione bien o mal como unidad.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere de modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales aspectos económicos sexuales y religiosos. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas. Cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vinculo de socialización. En conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo⁽⁴⁾

Se considera a la familia como una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas unidas por vínculos de matrimonio, unión libre y/o consanguinidad que viven en un mismo lugar teniendo entre sus funciones básicas la de proporcionar ayuda y normas de conducta a sus miembros.⁽⁵⁾

A partir de la década de los años sesenta, uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia se fundamentó en la denominada teoría general de sistemas esta teoría considera a un sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica donde cada elemento cumple una función con respecto al todo y su función es más que la simple suma de ellos. Así mismo la familia es un sistema compuesto por un conjunto de personas que se encuentran en interacción dinámica donde lo que acontece a uno afecta al otro y al grupo.⁽⁶⁾

Hay familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de usar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar y otras que no pueden enfrentar las crisis por sí solas y a veces pierden el control, no tienen la suficiente fuerza y manifiesta desequilibrios que condicionan cambios en el proceso de salud y enfermedad desajustes, y específicamente en el funcionamiento de la familia. ⁽⁷⁾

En la dinámica familiar influye determinante que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Existe frecuentemente dificultad de adaptación acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición de la vida de las personas ⁽⁸⁾

Se denomina normo funcional a una familia cuando es capaz de cumplir las tareas (cuidado, afecto, alimentación, reproducción, etc.) que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital que se encuentra y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. El término disfuncional se utiliza cuando una familia no puede ejercer sus funciones. ⁽⁹⁾

Afirmamos que la pareja no se forma con el matrimonio desde el punto de vista de su funcionalidad sino desde la etapa de noviazgo la cual es crucial y determinante ya que en ella se definen alianzas y afianza factores significativos. Para la pareja el análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfuncionales del subsistema conyugal. ⁽¹⁰⁾

La evaluación de la familia impone el uso de modelos con sustento teórico basados en investigaciones que los respalden y apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de esta medición. ⁽¹¹⁾

Existen diferentes instrumentos de análisis familiar: en el modelo circunflejo de los sistemas maritales y familiares, la cohesión, la adaptabilidad, y la comunicación de la familia son tres dimensiones de la conducta familiar que se evalúan. El modelo

desarrollado por Olson y sus cols., sirve como auxiliar del diagnóstico para determinar las metas específicas de la terapia familiar ⁽¹²⁾

A finales de los setentas, David Olson y sus colaboradores desarrollaron FACES (Family Adaptability and cohesión evaluation escales) un instrumento que permitió hacer operativas dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales.

El modelo circunflejo de Olson integra tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras dos se mantengan en niveles saludables. Este modelo propone que sus dos dimensiones principales presentan cuatro posibles grados o niveles. De los cuales los dos intermedios son normales o balanceados, mientras que los niveles más altos y más bajos son extremos.

La funcionalidad familiar se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultado del efecto de factores de estrés normativo y no normativo. La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad.

La cohesión se define como la unión emocional que tiene los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites alianzas, tiempo espacio, amistades toma de decisiones, intereses y recreación. Se han identificado cuatro niveles de cohesión que se caracterizan en ciertos tipos de familias en una escala cualitativa ordinal: no relacionada, semi relacionada, relacionada y aglutinada esta escala se relacionan con el nivel de cohesión, siendo el nivel más bajo el de las familias no relacionadas, y el más alto el de las familias aglutinadas las familias semi relacionadas y relacionadas tienen un nivel de cohesión intermedio.

La adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo relación de roles y normalización de la relación entre los miembros de una familia con el propósito de valorar esta dimensión se han considerado diversos conceptos con

fundamento sociológico, de estos conceptos pueden mencionarse: liderazgo (control disciplina) estilos de negociación roles, normas para la relación interpersonal y grupal etc. Debe ser concebida como el balance entre flexibilidad y estabilidad (cambio-no cambio) y la comunicación clara abierta y consistente. Al igual que la cohesión la adaptabilidad se ha clasificado en una escala cualitativa ordinal que permite identificar cuatro tipos de familias: rígida, estructurada, flexible, y caótica. El más bajo nivel de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas, el más alto a las caótica. Los niveles intermedios de esta dimensión clasifican a las familias como estructuradas o flexibles. ⁽¹³⁾

Así podemos determinar que las actitudes que se tomen de acuerdo a la función familiar con respecto a la paciente embarazada independientemente del tipo de familia que en esta intervenga su desarrollo gestacional llevara a presentar cierto grado de complicaciones y estados comorbidos que la paciente y el grupo familiar deberán de afrontar y superar.

En México ocurren anualmente alrededor de 4 millones 200 mil embarazos, de los cuales sólo llega a término el 60%, es decir, aproximadamente 2.5 millones de nacimientos al año. El restante 40% (1 millón 680 mil embarazos) terminan por abortos espontáneos o abortos inducidos. ^(14, 15)

La mortalidad materna representa la 4ª causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva; esto es, que alrededor de 4 mujeres mueren diariamente por causas asociadas al embarazo. La magnitud del problema es mayor si tomamos en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud, por cada muerte materna, alrededor de 30 mujeres quedan con lesiones irreversibles en su salud después del parto. ^(16, 17)

A pesar de que la mayor parte de las muertes maternas son prevenibles si son atendidas de manera oportuna y adecuada, sigue siendo una realidad que las acciones que se realizan para evitarlas no están siendo lo suficientemente oportunas ni de calidad. No obstante los esfuerzos y recursos destinados a ello, que la tendencia de disminución es sumamente moderada en el promedio nacional y existe una tendencia muy desigual entre los estados de la República y al interior

de éstos, mostrando algunos de ellos, incluso, un aumento de muertes maternas.^(18, 19)

La política hacia la protección de la maternidad y el abatimiento de la mortalidad materna debe incorporar cuatro aspectos fundamentales para que su resultado sea contundente, eficaz y de largo alcance; éstos son:

1. La salud sexual y reproductiva abordada desde un enfoque de derechos: la maternidad libremente escogida, gozosa, sin violencia, y atendida con calidad así como la paternidad responsable
2. El conocimiento de los aspectos socioculturales de la población.
3. La incorporación de la perspectiva de género: promover una maternidad libremente decidida y abatir los embarazos no deseados.
4. Recursos etiquetados cuya implementación sea susceptibles de ser evaluado por Gobierno y Sociedad.^(20, 21)

