

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

**MAPAS FAMILIARES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN USUARIAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION
FAMILIAR**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. MARIA DE LOURDES FERRA ESTRADA

ASESORA
DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS



MEXICO, D.F.

AGOSTO DEL 2000

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

ASESOR METODOLOGICO:

Yolanda Estela Valencia Islas

DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR.
U.M.F. No 20 2VALLEJO"

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: FERRA ESTRADA MARIA
DE LOJRNDES

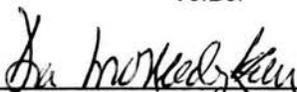
FECHA: 27-09-04

FIRMA: 

Yo.Bo.

DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE
ESPECIALIZACION DE MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No. 20 "VALLEJO"
DELEGACION 1 NOROESTE. D.F. IMSS

Vo.Bo.



DRA. MARTHA OLIVIA HERNANDEZ KELLY
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE
ESPECIALIZACION DE MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No. 20 "VALLEJO"
DELEGACION 1 NOROESTE D.F. IMSS.

AGRADEZCO

A TI MI DIOS:

POR DARME LA VIDA Y ACOMPAÑARME EN
CADA INSTANTE DE MI EXISTENCIA.

A LA DRA:

YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS.

POR EL APOYO Y LA CONFIANZA
QUE ME DIO SIEMPRE.

A MIS PADRES:

HONORATO ALEJANDRO FERRA ACUÑA.
IRENE ESTRADA GARCIA.

POR SU GRAN AYUDA SIN LA CUAL NO HUBIERA
SIDO POSIBLE ALCANZAR LA META ANHELADA,
SIENDO LA HERENCIA MÁS GRANDE QUE ME
PUDIERAN OTORGAR.

GRACIAS.

A MIS HERMANAS:

POR EL GRAN APOYO OTORGADO
DURANTE ESTA Y TODAS MIS METAS.

A TI MI GRAN AMOR:

ROSENDO MORALES ARCE
POR ESTIMULARME Y APOYARME
SIEMPRE Y EN TODO MOMENTO.

A TI MI HIJA:

DULCE LOURDES MORALES FERRA,
QUE CON TU SONRISA, Y PRESENCIA ME
IMPULSASTE A SEGUIR ADELANTE Y QUE
PARA MI FORMACION SUFRISTE EN
MUCHAS OCACIONES MI AUSENCIA
ESPERANDO ALEGRE MI REGRESO,
PERMANECIENDO SIEMPRE INALTERADO
TU CARÍÑO Y AMOR.

A LOS DOCTORES:

YOLANDA, JUAN Y MARTHA.

POR LOS CONOCIMIENTOS QUE ME
IMPARTIERON, PARA LOGRAR LA
SUPERACIÓN PROFESIONAL.

A MIS AMIGOS DE LA ESPECIALIDAD:

EDITH, BRENDA, BLANCA, SILVIA, ROCIO,
JAVIER, JUAN, ANDRES Y JORGE.

POR LOS MOMENTOS QUE COMPARTIMOS
JUNTOS Y EL APOYO INCONDICIONAL QUE
ME BRINDARON SIEMPRE.

A LA DRA. CARMEN AGUIRRE.

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
EGRESADO DE LA U.M.F. No.20 DEL IMSS.

POR SU COLABORACION EN LA REALIZACIÓN DE
ESTA TESIS Y POR SER MI COMPAÑERA DE LA
ESPECIALIDAD.

ÍNDICE

OBJETIVOS	10
JUSTIFICACION	11
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
MATERIAL Y METODOS	22
PRESENTACION DE RESULTADOS	25
TABLAS Y GRAFICAS	32
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	48
CONCLUSIONES	54
COMENTARIO	56
RESUMEN	57
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	67

TITULO

MAPAS FAMILIARES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA U.M.F. No. 20 DEL IMSS DELEGACION 1 NOROESTE DEL D.F. 2000.

OBJETIVO GENERAL:

Describir los Mapas familiares y la Funcionalidad familiar, en familias derechohabientes del Programa de Planificación Familiar de la Unidad de Medicina Familiar no. 20 del IMSS

OBJETIVOS PARTICULARES:

1.-Identificar el ciclo de vida familiar, en las familias derechohabientes del Programa de Planificación Familiar de la UMF No. 20 del IMSS.

2.-Identificar los niveles de jerarquía, en las familias derechohabientes del Programa de Planificación Familiar a de la UMF No. 20 del IMS

3.-Describir las fronteras externas, en las familias derechohabientes del Programa de Planificación Familiar de la UMF No 20 del IMSS.

4.-Describir las fronteras entre los subsistemas y entre los individuos, en las familias derechohabientes del Programa de Planificación Familiar de la UMF No. 20 del IMSS.

5.-Describir el equilibrio,entre la estabilidad y el cambio en las familias derechohabientes del Programa de Planificación Familiar de la UMF No. 20 del IMSS.

6.-Describir la funcionalidad familiar en las usuarias derechohabientes del Programa de Planificación Familiar de la UMF No. 20 del IMSS.

JUSTIFICACION

Quizá el aspecto más difícil, aunque vitalmente esencial de vivir como una persona que funciona plenamente como tal, entre otros seres humanos es la capacidad de comunicación. Nadie puede conocernos a menos que estemos dispuestos a manifestar quienes somos, como somos y seamos capaces de decirlo, tanto a través de nuestras acciones como por medio de nuestras palabras.

Como la intimidad es básicamente una capacidad y un interés por relacionarnos con los demás, es tanto en el sentido físico, como en el psicológico, siendo inherente, hasta, en el deseo de procrear un hijo.

A menudo se dice que el mejor inicio de nuestra madurez es nuestra habilidad para formar relaciones significativas y duraderas que hagan crecer a ambas personas involucradas(6). Como declaran Erich Fromm: "El hombre maduro" encuentra sus raíces y se encuentra así mismo solamente en su relación creadora con el mundo y con su sentimiento de unidad con la naturaleza y con todos los hombres (6).

La paternidad es algo connatural a la persona humana, el deseo de tener hijos y la disponibilidad para educarlos es natural a la unión matrimonial parte de lo que constituye su realización a través de la vida es consecuencia lógica de la apertura y la entrega total mutua entre marido y mujer, quienes en la realización cotidiana de su vida matrimonial engendran, sustentan y educan a sus hijos, descubriendo en ello la obra mas clara de su amor y lo que da sentido pleno a su vocación en cuanto a sus personas, las diferencias que se dan en cada hombre o mujer concretos pero de manera distinta hace de ellos seres complementarios entre si, y por ello descubrirán una función especial en cada uno de la familia y consecuentemente en la educación de los hijos.

El ser humano al mismo tiempo aparece como un ser completo indivisible ordenado a un fin personal, como un ser incompleto al necesitar para su desarrollo de la compañía y la ayuda de otros seres. Esta dualidad se manifiesta de manera relevante en la unión conyugal. El varón experimenta la necesidad de la mujer, y la mujer la necesidad del varón, como alguien semejante, y diferente en cuanto a complementario. Esta complementariedad rebasa los límites de la naturaleza física, no es una complementariedad sexual, sino que se extiende a los estratos más íntimos de la naturaleza específicamente humana, esto es, espiritual, es decir desde aquel por el cual el hombre se distingue como persona, la complementariedad conlleva como exigencia intrínseca ser única e irrepitiblemente como lo es cada persona humana.

Si en el orden biológico son un hombre y una mujer los que actúan como progenitores en la concepción de un nuevo ser, esa unión total, varón y mujer (desde lo carnal hasta lo espiritual) la procreación de los nuevos seres y la búsqueda en razón de los lazos que los une y de su formación cabal como personas es un elemento propio y natural. Es pues por naturaleza en el orden físico y espiritual que el hombre y la mujer asumen la condición de padre y madre.

La procreación de las personas no es un proceso meramente biológico, cuando proceden de una alianza de amor matrimonial total e indisoluble entre los padres.

En la condición de esposos, de los progenitores se funda la dimensión personal de la procreación. Se valora a los hijos como personas, únicas e irrepetibles, cuando la unión hombre- mujer también se funda en una valoración íntima de ellos como personas, únicas e irrepetibles. La procreación se encuentra vitalmente presente en la vida conyugal, como un fin al cual se ordena: procreación y paternidad propiamente dicha no son un mero efecto o consecuencia de la vida conyugal (7).

La comprensión, la flexibilidad, el nivel socioeconómico, la comunicación, la cultura, la funcionalidad de la etapa del ciclo de vida familiar, la organización e interacción y la psicología familiar son factores importantes de valorar en la influencia que ejercen sobre la pareja en la elección del método de planificación familiar.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

PLANIFICACION FAMILIAR

La preocupación por evitar la concepción es un problema muy antiguo, la historia de los anticonceptivos es probablemente tan antigua como la raza humana ya que desde el año de 1850 A.C. se habla ya, de ellos en un papiro encontrado en Egipto en el que se recomendaba el uso de diferentes sustancias intravaginales para impedir la concepción por suponer que tenía efectos espermaticidas (1).

En china la primera referencia es de un texto médico de hace 1300 años. En 1150 A.C. se utilizó un tapón de lino empañado con mezclas ácidas obtenidas del árbol de acacia, como anticonceptivo, ya que cuando fermentaba dicha mezcla producía ácido láctico que tiene propiedades espermaticidas.

En los tiempos bíblicos, se menciona como método anticonceptivo el hecho de verter la "Simiente" fuera de la vagina, lo cual era condenado por Dios, a esta práctica se llamó "Onanismo" desde entonces por ser Onan, nieto de Jacob, el que lo hizo. Posteriormente con el advenimiento del cristianismo se consideró al sexo como pecado, excepto en los casos de la procreación. El Concilio Niceno 325 años D C y por medio de San Agustín perdonó al acto sexual en el matrimonio siempre y cuando no hubiera ningún intento por evitar la concepción tanto en el pensamiento como en el acto (1).

La primera mención de un condón como método anticonceptivo está en un escrito el año 1564, del anatomista Italiano Fallopius, quien describe el uso de un paño de lino sobre el pene como profilaxis.

Los estudios sobre metodología anticonceptiva se iniciaron en el IMSS desde 1967, Como un programa de investigación sobre la regulación de la fertilidad con el uso de productos hormonales anticonceptivos ofrecidos a mujeres que habían tenido tres o más abortos inducidos (2).

Los preservativos se empezaron a usar en el año de 1970, en Londres Inglaterra se hicieron de membranas de pez o de intestinos de oveja y eran dos veces más delgados que los condones modernos(1).

Al crearse en 1977 la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, se constituyó un Departamento de Métodos Anticonceptivos, encargado de la realización de los estudios básicos

A partir de 1986 La Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, se propone realizar principalmente estudios que permiten profundizar acerca del

comportamiento real de los métodos anticonceptivos particularmente de los métodos más utilizados(DIU y OTB) y en las etapas de la vida reproductiva de la mujer en las cuales la protección anticonceptiva tiene mayores repercusiones en la salud de la población materno infantil post –parto y post-aborto (2).

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, aprobada por el Comité Consultivo de México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opinión clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a disposición de los mexicanos y de la comunidad. Para lograrlo se actualizó la Ley General sobre Metrología y Normalización la cual entra en vigor el 1° de Julio de 1992 que señala entre otras las bases para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas que sustituyen a partir de 1993 a las Normas Técnicas que hasta entonces indicarían las características que deberían de reunir los servicios que se elaboran y consumen en nuestro país (3).

La Planificación Familiar se ofrece como carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños.

Esta norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de Salud, para la prestación de los servicios de Planificación Familiar de los sectores público, social y privado del país (3).

Planificación Familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos, y a ejercer este derecho independiente del género la edad y el estado social o legal de las personas.

RIESGO REPRODUCTIVO: Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto, potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte en casos de presentarse un embarazo.

SALUD REPRODUCTIVA: Es el estado de completo bienestar físico mental y social no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como el ejercicio de la sexualidad.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Los servicios de Planificación Familiar que se imparten por el personal médico y paramédico de las instituciones de salud auxiliar comunitaria y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades (3).

PROMOCION Y DIFUSION

INFORMACION Y EDUCACION

CONSEJERIA

SELECCIÓN: PRESCRIPCIÓN Y APLICACIÓN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

IDENTIFICACION Y MANEJO DE CASOS DE INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD.

Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes (3).

TEMPORALES.

- a)- Hormonales orales.
- b)-Hormonales inyectables.
- c)Hormonales subdérmicos.
- d)Dispositivo intrauterino.
- e).-De barrera y espermaticidas.
- f).-Naturales o de abstinencia periódica.

PERMANENTES

- a).-Oclusión tubaria bilateral
- b).-Vasectomía.

PAREJA.

Los factores personales o de la pareja coinciden con la comunicación afectiva, entre ambos, el conocimiento de los temas a tratar y en las actitudes y comportamientos inherentes al tema, además de la empatía, con su compañero "ponerse en el lugar del otro" percibir los sentimientos de su pareja y compartir sus sentimientos, para lograr la aceptación de la protección de la salud familiar mediante los métodos de planificación familiar, la motivación individual está sobre la base de si la pareja siente la necesidad de iniciar tardíamente su reproducción, espaciar los embarazos o terminar tempranamente su vida reproductiva, también hay otros elementos objetivos, como la edad, la duración del matrimonio, el número de hijos nacidos, el estado de salud, por lo tanto la aceptabilidad y elección del método de Planificación Familiar varía con la cultura de una población determinada, la religión, la educación, la condición socioeconómica, la motivación para la limitación de la familia y los estímulos que reciba.

Algunos estudios sociológicos han demostrado los atributos que los usuarios confieren a los métodos de planificación familiar para su selección y uso (4).

- 1.-Sexo del usuario
- 2.-Sexo del prestador.
- 3.-Sitio de la administración.
- 4.-Modo de administración.
- 5.-Necesidades de examen médico
- 6.-Motivación requerida.
- 7.-Asociación o no al coito
- 8.-Efectividad.
- 9.-Facilidad de uso.
- 10.-Efectos colaterales.

