



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

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21**

**PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 21**

**NÚMERO DE FOLIO R-2011-3703-7**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A  
DR.VILLALOBOS RASGADO AURELIO  
RESIDENTE DE SEGUNDO GRADO MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR: DR JUAN ISMAEL PARRILLA ORTIZ**

**MÉXICO DF 2011**

**Facultad de Medicina**





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.

# INDICE

<b>INDICE</b> .....	<b>- 1 -</b>
<b>AUTORIZACIONES DE TESIS</b> .....	<b>- 4 -</b>
<b>TITULO</b> .....	<b>- 7 -</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>- 8 -</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>- 12 -</b>
<b>MARCO TEORICO</b> .....	<b>- 13 -</b>
CONCEPTO DE FAMILIA.....	- 13 -
TIPOLOGIA FAMILIAR.....	- 14 -
ROLES FAMILIARES .....	- 15 -
CRISIS FAMILIARES.....	- 16 -
FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA .....	- 18 -
CICLO VITAL DE LA FAMILIA.....	- 19 -
FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	- 20 -
EMBARAZO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR .....	- 24 -
INVESTIGACIONES ACERCA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR: .....	- 25 -
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>- 29 -</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>- 30 -</b>
OBJETIVO GENERAL.....	- 30 -
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	- 30 -
<b>DEFINICION DE VARIABLES</b> .....	<b>- 31 -</b>
<b>METODOLOGIA:</b> .....	<b>- 37 -</b>
TIPO DE ESTUDIO .....	- 37 -
GRUPO DE ESTUDIO.....	- 37 -
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	- 37 -
TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	- 38 -
TIPO DE MUESTRA: .....	- 38 -
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	- 38 -
INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	- 38 -
PROCESAMIENTO DE DATOS Y ASPECTOS ESTADÍSTICOS.....	- 39 -
RECURSOS.....	- 39 -
PLANIFICACION DE LOS TRABAJOS REALIZADOS .....	- 39 -

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>- 42 -</b>
<b>ANALISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>- 97 -</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>- 105 -</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>- 105 -</b>
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>- 108 -</b>
<b>ASPECTOS ETICOS.....</b>	<b>- 109 -</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>- 115 -</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>- 119 -</b>

**PERCEPCION FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS DE LA UMF 21 DEL IMSS**

**AUTORIZACIONES DE TESIS**

---

**DR. JOSE LUIS ORTIZ FRIAS**

**Director Médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS**

**“Francisco del Paso y Troncoso”**

---

**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON**

**Coordinadora del Departamento de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de**

**Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”**

---

**DR JORGE MENESES GARDUÑO**

**Profesor Titular de La Especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar**

**No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”**

---

**ASESOR: DR. JOSE ISMAEL PARRILLA ORTIZ**

**Médico Familiar Adscrito a la**

**Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”**

## **DEDICATORIAS:**

*A Dios.*

*Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más.*

*A mi Madre. Jesús del Carmen*

*Por haberme educado y soportar mis errores. Gracias a tus consejos, por el amor que siempre me has brindado, por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad. Así como la virtud de alargar los recursos limitados para lograr darnos educación, así como los desvelos en los que siempre me has acompañado a lo largo de mis estudios.  
¡Gracias por darme la vida!  
¡Te quiero mucho!*

*A mi Padre. Jaime*

*A quien le debo todo en la vida, le agradezco el cariño, la comprensión, la paciencia y el apoyo que me brindó para culminar mi carrera profesional. Así como haber aprendido que padre no es el que engendra un hijo sino aquel que da su vida por criar y educar a quien acepta como tal.*

*A mi Esposa. Nieves.*

*A quien le debo haber conocido el amor en todos los sentidos, por tu dedicación, por tu sencillez, por los momentos en los que puedo voltear hacia atrás y ver que de todos mis logros, siempre has estado conmigo en las buenas y las malas, simplemente una gran mujer.*

*A mis Hijas. Lucia y Susana*

*Quienes con su amor y paciencia, han soportado cambios de domicilio y escuelas así como la privación de la convivencia constante con sus padres y que a pesar de eso, con su amor abren la puerta de la esperanza y recargan la energía de seguir trabajando con propósito y dándole valor a mi existencia.*

*A mis Hermanos. José Manuel, Ana Luisa, María del Carmen y Jaime de Jesús.*

*Porque siempre he contado con ellos para todo, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido; por el apoyo y amistad  
¡Gracias!*

*A mis Profesores.*

*Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional, en especial: Dra. Leonor Campos Aragón, Dr. Jorge Meneses Garduño, Dr. J. Ismael Parrilla Ortiz. Dra. Lourdes García y Dra. Teresa Salazar Cordero.*

*A mis amigos.*

*Que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino y que hasta el momento, seguimos siendo amigos: Tuna Universitaria de la FES Aragón mis compañeros de andanzas y trovas, Juan Carlos, Abraham, Mónica, Aida, Diana, Xelo, Rocío y no podría omitir a Carmen amiga de largos años. Y una mención especial a Mariana que gracias a su apoyo y comprensión nos motiva a continuar adelante.*

*Al Instituto Mexicano del Seguro Social*

*Al que le debo estar donde estoy, motivar el crecimiento académico de sus trabajadores, y ayudar en el desempeño de las actividades diarias.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México.*

*Por permitirme nuevamente ocupar un lugar dentro de la Institución, así como por brindarme los mejores profesores y por velar por el aprendizaje de sus alumnos.*

*Atte.*

*Dr. Aurelio Villalobos Rasgado  
Médico Especialista en Medicina Familiar*

PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
EN EMBARAZADAS  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 21

PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 21  
Parrilla\_Ortiz J.I.\*, Villalobos\_Rasgado A. \*\*

RESUMEN

**Antecedentes:** La familia en su proceso evolutivo atraviesa diferentes etapas y niveles de desarrollo que se reflejan e interactúan en los integrantes de la misma y le dan un sello propio al núcleo primario. La funcionalidad familiar ha sido estudiada por medio de diversos instrumentos uno de los cuales es el Modelo de McMaster, el cual evalúa; la resolución de problemas, la comunicación, involucramiento afectivo, y respuesta afectiva. **Objetivo General:** Evaluar la percepción de la Funcionalidad Familiar en Embarazadas, **Hipótesis:** Existe funcionalidad familiar en las embarazadas de la UMF 21, **Material y Métodos** mediante estudio descriptivo transversal, retrospectivo, observacional. En 160 embarazadas adultas de la UMF No. 21 del 1º de Noviembre al 22 de Diciembre del 2010, siendo indistinto el trimestre y número de gesta, mediante el llenado de encuesta, constó de dos secciones, la primera de datos generales y la segunda del modelo de McMaster de Funcionalidad Familiar, a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, previo consentimiento informado, de acuerdo a las pautas éticas vigentes. **Análisis de resultados:** Encontramos disfuncionalidad familiar principalmente en el rubro de comunicación funcional con el 41.3% ( $X^2$  0.173,  $p < 0.05$ ), en comunicación disfuncional con disfunción en el 14.4% ( $X^2$  0.534,  $p < 0.05$ ) en resolución de problemas con 21.3% ( $X^2$  0.046  $p < 0.05$ ), Patrones de control de conducta con 17% ( $X^2$  0.319  $p < 0.05$ ). Conclusiones. Se sugieren realización de acciones específicas para mejorar la comunicación familiar

en las embarazadas por el equipo multidisciplinario de la UMF Núm. 21 hacia embarazadas con disfuncionalidad familiar.

\*Médico especialista en Medicina Familiar adscrito a la UMF 21 IMSS

\*\*Médico Residente de 3er año de la Especialidad de Medicina Familiar UMF 21 IMSS

Palabras clave: Mujer Embarazada, Funcionalidad Familiar, Modelo McMaster de Funcionalidad Familiar

# FAMILY FUNCTIONING PERCEPTION IN PREGNANT WOMEN

## THE FAMILY MEDICINE UNIT 21st

Parrilla\_Ortiz J.I. \* Villalobos\_Rasgado A. \*\*

### SUMMARY

Background: The family in the evolutionary process through different stages and levels of development that reflect and interact in the members of the same and give its own stamp to the primary core. Family functioning has been studied by means of various instruments one of which is the McMaster Model, which assesses problem solving, communication, affective involvement and affective response. Overall Objective: To evaluate the perception of family functioning in Pregnant Women, Hypothesis: There family functioning in pregnant women from UMF 21, Material and Methods A cross study by retrospective, observational study. In 160 adult pregnant the FMU No. 21 November 1 to December 22, 2010, with indistinct the quarter and number of gestures, by completing the survey, consisted of two sections, the first comprehensive data and the second McMaster model of family functioning, through a non-probability sampling for convenience, informed consent, according to current ethical guidelines. Analysis of results: dysfunctional families found mainly in the area of functional communication with 41.3% (X2 0173, p <0.05), dysfunctional communication dysfunction in 14.4% (X2 0534, p <0.05) with 21.3 Troubleshooting % (X2 0.046 p <0.05), control of behavior patterns with 17% (X2 0319, p <0.05). Conclusions: It suggests specific actions to improve

family communication in pregnant women by the team of the FMU No. 21 to pregnant women with dysfunctional families.

\* Specialist in Family Medicine UMF 21 attached to the IMSS

\*\* 3rd year Medical Resident in Family Medicine Specialty UMF 21 IMSS

Keywords: Pregnant Women, Family functioning, Family Functioning McMaster Model

## INTRODUCCIÓN

La familia en su proceso evolutivo atraviesa diferentes etapas y niveles de desarrollo que se reflejan e interactúan en los integrantes de la misma y le dan un sello propio al núcleo primario. Entendemos por crisis las situaciones que plantean algún cambio y que de una u otra manera debe afrontarse aceptándolo o rechazándolo, con el único propósito de atenuar el estado estresante de la crisis, buscando el retorno a la estabilidad previa. Al parecer las alternancias entre estados de estabilidad y crisis, es el proceso normal en la familia, en la sociedad y en el individuo.

Durante el embarazo se encuentran diferentes expectativas sobre el embarazo; nacimiento, dificultad para asumir el papel prenatal, familia con hijos lactantes y preescolares; adolescencia; ingreso y adaptación escolar de los hijos, hijo único, nacimiento de otros hijos, familia numerosa, sobreprotección o rechazo a los hijos, crecimiento y desarrollo de los hijos. En esta temática, uno de los puntos más importantes, fue estudiar las formas en que las personas enfrentan los estados de crisis en interrelación con su contexto familiar. La funcionalidad familiar ha sido estudiada por medio de diversos instrumentos uno de los más importantes es el de McMaster, el cual evalúa; la resolución de problemas, la comunicación, roles, involucramiento afectivo, y respuesta afectiva. Se han realizado con este cuestionario diversos estudios de funcionalidad familiar en sus diferentes etapas del ciclo vital, y crisis.

En la Unidad de medicina familiar número 21 no se cuenta con datos sobre la perspectiva de la funcionalidad familiar en embarazadas por lo que nos dimos a la Tarea de Evaluar la Funcionalidad Familiar de este grupo de pacientes.

## MARCO TEORICO

La medicina de familia es la práctica médica centrada en la persona, no en la enfermedad. El médico de familia es el médico personal, el médico de cabecera como se le llamaba en otras épocas. En esos tiempos la medicina tenía que ser así o no era medicina. No había entonces otros recursos para atender al paciente, ni tecnología que nos pudiera distraer del enfermo para centrarnos en la molestia. Los tiempos mudan, el progreso técnico evoluciona, pero el espíritu de la medicina de familia permanece. No obstante, ahora se hace necesario explicar —para enseñar y aprender— lo que antes se intuía y se practicaba de manera espontánea. La medicina de familia tiene ahora la obligación de volverse explícita, de presentarse como ciencia con las credenciales que le confieren su cuerpo propio de conocimientos, sus métodos, y sus líneas de investigación. No basta la intuición o el sentido común. Hay que abrirse camino para —en versión moderna y actual— promover el protagonismo del paciente frente a la enfermedad. En esta sublime misión la medicina familiar se engrandece y define su identidad que es, hoy como siempre, estar al servicio del enfermo, de la persona.<sup>1</sup>

### **CONCEPTO DE FAMILIA**

Los conceptos de familia que más se identifican con su papel protagónico en la salud, conciben que la familia sea una unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso, de salud y enfermedad.<sup>2</sup> La familia, es una organización de diversos individuos basada en un origen común y destinado a conservar y transmitir determinados rasgos, posiciones, aptitudes y pautas de vida física, mental y moral.<sup>3</sup> El grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la

unidad básica de la sociedad en la cultura de occidente, conservando aun la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otra parte la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural.<sup>4</sup>

## **TIPOLOGIA FAMILIAR**

Desde el punto de vista social, y para su estudio la familia se clasifica:

1.-En base a su Estructura:

- Nuclear: padre, madre e hijos.
- Extensa: más abuelos.
- Extensa compuesta: mas otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados)
- Monoparental: padre o la madre y los hijos.

2. En base a su Desarrollo:

- Primitiva: clan u organización tribal.
- Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

3. En base a su Integración:

- Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente
- Sema-integrada: no cumplen sus funciones
- Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

4. En base a su DEMOGRAFIA:

- Urbana:
- Rural:
- Suburbana:

5.-En base a su OCUPACIÓN:

- Campesina
- Obrera
- Empleada
- Profesional
- Comerciante<sup>3</sup>

## **ROLES FAMILIARES**

Los miembros de una familia están ligados por una serie de lazos que los une como familia y que conforman una relación reticular. Los vínculos familiares se entrelazan bajo la influencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos. Biológicamente, a través de la familia, la especie se perpetúa, hecho que solo puede cumplirse en una organización adecuada de las fuerzas sociales. Psicológicamente, los miembros de la familia están unidos en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas y ligadas económicamente para la provisión de sus necesidades materiales. Los lazos familiares pueden consolidarse o relajarse ante los eventos críticos que se presentan en la existencia del individuo y que se manifiestan igualmente en la vida familiar. Desde 1986 Burgess<sup>5</sup> sugirió que la familia podía ser estudiada como una unidad de personas en interacción ocupando cada una de

ellas dentro de la familia una posición definida por un determinado número de papeles. Los papeles vitales de marido, esposa, madre, padre e hijo, adquieren un significado propio solo dentro de una estructura familiar y una cultura específicas. De este modo la familia moldea la personalidad de sus integrantes en relación con las funciones que tienen que cumplir en su seno y ellos a su vez, tratan de conciliar su condicionamiento inicial con las exigencias del papel que se les imparte. La multiplicidad de papeles atribuidos a cada miembro de la familia resulta inevitable y se admite que son funcionales, cuando reúnen las siguientes características:

Deben ser aceptados. Si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él. Deben ser flexibles: de tal manera que se puedan llevar acabo ajustes periódicos ante la presencia de eventos críticos, sin que se altere su homeostasis familiar. Deben ser complementarios los papeles tradicionales siempre significan pares. No se puede desempeñar el papel de esposa sin marido, ni el de padre sin hijos, etc<sup>4</sup>

## **CRISIS FAMILIARES**

Se puede definir una crisis como una situación temporal de desorganización psíquica caracterizada por una sintomatología variada en donde predominan niveles altos de ansiedad que impiden al individuo manejar determinadas situaciones con sus mecanismos psicológicos habituales. En toda crisis observamos un desequilibrio emocional cognitivo y conductual. Esta desorganización es una respuesta normal ante una situación anormal

Existen dos tipos de crisis con varias etapas cada una que pueden originar una

disfunción familiar y estas son:

**Crisis Normativas**, se compone de 4 etapas:

- a) Etapa constitutiva.- matrimonio, dependencia económica o afectiva de la pareja de sus familias de origen, cónyuges adolescentes, problemas de adaptación sexual, diferencias socioculturales, intelectuales, económicas, educativas y religiosas de la pareja.
- b) Etapa procreativa. Diferentes expectativas sobre el embarazo; embarazo, nacimiento del primer hijo, dificultad para asumir el papel prenatal, familia con hijos lactantes y preescolares; adolescencia; ingreso y adaptación escolar de los hijos, hijo único, nacimiento de otros hijos, familia numerosa, sobreprotección o rechazo a los hijos, crecimiento y desarrollo de los hijos, etc.
- c) Etapa de dispersión. Separación de los hijos por causas escolares y o laborales, independencia y matrimonio de los hijos, etc.
- d) Etapa familiar final. Padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muerte de uno de los cónyuges y viudez<sup>4</sup>

**Crisis paranormativas** se componen de:

- a) Factores ambientales: Abandono o huida de hogar, relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo no deseado, matrimonio no planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales , rivalidad entre hermanos, problemas con las familias de origen, separación y/o divorcio incorporación de otras personas a la familia por adopción o por llegada de un padrastro, hermanastro miembros de la familia extensa. suspensión de

la escuela

- b) Enfermedades o accidentes. Abortos provocados o espontáneos, complicaciones del embarazo y parto, enfermedades venéreas, traumatismos y lesiones, pérdida de funciones corporales (amputaciones), enfermedades, hospitalización, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, esterilidad, toxicomanía, suicidio.
- c) Factores económicos. Cambios bruscos en el estatus socioeconómico problemas económicos graves.
- d) Factores laborales. Cambios de puesto u horario en el trabajo, huelgas, despidos, desempleo prolongado
- e) Factores legales por conductas delictivas: detención, juicio, actividades criminales, pérdida de la libertad. Situaciones ambientales: emigración, cambios de residencia desastres naturales (terremotos) o provocados (guerras)<sup>4</sup>.