El objetivo para prevenir las complicaciones maternas y perinatales se basa fuertemente en la identificación de factores de riesgo estudiando a la gestante de una manera integral, es decir en sus tres aspectos: biológico, psicológico y social. Una revisión realizada por Dumbar en 1947 daba poca importancia a las complicaciones de la gestación relacionadas con aspectos psicosociales. Sin embargo en los últimos años se ha presentado un gran crecimiento de los factores de riesgo que influyen negativamente en el estudio perinatal, incluyendo factores de riesgo biopsicosociales.^(22, 23)

Estos estudios han demostrado la relación clínica entre eventos de estrés social, ansiedad y el parto prematuro, ante actitudes negativas hacia la gestación y altas tasas de mortalidad perinatal, incluyendo hemorragias e infecciones. El estrés psicosocial aumenta la posibilidad de tener un resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y 44% para complicaciones neonatales, siendo un factor crítico determinante el resultado perinatal cuando la gestante no presenta factores de riesgo biomédicos.^(24, 25)

Está comprobado cómo la hipertensión arterial inducida por la gestación y la preeclampsia son más frecuentes en gestantes sometidas a estrés psicosocial, disminuyendo por éste mecanismo la capacidad de respuesta inmunológica de la gestante, lo que se asocia con la aparición de la enfermedad. ^(26, 27)

El cuidado primario prenatal busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y Terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública, es prioritario, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. ⁽²⁸⁾

La muerte causada por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva en México y representa un indicador de la profunda desigualdad social al estar íntimamente relacionada con la pobreza, con la falta de acceso a servicios de salud, con calidad y con la existencia de obstáculos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. ⁽²⁹⁾

La muerte materna es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.

El control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros básicos como son la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo

oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna y perinatal conjuntamente con el suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) especialmente en pacientes con estados carenciales o clasificadas como de alto riesgo obstétrico.⁽³⁰⁾

Se ha implementado una Ficha para la Evaluación de Riesgo psicosocial (ansiedad y soporte familiar) con la Escala del Modelo Biopsicosociales de Atención Prenatal Se han realizado 16 investigaciones. En algunas han trabajado profesionales de C. Básicas, Médicas Nutricionistas. En los primeros estudios, exploratorios y descriptivos, se construyó una Escala de Riesgo (biopsicosocial perinatal). Esta se fue depurando, para incrementar su confiabilidad a través de replicaciones.⁽³¹⁾

Además de predecir permite realizar el tamizaje y el seguimiento de las embarazadas de alto riesgo, en 3 momentos del proceso de gestación. Después de varios estudios en Colombia, el nivel de predictibilidad de la escala (86%) fue corroborado en cuatro países de América Latina (Honduras, Argentina, Uruguay y Colombia), con más de mil quinientas embarazadas (Herrera, Cáceres y Hurtado, 1992, 1994). Paralelo a la construcción de la Escala y su validación, se fue creando y aplicando un modelo de intervención biopsicosocial para disminuir el impacto de los factores detectados. En estos estudios se encontraron diferencias altamente significativas intergrupales, en la aparición de morbimortalidad materna y perinatal, demostrando la bondad de la intervención. Los resultados de los estudios fueron publicados y presentados a comunidades científicas internacionales y nacionales.⁽³²⁾

En el ámbito nacional, se presentaron en los Congresos Colombianos de Psicología. Se participó, durante los congresos, en el Concurso Nacional de Investigación en Psicología de la Salud, ganando el primer puesto en dos ocasiones y el tercero en el último. Después, se buscó evaluar el impacto preventivo del Modelo Biopsicosocial en la incidencia de la hipertensión arterial inducida por el embarazo (HTA) y la pre-eclampsia, y evaluar los mecanismos endocrino-inmunológicos asociados con factores de estrés psicosocial.⁽³³⁾

El riesgo Biopsicosocial lo podemos evaluar utilizando el instrumento de riesgo biopsicosocial aunado con pruebas de tamizaje. ⁽³⁴⁾

En la evaluación del riesgo Biopsicosocial prenatal identifica de manera más sensible las gestantes con riesgo de complicarse y evalúa en conjunto: Historia Reproductiva, condiciones asociadas, embarazo Actual, riesgo Psicosocial (Tensión emocional, Humor depresivo), Soporte Familiar. Si el riesgo biopsicosocial es alto se está identificando 75% de gestantes con mayor riesgo de complicación, en especial pacientes con riesgo de preeclampsia (RR: 8.2) y bajo peso al nacer (VPP: 54.2%). El Stress psicosocial aumenta posibilidad de resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y un 44% para complicaciones neonatales, siendo un factor crítico determinante del resultado perinatal cuando las embarazadas no presentan factores de riesgo biomédicos. ^(35, 36)

Se han realizado diversos estudios dada la importancia de la identificación de factores de riesgo maternos y perinatales, algunos de los cuales son:

El realizado en Guadalajara Jalisco, México donde sus objetivos fueron: identificar los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y perinatales que se relacionan con más frecuencia con muerte fetal en embarazos de más de 27 semanas. ⁽³⁷⁾

De estos factores de riesgo estudiados se relacionaron con muerte fetal: edad mayor de 35 años, baja escolaridad, multiparidad, antecedente de aborto y de muerte fetal, atención prenatal deficiente, complicaciones en el embarazo, líquido amniótico anormal, doble circular de cordón umbilical al cuello del producto y malformaciones congénitas mayores en el recién nacido. ⁽³⁸⁾

Otro estudio es el realizado en México, DF, cuyo objetivo es observar el comportamiento de la mortalidad materna e identificar factores contribuyentes en 1998 y 1999. Los datos se obtuvieron de los certificados de defunción; incluyen 126 muertes maternas en 1998 y 110 en 1999 con tasa por 100,000 nacidos vivos de 69.3 y 60.7. Tenía 35 años o más 20%; el 10% eran adolescentes. La mayor

parte ocurrió en hospitales que atienden población abierta; 70% tenía escolaridad mínima de secundaria. La tasa mayor se observó en las jurisdicciones sanitarias Gustavo A. Madero, Magdalena Contreras e Iztacalco. Las muertes obstétricas directas ocupan el primer lugar con 82.72% en 1999 y la enfermedad vascular hipertensiva es causa de un poco más de la mitad de las muertes. ⁽³⁹⁾