El programa de Planificación Familiar a estado en países como México, donde se ha puesto en marcha en espacios de varios años, en que la mayoría de la población está enterada de los métodos anticonceptivos y sus características, en el que asumen actividades favorables hacia la elección y aceptación de ellos, en el que en la pareja se requiere de la comprensión mutua” Ponerse en el lugar del otro”

Así mismo en la pareja se requiere que la comunicación entre ambos sea funcional o sea que los mensajes sean claros, directos y suficientes y que el que recibe lo haga con apertura y buena disposición para evitar distorsiones. En otras palabras una comunicación funcional es a la vez clara, específica y honesta. Si así ocurre es más factible manejar a satisfacción las decisiones de la pareja.

La flexibilidad se encuentra íntimamente relacionada con la comunicación de la pareja. Se requiere de ella para respetar las diferencias individuales y facilitar la adaptación de la pareja ante las demandas del cambio.

MAPAS FAMILIARES

Los mapas familiares son mapas de interacción familiar, como herramientas en la difícil tarea de organizar los datos clínicos obtenidos desde la, primera

entrevista, tanto de contenido como de interacción. Estos esquemas pueden apoyar al Médico

Familiar a plantear desde un inicio la terapia, las hipótesis, sobre los aspectos familiares íntimamente relacionados con la presentación y/o mantenimiento de síntomas o malestar familiar.

Como señala Watzlawik, los mapas nos orientan a la acción. Sin embargo, para orientar las acciones, es necesario contar con mapas hipotéticos de lo que serían la organización familiar, esto es, lograr un sentido de pertenencia al grupo, así como la autonomía y desarrollo de las capacidades de todos y cada uno de sus miembros.

Estos mapas hipotéticos, permitirían una visión de conjunto sobre las interacciones familiares que llevarían al terapeuta a formular estrategias de hacia donde dirigir sus acciones.

Como se ha mencionado, este problema tiene la complejidad de tener que tomar en cuenta la etapa de desarrollo de la familia así como las exigencias socioculturales en donde se desarrolle.

Como Jackson señala, no existe ningún modelo de salud o normalidad familiar y cualquier intento de afirmarlo, plantea problemas clínico sociopolíticos y estos solo podrían ser evitados adhiriéndose al concepto de lo "CONVENCIONAL"

En este sentido de convencional y tomando en cuenta los principales aspectos organizacionales que tendrían que ver con el adecuado o inadecuado funcionamiento familiar, es que se propone la utilización de los siguientes mapas convencionales:

- 1.-Organización funcional en la etapa de formación de pareja.-
- 2.-Organización funcional en la etapa de familia con hijos en edad preescolar.
- 3.-Organización funcional en la etapa de familia con hijos en edad escolar.
- 4.-Organización funcional en la etapa de familia con hijos adolescentes.
- 5.-Organización funcional en la etapa de familia con hijos adultos.
6. -Organización funcional de la familia en la etapa de la vejez.

Una eficiente herramienta más para la exploración de este enfoque terapéutico es la flexibilidad.

FLEXIBILIDAD.

Este parámetro se refiere básicamente a la posibilidad que la familia tiene para optar por un cambio. son, Sprenkle y Rusell la definen como la habilidad familiar para cambiar sus estructuras de poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés circunstancial o de desarrollo.

El crecimiento y la adaptación efectiva de la unidad familiar se reflejan en su capacidad de integrar, armonizar y equilibrar sus múltiples funciones.

A medida que la familia pasa progresivamente por diversas etapas del ciclo de vida la configuración de relaciones humanas se va modificando. Una visión en los estudios sobre familia ha permitido un cambio en el paradigma sobre esta, lo cual ha dado por resultado entenderla, ya no como una entidad monolítica sino como una pluralidad de formas familiares. Trabajos recientes citan la existencia de estructuras familiares "TRADICIONALES", así como el surgimiento de nuevas formas basadas en el reconocimiento de la diversidad de razas, clases, culturas, géneros y preferencias sexuales.

La flexibilidad puede tener las dimensiones RIGIDA, FLEXIBLE, CAOTICO. La manera en que las familias se adaptan a los cambios de situación interna o externa debe considerarse decisiva para su nivel funcional o disfuncional; Esta formulación constituye un principio central de la tipología familiar presentada en el modelo familiar propuesto por Olson, Sprenkle y Rusell. Las familias rígidas con flexibilidad muy baja son aquellas que pertenecen casi sin cambio pese a las crisis y las modificaciones propias del desarrollo. Por otra parte, aquellas familias con altos índices de flexibilidad y que se mantienen en constante cambio impiden la estabilidad necesaria para un adecuado desarrollo.

Por lo que la adaptabilidad o flexibilidad es un importante parámetro para poder evaluar la capacidad que tenga una familia para adaptarse a las vicisitudes de la vida y a los cambios que conlleva el crecimiento. Por lo tanto es la eficiencia de los recursos de la familia para hacer frente a los problemas y conflictos siempre cambiante, lo que mantiene el equilibrio entre aferrarse a lo conocido y la apertura a recibir una experiencia nueva.

La Dra. Ma. Luisa Velasco de Torres en su trabajo de MAPAS FAMILIARES Y SU UTILIZACION EN EL DIAGNOSTICO Y FORMULACION DE HIPOTESIS TERAPEUTICAS. Propone la utilización de mapas de interacción, familiar, como una Herramienta, en la tarea de organizar los datos clínicos obtenidos desde la primera entrevista tanto de contenido como de interacción, para apoyar al terapeuta a plantear desde un inicio de la terapia, las hipótesis sobre los aspectos familiares íntimamente relacionados con la presentación y/o mantenimiento de síntomas o malestar familiar. Lo anterior, implica contar con esquemas o mapas hipotéticos de lo que sería una organización familiar "adecuada", normal o "sana", así como lo que se consideraría disfuncional para que, a partir de estos supuestos, sea posible formular los esquemas de las familias que entran a terapia.

A pesar de las dificultades en la definición y descripción de lo que actualmente se entendería por familia "Normal o Sana", se han descrito una serie de parámetros de tipo organizacional, que se asocian con el criterio médico de "familias asintomáticas". Estos parámetros son entre otros los siguientes:

CLARIDAD EN LA JERARQUIA. Entendiéndose por jerarquía "el poder de influir en los demás y tomar las decisiones que se piensa se deben seguir". Simon (1988). Este parámetro, también guarda relación con el poder económico. Palomares (1998).

La gran mayoría de terapeutas de familia, en especial Haley y Madanes (1973, 1977, 1978) así como Minuchin, (1992) consideran que una jerarquía familiar clara y consistente en las autoridades familiares (padres o tutores) es requisito fundamental para su adecuado funcionamiento. Esta autoridad será más eficiente en la medida en que las normas establece, que se adapten a las características y necesidades de desarrollo de los hijos o menores, Haley (1973,1980) menciona que, dado que la organización familiar puede incluir diferentes generaciones, es primordial establecer fronteras generacionales entre los abuelos, padres e hijos. La inversión de los roles entre padres e hijos, conocida como parentalización, así como, cualquier otro patrón jerárquico confuso, pone en riesgo el buen funcionamiento familiar.

Dentro de los diferentes subsistemas (subsistema conyugal, fraterno, de abuelos, Etc.) también pueden presentarse diferentes niveles de jerarquía. Tal es el caso de la pareja en donde se establecen relaciones simétricas o complementarias. Simon (1988).

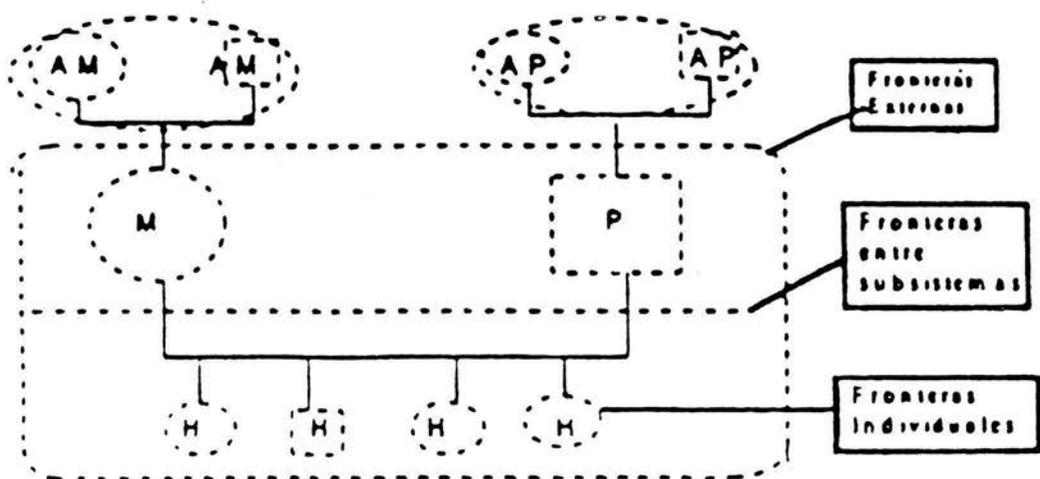
LA CLARIDAD EN LAS FRONTERAS ENTRE LA FAMILIA Y EL CONTEXTO EXTERIOR. Este contexto se refiere básicamente a la familia de origen, trabajo hobbies, instituciones sociales, educativas, etc. Simon en 1988, señala claramente la necesidad de reafirmar en la familia su capacidad para trazar fronteras con la familia de origen y consolidar su independencia funcional, al mismo tiempo que establece una permanencia dentro de la familia nuclear que permita una identidad, siendo necesario, un equilibrio óptimo entre las tendencias centrífugas y centripetas de la familia.

LA CLARIDAD EN LAS FRONTERAS ENTRE LOS SUBSISTEMAS Y ENTRE LOS INDIVIDUOS. Para Minuchin (1992), la claridad de las fronteras entre los diferentes subsistemas es el parámetro más útil para evaluar la funcionalidad familiar. Esta escuelas, reconoce tres tipos de fronteras: las rígidas, las claras y las difusas señala que para el adecuado funcionamiento familiar, las fronteras entre los subsistemas deberían ser claras, es decir deberían permitir su libre desarrollo sin interferencias mutuas, al mismo tiempo que propiciar el contacto entre sus miembros, de tal forma que se logre una individuación al mismo tiempo que un sentimiento de pertenencia.

EL EQUILIBRIO ENTRE LA ESTABILIDAD Y EL CAMBIO. Si bien la necesaria reestructuración de la red de relaciones familiares, externas e internas, también debe de haber estabilidad, a fin de mantener un marco de referencia confiable dentro de la familia. Según Simon, en 1988, en una familia funcional la estabilidad, a fin de mantener un marco de referencia confiable dentro de la familia, en una familia funcional la estabilidad y el cambio están equilibradas y tienen que ser constantemente negociados (morfogénesis-morfostásis).

De acuerdo a estos parámetros, Velásco en 1982, propuso un mapa hipotético de funcionamiento familiar, donde, los parámetros antes descritos fueron representados de la siguiente forma (11).

FAMILIA FUNCIONAL



FUNCIONALIDAD FAMILIAR

En cuanto a las funciones tenemos que son responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares, que determinan la sobrevivencia de la familia y son:

Socialización: Interacción mediante la cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y por ende, de la sociedad.

Cuidado: Cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia.

Afecto: Cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia porque la respuesta afectiva de un miembro a otro proporciona la recompensa básica de la vida familiar.

Reproducción: Regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción .A través de.

Interacción personal.

Educación Sexual.

Control de la natalidad.

Status: Responsabilidad de promover la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permite al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes en sus expectativas.

Todo esto para establecer un diagnóstico funcional que permita el tratamiento del paciente de una manera integral conforme al diagnóstico de funcionalidad familiar (12).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Como influyen los Mapas Familiares y la Funcionalidad Familiar, en las usuarias Derechohabientes del Programa de Planificación Familiar de la UMF No. 20 IMSS para la elección del método de Planificación Familiar?

MATERIAL Y METODOS.

El presente estudio se realizó en la U.M.F. No. 20 del IMSS ubicada en la delegación 1 Noroeste del D.F., en las familias derechohabientes del Programa de Planificación Familiar en el periodo comprendido del 1º de Julio al 31 de Agosto del 2000.

Las características del estudio que se llevó a cabo fue prospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

El universo de trabajo fueron familias derechohabientes del Programa de Planificación Familiar donde se tomó una muestra representativa de 130 familias en forma aleatoria.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: fueron pacientes derechohabientes del IMSS, de ambos sexos que se encuentran en el Programa de Planificación Familiar de la UMF No. 20 de IMSS, que deseen participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron todos los pacientes no derechohabientes del IMSS, que no se encuentran en el Programa de Planificación Familiar de la UMF No. 20 del IMSS, pacientes que no deseen participar en el estudio, pacientes que no completen la encuesta proporcionada.

Se captó la información por medio de una encuesta diseñado especialmente para el estudio (anexo 1) que evalúa los Mapas Familiares que son mapas de interacción familiar, como las herramientas en la tarea de organizar los datos clínicos obtenidos desde la primera entrevista familiar tanto de contenido como de interacción y que apoyan al Médico Familiar a plantear desde un inicio la terapia, las hipótesis, sobre aspectos familiares íntimamente relacionados con la presentación y/o mantenimiento de síntomas o malestar familiar. Lo anterior, implica contar con esquemas o mapas hipotéticos de lo que sería una organización familiar "adecuada", "normal" o "sana", así como lo que se consideraría disfuncional para que a partir de estos supuestos, sea posible formular los esquemas de las familias que entran a terapia.