## **FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA**

Se considera que una familia debe satisfacer o llenar algunas funciones básicas como:

1. Socialización
2. Cuidado
3. Afecto
4. Reproducción
5. Status y nivel socioeconómico.

1.-**Socialización**.- consiste en preparar a los hijos mediante la educación para su desarrollo y aceptación en la sociedad

2.-**Cuidado**.- se concibe como el medio para asegurar la subsistencia de cada uno de sus miembros a través de la protección bio-psico-social de cada uno de ellos, lo cual implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física incluyendo la satisfacción sexual de la pareja.

3.-**Afecto**.-es la capacidad de la familia para proporcionar amor, cariño, sentimientos de pertenencia y contacto humano.

4.-**Reproducción**.- constituye el proceso mediante el cual la familia puede proporcionar nuevos miembros a la sociedad, a fin de garantizar la supervivencia de la especie.

5.-**Status y nivel socioeconómico**.- se refiere a la forma como se determina una posición sociocultural de los integrantes de la familia, de manera tal, que se perpetúen las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes<sup>3 4</sup>.

## **CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

Por otro lado, una familia también puede ser analizada observándola desde la perspectiva de los cambios que va presentando conforme transcurre el tiempo. Así podemos hablar de un ciclo de vida familiar y encontrar en el las siguientes fases:

1. Matrimonio
2. Expansión
3. Dispersión
4. Independencia

## 5. Retiro y muerte

**Matrimonio.-** alianza por la que el varón y la mujer constituyen entre si un consorcio de toda la vida, ordenado por su misma índole natural al bien de los cónyuges a la generación y educación de los hijos.

**Expansión.-** es la etapa pro creativa donde inician los embarazos o por adopción de los hijos, incluye la crianza y el desarrollo de estos durante sus primeros años. Corresponde el periodo en que los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de sus padres.

**Dispersión.-** comienza con la separación del primero de los hijos del núcleo familiar y termina cuando el último ha dejado a los cónyuges nuevamente solos.

**Independencia.-** es cuando los hijos se convierten en seres productivos para su propio grupo social y forman nuevas familias.

**Retiro y Muerte.-** Esta etapa comprende dos fases: la de independencia en que la pareja nuevamente sola, debe llevar a cabo el ajuste final del papel proveedor por jubilación o retiro del jefe de familia y la de disolución, en la que la pareja anciana debe afrontar diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, nietos y demás miembros de la familia residual<sup>3 4</sup>

## **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

De manera general se recomiendan como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes:

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).

2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía/pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre/hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales. Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.

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

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

Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que

la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobreexigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar.

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

También en este indicador debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía).

Por ejemplo, en la relación matrimonial debe existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación padre-hijos debe ser vertical (cuando se encuentra bajo la tutela de los padres). La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

4. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes

incongruentes o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extra verbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro. Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular.

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

Ambos tipos de tareas requieren en gran medida de la capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros. Para concluir queremos enfatizar que no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estar reajustando constantemente. Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio<sup>6</sup>.

## **EMBARAZO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

El estado de gestación es un periodo especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones; entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional que influyen en que la mujer tenga partos más largos y más complicados (Calicó Catalejo, 1995). Durante esta etapa, la depresión puede aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, así como afectar el desarrollo del feto (Rush y Cohen, 1998). A pesar de la importancia de las alteraciones emocionales durante el periodo de gestación, uno de los problemas terapéuticos

más observados a lo largo de la literatura ha sido la ausencia de un tratamiento apropiado. Se han utilizado, entre otros, fármacos antidepresivos aunque ninguno parece ser seguro para el desarrollo del feto (Naas et al., 1999). Se encuentran estudios de funcionalidad familiar principalmente en España, realizados por psicólogos y terapeutas familiares en los cuales se evidencia la relación entre el estado psicoafectivo del embarazo y la funcionalidad familiar.<sup>7</sup>

#### INVESTIGACIONES ACERCA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

Un grupo de investigadores cubanos al no contar con un instrumento propio diseñaron uno en el evalúan procesos en las relaciones intrafamiliares, que son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad, que dieron lugar a las 14 afirmaciones que componen la prueba .Y fue aplicado a familias que se distribuyeron en cuanto a su situación de salud familiar de la siguiente forma: un 51% se colocó en la mejor posición al presentar bajo nivel de crisis y buen funcionamiento familiar, lo que significa que aproximadamente la mitad son familias con buen ajuste, aptas para potenciar el desarrollo; un 15,3 % tenía afectación proveniente de la presencia de características familiares de riesgo de relevancia para la salud familiar; un 27,5 % correspondió a familias con relaciones intrafamiliares disfuncionales en condiciones de baja o nula criticidad; y un 6,1 % se encuentra en situación de grave afectación de salud familiar, al presentar criticidad extrema de vida familiar y disfunción de las relaciones intrafamiliares<sup>8</sup>.

En México

En estudio realizado para determinar la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes en el cual se incluyeron 252 estudiantes, 134 del sexo masculino y 118 del femenino con edad promedio de 16 años. Utilizando el FACES III para evaluar la funcionalidad familiar en la cual se encontró en general, la frecuencia de depresión fue de 29.8 %; en el sexo masculino se identificó en 18.7 % y en la mujer, en 42.4 % ( $p < 0.05$ , OR = 3.2). En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa ( $p < 0.05$ , OR = 6.3). En los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.215), las estructuralmente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.215) y las rígidamente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.106)<sup>9</sup>.

En estudio donde se pretendía determinar los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias de primer nivel de atención, donde se valoró el FACES III de 103 diagnósticos de salud familiar y los instrumentos de evaluación de subsistema conyugal, encontrándose que el 65% de las familias presentó comunicación directa, el 64% con límites claros, y el 48% jerarquía recíproca, con autoridad. Los resultados del FACES III revelaron un 43% de familias en rango medio, 41% familias balanceadas. Las extremas se encontraron enmascaradas en los límites de las de rango medio ( $p=0.00251$ )<sup>10</sup>.

Al estudiar la frecuencia de depresión y disfunción familiar y sus factores asociados, en adultos mayores urbanos, en México, donde se utilizó el Apgar

familiar para evaluar la funcionalidad familiar, se encontró que de 100 adultos mayores estudiados 60 mujeres y 40 varones; con edad media:  $69,71 \pm 7,01$  años; intervalo: 60-91 años. Con funcionalidad familiar donde se encontraron: funcionales al 51%; con disfunción moderada el 35% y con disfunción grave al 14%. En cuanto a la Frecuencia de depresión: sin depresión, 47%; depresión leve, 34%; moderada-grave, 19%. Factores asociados a depresión: escolaridad baja, OR = 4,68 (IC 95% = 1,41-15,60); estado civil no unido, OR = 6,00 (IC 95% = 1,18-30,63). Factores asociados a disfunción familiar: escolaridad baja, OR = 3,85 (IC 95% = 1,16-12,79); edad > 74 años, OR = 0,33 (IC 95% = 0,12-0,95). Fuerza de asociación depresión/disfunción familiar: OR = 5,54 (IC 95% = 2,34-13,10)<sup>11</sup>.

En un Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil (PCI), utilizando la “Escala de evaluación familiar de la Dra. Espejel”. Los resultados sugieren que la presencia de un hijo con PCI no implica directamente que haya disfunción en la estructura familiar, se encontró que el 82.5% de las familias estudiadas tuvieron un puntaje global funcional, y sólo el 17.5% obtuvo un valor de puntaje global por abajo del valor Límite funcional. Incluso hubo familias funcionales en todas las áreas estudiadas<sup>12</sup>.

Al estudiar la funcionalidad familiar en enfermedad crónica infantil donde se utilizó el FACES III, se evaluaron 80 familias de las cuales se encontró una cohesión, de 16.3% de familias no relacionadas, 33.8% semirelacionadas, 26.3% relacionadas y 23.8% aglutinadas, siendo funcionales en este rubro 60% de las familias y disfuncionales el 40%; rígidas, 18 (22.5%) estructuradas, 24 (30%) flexibles y 20

(25%) caóticas. Siendo funcionales 42 (52.5%) familias y disfuncionales a 38 (47.5%). Considerándose funcionales a las familias estructuradas y flexibles y disfuncionales a las rígidas y caóticas<sup>13</sup>.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La funcionalidad familiar participa como factor protector de sus integrantes así como es fundamental en el control, seguimiento, rehabilitación del individuo, se ha encontrado que el 57% de las familias presentan buena funcionalidad familiar en etapas no críticas. Esta puede variar en etapas críticas en donde puede ser mayor o menor, dependiendo del involucramiento de la familia. se ha observado que la disfuncionalidad en la etapa del embarazo llega a ser hasta del 40% considerándose este un evento crítico normativo.

Se han realizado estudios que identifican la funcionalidad de la familia de la embarazada en la cual se realizan intervenciones educativas a las familias y en la cual se favorece la funcionalidad familiar en un 55%.

El realizar actividades educativas en familias con algún grado de disfunción ha mostrado un 55 % de mejoría de las relaciones familiares.

Acciones específicas en la realización de actividades educativas y preventivas de los eventos críticos de la familia han demostrado si bien la superación y el acortamiento del tiempo del evento crítico mejorando la funcionalidad familiar.

En la unidad médica se cuenta con 263 embarazadas de nuevo ingreso anualmente que reciben alrededor de 5 a 6 consultas durante su periodo de gestación lo cual hace factible la realización del estudio.

Por lo que se planteó el siguiente cuestionamiento

**¿CUAL ES LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS EMBARAZADAS EN LA POBLACION DE LA UMF 21?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar la Percepción de Funcionalidad Familiar, en Embarazadas de la UMF 21

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la Percepción de la funcionalidad familiar por medio del instrumento de McMaster
- Determinar la percepción de la funcionalidad familiar en las embarazadas de acuerdo a las diferentes variables sociodemográficas

## DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICION DE LA VARIABLE	INDICADOR DE LA VARIABLE
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES SOCIODEMOGRAFICAS</b>					
<b>OCUPACIÓN</b>	Actividad laboral remunerada o no	Actividad, trabajo empleo u oficio que desempeñe la embarazada	Cualitativa	Nominal	1.-Ama de casa, 2.-Estudiante, 3.-Obrera, 4.-Comerciante 5.-Empleada 6.-Profesionista
<b>EDAD</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde el momento del nacimiento	Edad en años cumplidos tomándose en cuenta el rango de edad de 18 a 45 años	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
<b>ESTADO CIVIL</b>	Estado conferido por un vínculo social. condición de soltería, matrimonio de un individuo	Tipo de unión con una pareja con la que de cuenta la embarazada	Cualitativa	Nominal	1.-Soltera, 2.-Casada, 3.-Divorciada/Separada 4.-Viuda 5.-Unión libre
<b>ESCOLARIDAD</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado máximo de estudios escolarizados que presenta una embarazada	Cualitativa	Nominal	1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.Secundaria 4.-Preparatoria/Nivel Técnico 5.-Licenciatura 6.-Postgrado

## DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICION DE LA VARIABLE	INDICADOR DE LA VARIABLE
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES SOCIODEMOGRAFICAS</b>					
<b>TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Disciplina física que relaciona un individuo rutinariamente	Deporte o actividad que practica con frecuencia	Cualitativa	nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caminata</li> <li>2. Correr</li> <li>3. Yoga</li> <li>4. Halterofilia</li> <li>5. Natación</li> <li>6. Baile</li> <li>7. Aeróbicos</li> </ol>
<b>TABAQUISMO</b>	Intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco	Habito del individuo por inhalación de humo de tabaco	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Si</li> <li>2.-No</li> <li>3.-Fumo</li> </ol>
<b>ALCOHOLISMO</b>	Abuso habitual y compulsivo de bebidas alcohólicas	Condición que presenta el individuo al ingerir cualquier bebida alcohólica	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Si</li> <li>2.-No</li> <li>3.-Tomo</li> </ol>
<b>PROPIEDAD DE CASA HABITACION</b>	Estado que guarda el inmueble en donde habita una familia en relación a la tenencia de la propiedad	Condición en la cual la embarazada tenga con respecto al inmueble que habita	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propia</li> <li>2. Rentada</li> <li>3. Prestada</li> </ol>

DEFINICION DE VARIABLES

<b>ACTIVIDAD FISICA</b>	Es cualquier acción que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo basal.	Realización de ejercicio físico por parte del individuo	Cualitativa	Nominal	1.-Si 2.-No
<b>COHABITACION</b>	Personas con las que se comparte el domicilio	Relación de parentesco que guarda la embarazada con las personas que habitan en su domicilio	cualitativa	nominal	<b>1.- Pareja</b> <b>2.- Hijo(s)</b> <b>3.-Padres</b> <b>4.-Amigo(a)</b> <b>5.- Sola</b> <b>6.-Otros</b>
<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>	Características de conformación familiar, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio O adopción.	Personas con las que vive la embarazada en el momento actual	Cualitativa	Nominal	1.-Nuclear 2.-Monoparental 3.-Extensa. 4.-Extensa compuesta 5.-Persona que vive sola.
<b>INTEGRACIÓN</b>	Formulación estructural de la familia en la cual ambos padres viven, y cumplen sus funciones	Integrada: si los jefes del hogar, padre, madre, esposo, esposa, están vivos y viven juntos permanentemente Desintegrada: si falta alguno de los miembros de la misma	Cualitativa	Ordinal	1.-Integrada 2.-Desintegrada 3.-Reconstituida

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES OBSTETRICAS

<b>FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION</b>	1º día de menstruación o del ciclo menstrual Previo al embarazo	Primer día de la menstruación previa al embarazo	Cualitativa	Nominal	dd.mm.aaaa
<b>NUMERO DE EMBARAZOS</b>	Número de gestas con las que cuenta la embarazada	Se refiere al número de embarazos que ha tenido la Madre incluyendo abortos	cuantitativa	discreta	1.-Primigesta 2.-Secundigesta. 3.- Trigesta 4.- Multigesta (4-5) 5.-Gran multigesta (6 y +).
<b>TERMINACION DE LOS EMBARAZOS PREVIOS</b>	Eventos Obstetricos Ocurridos Previos Al Embarazo Actual	Se refiere al numero de eventos ocurridos previos al embarazo actual en la forma de como se obtuvieron los productos de la gestación	Cuantitativa	Discreta	1.-Numero de Partos 2.-Numero de Cesáreas 3.-Numero de Abortos/Óbitos
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	Es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual	Semanas que han transcurrido desde la fecha de ultima menstruación hasta el momento actual medidas en semanas	Numérica	Continua	Resultado de la formula de calculo de edad gestacional

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICION DE LA VARIABLE	INDICADOR DE LA VARIABLE
VARIABLES DEPENDIENTES					
<b>PERCEPCION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos sobre La dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de la Familia.	Como interpreta la unidad de estudio a su familia evaluada mediante los reactivos del instrumento de McMaster de Funcionalidad Familiar <sup>14</sup>	Cuantitativa	Discreta	Factor 1.-Involucramiento Afectivo funcional. Suma de reactivos 1,2,4,10,11,12,13,18,19,20,21,24,26,29,33,35 y 38
					Factor 2.-Involucramiento Afectivo disfuncional Suma de reactivos 3,6,7,14,15,22,30,32,34,37 y 39
					Factor 3.-Patrones de Comunicación disfuncionales Suma de reactivos 5,16,25,27
					Factor 4.-Patrones de Comunicación funcional Suma de reactivos 8,36 y 40
					Factor 5.-Resolución de Problemas. Suma de reactivos 17,23,31
					Factor 6.-Patrones de control de conducta Suma de Reactivos 9 y 28

DEFINICION DE VARIABLES

	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICION DE LA VARIABLE	INDICADOR DE LA VARIABLE
<p><b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b></p>	<p>La dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de la Familia.</p>	<p>Se considerara funcionalidad familiar cuando se cumplen los patrones de involucramiento afectivo, comunicación, Resolución de problemas y control de conducta del modelo de McMaster de funcionalidad familiar</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Factor 1.-Involucramiento Afectivo funcional Puntaje: 1.-&lt; de 42 DISFUNCIONAL 2.- &lt; de 42 FUNCIONAL</p>
					<p>Factor 2.-Involucramiento Afectivo disfuncional Puntaje: 1.-&lt; de 27 DISFUNCIONAL 2.-&gt; DE 27 DISFUNCIONAL</p>
					<p>Factor 3.-Patrones de Comunicación disfuncionales. Puntaje: 1.-&lt; de 10 DISFUNCIONAL 2.-&gt; de 10 FUNCIONAL</p>
					<p>Factor 4.-Patrones de Comunicación funcional. Puntaje: 1.-&lt; de 8 DISFUNCIONAL 2.-&gt; de 8 FUNCIONAL</p>
					<p>Factor 5.-Resolución de Problemas. Puntaje: 1.-&lt; de 8 DISFUNCIONAL 2.-&gt; de 8 FUNCIONAL</p>
					<p>Factor 6.-Patrones de control de conducta Puntaje: 1.-&lt; de 5 DISFUNCIONAL 2.-&gt; de 5 FUNCIONAL</p>

## METODOLOGIA:

### TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo trasversal, retrospectivo, observacional.

### GRUPO DE ESTUDIO

Universo mujeres de la unidad medica familiar núm. 21

Grupo de Análisis mujeres de 18 a 45 años de edad. Que estuviera cursando actualmente con el periodo fisiológico de embarazo.