Se realizó otro estudio monográfico para identificar los factores de riesgo obstétricos, maternos y perinatales, asociados en la adolescencia precoz, en el HBCR en el período de Enero a Diciembre del 2,000, concluyendo que existe cierto nivel de educación que es 4.75 veces más frecuente en la adolescencia precoz que en las mujeres adultas. La falta de control prenatal es 1.73 veces más frecuente en las adolescentes. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) fue 6.6 veces más frecuentes en las adolescentes que en las adultas, el asma fue 6.5 veces más frecuente en los casos que en los controles. La adolescencia precoz resulto ser un factor protector en este estudio con un bajo porcentaje 28% para la IVU y 36% para la anemia. Los hábitos maternos tóxicos fueron 4.73 veces más frecuente en la adolescencia precoz. El parto prematuro fue un factor de riesgo que esta 3,21 veces más frecuente en la adolescencia precoz. ⁽⁴⁰⁾

Otro estudio realizado en Asia pretendió lo siguiente: Describir el nivel de predicción de las complicaciones obstétricas y perinatales mediante la evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal (RBP) durante el control prenatal en mujeres asiáticas. Durante el 2002 se evaluaron en Shanghai, China y Dhaka, Bangladesh 565 primigrávidas sanas con evaluaciones periódicas del RBP (primera: semana 14-27, segunda: semana 28-32, tercera: semana 33-42) con evaluación prospectiva del resultado materno y perinatal. Se concluyó que la evaluación del riesgo biopsicosocial prenatal fue clínicamente válida para predecir complicaciones obstétricas, parto prematuro y bajo peso al nacer en los países asiáticos comparable a los resultados en Latino-América. ⁽⁴¹⁾

Un estudio prospectivo doble-ciego fue realizado para comparar las sensibilidades y especificidades de una escala de riesgo biomédico (ERB) y una escala de riesgo biopsicosocial (ERBS) con respecto a complicaciones perinatales. 979 mujeres

embarazadas quienes asistían a control prenatal en nueve centros de salud de Argentina, Colombia, Honduras y Uruguay, completaron su evaluación de la ERB y ERBS con evaluación posterior de su resultado perinatal. La evaluación biopsicosocial aumentó significativamente ($p < 0.001$) la sensibilidad del instrumento, lo cual es importante en la identificación de mujeres embarazadas a riesgo de desarrollar complicaciones perinatales. ⁽⁴²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El impacto médico, social y familiar que tiene el fallecimiento de una mujer, durante o posterior al embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” ha sido la motivación primaria para que el estudio de mortalidad materna (MM) se considere, en el mundo, desde hace muchos años, como uno de los indicadores más adecuados para evaluar la calidad en la prestación de servicios de salud en su forma más integral.

La tasa de mortalidad materna por 100 mil nacimientos para el año de 1990 fue de 90.4, mostrando una tendencia al descenso de 55.8 para el año 2007, con una variación de -38.3%.

El objetivo general de la detección del riesgo prenatal en la funcionalidad familiar en su adaptabilidad y cohesión es aplicar a todas las embarazadas el modelo desarrollado con el propósito de disminuir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal en el país, así como ver favorecidas las funciones familiares para dicho evento que debe de ser parte crucial en la función familiar como un evento normativo..

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, y en explicito para la presencia de los familiares y su apoyo entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos como la falta de dichos aspectos familiares que resultan crucial para el adecuado estado de la paciente gravídica.

El presente estudio tiene el objetivo de identificar la cohesión y adaptabilidad familiar en la gestante y su entorno que puedan afectar el transcurso normal del

embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. *Así mismo* detectar e intervenir sobre los determinantes psicosociales de la salud durante la gestación, priorizando acciones en salud y contribuyendo a la reducción de los riesgos que acompañan a un niño o niña al nacer.

El objetivo para prevenir las complicaciones maternas y perinatales se basa fuertemente en la identificación de factores de riesgo estudiando a la gestante de una manera integral, es decir en sus tres aspectos: biológico, psicológico y social. De ahí el interés por este estudio en el que se pretende identificar además de los factores biológicos, factores psicosociales que alteren el curso del embarazo y a la familia como tal.

La finalidad de la evaluación de la adaptabilidad y cohesión en la embarazada es identificar de manera más sensible las gestantes con riesgo de complicarse con esta interrogante:

¿CUAL ES LA ASOCIACIÓN DEL NUMERO DE GESTAS CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS?

JUSTIFICACION.

Mediante este estudio se pretende llegar a la conclusión de las características propias de la población; y como su entorno afecta al desarrollo familiar en particular a la adaptabilidad y cohesión ante un evento normativo en su interacción familiar y se encuentra jugando un papel importante en el estado gravídico de la paciente, así mismo como en estudios realizados se pretende determinar que dicha funcionalidad familiar es mejor en las primigestas que en las multigestas. Sabemos que en la actualidad la mayoría de las familias requieren de un salario mejor remunerado para un mejor nivel de vida psicosocial-económico, para su desenvolvimiento en los medios que nos exige la sociedad en la actualidad y esto influye en dichos procesos familiares. Motivo por el cual en ocasiones los dos padres se ven en la necesidad de tener un trabajo integro para que con este se provea de las necesidades básicas de la familia. Y en cuanto al apoyo familiar para el desenvolvimiento del estado gestante de las pacientes embarazadas, incluyéndose incluso hasta los abuelos del producto.

El estudio pretende determinar la calidad y frecuencia con la que las pacientes en estado gestante acuden al servicio de consulta externa de medicina familiar y cuántas de ellas realmente cuentan con el apoyo total de los miembros de la familia y cursan disfunción familiar de acuerdo a las diferencias de ser su primer evento gestante o en el caso de que se haya realizado una adaptación con respecto un evento normativo como lo es un estado gestante a diferencia de ser el primero o subsecuentes siendo esta la principal causa de necesidades de atención de la misma y que se ve determinada por la falta de adaptabilidad y cohesión familiar durante el embarazo; para así aterrizar en el proceso de salud enfermedad de las complicaciones ya que como se ha comentado en el marco teórico se sabe que la mayoría de las mismas tienen como base fundamental estados de estrés psicosocial y económico que en la mayoría de las pacientes observamos en nuestra consulta en la unidad.