A pesar de las dificultades en la definición y descripción de lo que actualmente se entendería por la familia "Normal o Sana", se han descrito una serie de parámetros de tipo organizacional, que se asocian con el criterio médico de "familias asintomáticas" estos parámetros evaluados son: Claridad en la Jerarquía consistente en las autoridades familiares, que es requisito fundamental para su adecuado funcionamiento. La claridad en las fronteras entre la familia y el contexto exterior que se refiere básicamente a la familia de origen, trabajo hobbies, instituciones sociales, educativas, etc. En donde la necesidad de reafirmar en la familia su capacidad para trazar fronteras con la familia de origen y consolidar su independencia funcional, al mismo tiempo que establece una permanencia dentro de la familia nuclear que permita una identidad, siendo necesario, un equilibrio óptimo entre las tendencias centrífugas y centripetas de

la familia. La claridad en las fronteras entre los subsistemas y entre los individuos, es el parámetro más útil para evaluar la funcionalidad familiar Minuchin (1992), que reconoce tres tipos de fronteras: las rígidas, las claras y las difusas señalando que para el adecuado funcionamiento familiar estas fronteras entre los subsistemas deben ser claras, es decir permitir su libre desarrollo sin interferencias mutuas, al mismo tiempo que propiciar el contacto entre sus miembros, de tal forma que se logre una individuación al mismo tiempo que un sentimiento de pertenencia. El equilibrio entre la estabilidad y el cambio según Simon (1988), en una familia funcional la estabilidad y el cambio están equilibradas y tienen que ser constantemente negociados (morfo-genesis-morfostásis). De acuerdo a estos parámetros, Velázco en 1982, propuso un mapa hipotético de funcionamiento familiar, donde, los parámetros antes descritos fueron representados de la siguiente forma.

Las respuestas fueron inicialmente de la ficha de Identificación del usuario del Método de P.F.

Para la etapa de ciclo de vida familiar las respuestas fueron a: A.G.O. Y Método de P.F. utilizado, datos generales del esposo (a); edad, ocupación, escolaridad, sexo, estado civil, datos generales de los hijos, número de hijos, nombres, edades y ocupación, a los que se dio la respuesta adecuada en cada caso. Las respuestas Para la Jerarquía en el ciclo de vida familiar fueron; Usted (), Su esposo (), Ambos (). Para la claridad en las fronteras entre la familia y el contexto externo: Siempre (), Nunca (), A veces (). Para la claridad en las fronteras entre los subsistemas y entre los individuos: Siempre (), Nunca (), A veces (). Para el equilibrio entre la estabilidad y el cambio: Usted (), Su esposo (), Todos (). Se utilizó también una encuesta de Funcionalidad Familiar ya elaborado del cual se anexa copia y que evalúa las funciones familiares que son las responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares, que determinan la sobrevivencia de la familia como son Socialización: Interacción mediante la cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y por ende, de la sociedad. Cuidado: Cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia. Afecto: Cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia de un miembro a otro, proporciona la recompensa básica de la vida familiar. Reproducción: Regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción. Status: Responsabilidad de promover la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permiten al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes en sus expectativas. Todo esto para establecer un diagnóstico funcional que permita el tratamiento del paciente de una integral conforme al diagnóstico de funcionalidad familiar.

Para la encuesta de funcionalidad familiar las respuestas fueron: Nunca, a veces, casi siempre, siempre.

La calificación de las encuestas para determinar lo que sería una organización familiar "sana", así como lo que se consideraría disfuncional, se calificó mediante la escala aditiva de LIKERT modificada, sumando de 0 a 50 puntos los casos considerados con alteraciones de la organización e interacción

familiar y considerados sin datos de alteración en organización e interacción familiar a las familias que hayan reunido de 50 a 75 puntos.

La calificación de las encuestas de funcionalidad familiar, se califico mediante la escala aditiva de LIKERT modificada, sumando de 0 a 45 puntos como disfuncional y de 45 a 60 puntos como funcional.

Las encuestas y mapas familiares, se aplicaron del 24 de Julio al 11 de Agosto del presente año de lunes a viernes en las salas de espera de la consulta externa de la UMF No 20 del IMSS de las 11 a las 13 horas y de las 15 a las 17 horas.

RESULTADOS

Se presentan resultados de 130 familias de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo, derechohabientes del IMSS usuarias del Programa de Planificación Familiar encontrando lo siguiente:

Se distribuyeron por rangos de edad de la siguiente manera:

De 15-19 (n=7) 5.38%, de 20-24 años (n=19) 14.61%. de 25-29 años(n=50) 38.46, de 30-34 años (n=23) 17.69%, de 35-39 (n=24) 18.46% y de 40-44 años (n=7) 5.38%.Chi cuadrada de 25.157, e índice de regresión lineal de 2.555 (ver infra tabla y gráfico 1).

De acuerdo al rango de edad y Método de Planificación utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

De 15 a 19 años con DIU (n=6) 85.7%, con Preservativo (n=1) 14.2%, de 20 a 24 años con OTB (n=1) 5. 2 %, DIU (n=12) 63.1%, con Hormonales Orales (n=1) 5.2%, con Preservativo (n=5) 26.3%, de 25 a 29 años con OTB (n=11) 22%, con DIU (n=26) 52.0%, con Hormonales Orales (n=3) 6.0 %,con Vasectomía (n=1)2.0%, con Preservativo (n=9) 18%, de 30 a 34 con OTB (n=7) 30.4 %, con DIU (n=8) 34.7%, con Hormonales Orales (n=2) 8.6%, con Vasectomía (n=1) 4.3%, con Preservativo (n=5) 21.7%, de 35 a 39 años (n=12) 50%, con DIU (n=8) 33.3 %, con Hormonales Orales (n=1) 4.1 %, con Vasectomía (n=1) 4.1 %, con Preservativo (n=2) 8.3%, de 40 a 44 años con OTB (n=4) 57.1%, con DIU (n=1) 14.2 %, con Preservativo (n=2) 28.5%.(ver infra tabla y gráfico 1)

De acuerdo al grado de escolaridad se distribuyeron de la siguiente manera:

Primaria (n=26) 20.0%, con secundaria (n=56) 43.7%, técnica (n=17)13.07%con preparatoria (n=26) 20%, con licenciatura (n=5) 3.84%.Chi cuadrada 7.065, e índice de regresión lineal .022(ver infra tabla y gráfico 2).

De acuerdo al grado de escolaridad y Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyo de la siguiente manera:

De Primaria con OTB (n=9) 34.6%, con DIU (n=13) 50%, con Preservativo(n=4) 15.3%, escolaridad Secundaria con OTB (n=14) 25%, con DIU (n=25) 44.6%, con Hormonales Orales (n=4)7.1%, con Vasectomía (n=1) 1.7%, con Preservativo (n=12) 21.4%, de escolaridad Técnica con OTB (n=4) 23.5 %, con DIU (n=8) 47.0%, con Hormonales Orales (n=1)5.8%, con Vasectomía (n=1) 5.8%, con Preservativo (n=3)17.6%, de escolaridad Preparatoria con OTB (n=6)23.0%, con DIU (n=12) 46.1%, de escolaridad Licenciatura con Hormonales Orales (n=2)7.6%, con Vasectomía (n=1)3.8%, con Preservativo (n=5) 19.2%,con OTB(n=2)40.0 %,con DIU(n=3)60.0%.(ver infra tabla y gráfico 2).

De acuerdo a la ocupación se distribuyeron de la siguiente manera:

Hogar(n=79)60.76%, obrero(n=11)8.46%, empleado(n=36)27.6%, comerciante(n=1).76%, estudiante (n=3) 2.30%.con una Chi cuadrada de 9.627, e índice de regresión lineal de .564.(ver infra tabla y gráfico 3)

De acuerdo a la ocupación y Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Ocupación hogar con OTB (n=20) 25.3%, con DIU (n=40) 50.6%, con Hormonales Orales (n=4) 5.06%, con Vasectomía (n=2) 2.53%, con Preservativo (n=13)16.4%, ocupación obrero con OTB (n=4)36.3%, con DIU (n=5)45.4%, con Preservativo (n=2)18.1%, ocupación empleado con OTB(n=10)27.7%, con DIU (n=15) 41.6%, con Hormonales Orales (n=2)5.5%, con Vasectomía (n=1)2.7%, con Preservativo (n=8) 22.2%, ocupación Comerciante (n=1)100%, ocupación Estudiante con OTB (n=1) 33.3%, con Hormonales Orales(n=1)100%, con Preservativo (n=1)100%. (ver infra tabla y gráfico 3).

De acuerdo al estado civil se distribuyeron de la siguiente manera:

Casado(n=98)75.3%, unión libre (n=23)17.69%, soltera(n=5)3.84%, divorciada(n=3) 2.30%, viuda (n=1) 0.76%.Chi cuadrada de 15.038, e índice de regresión lineal de .330(ver infra tabla y gráfico 4).

De acuerdo al estado civil y Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Casado con OTB (n=29) 29.59% con DIU (n=41)41.8%, con Hormonales Orales (n=5) 5.1%, con Vasectomía (n=3)3.06%, con preservativo (n=20) 20.4%. Unión libre con OTB (n=4)17.3%, con DIU(n=15)65.2%, con Hormonales Orales (n=1) 4.34%, con Preservativo (n=3)13.0%, Soltera con DIU (n=4) 80%, con Hormonales orales (n=1)20%Divorciada con OTB (n=2)66.6%, Preservativo (n=1) 33.3% ,viuda con DIU (n=1) 100%.(ver infra tabla y gráfico 4).

De acuerdo a la religión se distribuyeron de la siguiente manera:

Católico (n=123) 94.61%, cristiana (n=3) 2.30 %, testigo de Jehová (n=1).76%, Pentecostes (n=1).76%, evangelica (n=2) 1.53%.Chi cuadrada de 12.538, e índice de regresión lineal de .091.(ver infra tabla y gráfico 5).

De acuerdo a la religión y el método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Católico con OTB(n=32)26.0%,con DIU(n=59)47.9%,con Hormonales Orales (n=7) 5.69% con Vasectomía (n=3) 2.43%, con preservativo (n=22)17.8%, Cristiana con OTB(n=2)66.6%, con DIU(n=1) 33.3%,Testigo de Jehová con preservativo (n=1)100%, Pentecostes con preservativo (n=1)100%, Evangelica con OTB (n=1) 50%, con DIU (n=1) 50%.(ver infra tabla y gráfico 5).

De acuerdo a Tipología Familiar se distribuyeron de la siguiente manera:

Profesionista (n=89) 6.15%, Obrero (120) 92.30%, Campesino(n=2)1.53%.(ver infra tabla y gráfico 6).

De acuerdo a la Tipología Familiar y el Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Profesionista con OTB(n=4)50%, con DIU(n=3)37.5%,con Hormonales Orales(n=1)12.5%, Obrero con OTB n=31) 25.8%, con DIU (n=56) 46.6%. con Hormonales Orales (n=5)6%. Con Vasectomía(n=3)2.5%, con preservativo (n=24)20%, Campesino con DIU (n=2)100%. (ver infra tabla y gráfico 6).

De acuerdo al Ciclo de Vida Familiar se distribuyeron de la siguiente manera:

En la etapa de matrimonio (n=8) 6.15%, en la etapa de expansión(n=49)37.6%, en etapa de dispersión (n=73) 56.15%.(ver infra tabla y gráfico 7).

De acuerdo al Ciclo de Vida Familiar y Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Fase de Matrimonio con DIU (n=2) 25.0%, con Hormonales Orales(n=1)12.5%, con Preservativo(n=5)62.5%, Fase de expansión con OTB(n=3) 6.1%,con DIU (n=36) 73.4%, con Hormonales Orales (n=1) 2.0%,Vasectomía (n=1) 2.0%, Preser Vativo (n=8)16.3%, Fase de dispersión con OTB (n=32) 43.8%, con DIU (n=23) 31.5%, con Hormonales Orales (n=5) 6.8%, con Vasectomía (n=2) 2.7%, con Preservativo (n=11)15.0%. (ver infra tabla y gráfico 7)

De acuerdo a la Jerarquía, se distribuyeron de la siguiente manera:

Jerarquía difusa (n=4) 3.07%, Jerarquía rígida (n=7)5.38%, Jerarquía clara(n=119) 91.5%.Chi cuadrada de 4.396, e índice de regresión lineal de .076. (ver infra tabla y gráfico 8).

De acuerdo a la Jerarquía y el Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Jerarquía difusa con OTB (n=1) 25.0%, con DIU(n=2)50.0%, con Preservativo(n=1)25.0% (ver infra tabla y gráfico 8).

Jerarquía rígida con OTB (n=1)14.2%,con DIU(n=5)71.4%,con Hormonales Orales(n=1) 14.2% (ver infra tabla y gráfico 8).

Jerarquía Clara (n=33) 27.7%, con DIU (n=54) 45.3%, con Hormonales Orales (n=6) 5.0%,con Vasectomía (n=3)2.5%,con Preservativo(n=23)19.3%.(ver infra tabla y gráfico 8).

De acuerdo a la Claridad con las Fronteras Externas se distribuyeron de la siguiente manera:

Fronteras externas difusas (n=12) 9.23%, Fronteras externas claras(n=118)90.76%.Chi cuadrada de 5.875 regresión lineal de .123. (ver infra tabla y gráfico 9).

De acuerdo a la Claridad de las fronteras Externas y el Método de Planificación Familiar Utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Fronteras Externas Difusas con OTB(n=5)41.6%,con DIU(n=3)25%, con Hormonales Orales (n=2)16.6%, con Preservativo (n=2)16.6%. (ver infra tabla y gráfico 9).

Fronteras Externas Claras con OTB(n=30) 25.4%, con DIU(n=58) 49.1%, con Hormonales Orales (n=5) 4.2%, con Vasectomía (n=3) 2.54%, con Preservativo n=22)18.6%. (ver infra tabla y gráfico 9).

De acuerdo a la Claridad de las fronteras entre subsistemas e individuos se distribuyeron de la siguiente manera:

Fronteras entre subsistemas e individuales difusas(n=3)2.30%, fronteras entre subsistemas e individuales rígidas (n=11) 8.46%, fronteras entre subsistemas e individuales claras (n=116) 89.23%. Chi cuadrada de 10.724, e índice de regresión lineal de .059. (ver infra tabla y gráfico 10).