Unidad de análisis, una mujer embarazada que deseara participar en el llenado de una encuesta.

### CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se contó con un universo de trabajo de 280 mujeres embarazadas, se utilizó el programa stat para calcular el tamaño de la muestra obteniéndose el siguiente resultado

- Tamaño de la muestra -

¿Tamaño del universo? 280

¿Error máximo aceptable? 5 %

¿Porcentaje estimado de la muestra? 60 %

¿Nivel deseado de confianza? 95

Tamaño de la muestra 159,4060

Calcular    Recomponer    Imprimir    Ayuda    Salir

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

160 MUJERES EMBARAZADAS

## **TIPO DE MUESTRA:**

Se utilizó una muestra de tipo no probabilístico por conveniencia

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Mujeres de 18 a 45 años derechohabientes de la UMF 21
- 2.- Mujeres que se encontraron cursando el proceso fisiológico de embarazo al momento de la entrevista sin importar edad gestacional
- 3.-Que aceptaron participar en la encuesta
- 4.- Que pudieran resolver por si solas la entrevista
- 5.- Que no estuvieran cursando con un evento obstétrico crítico (amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, preeclampsia, eclampsia)

### CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Cualquier impedimento mental que impidiera llenar el cuestionario

## **INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

- 1.- CEDULA DE IDENTIFICACION DE LA MUJER EMBARAZADA
- 2.- MODELO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE MCMASTER

## **PROCESAMIENTO DE DATOS Y ASPECTOS ESTADÍSTICOS.**

Los datos fueron capturados con el programa estadístico SPSS versión 19; en el análisis descriptivo se obtuvieron medias, modas y medianas, y se presentaron en cuadros y gráficos, se hicieron asociaciones para valorar funcionalidad de acuerdo a trimestres del embarazo, así como con las variables sociodemográficas y ver el valor estadístico con una p de 0.05 a través de una  $X^2$ .

## **RECURSOS**

Humanos.- Se requirió realización de encuestas por parte de dos encuestadores corriendo los gastos por recursos del Médico residente.

Financiamiento.- Se absorbieron los gastos de logística con recursos del médico residente, no se requirió alguna inversión institucional extra...

Factibilidad.- Se contó con la población adecuada de embarazadas requeridas para la muestra exigida, se cuenta con los recursos materiales y financieros propios para la realización de la presente investigación por lo que resulta factible su desempeño.

## **PLANIFICACION DE LOS TRABAJOS REALIZADOS**

### **ETAPA 1**

Durante esta etapa surgió el tema a investigar, sobre la Percepción de Funcionalidad Familiar, posteriormente se eligió el grupo a analizar en este caso las embarazadas, se delimito el universo de trabajo a las embarazadas de la UMF 21, Posteriormente se planteó al comité local de investigación de la unidad de medicina familiar numero 21, la cual fue aceptada, se inició recolección de información útil para la realización del Marco

teórico y conceptual. Se realizó el planteamiento de problema, y se plantearon los objetivos de la misma.

## ETAPA 2

Se realizó la estructuración del protocolo de investigación con apoyo del asesor metodológico, y se presentó ante el comité local esperando su autorización del mismo.

## ETAPA 3

Se realizó un instrumento el cual fue estructurado en 2 partes (cedula de datos generales de embarazadas y el instrumento de McMaster), así como la realización de Consentimiento Informado del IMSS para investigación clínica.

Se elaboró una base de datos para este fin, utilizando el programa SPSS,

En El análisis de los datos se planteó para la obtención de frecuencias medias, modas y pruebas estadísticas, posteriormente se exporto a documento de Microsoft Office Excel para la realización de gráficos y finalmente fueron pegados y analizados, en el programa de Microsoft office Word.

Trabajo de campo:

## Fase 1

Previa autorización por el comité local de investigación se concertó con las autoridades de la unidad de medicina familiar numero 21, para realizar el proyecto en pacientes derechohabientes embarazadas.

## Fase 2

Se realizó la aplicación del instrumento de evaluación a 160 pacientes derechohabientes embarazadas, previa obtención de consentimiento informado. Del primero de noviembre al 30 de diciembre del 2010.

## Fase 3

Procesamiento de datos y Análisis de resultados: Se hizo la captura del total de las 160 entrevistas se realizó un análisis para detectar pérdidas o datos erróneos (limpieza de base de datos,

- a) Se hizo un análisis descriptivo de variables
- b) Se hizo un análisis dicotómico
- c) Se buscó asociaciones entre embarazos y funcionalidad familiar.
- d) Se presentaron los resultados ante el grupo de sinodales.
- e) Previa modificación de acuerdo a los comentarios de los sinodales se realizaron las correcciones pertinentes y se entregaron ante las instituciones correspondientes.

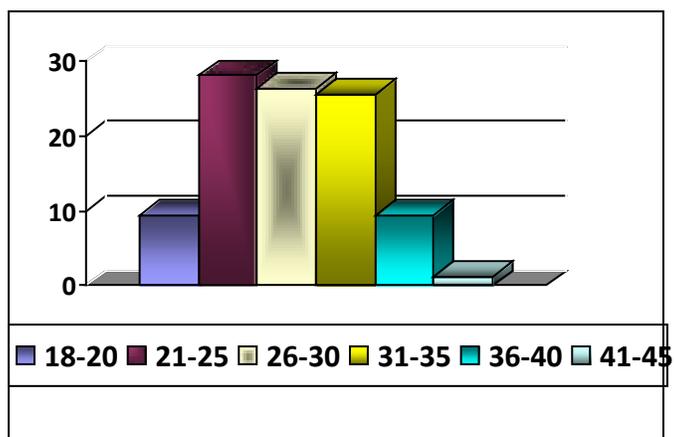
# RESULTADOS

## RESULTADOS

1.- GRUPO DE EDAD DE MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21  
DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

GRUPO DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje (n=160)
18-20	15	9,4
21-25	45	28,1
26-30	42	26,3
31-35	41	25,6
36-40	15	9,4
41-45	2	1,3
Total	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

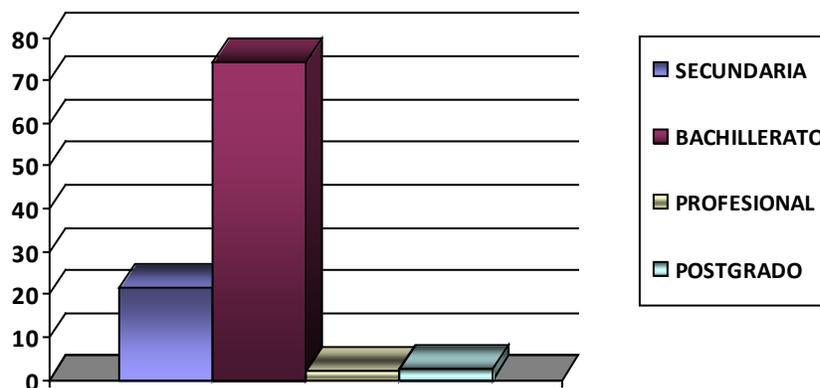


Se encuestaron a 160 embarazadas del universo de trabajo de la unidad de medicina familiar numero 21, siendo el grupo de edad mas predominante el de 21 a 35 años con un promedio de edad de 28 años. Con una moda de la edad de 24 años con un mínimo de edad de 18 y un máximo de 45

2.-NIVEL DE ESTUDIOS DE LA MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
SECUNDARIA	34	21,3
BACHILLERATO	119	74,4
PROFESIONAL	3	1,9
POSTGRADO	4	2,5
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

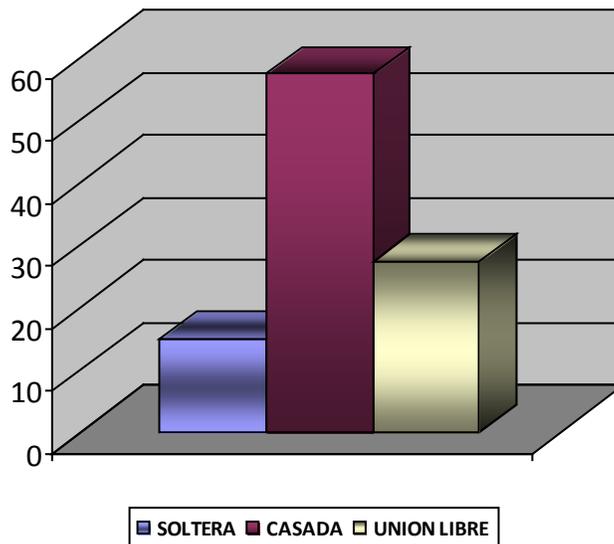


En las embarazadas encuestadas se cuenta con un nivel escolar de bachillerato con 119 de ellas con porcentaje del 74.4%. Seguida de un 21,3% con escolaridad secundaria y solo 4.4% con escolaridad superior.

3.-ESTADO CIVIL DE MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL  
1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
SOLTERA	24	15,0
CASADA	92	57,5
UNION LIBRE	44	27,5
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

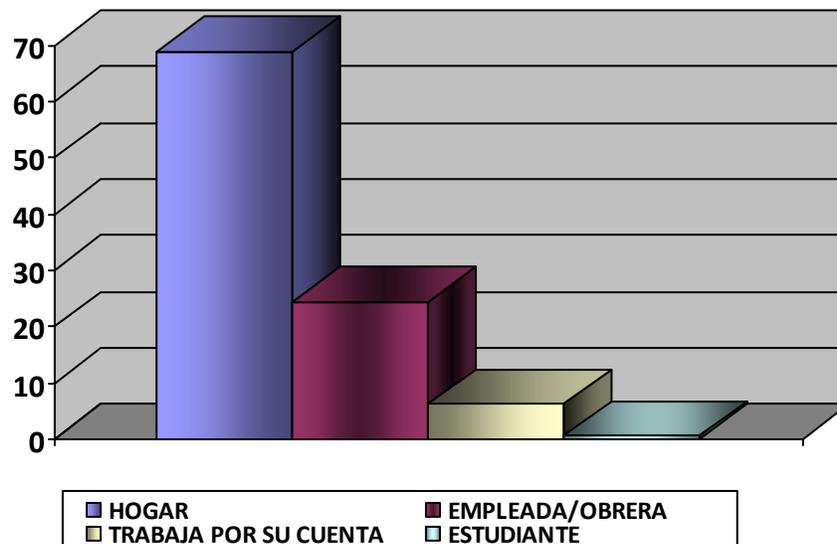


Dentro de la muestra estudiada se encontró predominio de embarazadas casadas con un 57.7%, seguidas por un 27.5% de mujeres en unión libre y un 15% sin enlace conyugal

4.-OCUPACION DE MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE(n=160)
HOGAR	110	68,8
EMPLEADA/OBRERA	39	24,4
TRABAJA POR SU CUENTA	10	6,3
ESTUDIANTE	1	,6
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

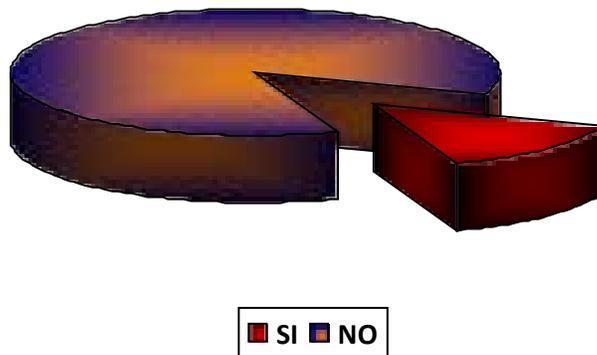


Predomina un 68.8 % de embarazadas las cuales se dedican al Hogar un 24.4% se encuentran empleadas, el 6.3% trabaja por su cuenta y solo 1 caso ocupando el 0.6 % como estudiante

5.-ACTIVIDAD FISICA DE LA MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF  
21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

EJERCICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
SI	22	13,8
NO	138	86,3
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

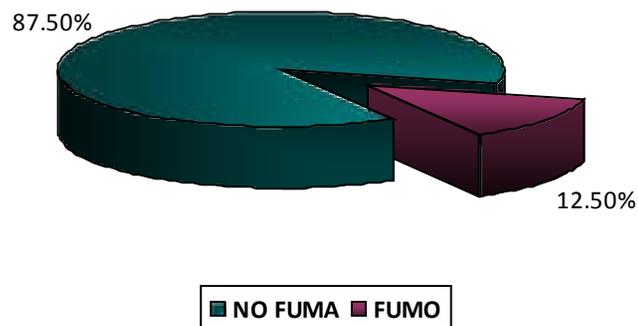


De las mujeres embarazadas encuestadas se tiene que solo el 13% de ellas practican algún tipo de actividad física, el 86 % restante se encuentra en una actitud sedentaria

6.-TABAQUISMO EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21  
DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

TABAQUISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
NO FUMA	140	87,5
FUMO	20	12,5
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

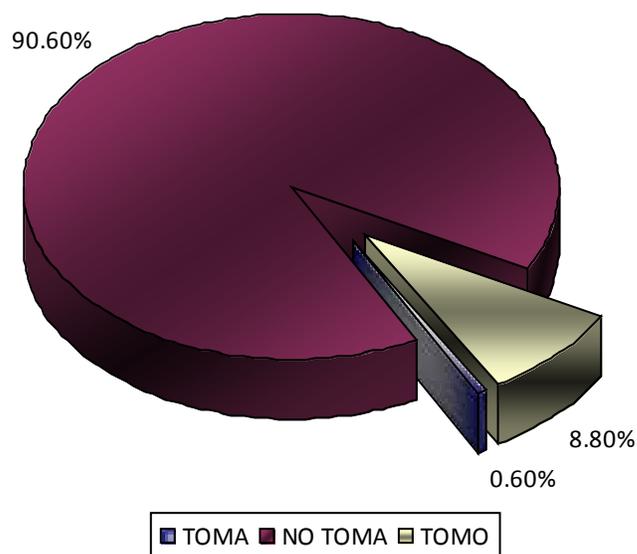


De las 160 embarazadas encuestadas el 87.5 refiere no fumar y el resto de ellas refiere haber fumado pero que en este momento no lo hace eso es un factor protector para el embarazo

CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

CONSUMO DE ALCOHO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
TOMA	1	,6
NO TOMA	145	90,6
TOMO	14	8,8
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

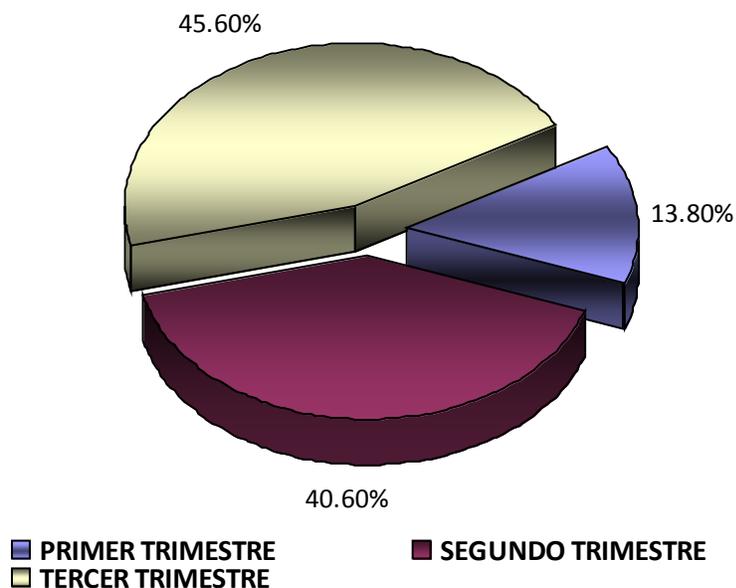


De las 160 embarazadas encuestadas el 90% refiere no consumir alcohol 9% de ellas refiere haber tomado alcohol pero que en este momento no lo hace eso es un factor protector para el embarazo, aunque el 0.6 % de ellas refiere continuar consumiendo alcohol