Concluyendo que en su defecto este tipo de complicaciones generan recursos de envío por parte del servicio de salud y traslado para su atención integral de la paciente y sus complicaciones, ya que es una prioridad para los servicios de salud en todo el país tener en resguardo y protección del completo estado de bienestar del binomio madre e hijo. Y debido a que por la situación demográfica de la ubicación de la localidad se tiene que hacer uso de los recursos institucionales para manejar la mayor parte de complicaciones del estado gravídico.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:

DETERMINAR LA ASOCIACION DEL NÚMERO DE GESTAS CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- DETERMINAR LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS DISTINTAS FAMILIAS CON MUJERES EMBARAZADAS EN EL UNIVERSO DE TRABAJO

- DETERMINAR LA FRECUENCIA DE ADAPTABILIDAD Y COHESION DURANTE EL EMBARAZO.

- DETERMINAR LA FRECUENCIA Y EXISTENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO.

- CLASIFICAR A LAS EMBARAZADAS EN PRIMIGESTAS Y MILTIGESTAS SEGÚN EL NUMERO DE EMBARAZOS.

HIPOTESIS

Hipótesis alterna

La funcionalidad familiar tanto en primigestas y en multigestas muestran diferencias significativas.

Hipótesis nula

La funcionalidad familiar tanto en primigestas y en multigestas no muestran diferencias significativas.

METODOLOGIA

Tipo de estudio. Observacional, prolectivo, transversal y analítico.

Población, lugar y tiempo de estudio. El estudio se realizará en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual será una unidad de primer nivel de atención, cuya afluencia es la población derechohabiente a dicho instituto.

Unidad de estudio. Unidad de Medicina Familiar Número 61 en Veracruz, Ver.

Tipo de muestra y tamaño de muestra. Se realizara un muestreo probabilístico por azar simple, tomando como base muestral del censo nominal de las embarazadas de la unidad médica y una muestra no probabilística.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Embarazadas derechohabientes del instituto Mexicano del Seguro Social
- Edad: indistinta
- Cualquier edad gestacional

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Que no acepten participar

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que no cumplan con el 80% de respuestas a los cuestionarios.

Variables a recolectar:

-Sociodemograficas: Cuantitativas: edad, semanas de gestación en las multigestas número de gestaciones. Cualitativas: Escolaridad. Ocupación y Estado Civil. Y las independientes: Cohesión y Adaptabilidad familiar.

Procedimiento para recabar información.

Se solicito autorización al Director Médico de la Unidad para aplicar el cuestionario sobre funcionalidad familiar a las pacientes embarazadas adscritas al turno matutino y vespertino de la consulta externa de medicina familiar, se buscaron pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión de este estudio de investigación previa información dada al paciente y se realizo el consentimiento informado (Anexo 1) siempre y cuando estos aceptaron que se les aplicara la recolección de variables (Anexo 2) y el instrumento de evaluación denominado FACES III (Anexo 2), el cual nos dio una orientación de la adaptabilidad y la cohesión familiar, para ello designo preguntas nones para la cohesión y pares para la adaptabilidad, y clasifíco las familias según la interpretación que le da el sistema circunflejo creado por Olson:

COHESION				
Cohesión / Adaptabilidad	No Relacionada 10 a 34	Semi-Relacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
Caótica 29 a 50	Caóticamente No Relacionada	Caóticamente Semirrelacionada	Caóticamente Relacionada	Caóticamente Aglutinada
Flexible 25 a 28	Flexiblemente No Relacionada	Flexiblemente Semirrelacionada	Flexiblemente Relacionada	Flexiblemente Aglutinada
Estructurada 20 a 24	Estructuralmente No Relacionada	Estructuralmente Semirrelacionada	Estructuralmente Relacionada	Estructuralmente Aglutinada
Rígida 10 a 19	Rígidamente No Relacionada	Rígidamente Semirrelacionada	Rígidamente Relacionada	Rígidamente Aglutinada
Familias con disfunción severa (oscuro). EXTREMAS Familias con disfunción moderada (claro). RANGO MEDIO Familias funcionales (blanco). BALANCEADAS				

Consideraciones éticas

El presente protocolo de estudio se lleva a cabo conforme los aspectos éticos que rigen toda investigación, teniendo como principal exponente a la Declaración de Helsinki, que fue adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial (Helsinki, Finlandia) en 1964 y revisada por la XIX Asamblea Mundial (Tokio, Japón) en 1975.

El Código Internacional de Ética Médica declara: cualquier acto o consejo que pueda debilitar la resistencia física o moral de un ser humano, puede utilizarse sólo en su beneficio.

BASE LEGAL

- Ley General de Salud.
- Declaración de Helsinki
- Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de la Investigación para la Salud.
- Reglamento de Seguridad y Coordinación en Materia de Investigación para la Salud en la UNAM.
- Reglamento Interior de la Facultad de Medicina.
- Acuerdo por el que se crea la Comisión de Investigación de la Facultad de Medicina.
- Normas Oficiales Mexicanas aplicables en la materia.

Este trabajo se apega a las leyes nacionales y a los lineamientos generales para la realización de proyectos de investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que entre algunos de sus principios señala: Toda investigación realizada

en el Instituto Mexicano del Seguro Social, debe poner de manifiesto un profundo respeto hacia la vida, la persona, la seguridad y todos los derechos de quien participen en ella.

Esta investigación estuvo regida por las normas institucionales en la materia, por la Ley General de Salud y por las declaraciones internacionales sobre investigaciones en seres humanos.

Para la realización nuestro estudio, se solicito consentimiento informado por escrito de los pacientes para responder los cuestionarios y los instrumentos de validez, así como para la revisión del expediente electrónico. Se explicaron a los pacientes los objetivos del estudio, y que su participación fue de manera voluntaria y confidencial; así mismo se explico que no habría peligro alguno en esta investigación.

Se informó ampliamente que no habría riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de la participación en el estudio, que son los siguientes: identificar la funcionalidad familiar en las pacientes embarazadas según su número de gestas. El investigador principal se comprometió a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que el paciente planteo acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El paciente conservo el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considero conveniente, sin que ello afectara la atención médica que recibe en el instituto.