De acuerdo a la claridad de las fronteras entre subsistemas e individuos y el Método de Planificación Familiar Utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Fronteras entre subsistemas e individuos difusas con DIU(n=1)33.3%,con Hormonales Orales(n=1)33.3%, con Preservativo(n=1) 33.3%. (ver infra tabla y gráfico 10).

Fronteras entre subsistemas e individuos rígidas con OTB (n=6) 54.4%, con DIU (n=4) 36.3, con Preservativo (n=1) 9.09%.(ver infra tabla y gráfico 10).

Fronteras entre subsistemas e individuos claras con OTB(n=29) 25%, con DIU (n=56) 48.2%, con Hormonales Orales (n=6) 5.1%,con Vasectomía (n=3) 2.5%, con Preservativo (n=22) 18.9%.(ver infra tabla y gráfico 10).

De acuerdo a la Claridad en la Adaptabilidad Familiar se distribuyeron de la siguiente manera:

Adaptabilidad Difusa (n=19)14.61%, Adaptabilidad Clara (n=111) 85.38%.Chi cuadrada de 3.951, e índice de regresión lineal de .054. (ver infra tabla y gráfico 11).

De acuerdo a la Claridad de la Adaptabilidad Familiar y el Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Adaptabilidad Familiar Difusa con OTB(n=7)36.8%, con DIU(n=6) 31.5%, con Hormonales Orales (n=2) 10.5%, con Vasectomía (n=1) 5.2%. (ver infra tabla y gráfico 11)con Preservativo (n=3) 15.7%.

Adaptabilidad familiar clara con OTB (n=28) 25.2%
con DIU (n=55) 49.5%, con Hormonales Orales (n=5) 4.5%, con Vasectomía (n=2) 1.80%, con Preservativo (n=21)18.9%. (ver infra tabla y gráfico 11).

De acuerdo a la Función de Socialización se distribuyeron de la siguiente manera:

Socialización Inadecuada (n=12) 9.23%, Socialización Adecuada (n=118) 90.76%.Chi cuadrada de 4.738, e índice de regresión lineal de .018.(ver infra tabla y gráfico 12).

De acuerdo a la Función de Socialización y el Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Socialización Inadecuada con OTB (n=5)41.6%, con DIU (n=3)25%, con Hormonales Orales (n=1) 8.3%,Vasectomía(n=1) 8.3%, conPreservativo (n=2)16.6%.(ver infra tabla y gráfico 12).

Socialización Adecuada con OTB (n=30)25.4%, con DIU(n=58)49.1%,con Hormonales Orales(n=6)5.08%,con Vasectomía(n=2)1.6%,Preservativo(n=22)18.6%.(ver infra tabla y gráfico 12).

De acuerdo a la Función de Cuidado se distribuyeron de la siguiente manera:

Función de Cuidado Inadecuada(n=26)20.0%.Función de cuidado adecuada (n=104)80.0% Chi cuadrada de .491, e índice de regresión lineal de .025. (ver infra tabla y gráfico 13)

De acuerdo a la función de cuidado y Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Función de cuidado inadecuada con OTB(n=7)26.9%, con DIU (n=12) 46.1%, con Hormonales Orales (n=1) 3.8%,Vasectomía (n=1) 3.8%, Preservativo (n=5)19.2%. (ver infra tabla y gráfico 13).

Función de cuidado adecuada con OTB (n=28)26.9%, con DIU (n=49) 47.1%, con Hormonales Orales (n=6) 5.7%,Vasectomía (n=2)1.92%, Preservativo (n=19)18.2%. (ver infra tabla y gráfico 13).

De acuerdo a la Función de Afecto se distribuyeron de la siguiente manera:

Función de afecto Inadecuada (n=30)23.07%,Función de Afecto Adecuada(n=100) 76.42%.Chi cuadrada de 1.869, e índice de regresión lineal de .684. (ver infra tabla y gráfico 14)

De acuerdo a la Función de Afecto y Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Función de Afecto Inadecuada con OTB (n=10) 33.3%, con DIU(n=14)46.6%. con Hormonales Orales (n=1) 3.33%, con Preservativo (n=5)16.6%.(ver infra tabla y gráfico 14).

Función de Afecto adecuada con OTB (n=25) 25%, con DIU(47)47%,con Hormonales Orales(n=6)6%,con Vasectomía(n=3)3%,con Preservativo(n=19)19%.(ver infra tabla y gráfico 14)

De acuerdo a la Función de Reproducción se distribuyeron de la siguiente manera:

La Función de Reproducción Inadecuada(n=93) 71.53%. Función de Cuidado Adecuada (n=37) 28.46%.Chi cuadrada de 6.192, e índice de regresión lineal de 2.034. (ver infra tabla y gráfico 15)

De acuerdo a la Función de Reproducción y el Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Función de Reproducción Inadecuada con OTB(n=25)26.8%,con DIU(n=39)41.9%, con Hormonales Orales (n=7)7.5%, con Vasectomía (n=2)2.1%. (ver infra tabla y gráfico 15).

Preservativo (n=20) 21.5%.La Función de Reproducción Adecuada con OTB (n=10) 27.0%, con DIU(n=22)59.4%,con Vasectomía(n=1)2.7%,con Preservativo (n=4)10.8%. (ver infra tabla y gráfico 15).

De acuerdo a la Función de Status se distribuyeron de la siguiente manera:

Función de Status Inadecuada (n=45) 34.61%, Función de Status Adecuada (n=85)65.38%.Chi cuadrada de 1.697 e índice de regresión lineal de 1.321. (ver infra tabla y gráfico 16).

De acuerdo a la Función de Status y el Método de Planificación Familiar utilizado se distribuyeron de la siguiente manera:

Función de Satus Inadecuada con OTB(n=11)24.4%, con DIU (n=20) 44.4%, con Hormonales Orales (n=2) 4.4%, con Vasectomía(n=1)2.2%,con Preservativo(n=11) 24.4%.(ver infra tabla y gráfico 16).

Función de Status Adecuada con OTB (n=24) 28.2%,con DIU(n=41)48.2%,

con Hormonales Orales (n=5) 5.8%, Vasectomía (n=2) 2.3%, Preservativo (n=13)15.2%. (ver infra tabla y gráfico 16).

TABLA No. 1

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR GRUPO DE EDAD DE USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Método	Edad						Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	
OTB		1	11	7	12	4	35
DIU	6	12	26	8	8	1	61
H.ORALES		1	3	2	1		7
VASECTOMIA			1	1	1		3
PRESERVATIVO	1	5	9	5	2	2	24
Total	7	19	50	23	24	7	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR GRUPO DE EDAD

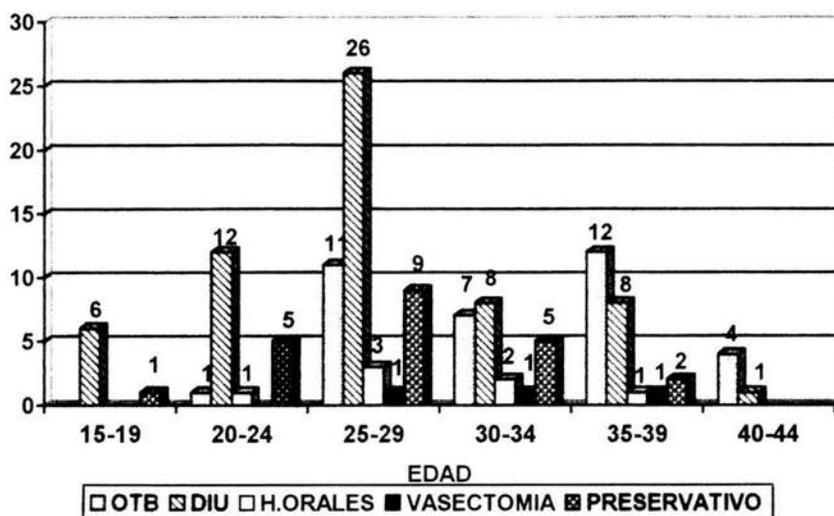
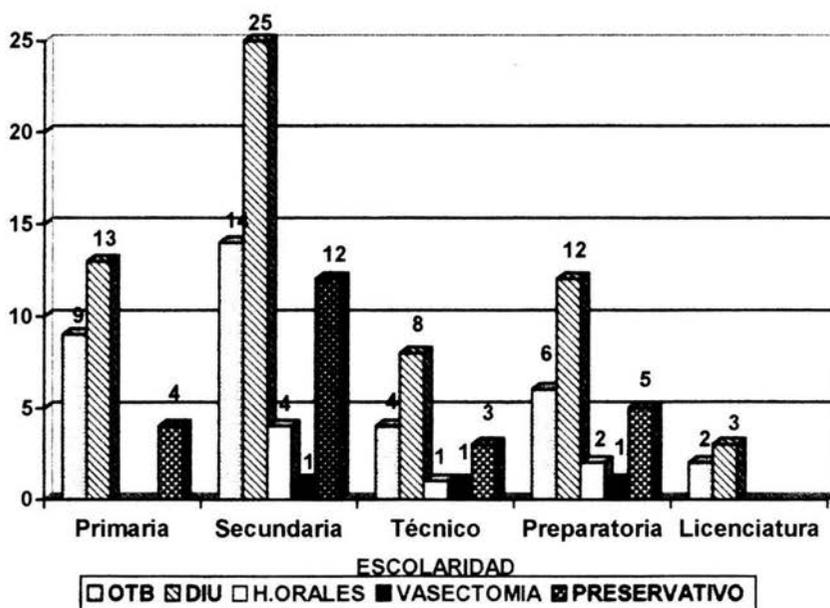


TABLA No. 2

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR ESCOLARIDAD DE USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Método	Escolaridad					Total
	Prim.	Sec.	Técnico	Prep.	Lic.	
OTB	9	14	4	6	2	35
DIU	13	25	8	12	3	61
HORMONALES O.		4	1	2		7
VASECTOMIA		1	1	1		3
PRESERVATIVO	4	12	3	5		24
Total	26	56	17	26	5	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR ESCOLARIDAD



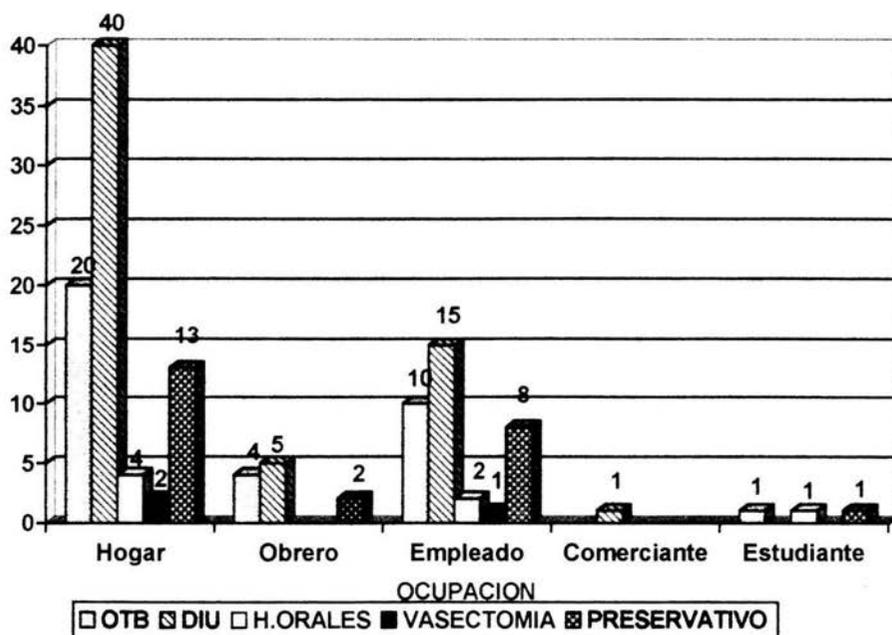
FUENTE: ENCUESTA DE MAPAS FAMILIARES AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 3

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR OCUPACIÓN DE USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Método	Ocupación					Total
	Hogar	Obrero	Empleado	Comercio	Estudia	
OTB	20	4	10		1	35
DIU	40	5	15	1		61
H.ORALES	4		2		1	7
VASECTO.	2		1			3
PRESERV.	13	2	8		1	24
Total	79	11	36	1	3	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR OCUPACIÓN



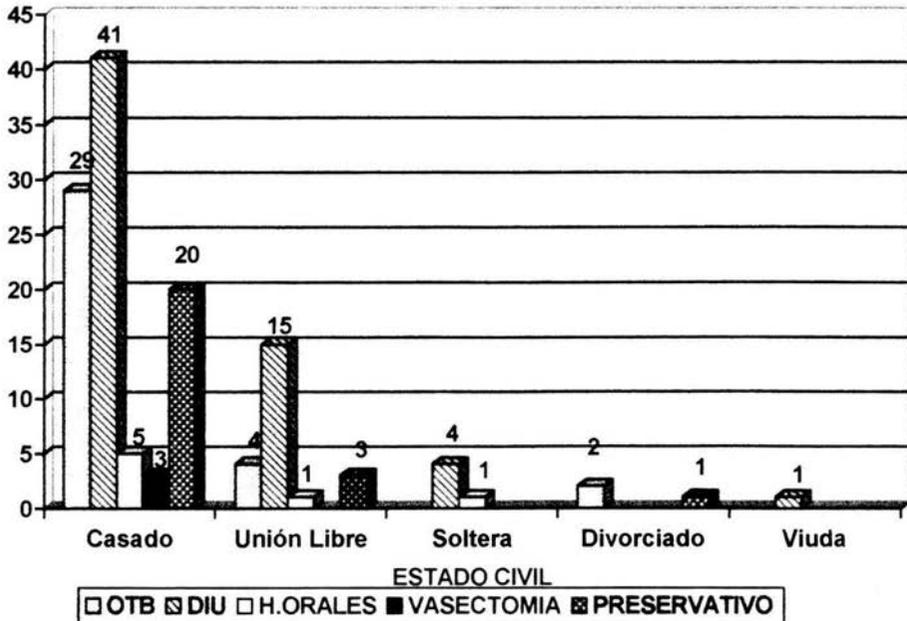
FUENTE: ENCUESTA DE MAPAS FAMILIARES AL USUARIO DEL P.F.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 4