TRIMESTRE GESTACIONAL POR EL QUE CURSAN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

TRIMESTRE GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
PRIMER TRIMESTRE	22	13,8
SEGUNDO TRIMESTRE	65	40,6
TERCER TRIMESTRE	73	45,6
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

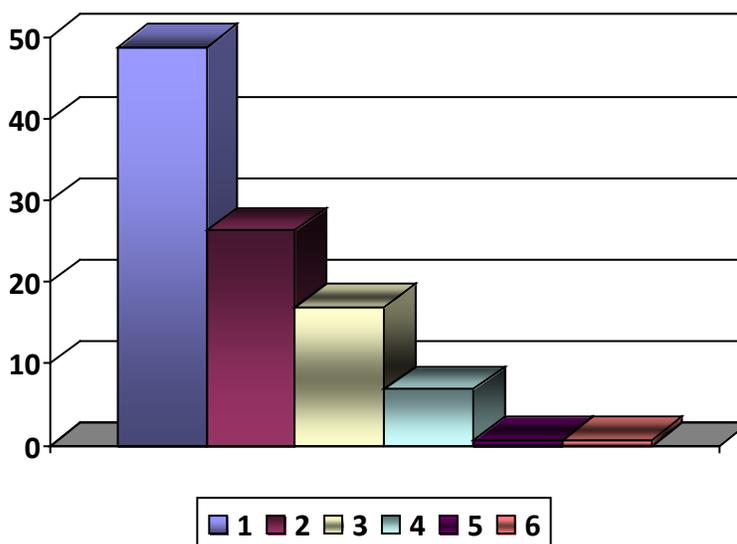


De 160 mujeres embarazadas se encontró un predominio de embarazadas en el tercer trimestre con un 45.6% seguidas por aquellas que cursan el segundo trimestre con un 40.6 y un 13.8 de embarazadas en el primer trimestre de gestación

NUMERO DE GESTAS POR LAS QUE HAN CUSADO LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

NUMERO GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
1	78	48.8
2	42	26.3
3	27	16.9
4	11	6.9
5	1	.6
6	1	.6
TOTAL	160	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

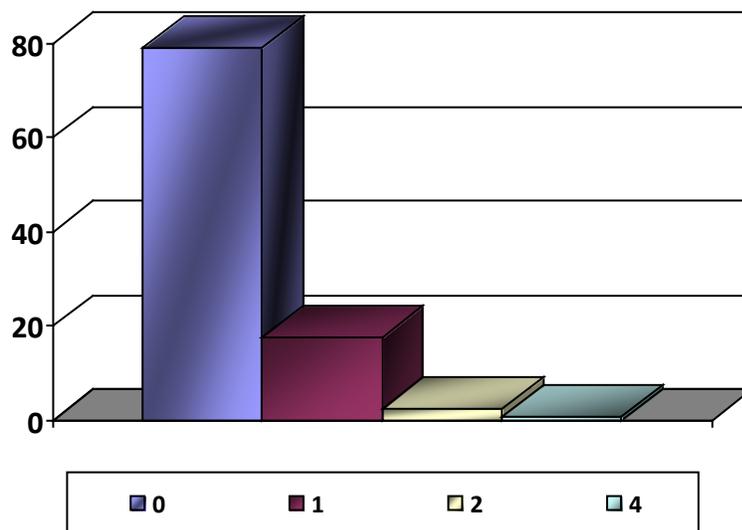


Se encuentra una moda de 1 embarazo con un porcentaje de 48.8% y un promedio de 2 gestas con un porcentaje del 26%, el rubro de 3 gestas se encontró con 16.9%, un 8.9% de multigestas.

NUMERO DE ABORTOS POR EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

NUMERO DE ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
0	127	79,4
1	28	17,5
2	4	2,5
4	1	,6
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

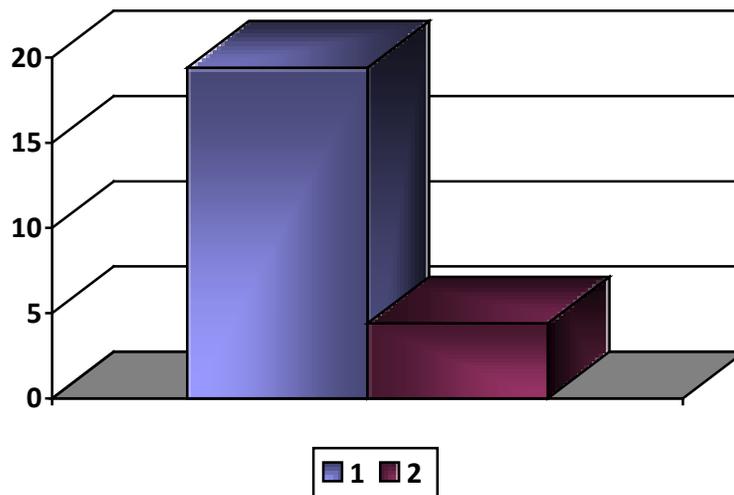


En el rubro de abortos de 1 aborto en menos del 75.5 % de las embarazadas encuestadas y se reporta un caso en el cual ha presentado 4 eventos de ese tipo ocupando un 0.6%.

NUMERO DE CESAREAS POR EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

NUMERO DE CESAREAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
0	122	76,3
1	31	19,4
2	7	4,4
Total	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

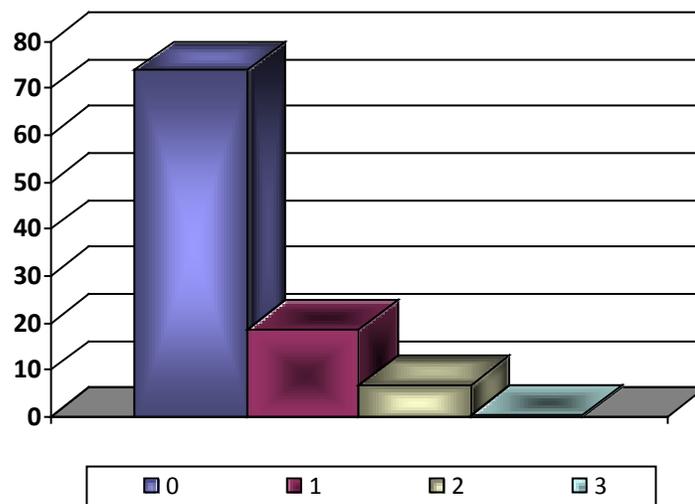


El 19 % de las 160 mujeres encuestadas se encontró con el antecedente de un evento obstétrico del tipo Cesárea, y un 4. % con presencia de 2 cesáreas.

NUMERO DE PARTOS POR EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

PARTOS VAGINALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
0	118	73,8
1	30	18,8
2	11	6,9
3	1	,6
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

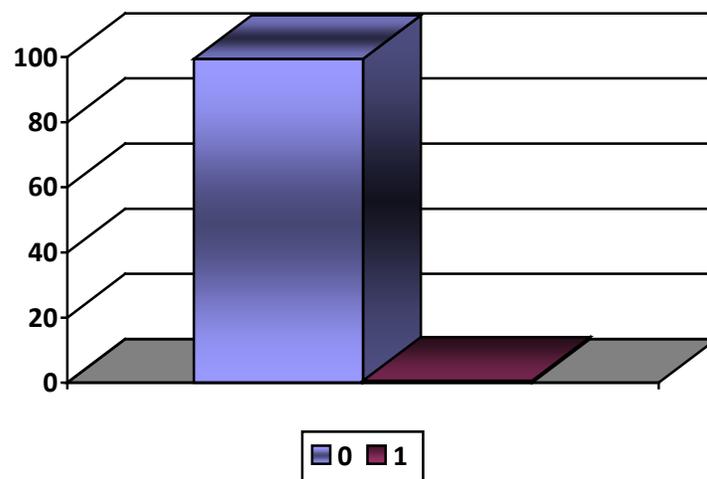


Se encontró un 73.8% de embarazadas nulíparas, el 18% de los casos con mención de un parto un 6.9% con mención de 2 eventos de este tipo y solo un caso con mención de 3 partos.

NUMERO DE OBITOS POR EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

OBITOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE n= 160
0	159	99,4
1	1	,6
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

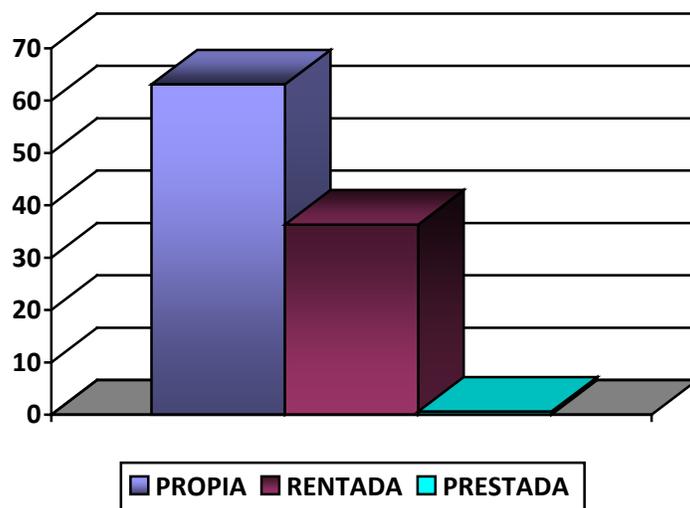


Solo se encontró un óbito dentro de las 160 embarazadas encuestadas, ocupando un 0.6% del total.

ESTADO DE PROPIEDAD DE LA CASA DE LAS EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

PROPIEDAD DE LA CASA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
PROPIA	101	63,1
RENTADA	58	36,3
PRESTADA	1	,6
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

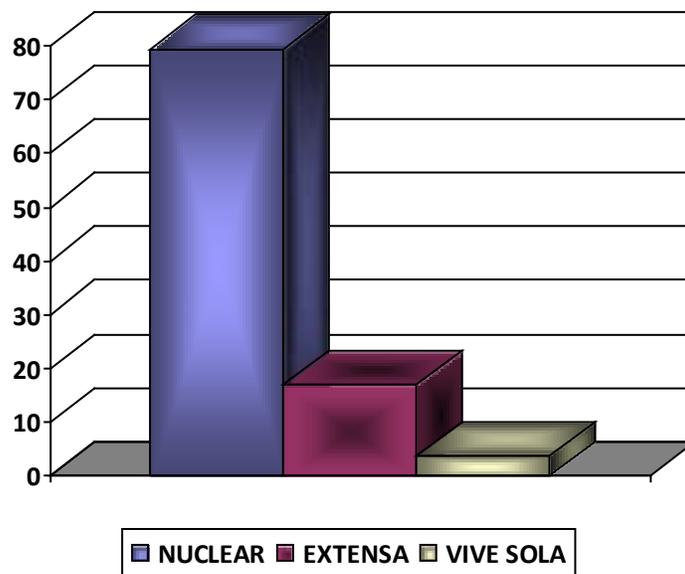


En cuanto al estado patrimonial de las embarazadas encuestadas se denoto en un 63% que eran propietarias de la misma, el 36.3 % las cuales rentan el domicilio y solo un caso (0.6%) que la refiere prestada.

TIPOLOGIA FAMILIAR DE LAS EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

TIPOLOGIA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
NUCLEAR	127	79,4
EXTENSA	27	16,9
VIVE SOLA	6	3,8
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

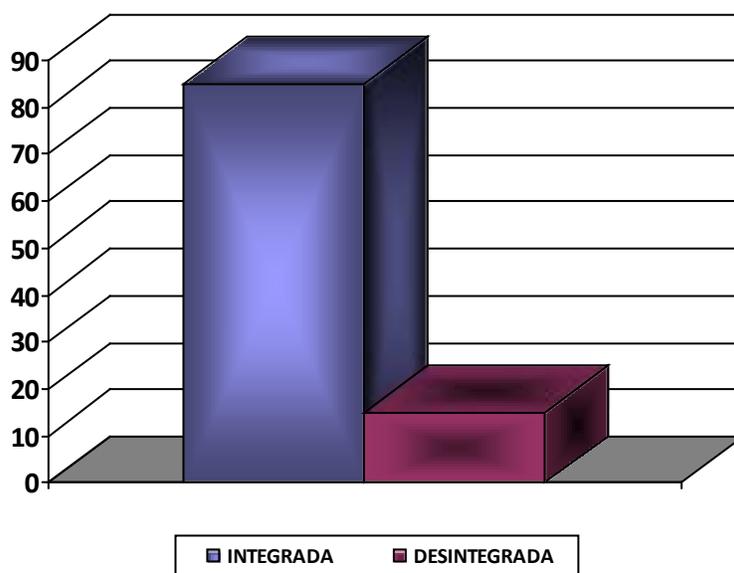


El 79.4% de las embarazadas encuestadas se encuentran con una tipología familiar nuclear, se encontró un 16.9% en la cual se incluyen dentro de la tipología extensa y 6 de los casos (3.8%) las cuales refieren vivir solas

TIPO DE INTEGRACION FAMILIAR DE LAS EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INTEGRACION FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
INTEGRADA	136	85,0
DESINTEGRADA	24	15,0
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

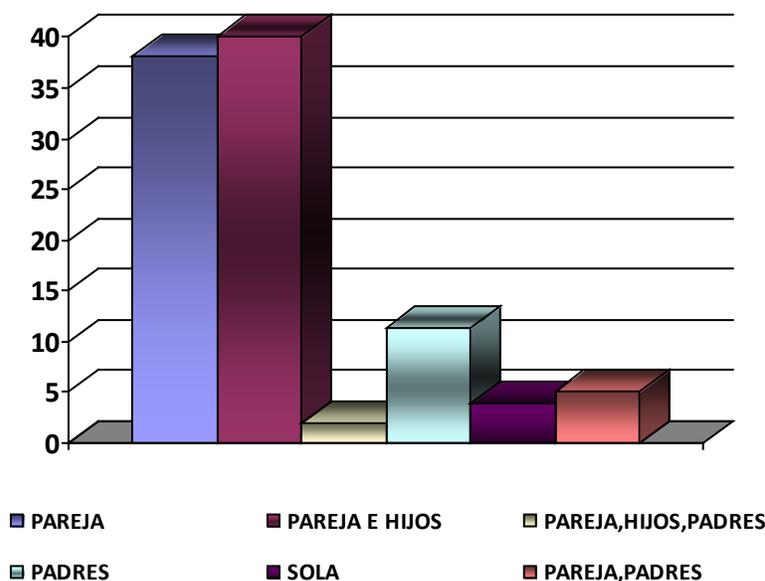


Se encontró en un 85% de las embarazadas con una familia integrada mientras que en el 15% refirió una desintegración familiar.

COHABITACION DE LAS EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COHABITACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
PAREJA	61	38,1
PAREJA E HIJOS	64	40,0
PAREJA,HIJOS,PADRES	3	1,9
PADRES	18	11,3
SOLA	6	3,8
PAREJA,PADRES	8	5,0
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

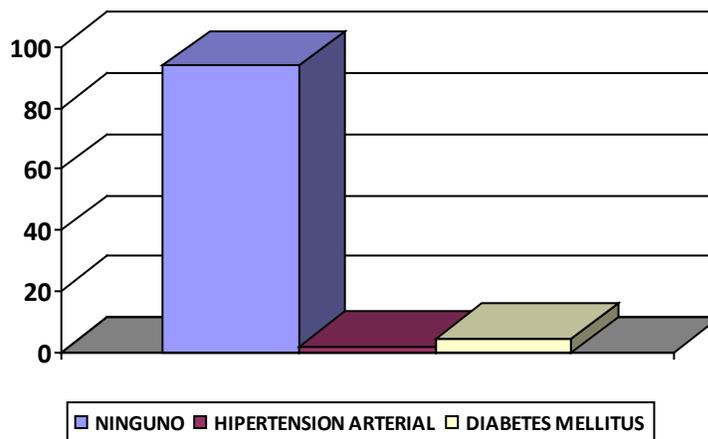


De las embarazadas encuestadas se encuentra con predominio de aquellas que viven en familia nuclear con un 78% de los casos de estas un 40% vive con su pareja e hijos y un 38% con su pareja en aquellos casos de primer embarazo, en familias extensas en un 13% y solo un 3.8% de las encuestadas que viven solas.