RESULTADOS

Los pacientes de este estudio correspondieron a 48 pacientes primigestas y 75 multigestas, con promedio de edad de 23 ± 5 años en las primigestas y una evolución de 34 ± 8 semanas de gestación; y en las multigestas con promedio de edad de 27 ± 5 años y de 32 ± 9 semanas de gestación con dos embarazos en el 72% (54) de ellas como se ilustra en la grafica 1.

Dentro de las características sociodemograficas se muestra el estado civil de las primigestas con 65% (11) casadas y de las multigestas 64% (48) casadas; la escolaridad 48% (2) cursaban el bachillerato de las primigestas y con 32% (24) de las multigestas. La ocupación con en el hogar 48% (23) de las primigestas y de 52% (39) en multigestas. El resto se puede observar en el Cuadro I.

De las características de la dinámica familiar en estos grupos se observo en las primigestas la Cohesión con 53% (9) familias semirelacionadas y de las multigestas 21% (6) con una $p < 0.103$; de la Adaptabilidad se pudo observar que las primigestas presentaron 12% (2) familias caóticas y las multigestas 43% (12) con una $p < 0.015$. Y la funcionalidad familiar según el circulo de Olson se mostro con 47% (8) familias balanceadas en las primigestas y en las multigestas con 32% (9) y una $p < 0.319$.

CUADRO I**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE LAS GESTANTES DEL ESTUDIO**

CARACTERISTICAS	PRIMIGESTAS n= 48	MULTIGESTAS n= 75
ESTADO CIVIL		
SEPARADO	4% (2)	3% (2)
CASADO	65% (31)	64% (48)
UNION LIBRE	27 % (13)	33% (25)
SOLTERA	4% (2)	0%
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	0%	3% (2)
SECUNDARIA	19% (9)	24% (18)
BACHILLERATO	48% (23)	32% (24)
LICENCIATURA	31% (15)	40% (30)
POSGRADO	2% (1)	1% (1)
OCUPACION		
HOGAR	48% (23)	52% (39)
EMPLEADO	19% (9)	25% (19)
ESTUDIANTE	15% (7)	5% (4)
PROFESIONISTA	15% (7)	15% (11)
JUBILADO	3% (2)	3% (2)

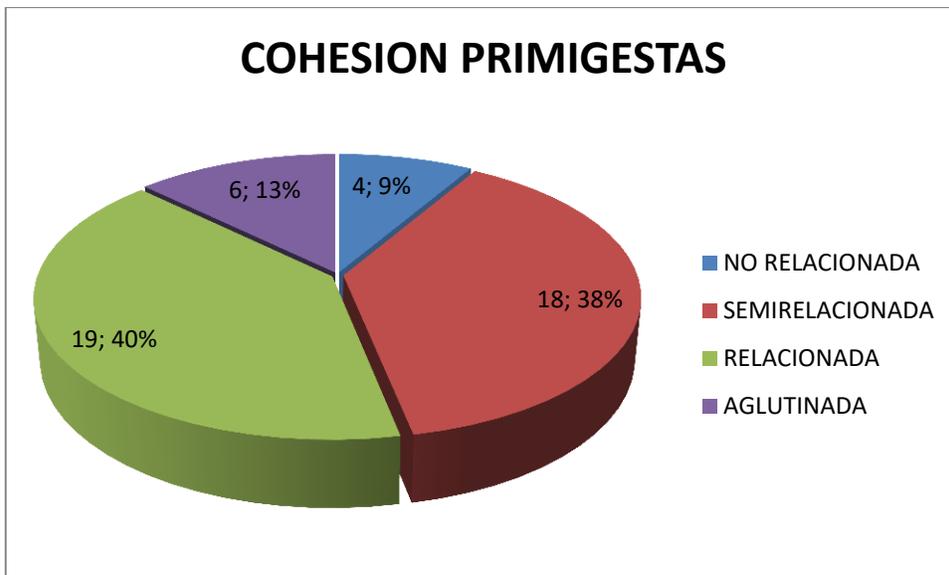
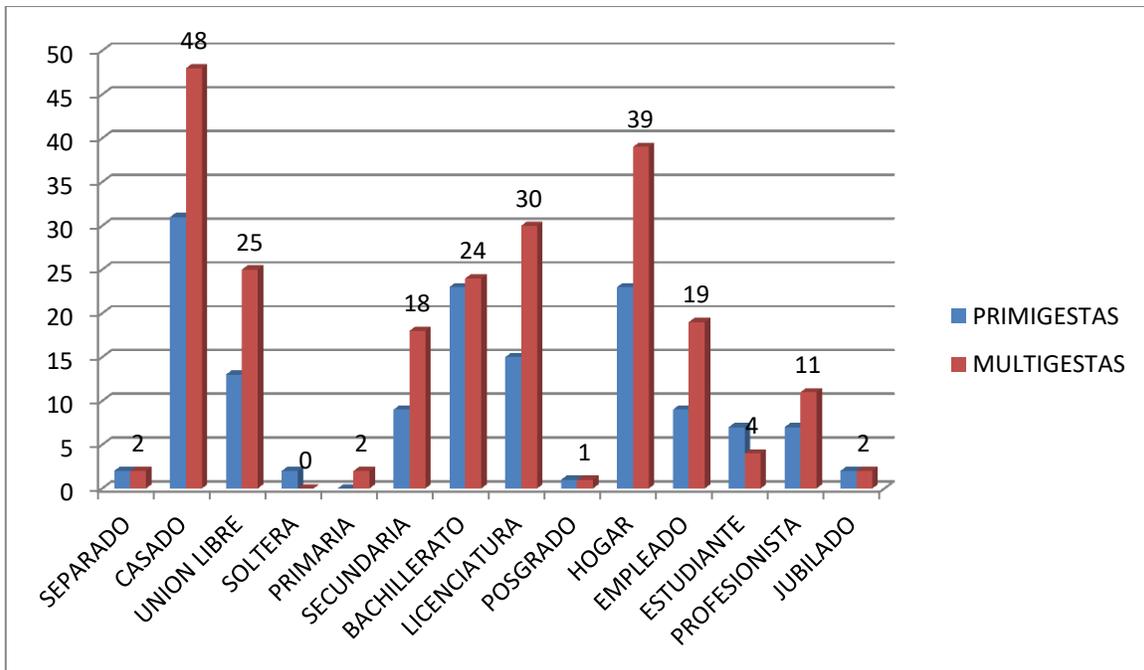
CUADRO II**CARACTERÍSTICAS DE LA DINAMICA
FAMILIAR DE LAS GESTANTES DEL ESTUDIO**