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR ESTADO CIVIL DE USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Método	Estado Civil					Total
	Casado	Unión libre	Soltera	Divorciado	Viuda	
OTB	29	4		2		35
DIU	41	15	4		1	61
H.ORALES	5	1	1			7
VASEC.	3					3
PRESERV.	20	3		1		24
Total	98	23	5	3	1	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR ESTADO CIVIL



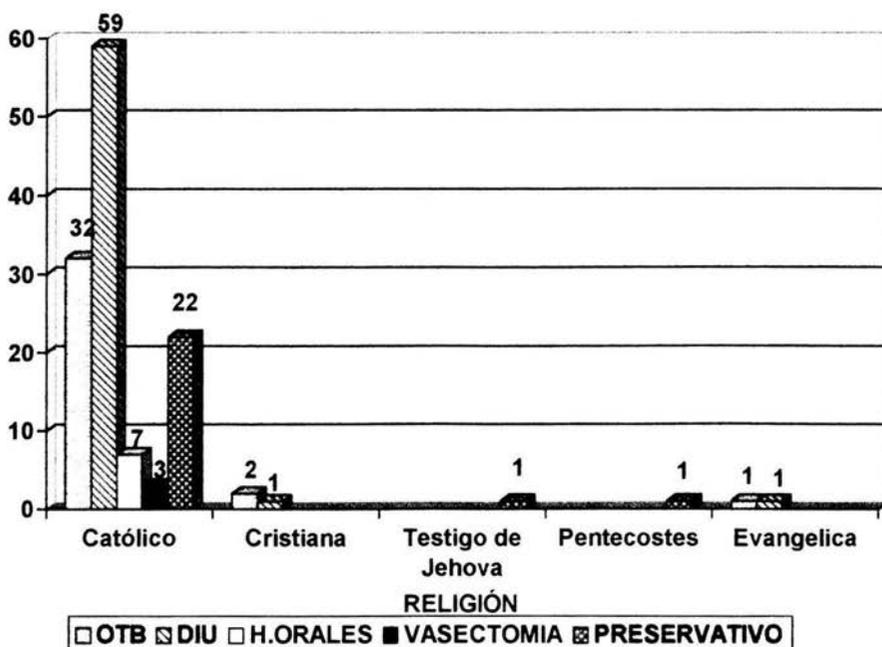
FUENTE: ENCUESTA DE MAPAS FAMILIARES AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 5

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR RELIGIÓN DE USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Método	Estado Civil					Total
	Católico	Cristiana	Testigo de Jehová	Pentecos	Evangélic	
OTB	32	2			1	35
DIU	59	1			1	61
H.ORALES	7					7
VASEC	3					3
PRESERV	22		1	1		24
Total	123	3	1	1	2	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR RELIGIÓN



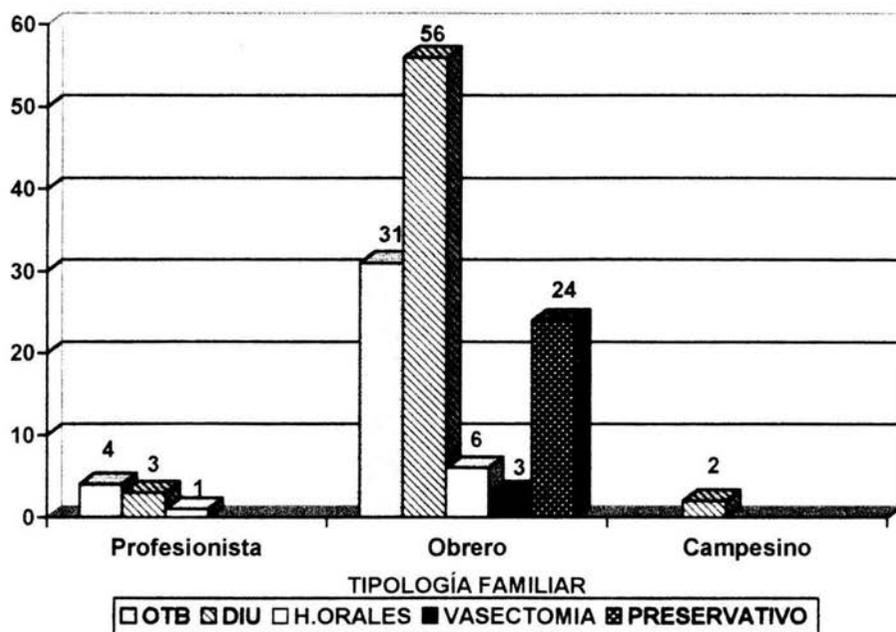
FUENTE: ENCUESTA DE MAPAS FAMILIARES AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 6

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR TIPOLOGIA FAMILIAR DE USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Método	Tipología Familiar			Total
	Profesionista	Obrero	Campesino	
OTB	4	31		35
DIU	3	56	2	61
H.ORALES	1	6		7
VASECTOMIA		3		3
PRESERVATIVO		24		24
Total	8	120	2	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR TIPOLOGÍA FAMILIAR



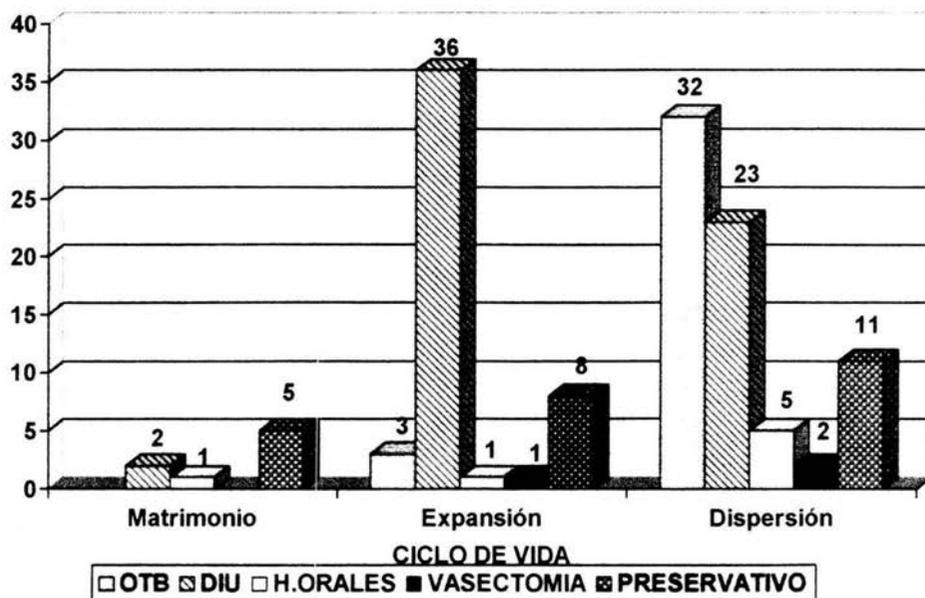
FUENTE: ENCUESTA DE MAPAS FAMILIARES AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 7

**MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR CICLO DE VIDA FAMILIAR DE
USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°.
20
JULIO Y AGOSTO DEL 2000**

Método	Ciclo de Vida Familiar			
	Matrimonio	Expansión	Dispersión	Total
OTB		3	32	35
DIU	2	36	23	61
H.ORALES	1	1	5	7
VASECTOMIA		1	2	3
PRESERVATIVO	5	8	11	24
Total	8	49	73	130

**MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR CICLO DE VIDA
FAMILIAR**



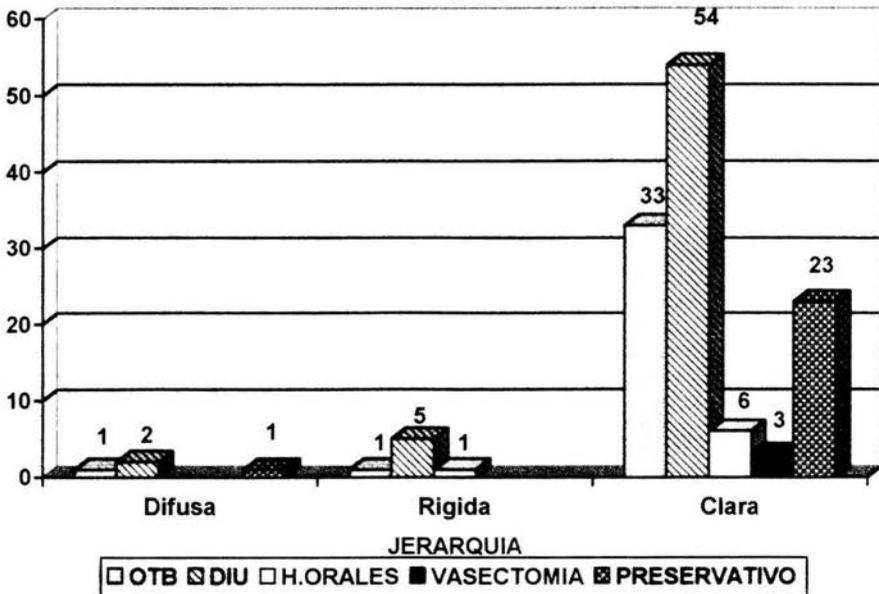
FUENTE: ENCUESTA DE MAPAS FAMILIARES AL
USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 8

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR JERARQUÍA DE USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Método	Jerarquía			
	Difusa	Rígida	Clara	Total
OTB	1	1	33	35
DIU	2	5	54	61
H.ORALES		1	6	7
VASECTOMIA			3	3
PRESERVATIVO	1		23	24
Total	4	7	119	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR JERARQUIA



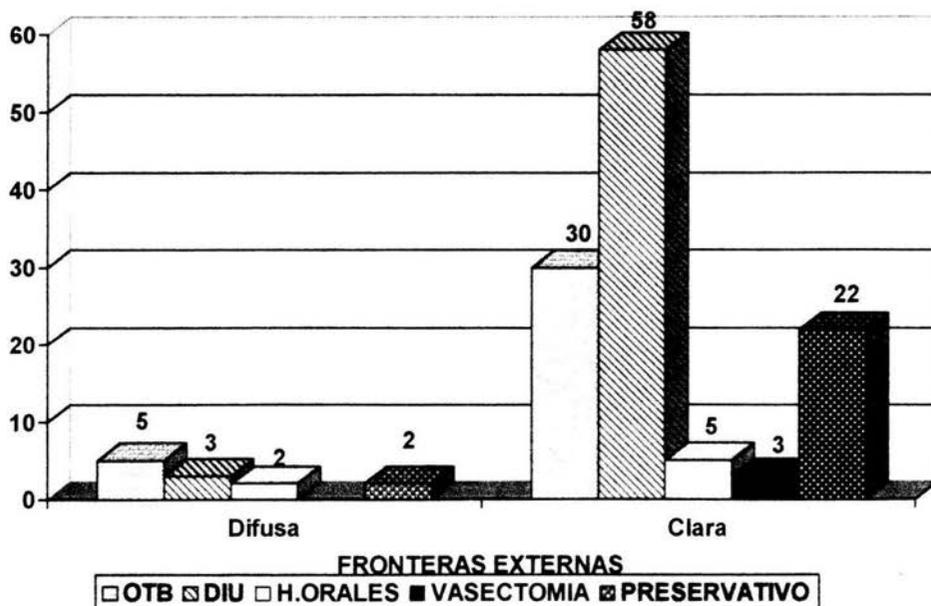
FUENTE: ENCUESTA DE MAPAS FAMILIARES AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL

TABLA No. 9

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR FRONTERAS EXTERNAS DE USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Jerarquía			
Método	Difusa	Clara	Total
OTB	5	30	35
DIU	3	58	61
H.ORALES	2	5	7
VASECTOMIA		3	3
PRESERVATIVO	2	22	24
Total	12	118	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR FRONTERAS EXTERNAS



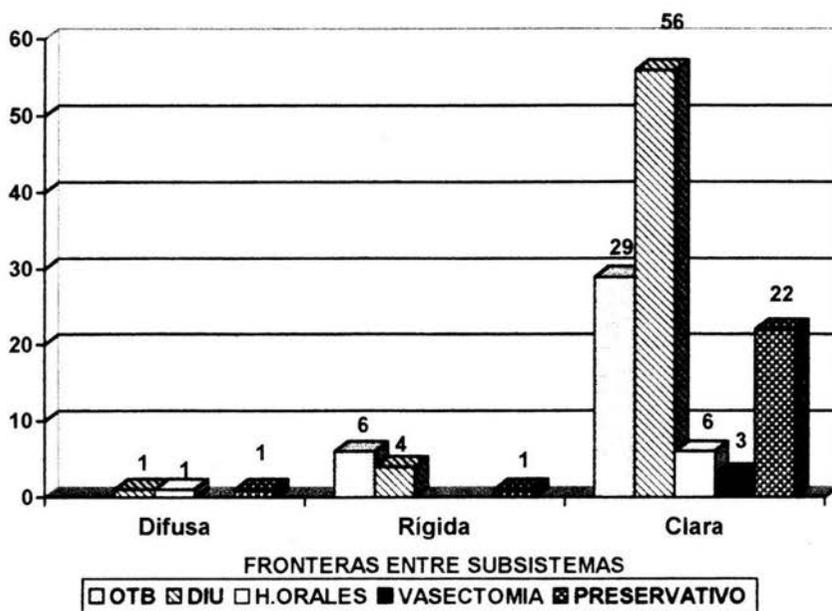
FUENTE: ENCUESTA DE MAPAS FAMILIARES AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL

TABLA No. 10

**MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR FRONTERAS ENTRE SUBSISTEMAS DE
USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°.
20
JULIO Y AGOSTO DEL 2000**

Fronteras entre subsistemas				
Método	Difusa	Rígida	Clara	Total
OTB		6	29	35
DIU	1	4	56	61
HORMONALES O.	1		6	7
VASECTOMIA			3	3
PRESERVATIVO	1	1	22	24
Total	3	11	116	130

**MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR
FRONTERAS ENTRE SUBSISTEMAS**



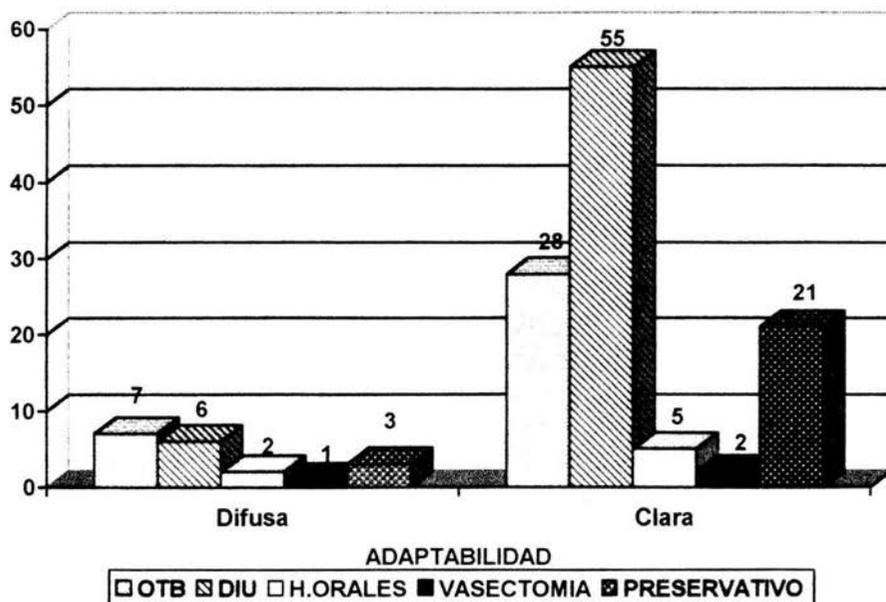
FUENTE: ENCUESTA DE MAPAS FAMILIARES AL
USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 11

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR ADAPTABILIDAD DE USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Adaptabilidad			
Método	Difusa	Clara	Total
OTB	7	28	35
DIU	6	55	61
H.ORALES	2	5	7
VASECTOMIA	1	2	3
PRESERVATIVO	3	21	24
Total	19	111	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR ADAPTABILIDAD



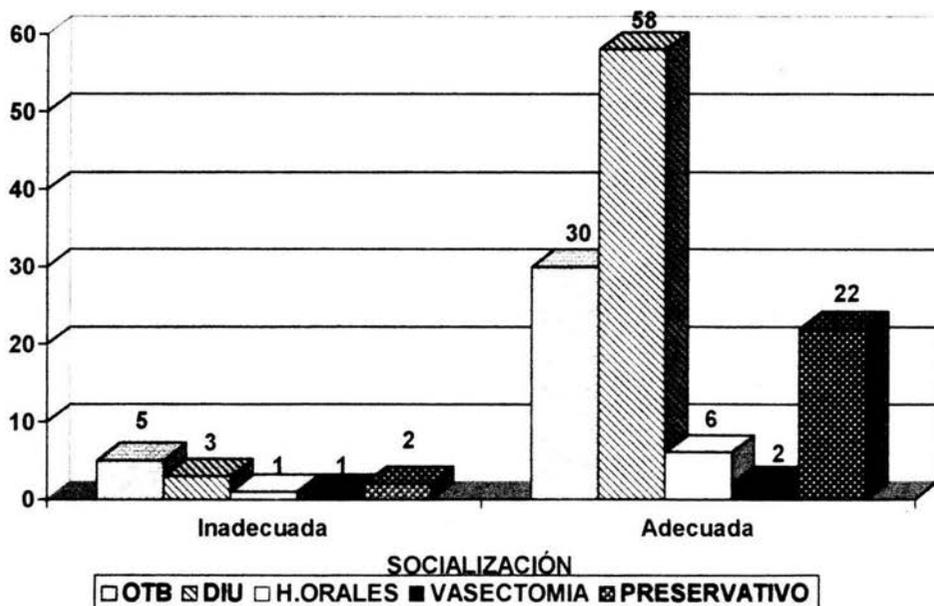
FUENTE: ENCUESTA DE MAPAS FAMILIARES AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 12

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR SOCIALIZACIÓN DE USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Socialización			
Método	Inadecuada	Adecuada	Total
OTB	5	30	35
DIU	3	58	61
H.ORALES	1	6	7
VASECTOMIA	1	2	3
PRESERVATIVO	2	22	24
Total	12	118	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR SOCIALIZACIÓN



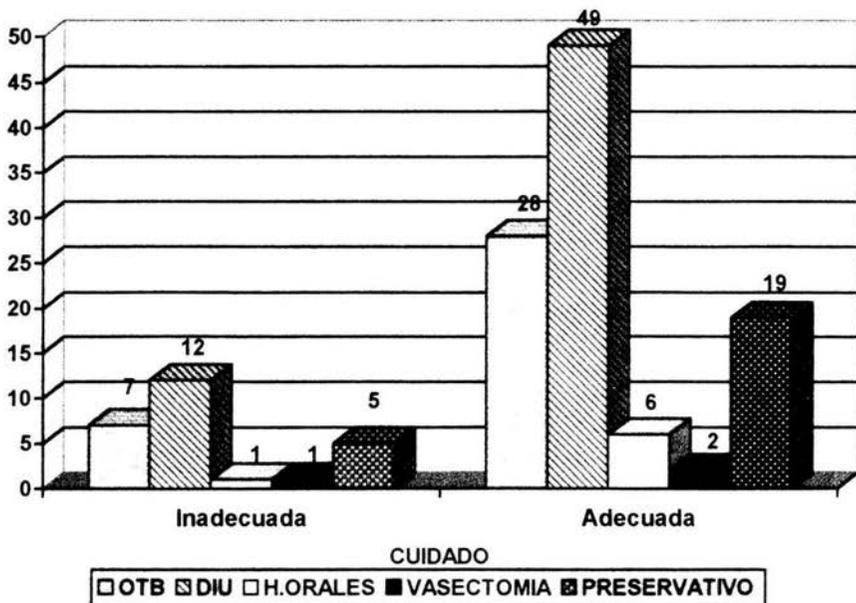
FUENTE: ENCUESTA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 13

**MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR CUIDADO DE USUARIAS
DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y
AGOSTO DEL 2000**

Cuidado			
Método	Inadecuada	Adecuada	Total
OTB	7	28	35
DIU	12	49	61
H.ORALES	1	6	7
VASECTOMIA	1	2	3
PRESERVATIVO	5	19	24
Total	26	104	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR CUIDADO



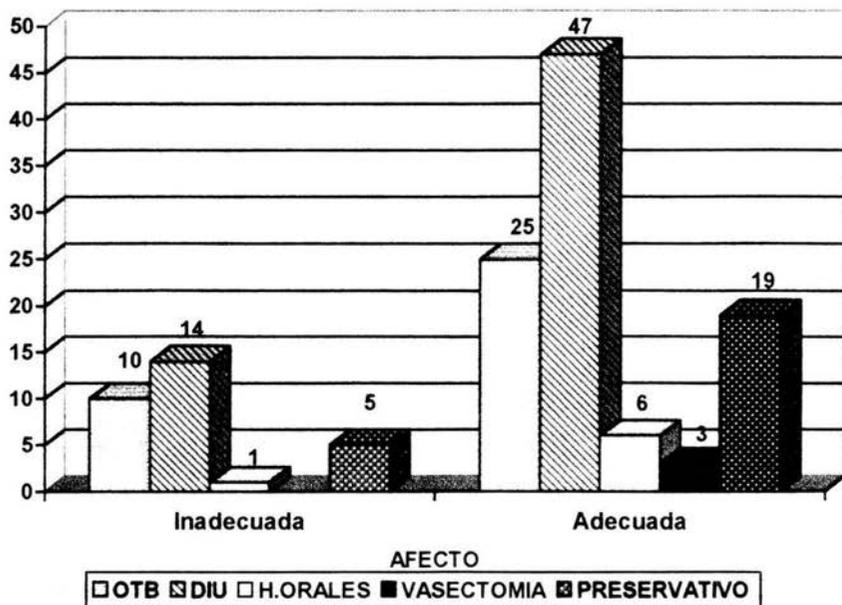
FUENTE: ENCUESTA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR
AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 14

**MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR AFECTO DE USUARIAS
DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y
AGOSTO DEL 2000**

Afecto	Método	Inadecuada	Adecuada	Total
	OTB	10	25	35
	DIU	14	47	61
	H.ORALES	1	6	7
	VASECTOMIA		3	3
	PRESERVATIVO	5	19	24
	Total	30	100	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR AFECTO



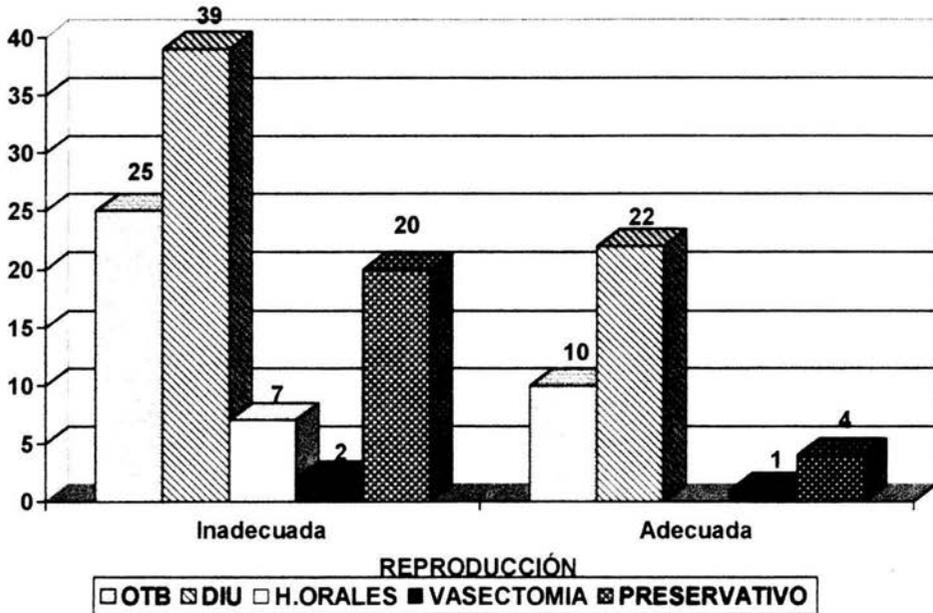
FUENTE: ENCUESTA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR
AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 15

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR REPRODUCCIÓN DE USUARIAS DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20 JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Reproducción			
Método	Inadecuada	Adecuada	Total
OTB	25	10	35
DIU	39	22	61
H.ORALES	7		7
VASECTOMIA	2	1	3
PRESERVATIVO	20	4	24
Total	93	37	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR REPRODUCCIÓN



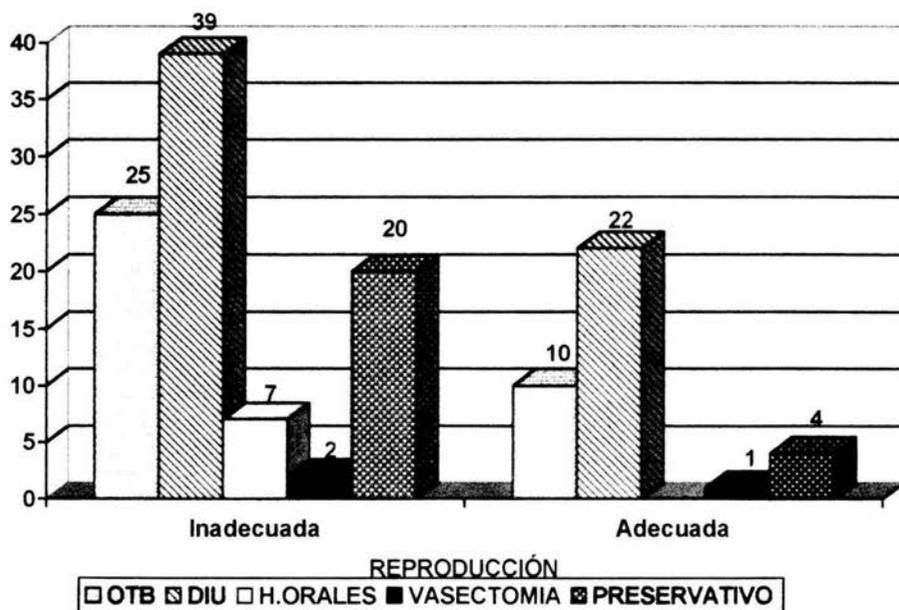
FUENTE: ENCUESTA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

TABLA No. 16

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR STATUS DE USUARIAS
DERECHOHABIENTES DEL PROGRAMA DE P.F. DE LA UMF N°. 20
JULIO Y AGOSTO DEL 2000

Status	Método	Inadecuada	Adecuada	Total
	OTB	11	24	35
	DIU	20	41	61
	H.ORALES	2	5	7
	VASECTOMIA	1	2	3
	PRESERVATIVO	11	13	24
	Total	45	85	130

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POR STATUS



FUENTE: ENCUESTA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR
AL USUARIO DEL P.P.F. DE LA UMF N° 20 DEL IMSS

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La presente investigación estudió 130 derechohabientes usuarias del Programa de Planificación Familiar con respecto a los Mapas Familiares y Funcionalidad Familiar de la UMF No 20 del IMSS de la Delegación No. 1 Noroeste del D.F. en donde observamos, que:

El grupo de edad predominante en este estudio fue entre el rango de 25 a 29 años de edad, con un total de 50 pacientes que corresponden al 38.4%, los cuales son resultado del carácter prioritario de los programas de salud del IMSS, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres en edad reproductiva y provenientes de la difusión, información, educación, consejería, prescripción, consentimiento informado y de la aplicación de métodos anticonceptivos.

El grupo de edad de usuarias con OTB, es mayor en las mujeres de 35 a 39 años de edad, como resultado, de la educación para la salud en estos grupos en los que la morbilidad es mayor, sumando un total de 12 pacientes, que corresponden al 34.2% de las usuarias de este método.