ENFERMEDADES DE LAS EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (n=160)
NINGUNO	150	93,8
HIPERTENSION ARTERIAL	3	1,9
DIABETES MELLITUS	7	4,4
TOTAL	160	100,0

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010

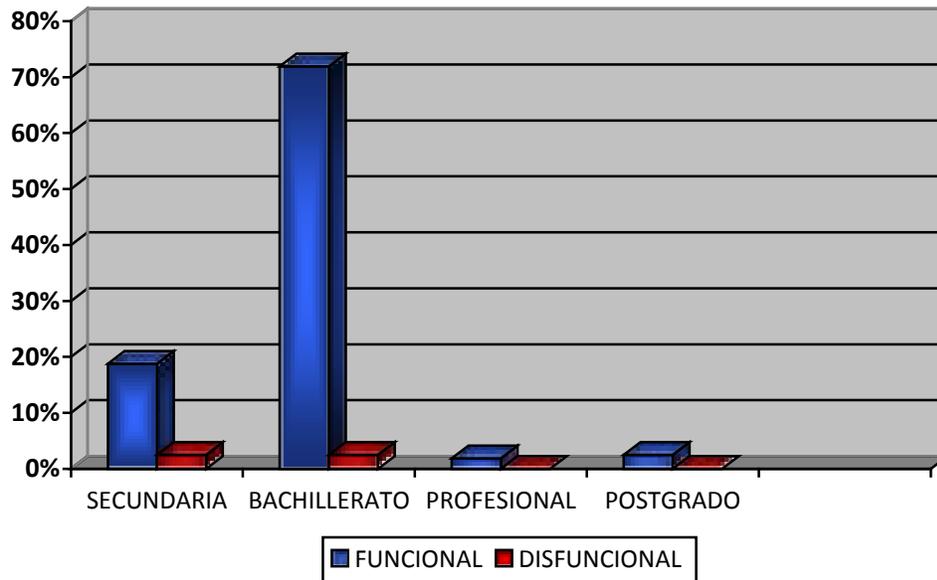


Se encontró en el rubro de enfermedades a 7 pacientes diabéticas y 3 embarazadas dentro de las embarazadas encuestadas, el resto de ellas (93.8%), no manifestó padecer enfermedades.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL Y SU RELACION CON LA ESCOLARIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL (N=160)
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	2.5%	18.8%	21.3%
	BACHILLERATO	2.5%	71.9%	74.4%
	PROFESIONAL	.0%	1.9%	1.9%
	POSTGRADO	.0%	2.5%	2.5%
<b>TOTAL</b>		5.0%	95.0%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

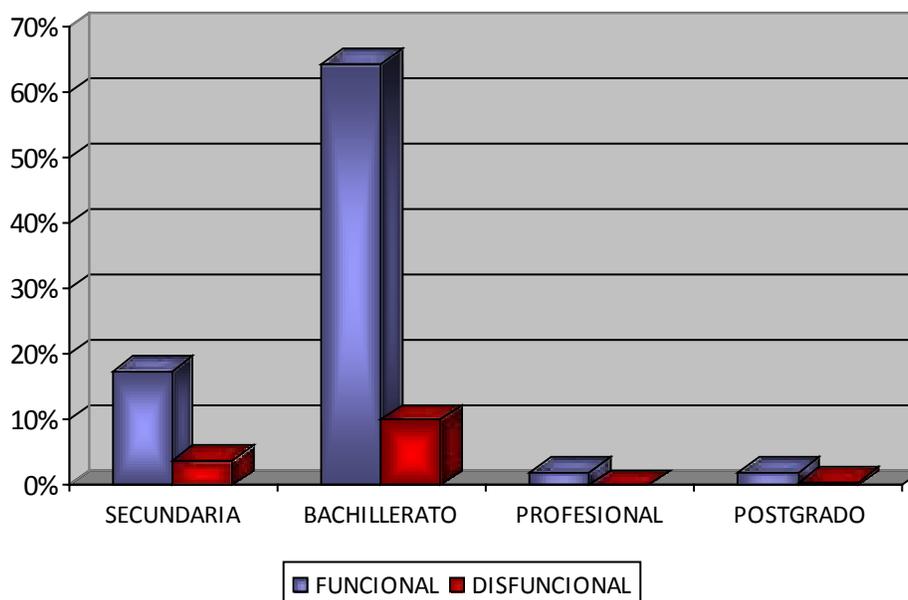


De las mujeres encuestadas se encontró un 5 % de disfuncionalidad familiar en el rubro de involucramiento afectivo funcional, siendo 2.5% en escolaridad secundaria y 2.5% de las encuestadas con escolaridad de bachillerato.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON LA ESCOLARIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL (n=160)
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	3.8%	17.5%	21.3%
	BACHILLERATO	10.0%	64.4%	74.4%
	PROFESIONAL	.0%	1.9%	1.9%
	POSTGRADO	.6%	1.9%	2.5%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMaster DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

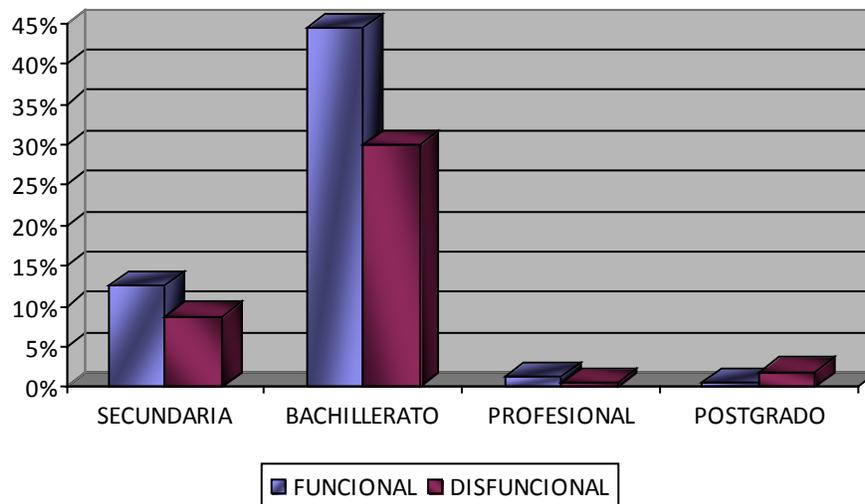


En relación al involucramiento afectivo disfuncional se encontró en relación a la escolaridad un 10% de mujeres con disfunción familiar las cuales cuentan con escolaridad de bachillerato y un 3.8% con escolaridad secundaria, así como el .6% con postgrado.

COMUNICACIÓN FUNCIONAL Y SU RELACION CON LA ESCOLARIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICACION FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL (n=160)
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	8.8%	12.5%	21.3%
	BACHILLERATO	30.0%	44.4%	74.4%
	PROFESIONAL	.6%	1.3%	1.9%
	POSTGRADO	1.9%	.6%	2.5%
TOTAL		41.3%	58.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

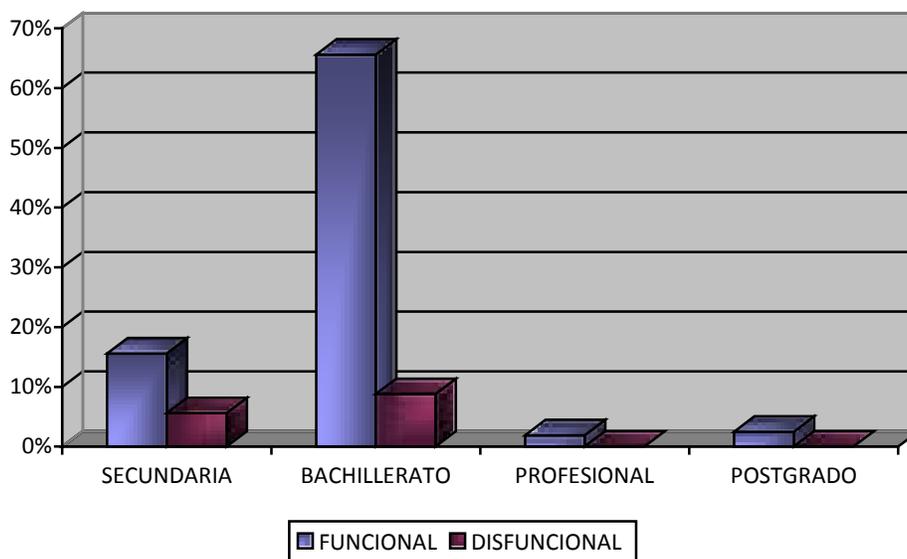


En relación a la comunicación funcional se encontró disfuncionalidad familiar en un 30% en mujeres con bachillerato, 8% con estudios de secundaria, 1.3 % con carrera profesional y un 0.6 con estudios de postgrado.

COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON LA ESCOLARIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICA DISFUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	5.6%	15.6%	21.3%
	BACHILLERATO	8.8%	65.6%	74.4%
	PROFESIONAL	.0%	1.9%	1.9%
	POSTGRADO	.0%	2.5%	2.5%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMaster DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

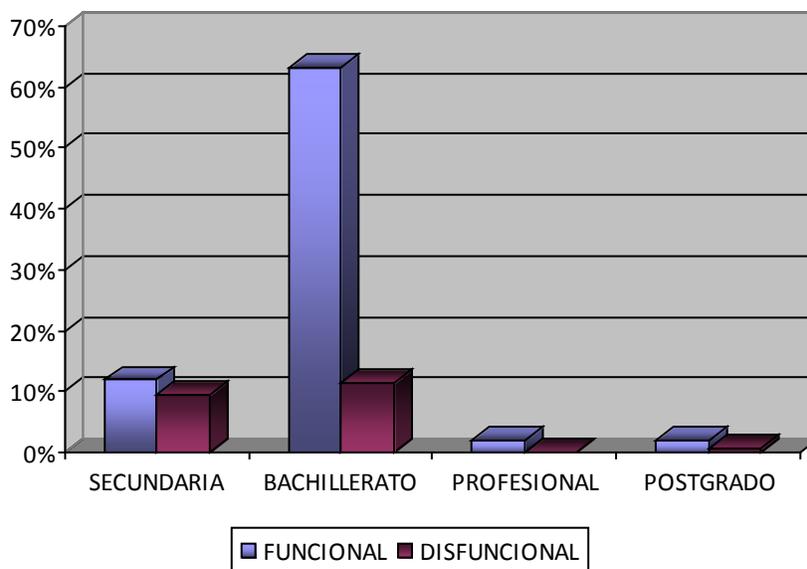


En el rubro de comunicación disfuncional se encontro disfuncionalidad familiar en las embarazadas con bachillerato en un 8.8%, y con estudios de secundaria en un 5.6%

RESOLUCION DE PROBLEMAS Y SU RELACION CON LA ESCOLARIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

RESOLUCION DE PROBLEMAS		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	9.4%	11.9%	21.3%
	BACHILLERATO	11.3%	63.1%	74.4%
	PROFESIONAL	.0%	1.9%	1.9%
	POSTGRADO	.6%	1.9%	2.5%
TOTAL		21.3%	78.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

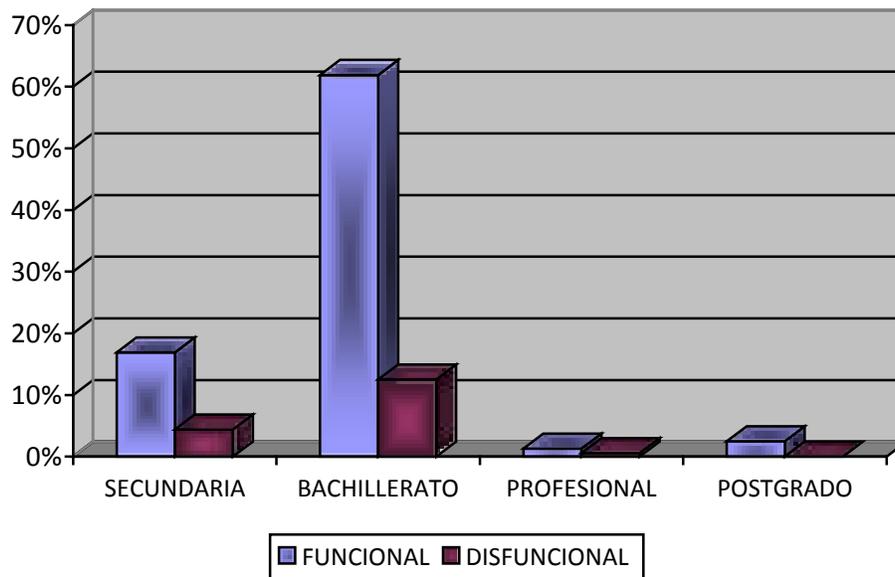


En el rubro de resolución de problemas se encontró con disfuncionalidad familiar a un 11.3% en las mujeres con nivel de bachillerato, un 9.4% en las mujeres con escolaridad secundaria y un 0.6% con estudios de postgrado.

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA Y SU RELACION CON LA ESCOLARIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	4.4%	16.9%	21.3%
	BACHILLERATO	12.5%	61.9%	74.4%
	PROFESIONAL	.6%	1.3%	1.9%
	POSTGRADO	.0%	2.5%	2.5%
TOTAL		17.5%	82.5%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMaster DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

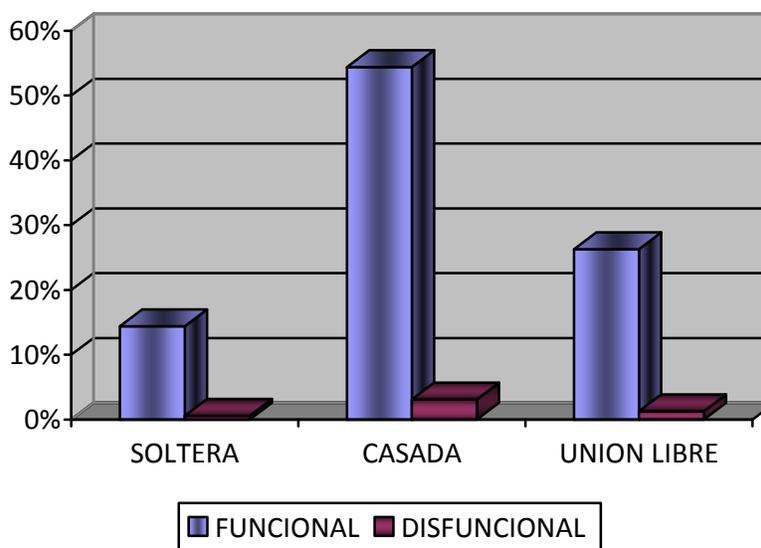


En el rubro de patrones de control de conducta se encuentra disfuncionalidad familiar con el 12.5% en mujeres con estudios de bachillerato, 4.4% con estudios de secundaria y un 0.6% en mujeres con estudios profesionales

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL Y SU RELACION CON EL ESTADO CIVIL EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
ESTADO CIVIL	SOLTERA	.6%	14.4%	15.0%
	CASADA	3.1%	54.4%	57.5%
	UNION LIBRE	1.3%	26.3%	27.5%
TOTAL		5.0%	95.0%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

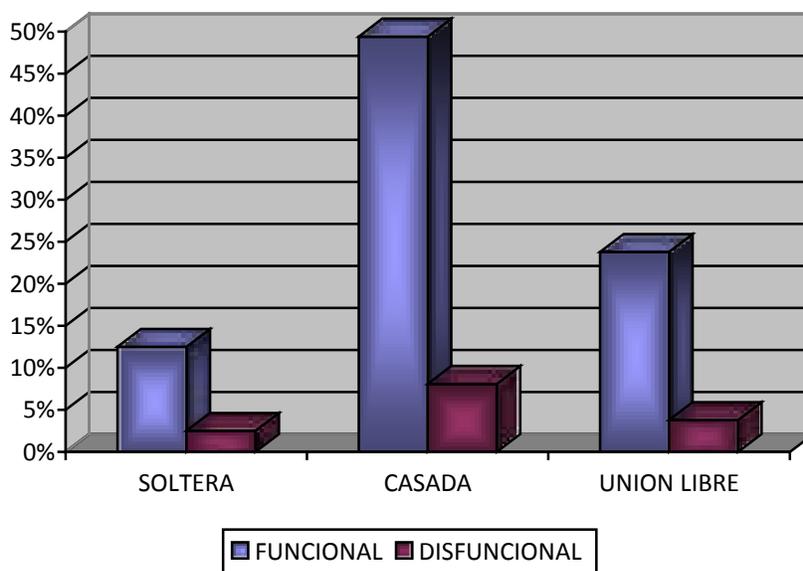


En cuanto al involucramiento afectivo funcional y su relacion con el estado civil se encontro disfuncionalidad familiar en un 3.1% en casadas , 1.3% en condicion de union libre y el 0.6% en mujeres solteras

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON EL ESTADO CIVIL EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
ESTADO CIVIL	SOLTERA	2.5%	12.5%	15.0%
	CASADA	8.1%	49.4%	57.5%
	UNION LIBRE	3.8%	23.8%	27.5%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

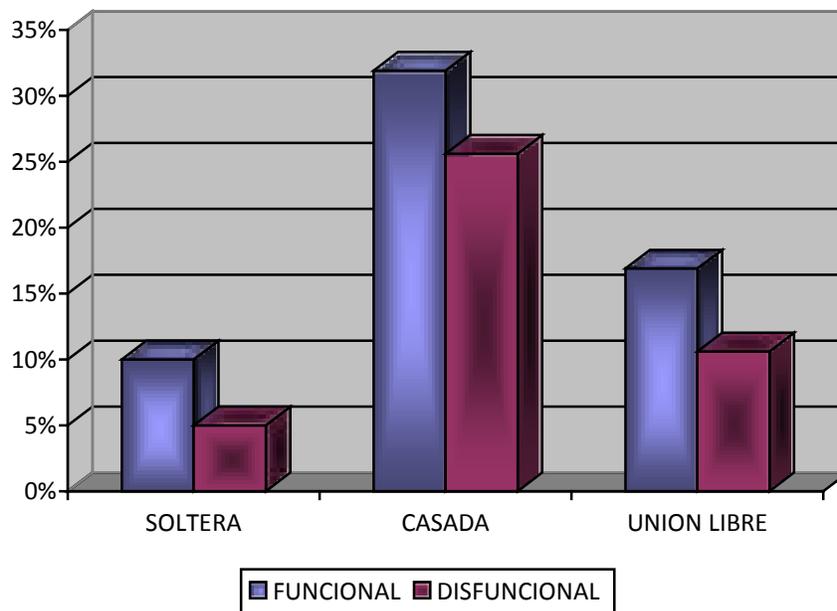


En involucramiento afectivo disfuncional y su relacion con el estado civil se encontro disfuncionalidad familiar en un 8.1% en mujeres casadas, 3.8% en union libre y 2.5% en mujeres solteras.