CARACTERISTICAS	PRIMIGESTA n= 48	MULTIGESTA n= 75	p*
COHESION			<0.085
NO RELACIONADA	10% (4)	9% (7)	
SEMIRELACIONADA	38% (18)	24% (18)	
RELACIONADA	40% (19)	43% (32)	
AGLUTINADA	12% (6)	24% (18)	
ADAPTABILIDAD			<0.056
RIGIDA	19% (9)	9% (7)	
ESTRUCTURADA	29% (14)	21% (16)	
FLEXIBLE	27% (13)	31% (23)	
CAOTICA	25% (12)	39% (29)	
FUNCIONALIDAD**			<0.192
EXTREMAS	21% (10)	24% (18)	
MODERADAS	35% (17)	45% (34)	
BALANCEADAS	44% (21)	31% (23)	

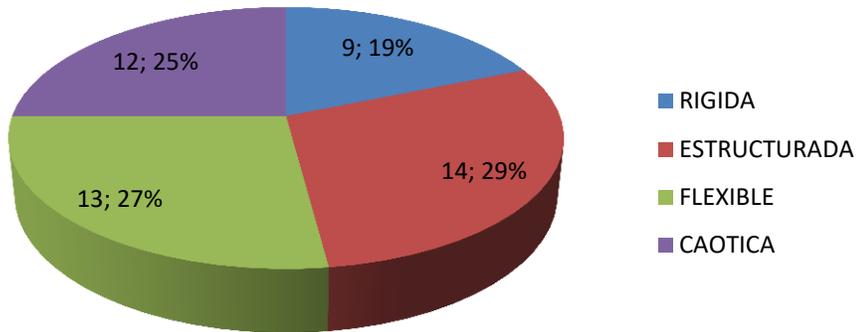
*U de Mann Whitney

**Según Círculo de Olson

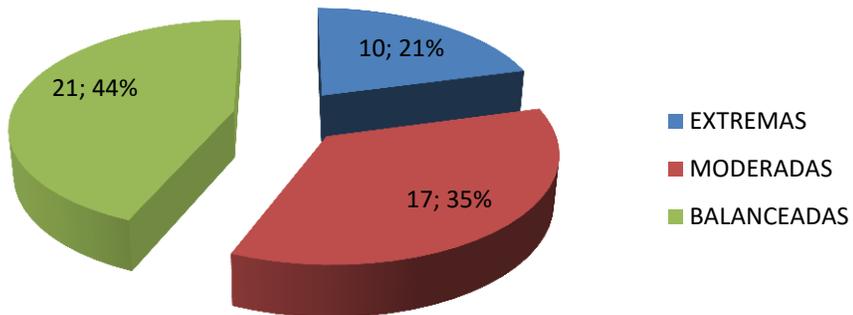
GRAFICOS



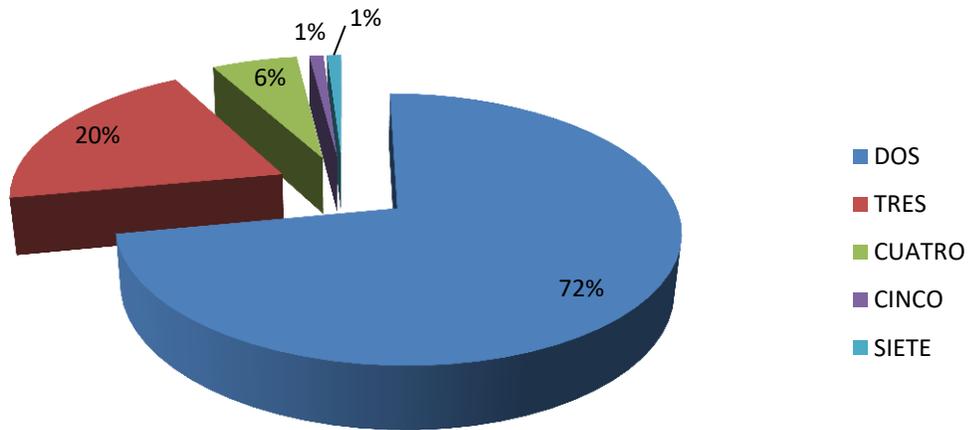
ADAPTABILIDAD PRIMIGESTAS



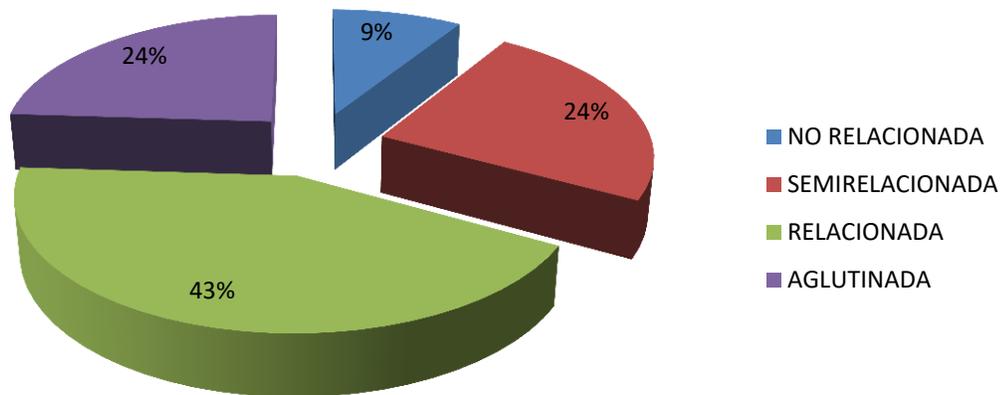
FUNCIONALIDAD EN PRIMIGESTAS



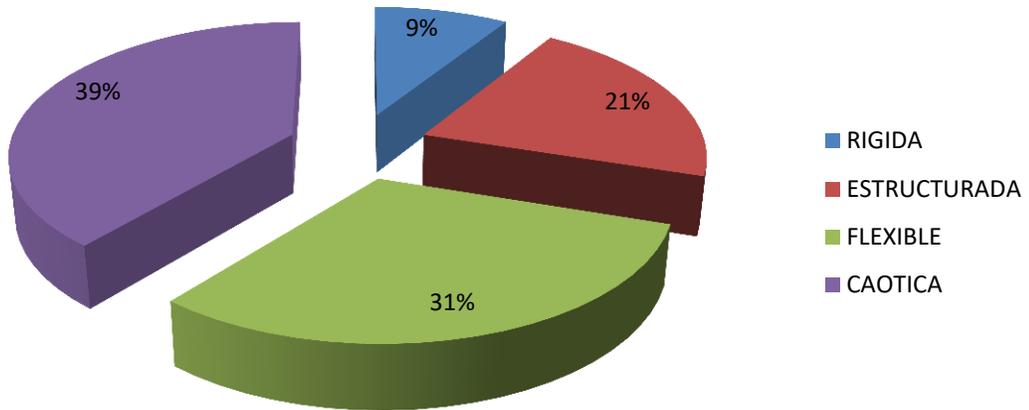
PORCENTAJE DE GESTACIONES EN MULTIGESTAS