El grupo de edad de usuarias con DIU que más se presentan son en el grupo de 25 a 29 años de edad, que son las mujeres en las cuales la protección anticonceptiva tiene mayor repercusión favorable para la salud materno infantil post-parto y post-aborto y que en este estudio correspondieron a 26 casos con un 42.6% de las aceptantes del mismo.

El grado de escolaridad más frecuente en las usuarias del Programa de Planificación Familiar es mayor en las pacientes con escolaridad secundaria con un total de 56 pacientes que corresponde al 43.7%, lo cual es el reflejo del cambio social, que indica que usuarias con escolaridad secundaria tienen plena conciencia de la importancia de la salud reproductiva.

En las pacientes con escolaridad secundaria el método de Planificación Familiar más frecuentemente utilizado es el DIU con un total de 25 casos que corresponden al 44.6%, de estas lo cual puede deberse al conocimiento actual de la efectividad, facilidad, ausencia de efectos colaterales de este método, y que dicho conocimiento, esta ampliamente determinado por la educación recibida.

El tipo de ocupación de las usuarias del Programa de Planificación Familiar, más frecuente se presentó en las dedicadas al hogar, con un total de 79 casos lo que representa el 60.76% y que demuestra que, este grupo de población está enterada de los métodos anticonceptivos y sus características, y que asumen actitudes muy favorables hacia la elección y aceptación de ellos.

En las usuarias del Método de Planificación Familiar, dedicadas al hogar, el Método más usado es el DIU con un total de 40, que corresponde al 50.6%, que puede deberse según los autores a los atributos que los usuarios confieren a los Métodos de Planificación Familiar para su selección y uso.

El método de Planificación Familiar por estado civil fue mayor en las usuarias casadas, con un total de 98, que corresponde al 75.3 %, lo que coincide con la relación de pareja, con la comunicación entre ambos, actitudes y comportamientos inherentes al tema, además de la empatía, con su compañero para lograr la aceptación de la protección de la salud familiar mediante los Métodos de Planificación Familiar.

Las usuarias casadas del Programa de Planificación Familiar, utilizan con mayor frecuencia el método de DIU, con un total de 41, que corresponde al 41.8 %, lo que según los autores corresponde a la comprensión, flexibilidad, el nivel socioeconómico, la comunicación, la cultura, la funcionalidad de la etapa del ciclo de vida familiar, la organización e interacción y la psicología familiar, que son factores importantes de valorar en la influencia que ejercen sobre la pareja en la elección del Método de Planificación Familiar.

La religión más frecuente de usuarias del Programa de Planificación Familiar fue la católica, en un total de 123 pacientes que corresponden al 94.6 %, lo que indica que el conocimiento y la educación acerca de los Métodos de Planificación Familiar, no se ve influida por la religión católica.

Las usuarias con religión católica utilizan con mayor frecuencia el DIU, con un total de 59 de ellas, que corresponde al 47.9%, lo que confirma, lo anterior.

La tipología familiar más predominante de las usuarias del Programa de Planificación Familiar es la obrera con un total de 120, que corresponden al 92.30 %, que nos indican que la ocupación de uno ó ambos cónyuges es de la clase obrera, en estas familias.

En las familias de clase obrera el Método de Planificación Familiar más utilizado, es el DIU con un total de 56, que corresponde al 46%, lo que comprueba según los autores, que existen elementos objetivos, que varían con la cultura de una población determinada, la educación, la condición socioeconómica, la motivación y los estímulos que reciba, para la limitación de la familia.

En cuanto a contar con esquemas o mapas hipotéticos de lo que sería una organización familiar "adecuada", "normal" o " sana", así como lo que se consideraría disfuncional para que, a partir de estos supuestos, sea posible formular los esquemas de las familias que entran a terapia. Se han descrito una serie de parámetros de tipo organizacional, que se asocian con el criterio médico de "familias asintomáticas". Estos parámetros son entre otros los siguientes y en los que encontramos en las familias estudiadas lo que a continuación semenciona:

El ciclo de vida familiar que más predomina es el ciclo de dispersión familiar, en las familias usuarias del Programa de Planificación Familiar con un total de 73, que corresponde al 56.15% y que representa la organización funcional en la etapa de familia con hijos en edad escolar.

El Método de Planificación Familiar más utilizado, en la etapa del ciclo de dispersión familiar, es la OTB, en un total de 32, que corresponde a el 43.83% que demuestra que las familias presentan paridad satisfecha, por lo que decidieron concluir su etapa reproductiva y que los hijos son de edad escolar.

En este mismo ciclo de vida de dispersión familiar existen familias que planifican con el método de DIU, con un total de 23, que corresponde al 31.5%, y que probablemente aun no han, satisfecho su paridad y no han decidido un método definitivo, para terminar su etapa reproductiva, y que también cuentan con hijos en edad escolar.

En el Programa de Planificación Familiar, el ciclo de vida de expansión, ocupó un segundo lugar en cuanto a frecuencia, con un total de 49, que representa un 37.6%, y que por lo tanto son familias que se encuentran en el momento en que han decidido espaciar a los hijos que quieren tener.

Esta etapa de expansión familiar, se utiliza más frecuentemente el Método de Planificación Familiar con DIU, en un total de 36, que corresponde al 73.46% y que corrobora que aun no han terminado su etapa reproductiva, por lo que utilizan, un Método de Planificación Familiar no definitivo.

En la Jerarquía de estas familias, el mayor número se encuentran con Claridad en la Jerarquía, con un total de 119, que corresponden a 91.5%, coincidiendo con los autores que nos dicen que la Jerarquía "es el poder de influir en los demás y tomar las decisiones que se piensa se deben seguir" Simon (1988). Así mismo Haley y Madanes (1973, 1977, 1978) así como Minuchin (1992) consideran que una Jerarquía familiar clara y consistente en las autoridades familiares (padres o tutores), es requisito fundamental para su adecuado funcionamiento, lo que indica entonces que en las familias estudiadas existe la decisión de Planificar la Familia en forma conjunta por las autoridades familiares.

De acuerdo a la Jerarquía Clara el Método de Planificación Familiar más utilizado fue el DIU, con un total de 54 casos, que corresponden al 45.3%.

De acuerdo a las fronteras entre la familia y el contexto externo predominó el parámetro de Claridad, con un total de 118, que corresponden al 90.7%, coincidiendo con Simon (1988) que nos dice que la Claridad de las de las fronteras entre la familia y el contexto externo, señala en la familia la capacidad para trazar fronteras con el contexto exterior, y coincidir con su independencia funcional, al mismo tiempo que establece una permanencia dentro de la familia nuclear que permita una identidad y un equilibrio entre las tendencias centrífugas y centripetas de la familia.

Lo que se presenta en la mayoría de las familias estudiadas, e indica que estas familias tienen la capacidad adecuada para trazar fronteras Claras con el contexto exterior, al mismo tiempo que establecen una permanencia e identidad dentro de la familia nuclear, así como un equilibrio.

El Método de Planificación Familiar más frecuentemente elegido de acuerdo a la Claridad de las fronteras entre la familia y el contexto exterior, fue el DIU, con un total de 50, que corresponde al 49.1% de estas.

De acuerdo a la Claridad en las fronteras entre los subsistemas y entre los individuos, la mayoría de las familias estudiadas presentaron el parámetro de Claridad, con un total de 116 casos, que corresponden al 89.2%, lo que coincide con el autor Minuchin (1992) que nos dice que es el parámetro más útil para evaluar la funcionalidad familiar, las cuales deben de ser Claras, lo que quiere decir permitir su libre desarrollo, sin interferencias mutuas, permitiendo la pertenencia e individuación entre sus miembros, lo que en la mayoría de las familias estudiadas se presenta, lo que indican que existe una muy adecuada funcionalidad familiar en estas usuarias del Programa de Planificación Familiar.

De acuerdo a esta Claridad en las fronteras entre subsistemas e individuos utilizan con más frecuencia el Método de Planificación Familiar con DIU, con un total de 56, lo que corresponde al 48.2%, de estas familias.

El parámetro de adaptabilidad más frecuente, fue el de Adaptabilidad Clara, con un total de 111, que corresponde al 85.3% de las familias estudiadas, lo que corresponde con los autores Simon (1988) que dice que en una familia funcional la estabilidad a fin de mantener un marco de referencia confiable, debe estar equilibrada la adaptabilidad y tiene que ser constantemente negociados (morfogénesis-morfostásis), en las familias estudiadas se presentó con más frecuencia la Claridad en la Adaptabilidad, por lo que las consideramos con adaptabilidad funcional, en las cuales el método de Planificación Familiar más frecuentemente usado es el DIU, con un total de 55, que corresponde al 49.5% de estas familias.

Con respecto a las funciones de la familia, que como sabemos, son los responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares, que determinan, la sobrevivencia de la familia, por lo que requiere para ello ser funcional.

Con respecto a la función familiar de socialización, encontramos que en la mayoría de las familias estudiadas, esta función es adecuada, correspondiendo a un total de 118, lo que corresponde al 90.7% de las familias, lo que está apoyado por los autores que nos dicen que la socialización es la interacción, mediante la cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y por ende, de la sociedad. Lo que quiere decir que la mayor parte de las familias estudiadas, presentan adecuada función de socialización y que aprenden, los valores socioculturales que los hacen personas activas en su familia y en la sociedad.

En estas familias el Método de Planificación Familiar más frecuentemente elegido es el DIU, con un total de 58 familias y que corresponde al 49.1% del total de estas familias.

La función familiar de cuidado que más predominó fue la de cuidado adecuado, con un total de 104 familias, que corresponde al 80% y que corresponde a lo que los autores nos dicen, respecto a cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia. Por lo que se comprende que estas familias demuestran que logran ponerse uno en el lugar del otro para percibir, los sentimientos de su pareja, compartirlos, logrando la aceptación de la protección de la salud familiar, mediante los Métodos de Planificación Familiar.

Entre estas familias el Método de Planificación Familiar que más predominó, fue el DIU, con un total de 49, que corresponde al 47.1% de estas.

De acuerdo a la función de afecto, la mayoría tuvieron función de afecto adecuada, con un total de 100 familias, que corresponde al 76.92%, coincidiendo con los autores, en que la función de afecto adecuada, significa cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia, ya que la respuesta afectiva de un miembro a otro proporciona la recompensa básica de la vida familiar, lo que demuestra que las familias estudiadas, se prodigan el afecto necesario para sus integrantes.

En estas familias el Método de Planificación Familiar más utilizado es el DIU, con un total de 47, lo que corresponde al 47% de estas.

En la función de reproducción, la mayoría de las familias estudiadas presentó, funcionalidad inadecuada, con un total de 93, que corresponden al 71% y que según los autores la función de reproducción significa, la regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción a través de interacción personal, educación sexual y control de la natalidad, esta función de reproducción no se llevó adecuadamente en la familia de origen de estas familias, que es lo que reportó la encuesta aplicada, ya que la mayoría de las familias no obtuvo la información adecuada sobre sexualidad y métodos de planificación familiar, en la Familia de origen, sino que hasta la actualidad se están informando sobre estos temas por medio de la educación sexual y Métodos de Planificación Familiar, impartida en la UMF No. 20 del IMSS, siendo también muy importante, que está educación sexual sea impartida desde la familia de origen en donde nosotros los Médicos Familiares tenemos un papel muy importante, en la educación a los adolescentes y padres de familia sobre los temas de sexualidad, reproducción y Métodos de Planificación Familiar, para una función familiar adecuada desde la familia de origen.

En estas familias el Método de Planificación Familiar más utilizado, es el DIU, con un total de 39, que corresponde al 41%.

La funcionalidad por Status fue en mayor porcentaje adecuada, con un total de 85 familias, que corresponde al 65.3% y que según la literatura se comprende como la responsabilidad de promover la necesaria socialización y las

experiencias educacionales que permiten al individuo asumir una vocación y un rol en grupos, que sean consistentes en sus expectativas.

En las familias con funcionalidad adecuada por Status el Método de Planificación Familiar más utilizado es el DIU con un total de 41, que corresponde al 48.2%.

CONCLUSIONES

En el presente estudio de investigación se obtuvieron las principales conclusiones:

El rango de edad de usuarias del Método de Planificación Familiar predominante es de 25 a 29 años.

El Método de Planificación Familiar más utilizado de acuerdo al rango de edad de 25 a 29 años es el DIU.

El grado de escolaridad predominante en las usuarias del programa de Planificación Familiar es el de secundaria.

El método de Planificación Familiar más utilizado de acuerdo a la escolaridad secundaria es el DIU.

La ocupación predominante de las usuarias del Programa de Planificación Familiar es el hogar.

El método de Planificación Familiar más utilizado de acuerdo a la ocupación hogar es el DIU.

El estado civil predominante en las usuarias del Programa de Planificación Familiar es casadas.

La religión predominante en las usuarias del Programa de Planificación Familiar es la católica.

La tipología familiar predominante en las usuarias del Programa de Planificación Familiar es obrero

El ciclo de vida familiar predominante en las usuarias es el de dispersión.

La jerarquía familiar predominante es las usuarias del Programa de Planificación Familiar la Jerarquía Clara.

Las fronteras externas predominantes en las usuarias del Programa de Planificación Familiar son la Claridad en las fronteras externas.

Las fronteras entre subsistemas e individuos predominantes son la Claridad en las fronteras entre subsistemas e individuos.

La adaptabilidad predominante en las usuarias del Programa de Planificación Familiar es la Claridad en la adaptabilidad.

La función de socialización más predominante en las usuarias del Programa de Planificación Familiar es la Socialización adecuada.

La función de cuidado predominante en las usuarias del Programa de Planificación Familiar es la de Cuidado Adecuada.

La función de afecto predominante es las usuarias del Programa de Planificación Familiar es la de Afecto Adecuada.

La función de reproducción predominante en las usuarias del Programa de Planificación Familiar es la de reproducción Inadecuada.