COMUNICACIÓN FUNCIONAL Y SU RELACION CON EL ESTADO CIVIL EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICACION FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
ESTADO CIVIL	SOLTERA	5.0%	10.0%	15.0%
	CASADA	25.6%	31.9%	57.5%
	UNION LIBRE	10.6%	16.9%	27.5%
TOTAL		41.3%	58.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

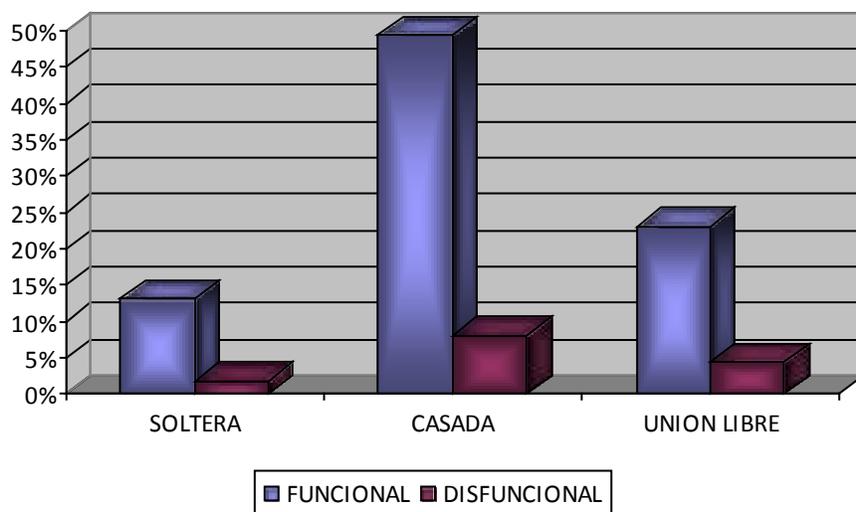


Con relacion a la comunicación funcional se encontro disfuncionalidad familiar con 25% en mujeres casadas 10,6% en mujeres en condicion de union libre y 5% en solteras.

COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON EL ESTADO CIVIL EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICACION DISFUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL n=160
ESTADO CIVIL	SOLTERA	1.9%	13.1%	15.0%
	CASADA	8.1%	49.4%	57.5%
	UNION LIBRE	4.4%	23.1%	27.5%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

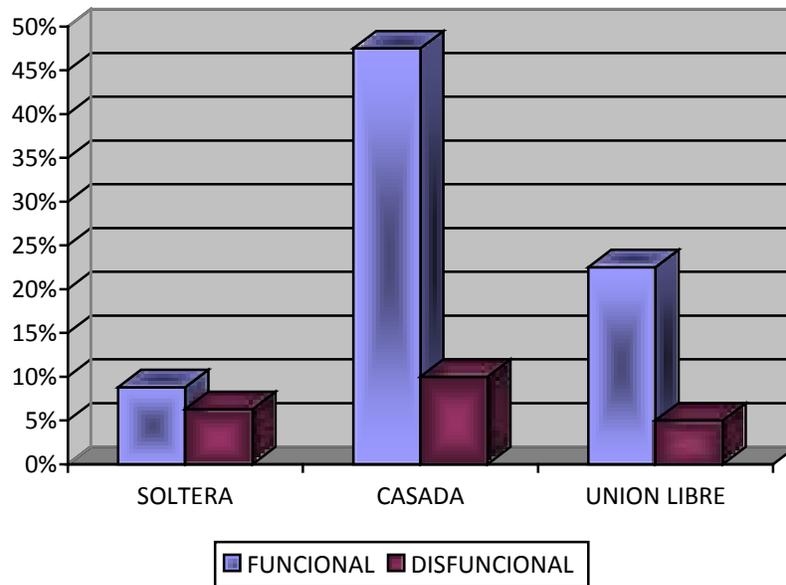


En el rubro de comunicación disfuncional se encontró disfuncionalidad familiar con el 8.1 % en mujeres casadas, 4.4% en mujeres en condición de unión libre y un 1.9% en mujeres solteras.

RESOLUCION DE PROBLEMAS Y SU RELACION CON EL ESTADO CIVIL EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

RESOLUCION DE PROBLEMAS		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
ESTADO CIVIL	SOLTERA	6.3%	8.8%	15.0%
	CASADA	10.0%	47.5%	57.5%
	UNION LIBRE	5.0%	22.5%	27.5%
TOTAL		21.3%	78.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMaster DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

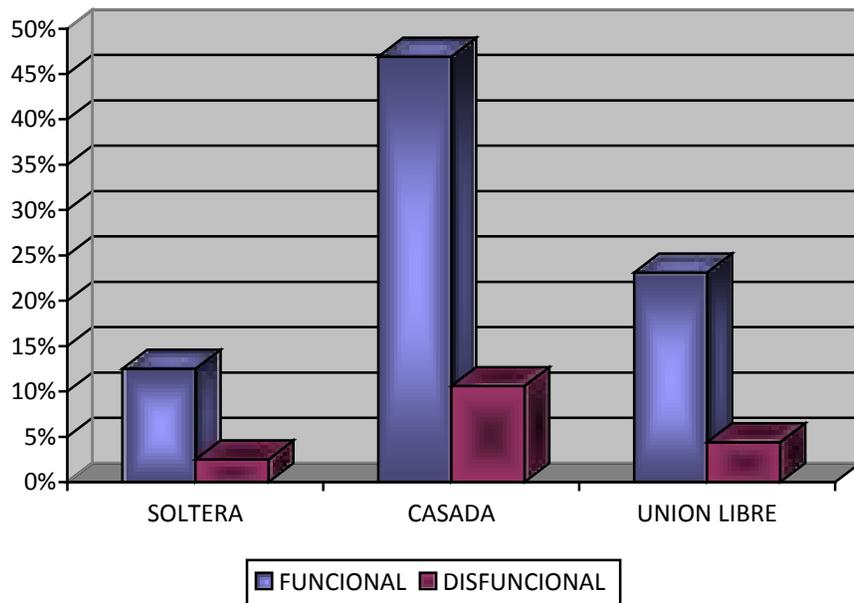


En resolución de problemas y su relación con el estado civil se encontró con disfuncionalidad familiar el 10% en mujeres casadas, 6.3% en mujeres solteras y un 5% en mujeres en unión libre.

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA Y SU RELACION CON EL ESTADO CIVIL EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
ESTADO CIVIL	SOLTERA	2.5%	12.5%	15.0%
	CASADA	10.6%	46.9%	57.5%
	UNION LIBRE	4.4%	23.1%	27.5%
TOTAL		17.5%	82.5%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

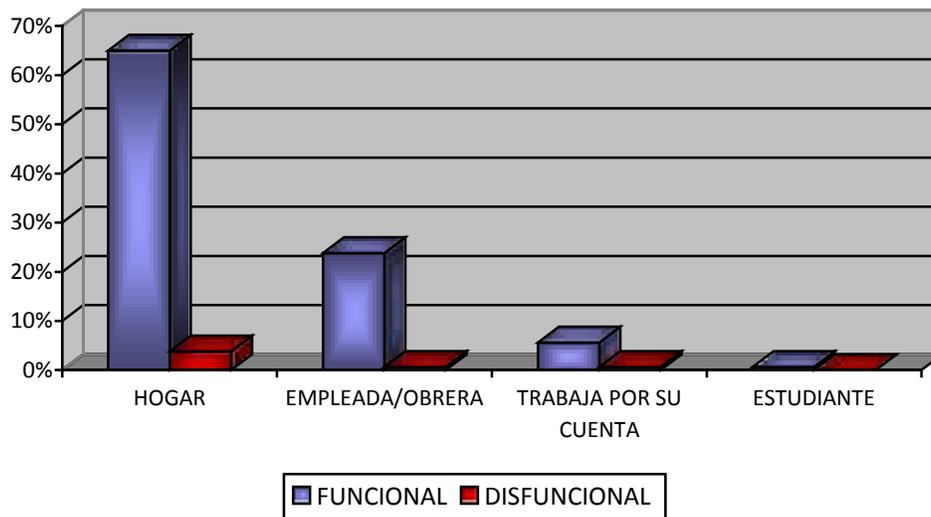


En los patrones de control de conducta y su relación con el estado civil se encontró disfuncionalidad familiar en el 10.6% de las mujeres encuestadas casadas un 4.4% en mujeres con unión libre y un 2.5% en mujeres solteras.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL Y SU RELACION CON LA OCUPACION EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
OCUPACION	HOGAR	3.8%	65.0%	68.8%
	EMPLEADA/OBRERA	.6%	23.8%	24.4%
	TRABAJA POR SU CUENTA	.6%	5.6%	6.3%
	ESTUDIANTE	.0%	.6%	.6%
TOTAL		5.0%	95.0%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMaster DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

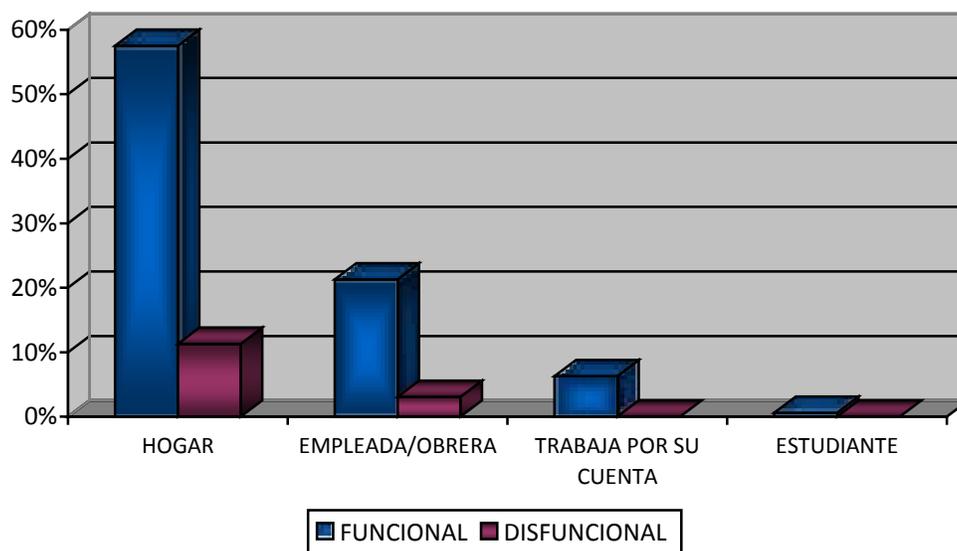


En relación en cuanto a involucramiento afectivo funcional y la ocupación se encuentra con disfuncionalidad familiar a un 5% de las encuestadas de las cuales el 3.8% se encuentran en el rubro de hogar y 0.6% son empleadas y un 0.6% trabaja por su cuenta.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON LA OCUPACION EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
OCUPACION	HOGAR	11.3%	57.5%	68.8%
	EMPLEADA/OBRERA	3.1%	21.3%	24.4%
	TRABAJA POR SU CUENTA	.0%	6.3%	6.3%
	ESTUDIANTE	.0%	.6%	.6%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

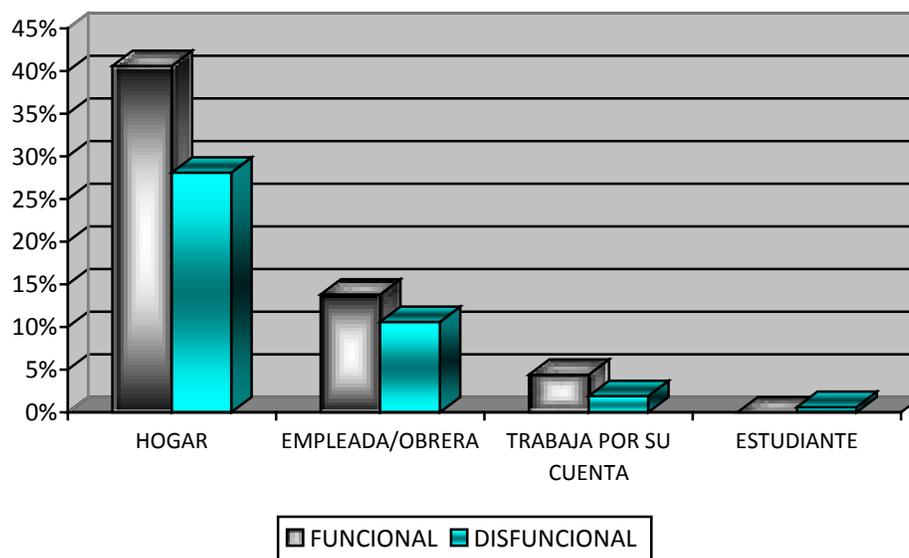


En cuanto a la ocupación y su relación con el involucramiento afectivo disfuncional se encuentra disfuncionalidad familiar en el 11.3% de las embarazadas encuestadas con ocupaciones del hogar y un 3.1% en empleadas

COMUNICACIÓN FUNCIONAL Y SU RELACION CON LA OCUPACION EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICACION FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
OCUPACION	HOGAR	28.1%	40.6%	68.8%
	EMPLEADA/OBRERA	10.6%	13.8%	24.4%
	TRABAJA POR SU CUENTA	1.9%	4.4%	6.3%
	ESTUDIANTE	.6%	.0%	.6%
TOTAL		41.3%	58.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

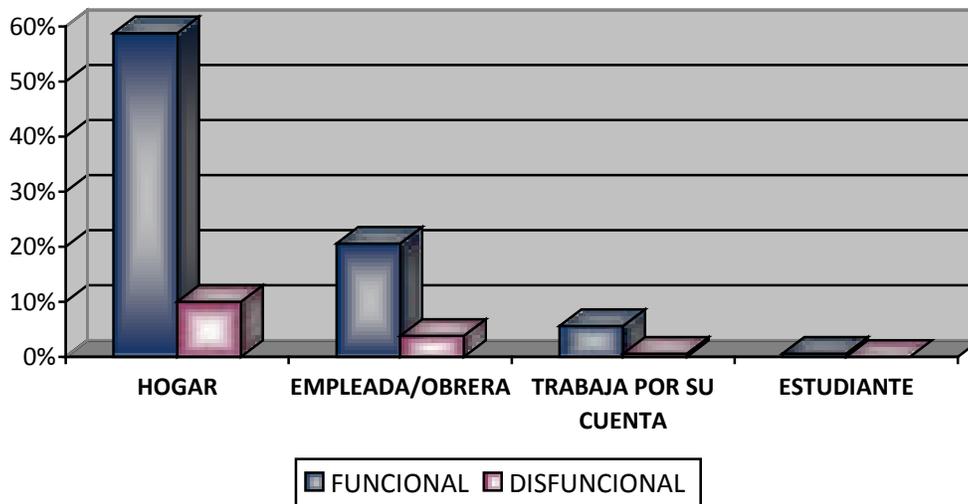


Se encuentra disfuncionalidad familiar en el 41.3% de las embarazadas en el rubro de comunicación familiar con relacion a la ocupacion siendo de 28% en mujeres con ocupacion en el hogar, 10.6% en empleadas, 1.9% en mujeres que trabajan por su cuenta y un 0.6% en estudiantes

COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON LA OCUPACION EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICACION DISFUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
OCUPACION	HOGAR	10.0%	58.8%	68.8%
	EMPLEADA/OBRERA	3.8%	20.6%	24.4%
	TRABAJA POR SU CUENTA	.6%	5.6%	6.3%
	ESTUDIANTE	.0%	.6%	.6%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

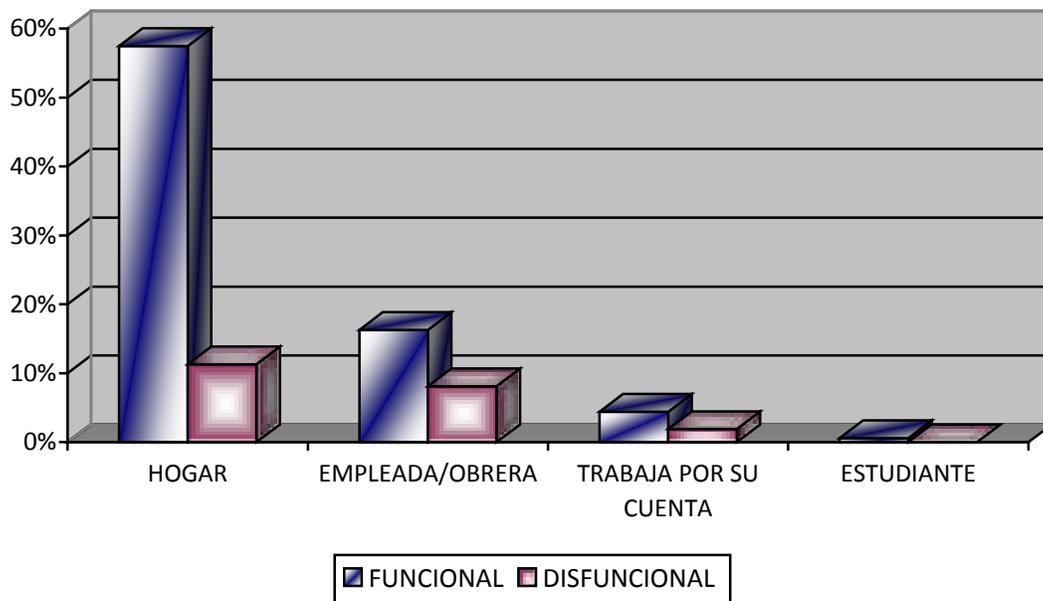


En el rubro de comunicación disfuncional y su relación a la ocupación se encontró un 14% de disfuncionalidad familiar destacando 10% en el hogar, 3.8% mujeres empleadas y 0.6% en mujeres que trabajan por su cuenta.