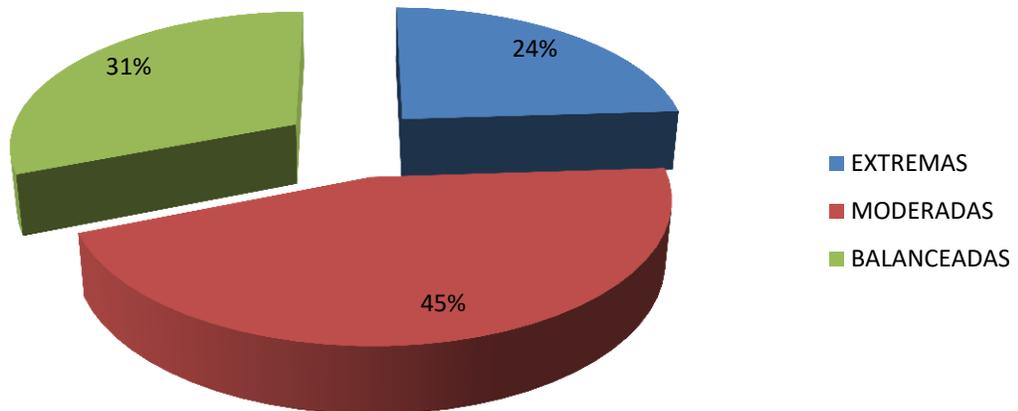
COHESION EN MULTIGESTAS



ADAPTABILIDAD EN MULTIGESTAS



FUNCIONALIDAD EN MULTIGESTAS



DISCUSION

En este estudio se presentaron 123 embarazadas con edad promedio de 26 años, en ambos grupos tanto de multigestas como de primigestas, no se mostro ninguna paciente añosa, para controlar lo más posible las variables de confusión, Condon y Corkindale, llevaron a cabo un estudio en el que evidenciaron que las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social fuera de su relación de pareja (43), como en nuestro estudio donde el 8% (4), de las primigestas se hallaban sin pareja y el 50% mostraron familias semirelacionadas o no relacionadas, lo que apoya un nivel de ansiedad que puede influir en la familia por parte de estas gestantes. En estudios efectuados en Latinoamérica se observo que las mujeres casadas tienen una frecuencia de 76% de disfunción familiar; las solteras tienen 11 % de Disfunción familiar, las mujeres con unión estable tienen 11% de Disfunción familiar (44); que en nuestro estudio en las multigestas tienen 31% de relaciones estables y mayor disfunción familiar que las solteras que difiere al estudio anterior aunque no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la funcionalidad familiar; sin embargo si se presentó diferencias significativas en cuanto a la adaptabilidad de la familia siendo más caóticas las multigestas que las primigestas.

Conclusión. En este estudio se mostraron más caóticas las familias con multigestas con diferencias significativas. Y la funcionalidad familiar con predominio de disfunción moderada en ambos grupos.

BIBLIOGRAFIA

1. Linares Juan Luis, identidad y narrativa Paidós terapia familiar 1997; 6:74.
2. Onnis Luigi La palabra del cuerpo, Psicósomática y perspectiva sistémica Herder Barcelona 1997.
3. Bellak AS. Versen M métodos de investigación en psicología clínica Bilbao Desclee de Broker 1989.
4. Velasco Orellana R. Chaves Aguilar V. La disfunción familiar un reto diagnóstico terapéutica. Rev. Med IMSS 1994; 32:271-175.
5. Ponce-roas ER, Gomez Clavelina Fj. Irigoyen-Coria A. Terapn- Trillo MF Fernández Ortega MA. Perfil de la estructura familiar en una zona urbana de tlalpan Mex. Arch Med Fam. 1999;1:67-72.
6. Huerta Martinez, Valadez Rivas, Sanchez Escobar. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de Med. Fa. DellSSSTE, Cd México Arch Med Fam 2001;3:95-98.
7. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med FAM 2005;7:15-19.
8. Rodríguez Abrego G. Rodríguez Abrego I. disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Red Med IMSS 2004;42:97-102.
9. Méndez López DM. Gomes López BM. García Ruiz ME. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Reb. Med IMSS 2004;42:281-284.
10. Chavez Aguilar, Velasco Orellana. Disfunciones familiares del subsistema conyugal criterios para su evaluación. Rev Med IMSS 1994; 32:39-42.
11. Ortiz Gomez, Jiménez Cangas, silva Ayzguer. Métodos de investigación diversos en la salud familiar. Reb Cub Med Gen integ 1999; 15;151-155.
12. Ponce Rosas, Gomez Clavelina, Irigoyen Coria. Análisis de la confiabilidad de FACES III. Aten Prim 1999; 23:479-484.
13. Gomez Clavlina FACESIII. Alcances y limitación atención familiar. Rev Fac Med UNAM 2002:45
14. Bases de defunciones 1990, INEGI-SS; SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y CONAPO, 2005-2030.
15. Castro R.L. Campero, B. Hernández, and A. Langer, "A Study on Maternal Mortality in Mexico Through a Qualitative Approach". Journal of Women's

Health & Gender-Based Medicine, Volume 9, Number 6, 2000 Mary Ann Liebert, Inc.