La función de Status predominante en las usuarias del Programa de Planificación Familiar es la de Status Adecuada.

De acuerdo a todas las variables estudiadas el metodo de planificacion familiar mas frecuente utilizado fue el DIU. Con un 46%.

COMENTARIO

La procreación de las personas no es un proceso meramente biológico, cuando proceden de una alianza de amor matrimonial total e indisoluble entre los padres.

Por lo que en la familia es importante conocer, la forma de organización, interacción y funcionalidad de las familias que se encuentran en el programa de Planificación Familiar, en donde intervienen tanto variables externas, como internas que son de suma importancia, y que van a reflejar la forma de planificar la familia, el momento y el tipo de método de Planificación Familiar.

Por lo que es de vital importancia que el médico familiar reconozca las variables que intervienen, más frecuentemente en la Planificación Familiar ya que el conocimiento adecuado de las mismas lo llevara a detectarlas e interferir tempranamente.

Como es el caso del presente trabajo, en el cual se encontró inadecuada la función de reproducción en las familias de origen, de las usuarias derechohabientes de esta unidad. Por lo que se comprueba que las acciones del Programa de Planificación Familiar que se llevan a cabo en EL IMSS logran una adecuada información, educación, consejería y prescripción de los métodos de Planificación Familiar en el ciclo vital de la familia en etapa de matrimonio, lo que repercute favorablemente en la Salud Familiar y Reproductiva.

A si mismo encontramos como método de utilización mas frecuente el DIU considerando que se debe a los atributos demostrados por el mismo; como son: pocos efectos colaterales, facilidad de aplicación, efectividad y examen medico de control poco frecuente.

Es por esto que nosotros médicos familiares tenemos el compromiso y una gran responsabilidad al proporcionar asistencia medica a las familias y a los padres de familia, y de informarles correctamente sobre la educación sexual y Reproductiva necesaria desde las familias de origen, para así acrecentar, la Planificación Familiar en forma adecuada y oportuna para conservar la Salud Familiar y Reproductiva, de las mismas.

El presente trabajo expuso algunas variables frecuentes que intervienen, en la Planificación Familiar, encontrando que la escolaridad, las fronteras entre subsistemas, la adaptabilidad, la socialización y el cuidado, son favorables y determinantes en la Planificación Familiar, de las usuarias de este programa en esta UMF No. 20 del IMSS por lo que concluimos, que en este proceso, se expresan una confluencia de varios factores que lo contribuyen y determinan.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar como influyen los Mapas Familiares y La Funcionalidad Familiar, en las familias usuarias del Programa de Planificación Familiar

Para lo cual se estudiaron 130 Mapas Familiares y Funcionalidad Familiar de la UMF No 20 del IMSS, durante los meses de Julio y Agosto del 2000.

A los cuales se les realizó: Ficha de identificación, AGO, Etapa de ciclo de vida familiar, Claridad en la jerarquía, Claridad en las fronteras externas, Claridad en las fronteras entre subsistemas e individuales, Claridad en la adaptabilidad, Funciones de la familia que son: socialización, cuidado, afecto, reproducción y status.

El tipo de estudio fue prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

Los principales resultados fueron mayor frecuencia de Planificación Familiar en todas las variables con el método del DIU, así mismo en todas las variables la edad predominante de usuarias que planifican la familia esta en el rango de 25 a 29 años, 38.46%, de acuerdo a la escolaridad la más frecuente fue la secundaria, 43.0%, la ocupación más frecuente de las usuarias fue el hogar, 60.76%, el estado civil más frecuente fue el de casadas, 75.3%, la religión más frecuente fue la católica, 94.61%, la tipología familiar predominante fue la obrera, 92.30%, el ciclo de vida familiar predominante fue el de dispersión, 56.15%, la jerarquía familiar predominante fue la jerarquía clara, 91.5%, las fronteras externas predominantes fueron las claras, 90.76%, las fronteras entre subsistemas e individuos predominantes fueron las claras, 89.23%, la adaptabilidad predominante fue la clara, 85.38%, la función de socialización más frecuente fue la adecuada, 90.76%, la función de cuidado más frecuente fue la adecuada 80.0%, la función de afecto predominante fue la adecuada, 76.92%, la función de reproducción en las familias de origen predominante fue la inadecuada, 71.53%, la función de status predominante fue la adecuada, 65.38%. Al someterse a la prueba estadística de χ^2 , hubo significación en las variables de escolaridad, fronteras entre subsistemas e individuales, adaptabilidad, socialización y cuidado.

Es de importancia mencionar que la función de reproducción se lleva a cabo en forma inadecuada en las familias de origen, no así en la etapa de matrimonio lo cual fue muy claramente demostrado en este estudio, ya que la encuesta arrojó datos muy específicos acerca de la claridad de las fronteras entre subsistemas e individuos, lo que refuerza que los programas prioritarios del IMSS cumplen exitosamente con su finalidad que es la Salud Familiar y reproductiva.

Por lo que concluimos que la Planificación Familiar va a estar determinada por múltiples variables familiares, contextuales, socioeconómicas y culturales.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Gallagher D. Breve Historia de la anticoncepción. Mundo Médico 1975; 2(20):58-64.
- 2.-Programas de Planificación Familiar resultados 1985.Documento técnico Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. IMSS, 1986.
- 3.-Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar. Salud Pública de México 1994; 36(3)334.
4. -Planificación Familiar y Demografía Médica. Un enfoque multidisciplinario. IMSS, 1985.
5. -Leo Buscaglia. El arte de ser persona.Diana.1987.
6. -Chavarria M. ¿Qué significa ser padres? Trillas.
- 7.-Montezano-Delfin JR. Manual del Protocolo de Investigación. Reproducción del Centro de Formación de Profesores.Centro Médico Nacional Siglo XXI. Auroch.
- 8.-Sauceda- García JM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev. Med. IMSS (Méx) 1991;29:61-7
- 9.-Herrera- Avila A. La familia como unidad de análisis. Internet Y ! GeoCities.1-11.
- 10.-Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de las estructuras y funcionalidad familiar.Arch Med Fam 1999,1(2):45-57
- 11.-Velazco de Torres ML. Mapas familiares su utilización en el diagnóstico y formulación de hipótesis terapéuticas. Instituto de Terapia Familiar "Cencalli" 1-7.
- 12.-Velazco R. La disfunción familiar. Un reto diagnóstico - terapéutico Revista Médica del IMSS 1994;32:271-275.
- 13.-Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. Medicina Familiar Mexicana. 1998;25-38.
- 14.-Hulley S, Cummings S. Diseño de la investigación clínica. Doyma.1998;253.

- 15.-Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. Medicina Familiar Mexicana. 1998;5-6.
- 16.- Comel-Fayad. Curso de Estadística de la Escuela de Salud Pública de Venezuela.
- 17.- Manual de Investigación Médica en el IMSS. Cordinación de Investigación Médica. 1999;1-47.
- 18.-Oriega-Gonzalez J. Las variables en la investigación en ciencias de la salud. Una aproximación teórica. Rev Med IMSS (Mex) 1997;35(1):65-71.
- 19.-Chávez HA. El médico familiar en la atención primaria a la salud.Rev Med IMSS (Mex) 1995;33:173-176.
- 20.-González CE. "La familia". Mecanograma de la U.M.F. No. 20 del IMSS.
- 21.-González CE. "Funciones de la familia" Mecanograma de la U.M.F. No. 20 del IMSS.
- 22.-Minuchin Salvador. "Un modelo familiar" En familia y Terapia familiar. Granica Psicoteca mayor 1ª.Ed España 1997:78-107.
- 23.- Revilla L. La disfunción familiar. Atención Primaria. 1992 julio/agosto;10(2):7-8.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACION CLINICA.

Lugar _____ y _____ fecha-

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación, titulado Mapas Familiares y Funcionalidad Familiar en derechohabientes de la UMF No .20 del IMSS en el mes de Agosto del 2000.

Registrado en el Comité de investigación Médica con el No _____ El objetivo de este estudio es describir la organización ,interacción y funcionalidad familiar en derechohabientes del Programa de Planificación Familiar de la UMF No. 20 del IMSS.

Se me explicó que mi participación consistirá en contestar únicamente dos encuestas para ello estoy conciente de que no correré ningún riesgo ya que la información que daré, será confidencial y que puedo no aceptar si yo así lo decido.

ATENTAMENTE

Nombre y firma del paciente.

Nombre y firma del Investigador.

Encuesta para valorar Mapas Familiares.

FICHA DE IDENTIFICACION.

Edad _____ Sexo- _____ Ocupación _____
Religión _____ Estado civil _____
Escolaridad _____

A) Etapa del ciclo de vida familiar.

AGO. Menarca: _____ VSA: _____ G: _____ P: _____ A: _____
C: _____ FUP: _____ FUC: _____ FUR: _____ METODO
DE P.F. : (OTB), (DIU), (H.O), (VASECTOMIA), (PRESERVATIVO).

Nombre _____ del _____ esposo:
_____ edad: _____
Ocupación: _____ sexo: _____
escolaridad: _____
Religión: _____

Número de hijos: _____
Edades: _____ Nombres: _____

_____ de _____ los
Ocupación _____
hijos: _____

B) Claridad en la Jerarquía.

1.- ¿El proveedor económico en su familia es?
Usted () Su esposo () Ambos ()

2.- Quien toma las decisiones?
Usted () Su esposo () Ambos ()

3.- ¿Quién indica la disciplina en su familia?
Usted () Su esposo () Ambos ()

4.- ¿En su pareja se comparten las obligaciones del trabajo y el hogar entre?
Usted () Su esposo () Ambos ()

5.- ¿En su pareja la oportunidad para decidir acerca de la elección del método de planificación familiar es de?

Usted () Su esposo () Ambos ()

Claridad en las fronteras entre la familia y el contexto exterior.

1.- ¿ Con que frecuencia su familia visita o es visitada por familiares?

Siempre () Nunca () A veces ()

2.-¿Conque frecuencia su familia visita lugares recreativos, culturales o acude a fiestas?

Siempre () Nunca () A veces ()

3.-¿Es mucho el tiempo que invierte en el trabajo o la escuela?

Siempre () Nunca () A veces ()

4. -¿Influyen las opiniones de amistades para la elección de su método de P.F.?

Siempre () Nunca () A veces ()

5.-¿Necesita su familia de ayuda exterior para resolver sus problemas?

Siempre () Nunca () A veces ()

D) Claridad en las fronteras entre los subsistemas y entre los individuos.

1.-¿Necesita del apoyo de su familia para realizar sus metas y capacidades?

Siempre () Nunca () A veces ()

2.- ¿Intervienen sus hijos en la elección del método P.F?

Siempre () Nunca () A veces ()

3.-¿Intervienen los hijos o los abuelos cuando los padres discuten?

Siempre () Nunca () A veces ()

4.-¿Existen manifestaciones físicas de afecto entre padres, padres e hijos y entre hermanos?

Siempre () Nunca () A veces ()

5.- ¿La elección del método de P.F. es decidida por su esposo?

Siempre () Nunca () A veces ()

E)Equilibrio entre la estabilidad y el cambio.

1.-¿En su familia las responsabilidades son repartidas entre?

Usted () Su esposo () Todos ()

2.-¿ Si alguien en su familia no puede asumir su responsabilidad, quién lo hace por ella?

Usted () Su esposo () Todos ()

3.-¿Cuando alguien de su familia tiene algún problema es fácil de resolverlo por?

Usted () Su esposo () Todos ()

4.-¿Los cambios de conducta en los diferentes integrantes de la familia son fáciles de comprenderse por?

Usted () Su esposo () Todos ()

5.-¿Con respecto a la P.F lo que los esposos decidan es bien aceptado por?

Usted () Su esposo () Todos ()

De 0 a 50 puntos = Con Mapas Familiares disfuncionales.

De 50 a 75 puntos = Con Mapas Familiares funcionales.

Encuesta para evaluar funcionalidad familiar.

Instrucciones: Esta encuesta consta de preguntas sencillas donde la respuesta es opcional de acuerdo a su respuesta, marque con una X la que usted considere adecuada.

SU FAMILIA CUMPLE CON LAS SIGUIENTES FUNCIONES.

1.-Socialización:La familia tiene la responsabilidad de ayudar a los hijos a participar en la sociedad.

1.-Su familia le permitió ir a escuela.

Nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
-------	--------	--------------	---------

2.-Su familia le dio normas educativas

Nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
-------	--------	--------------	---------

3.-Su familia le permitió tener amigos

Nunca	Aveces	Casi siempre	
-------	--------	--------------	--

2.- Cuidado: Cuando la familia cubre las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia.

1.- Su familia se preocupa por usted cuando se enferma:

Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
-------	---------	--------------	---------

2.- Cuando había la necesidad de ropa o calzado su familia se la compra.

Nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
-------	--------	--------------	---------

3.-Su familia se preocupaba por usted cuando tiene problemas

Nunca	Aveces	Casi siempre	Siempre
-------	--------	--------------	---------

3.-Afecto:La familia cubre las necesidades afectivas de sus miembros

1.-Su familia le demuestra cariño.

Nunca A veces Casi siempre Siempre

2.-Comparte momentos recreativos con su familia.

Nunca A veces Casi siempre Siempre

3.-Cuando ha necesitado apoyo de su familia se lo dan.

Nunca A veces Casi siempre Siempre

4.-Reproducción:Regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción.

1.-Su familia le hablo sobre sexualidad.

Nunca A veces Casi siempre Siempre

2.-Su familia le hablo sobre métodos de planificación familiar.

Nunca A veces Casi siempre Siempre.

5.-Status. Responsabilidad de proveer la necesaria socialización.

1.-Su familia le permitió estudiar y trabajar.

Nunca A veces Casi Siempre Siempre.

2.-En su familia hay alguna profesión y se lleva a cabo.

Nunca A veces Casi Siempre Siempre

3.-En su familia hay un ingreso económico constante.

Nunca A veces Casi Siempre Siempre

De 0 a 45 puntos =Con disfunción familiar.

De 45 a 60 puntos = Con funcionalidad adecuada.