RESOLUCION DE PROBLEMAS Y SU RELACION CON LA OCUPACION EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

RESOLUCION DE PROBLEMAS		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
OCUPACION	HOGAR	11.3%	57.5%	68.8%
	EMPLEADA/OBRERA	8.1%	16.3%	24.4%
	TRABAJA POR SU CUENTA	1.9%	4.4%	6.3%
	ESTUDIANTE	.0%	.6%	.6%
TOTAL		21.3%	78.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMaster DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

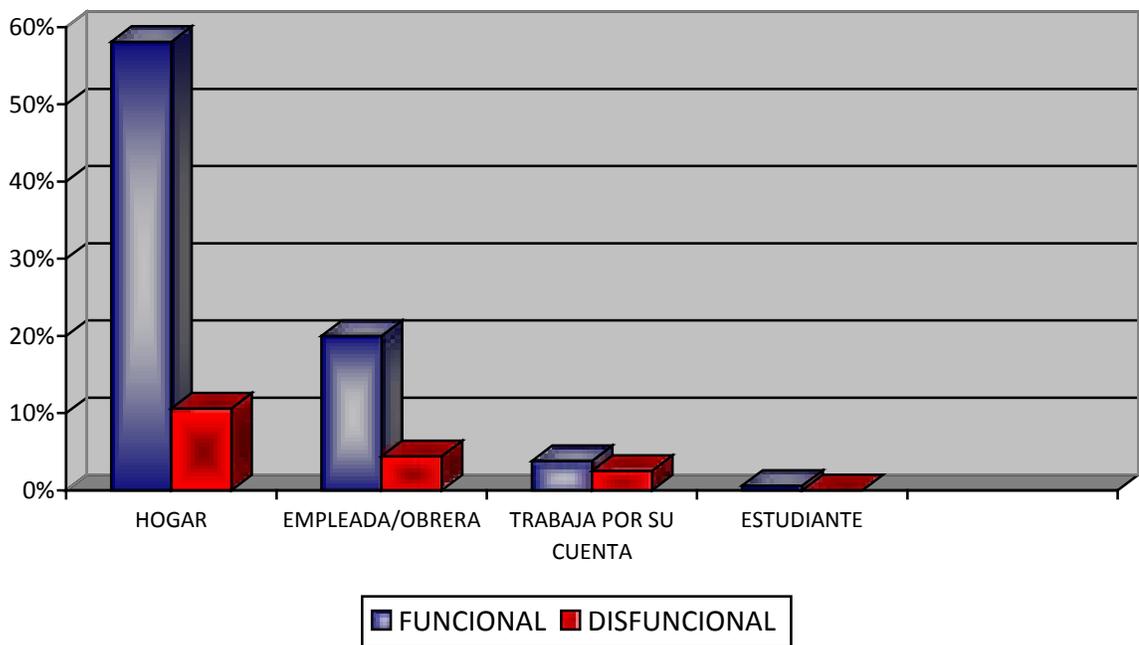


Se encontro en el rubro de resolucion de problemas una disfuncionalidad familiar en el 21.3% de las mujeres embarazadas destacando un 11.3% en mujeres dedicadas al hogar, 8.1% en mujeres obreras y un 1.9% en mujeres que trabajan por su cuenta.

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA Y SU RELACION CON LA OCUPACION EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
OCUPACION	HOGAR	10.6%	58.1%	68.8%
	EMPLEADA/OBRERA	4.4%	20.0%	24.4%
	TRABAJA POR SU CUENTA	2.5%	3.8%	6.3%
	ESTUDIANTE	.0%	.6%	.6%
TOTAL		17.5%	82.5%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

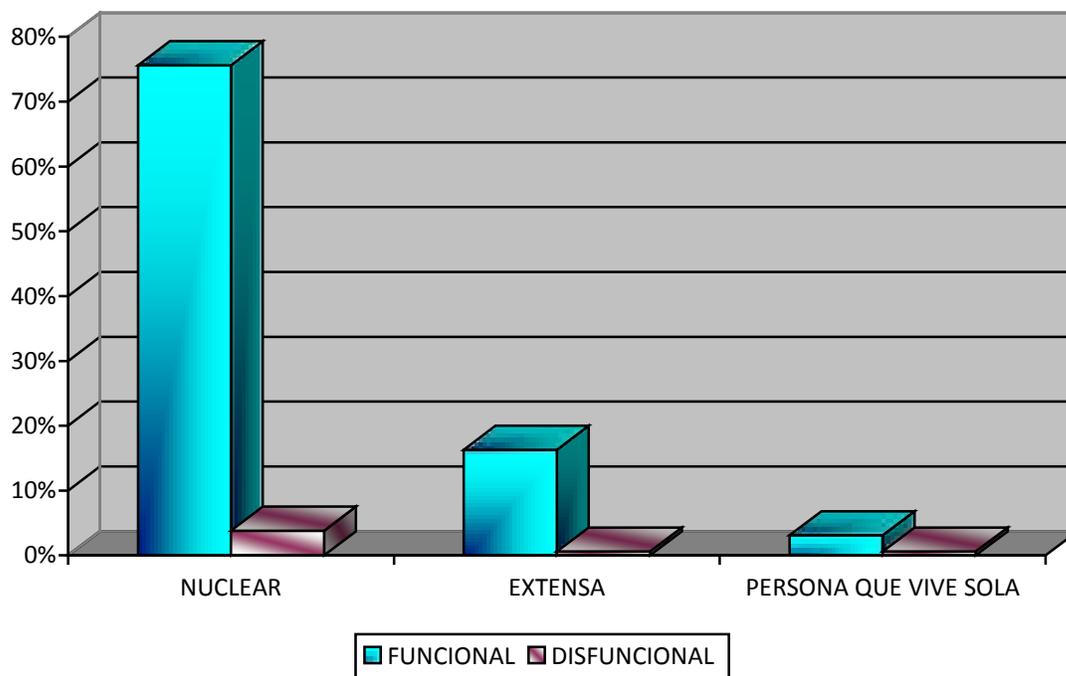


En cuanto a los patrones de control de conductase encontro un 17.5% de disfuncionalidad familiar, un 10.6% en mujeres dedicadas al hogar, 4.4% en empleadas y un 2.5% en mujeres que trabajan por su cuenta.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL Y SU RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
TIPOLOGIA FAMILIAR	NUCLEAR	3.8%	75.6%	79.4%
	EXTENSA	.6%	16.3%	16.9%
	PERSONA QUE VIVE SOLA	.6%	3.1%	3.8%
TOTAL		5.0%	95.0%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

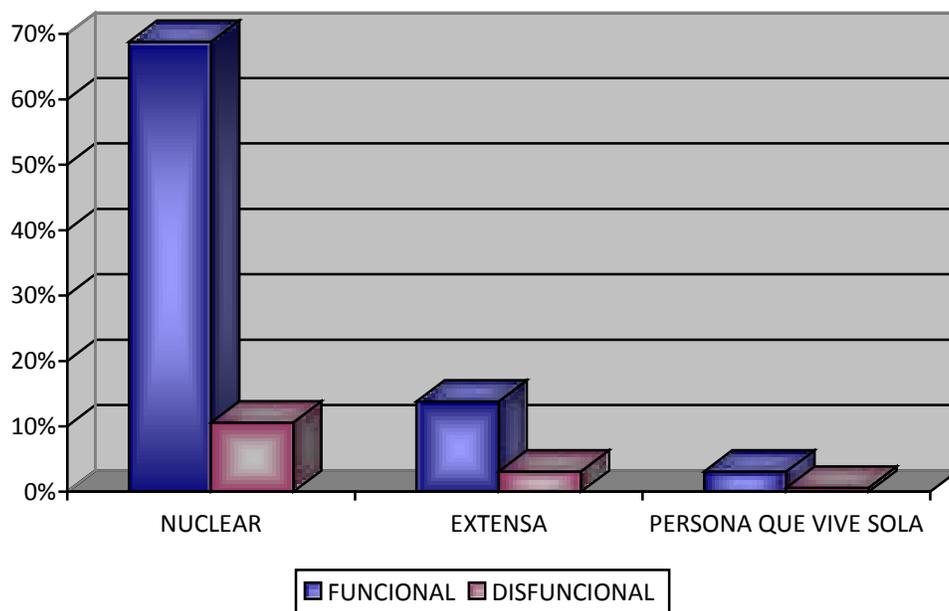


Se encontro un 5% de disfuncionalidad famiilar en el involucramiento afectivo funcional en relaciona ala tipologia familiar encontrandose con un 3.8% en mujeres con familiars nucleares 0.6% confamilias extensas y 0.6% en personas que viven solas

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR  
 EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE  
 AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
TIPOLOGIA FAMILIAR	NUCLEAR	10.6%	68.8%	79.4%
	EXTENSA	3.1%	13.8%	16.9%
	PERSONA QUE VIVE SOLA	.6%	3.1%	3.8%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

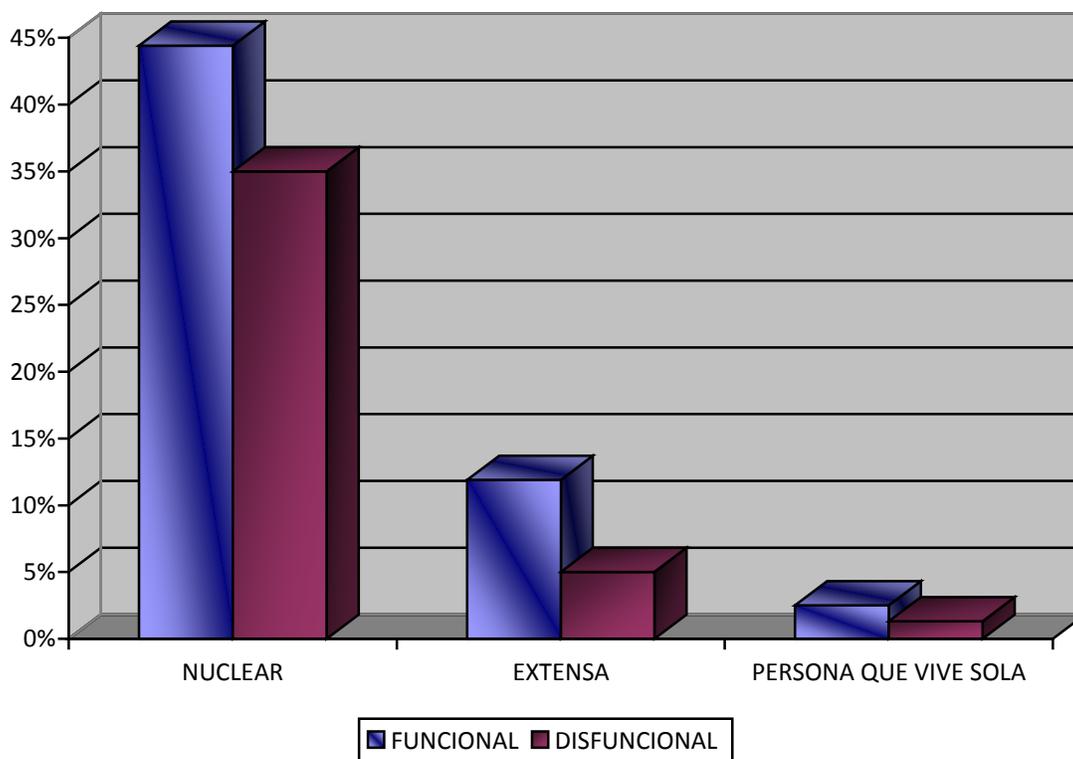


Se encontro disfuncionalidad familiar en el 14.4% de las mujeres encuestadas en el rubro de involucramiento afectivo disfuncional 10.6% con familias nucleares 3.1% con familias extensas y 0.6% en personas que viven solas.

COMUNICACIÓN FUNCIONAL Y SU RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICACION FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
TIPOLOGIA FAMILIAR	NUCLEAR	35.0%	44.4%	79.4%
	EXTENSA	5.0%	11.9%	16.9%
	PERSONA QUE VIVE SOLA	1.3%	2.5%	3.8%
TOTAL		41.3%	58.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

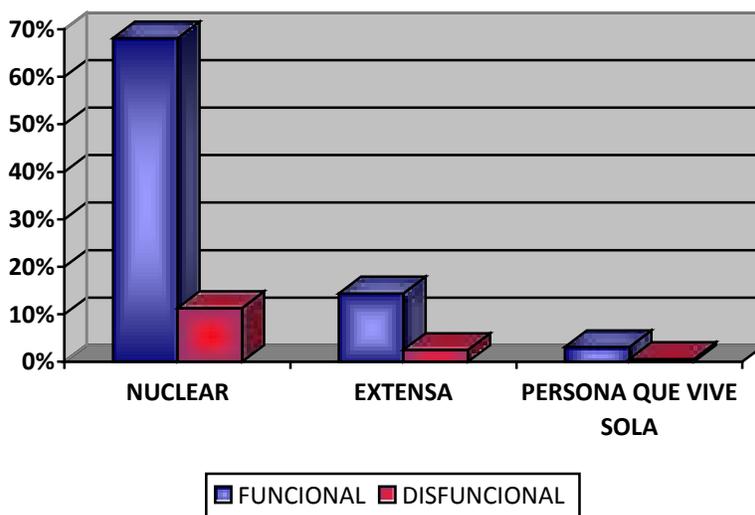


Se encontró en cuanto a la relación de la comunicación funcional y la tipología familiar un 41.3% con disfuncionalidad familiar 35% con familiar nuclear, 5% en familias extensas y 1.3% en personas que viven solas

COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICACION DISFUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
TIPOLOGIA FAMILIAR	NUCLEAR	11.3%	68.1%	79.4%
	EXTENSA	2.5%	14.4%	16.9%
	VIVE SOLA	.6%	3.1%	3.8%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

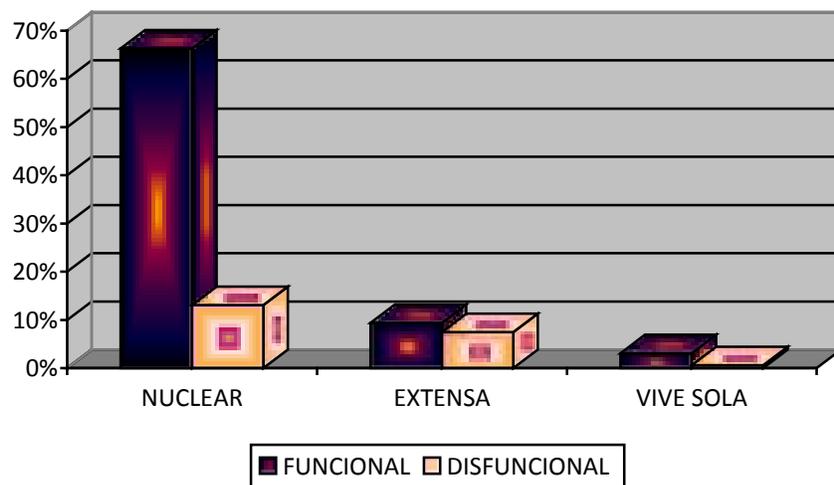


En relacion a la tipologia familiar y la comunicaci3n disfuncional, se encontro disfuncionalidad familiar en el 14.4% de las embarazadas, con 11.3% en familias nucleares 2.5 en familias extensas y 0.6% en personas que viven solas