16. Ley General de Salud, México Título Segundo, Art. 13-60 y 81-82.
17. Normas de procedimientos de Ginecología y Obstetricia. 2002 Instituto Nacional de Perinatología.
18. CEPAL, Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América.
19. Herrera JA. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Trazo Ed. 1997. Bogotá. 1ª Ed.
20. SECRETARÍA DE SALUD (SSA); "Informe de Salud México 2001".
21. SECRETARÍA DE SALUD (SSA), "Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida", Defunciones en hospitales públicos según población; ED. SSA.
22. SECRETARÍA DE SALUD (SSA); "Programa Nacional de Salud 2001-2006";
23. Alvarado, R, Perucca, E, Neves, E, Rojas, M, Monardes, J, Olea, E, Vera A. (1993). Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. 58, 135-141.
24. Herrera J.A, Alvarado J, Martínez JE. The psychosocial environment and the cellular immunity in the pregnant patient. Stress Med 1998; 4: 49-57
25. Alvarado, R., Medina, L., y Aranda, W. (1996) . Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revista de Psiquiatría. 13 , 30-41.
26. 2005 Cuidados de enfermería durante la gestación y el parto de bajo riesgo. 38-40
27. Herrera J. A. Alvarado JP, Restrepo W. riesgo psicosocial prenatal y preeclampsia. Atención primaria 1995; 16: 552-555.
28. Herrera JA, Salmerón B, Hurtado H. The biopsychosocial risk assessment and the low birthweight. Soc Sci Med 1997; 44: 1107-1114.
29. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (OMS); Estimaciones de Mortalidad Materna: Un Nuevo Acercamiento entre la OMS y UNICEF, en Informe sobre Salud en el Mundo 2002.

30. Herrera M. Mortalidad materna en el mundo. Rev. chil. obstet. ginecol. 2003, vol.68, no.6 [citado 04 Marzo 2008], p.536-543.
31. Herrera JA. Resultados aplicación del modelo biopsicosocial en Colombia. En Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal en Colombia. 2ª ed. Bogotá: Ministerio de Salud-Universidad del Valle, 2000. Pp. 169-172.
32. Herrera J. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna en Colombia. 2ª edición, Universidad del Valle, 2001, Cali. Colomb Med, 2002;33:21-25
33. Herrera JA, Hurtado H, Cáceres D. Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. Fam Pract Res J 1992; 12: 391-399.
34. Vol. 37 N° 2 (Supl 1), 2006 (Abril-Junio) 2006 *Corporación Editora Médica del Valle Colomb Med 2006; 37 (Supl 1): 6-14*
35. Alvarado, R., Medina, L., y Aranda, W. (1996) . Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revista de Psiquiatría. 13 , 30-41.
36. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico.
37. Atención Prenatal y del parto de bajo riesgo. Shwarcz R. Díaz A.G. Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano, Organización panamericana de la salud. OMS.
38. J. Guadalupe Pandura Barón, Ma. Dolores Vázquez Granados, J. Jesús Pérez molina, Juan francisco castro Hernández. Factores de riesgo prenatal en la muerte fetal tardía. Ginecol Obstet Méx 2006; 74(11) : 573-579
39. Acad. Dr. Raúl B López-García,* Dr. J Miguel Anaya-González* Mortalidad materna en México, Distrito Federal con base en el estudio de los certificados de defunción 1998-1999. Cir Ciruj 2002; 70(1) : 44-49
40. Roberto Ramón Montenegro, Dr. Francisco Luis Rodríguez Morales. Factores de riesgo asociados a Mortalidad Perinatal en adolescentes en el

Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Julio del 2000 a Junio del 2002.

41. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Vol. 37 N° 2 (Supl 1), 2006 (Abril-Junio)
42. Herrera, Julian; Cáceres, Delsy; Hurtado, Hugo. Aplicación de un modelo biopsicosocial en la predicción de complicaciones perinatales / Application of a biopsychosocial model to predict perinatal complications. Med. fam. (B.Aires);6(3-4):42-6, dic. 1994. tab.
43. A.I. Sánchez, M.P. Bermúdez y G. Buena-Casal Universidad de Granada (Spain).” Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo” .Rev.Electrónica de motivación y emoción, volumen: 2 número: 2-3.
44. Beatriz Pimentel Sarzur. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la c. n. s , la Paz- Bolivia. Rev Paceaña Med Fam 2007; 4(5): 15-19.



**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:	"Asociación del numero de gestas con funcionalidad familiar en embarazadas"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMF 61 VERACRUZ, VERCARUZ
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La existencia de disfunción familiar en un embarazo subsecuente al del primogenito
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario FACES III, APGAR y Recolección de variables socio demográficas
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Valoración del estado de funcionalidad familiar y modificación de conductas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	No se obligara a ningún paciente a participar en el mismo
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá total hermetismo de los resultados recabados y discreción del individuo

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

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

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable: _____

Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2 APGAR FAMILIAR:

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

FECHA:

ESTADO CIVIL:

CIUDAD DONDE HABITA:

CIUDAD DONDE ESTUDIA:

Concepto	Casi siempre (2 puntos)	Algunas veces (1 punto)	Casi nunca (0 puntos)
ADAPTABILIDAD 1.- ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tienen algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
PARTICIPACIÓN 2.- ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
CRECIMIENTO 3.- ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en sus estilos de vida?			
AFECTO 4.- ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos ya sean de bienestar o malestar?			
RESOLUCIÓN 5.- ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
TOTAL			
INTERPRETACIÓN			
0 – 3 Disfunción grave			
4 – 6 Disfunción moderada			
7 – 10 Familia funcional			

Comentario: _____

Anexo 3

Describe su familia.

FACES III

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

1	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 mas unidos con nosotros que con personas que no son de nuestra familia
	8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas
	9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
	10	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 difícil decir quien hace las labores del hogar

ANEXO 4

RECOLECCION DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Ficha clínica:

Nombre: _____

Afiliación: _____ Unidad de Adscripción: _____

Consultorio: _____ Turno: _____ Sexo: _____ Edad: _____

3.- OCUPACION:

Hogar: _____

Obrero: _____

Empleado: _____

Estudiante: _____

Profesionista: _____

Jubilado _____

Maestro: _____

4.- ESCOLARIDAD

Primaria: _____

Secundaria: _____

Preparatoria: _____

Profesional: _____

Postgrado: _____

5. ESTADO CIVIL

Separados _____

Casados _____

Unión libre _____

Divorciados _____

Viudos _____

6.- EVOLUCION GESTACIONAL____ SEMANAS