RESOLUCION DE PROBLEMAS Y SU RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

RESOLUCION DE PROBLEMAS		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
TIPOLOGIA FAMILIAR	NUCLEAR	13.1%	66.3%	79.4%
	EXTENSA	7.5%	9.4%	16.9%
	VIVE SOLA	.6%	3.1%	3.8%
TOTAL		21.3%	78.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

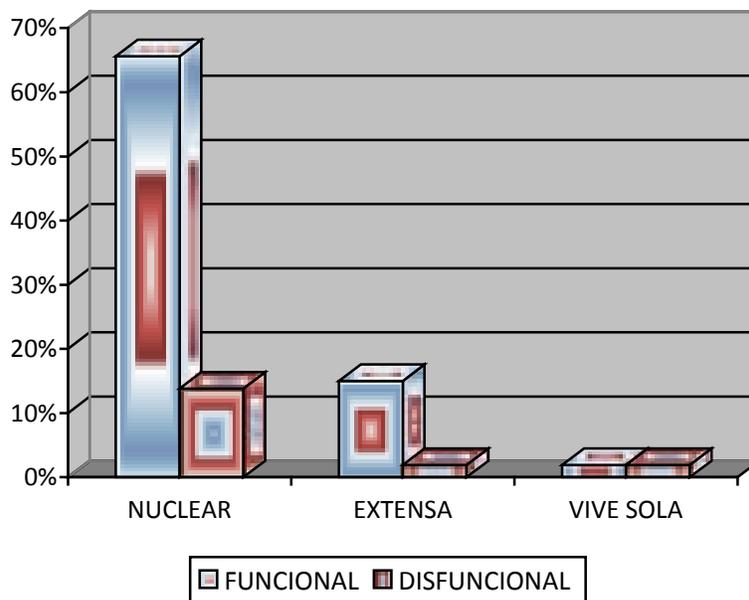


En relación a la resolución de problemas y tipología familiar se encontró disfuncionalidad familiar en un 21.3% de las embarazadas con un 13.1% en familias nucleares 7.5 % en familias extensas y 0.6% en personas que viven solas

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA Y SU RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
TIPOLOGIA FAMILIAR	NUCLEAR	13.8%	65.6%	79.4%
	EXTENSA	1.9%	15.0%	16.9%
	VIVE SOLA	1.9%	1.9%	3.8%
TOTAL		17.5%	82.5%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

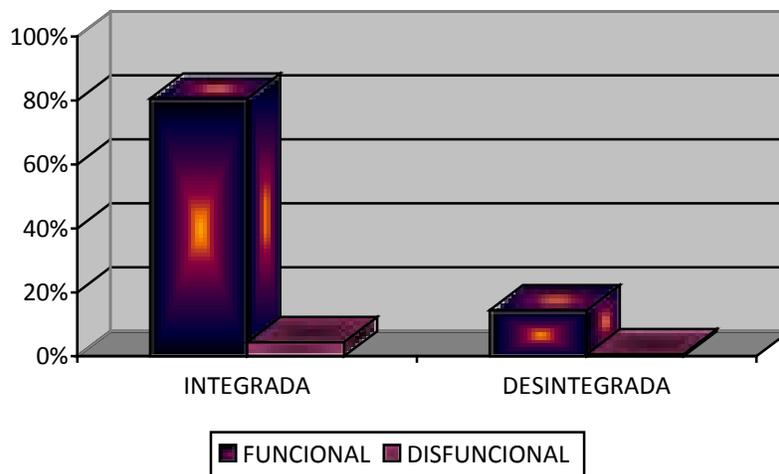


En relación a los patrones de control de conducta y tipología familiar hay disfuncionalidad familiar en el 17.5% de las embarazadas encontrándose 13.8 en familias nucleares 1.9% en familias extensas y 1.9% en personas que viven solas

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL Y SU RELACION CON LA INTEGRACION FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
INTEGRACION FAMILIAR	INTEGRADA	4.4%	80.6%	85.0%
	DESINTEGRADA	.6%	14.4%	15.0%
TOTAL		5.0%	95.0%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

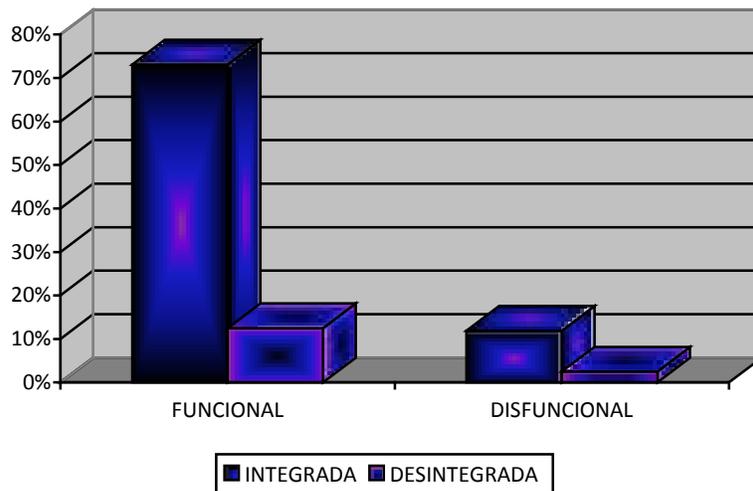


En relación al involucramiento afectivo funcional y la integración familiar se encontró un 5% de disfuncionalidad familiar, 4.4% en familias integradas y 0.6% en familias desintegradas.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON LA INTEGRACION FAMILIAR  
 EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE  
 AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
INTEGRACION FAMILIAR	INTEGRADA	11.9%	73.1%	85.0%
	DESINTEGRADA	2.5%	12.5%	15.0%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

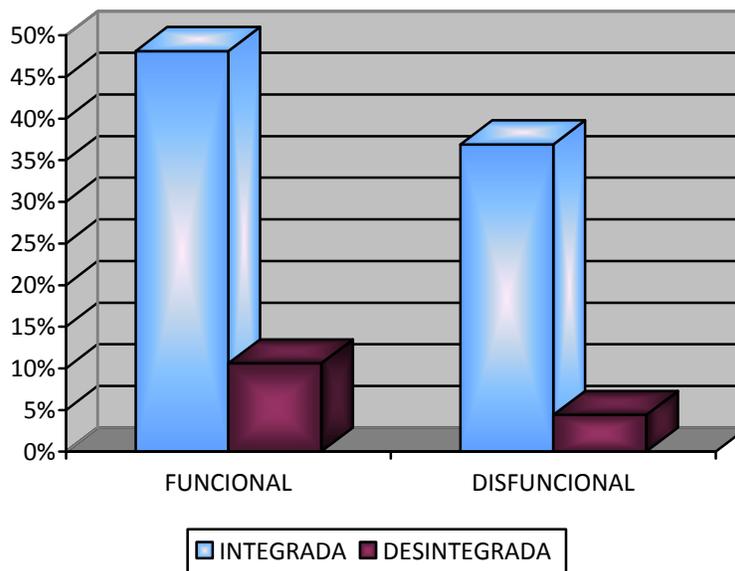


En relación a el involucramiento afectivo disfuncional y la integración familiar encontramos un 14.4% de disfuncionalidad familiar, 11.9% en familias integradas y 2.5% en familias desintegradas

COMUNICACIÓN FUNCIONAL Y SU RELACION CON LA INTEGRACION FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICACION FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
INTEGRACION FAMILIAR	INTEGRADA	36.9%	48.1%	85.0%
	DESINTEGRADA	4.4%	10.6%	15.0%
TOTAL		41.3%	58.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

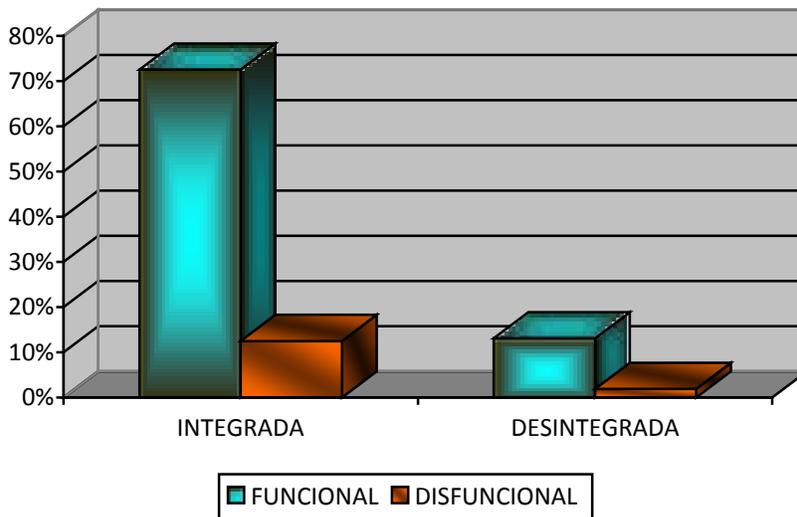


En cuanto a la comunicación funcional y su relación con la integración familiar se encontró disfuncionalidad familiar en un 41.3% de las embarazadas con un 36.9% en familias integradas y 4.4% en familias desintegradas.

COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON LA INTEGRACION FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICACION DISFUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
INTEGRACION FAMILIAR	INTEGRADA	12.5%	72.5%	85.0%
	DESINTEGRADA	1.9%	13.1%	15.0%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

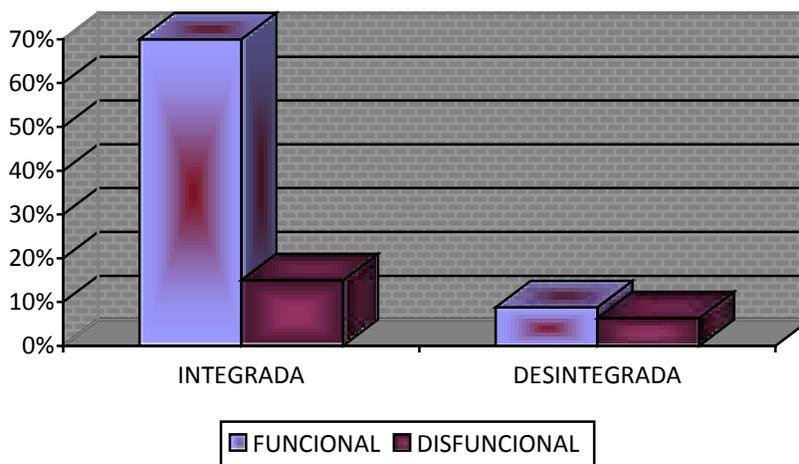


En cuanto a la comunicación disfuncional y su relación con la integración familiar se encontró disfuncionalidad familiar en un 14.4 % de las embarazadas con un 12.5% en familias integradas y 1.9 % en familias desintegradas.

RESOLUCION DE PROBLEMAS Y SU RELACION CON LA INTEGRACION FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

RESOLUCION DE PROBLEMAS		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
INTEGRACION FAMILIAR	INTEGRADA	15.0%	70.0%	85.0%
	DESINTEGRADA	6.3%	8.8%	15.0%
TOTAL		21.3%	78.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMaster DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

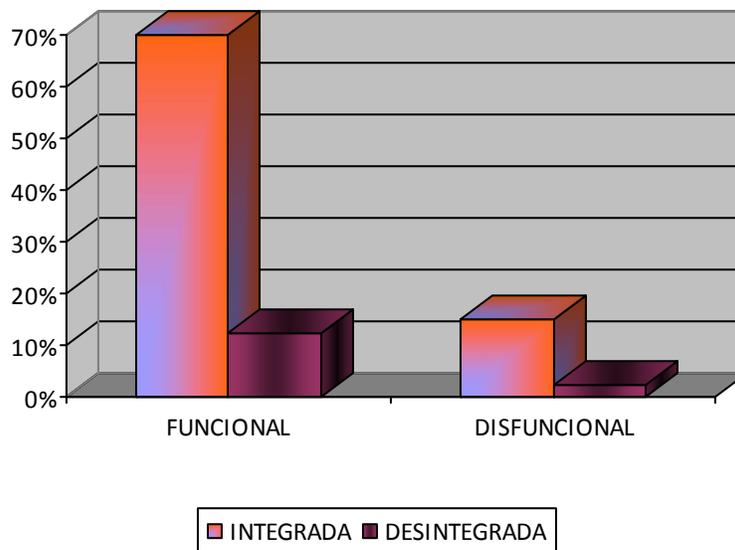


En relación a la resolución de problemas y la integración familiar se encontró disfuncionalidad familiar en el 21.3% de las embarazadas con un 15% en familias integradas y 6.3 en familias desintegradas.

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA Y SU RELACION CON LA INTEGRACION FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
INTEGRACION FAMILIAR	INTEGRADA	15.0%	70.0%	85.0%
	DESINTEGRADA	2.5%	12.5%	15.0%
TOTAL		17.5%	82.5%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

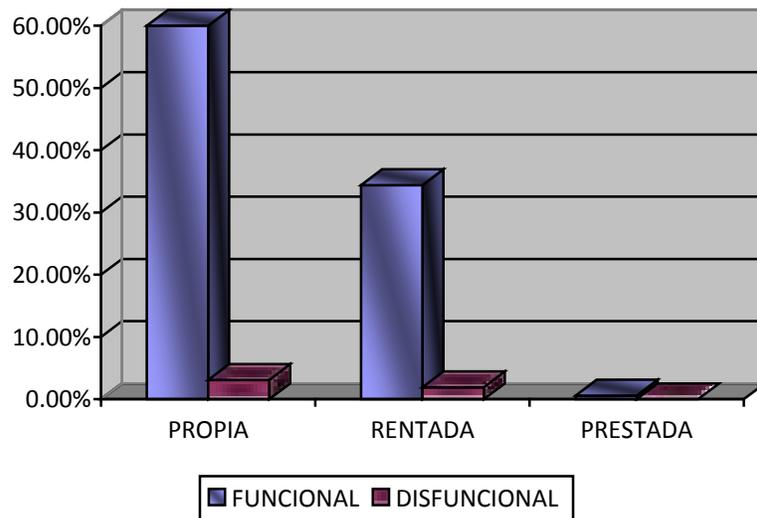


En relación a los patrones de control de conducta y la integración familiar se encontró disfuncionalidad familiar en un 17.5%, encontrándose un 15% en familias integradas y 2.5% en familias desintegradas

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL Y SU RELACION CON LA PROPIEDAD DE LA CASA EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
PROPIEDAD DE LA CASA	PROPIA	3.1%	60.0%	63.1%
	RENTADA	1.9%	34.4%	36.3%
	PRESTADA	.0%	.6%	.6%
TOTAL		5.0%	95.0%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

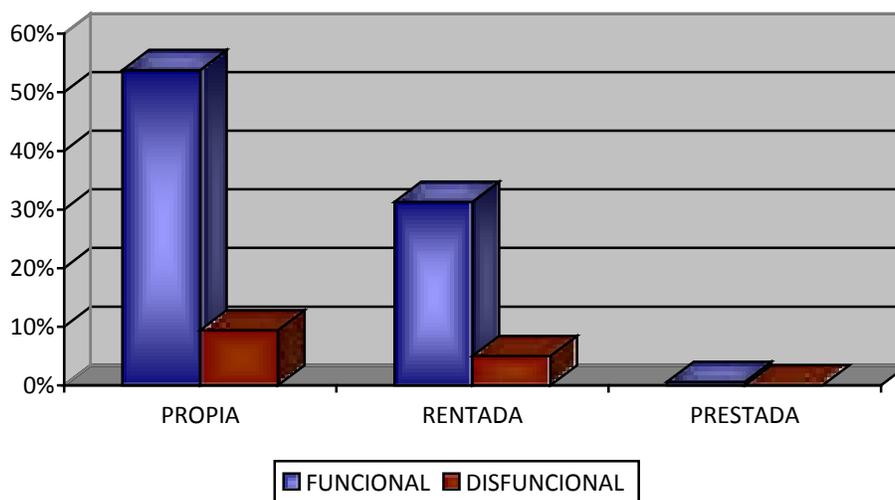


En cuanto a involucramiento afectivo funcional y su relación con estado de propiedad de la casa se encontró un 5% de embarazadas con disfunción familiar con 3.1 con las que cuentan con casa propia y 1.9% con casa rentada.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON LA PROPIEDAD DE LA CASA EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL	
PROPIEDAD DE LA CASA	PROPIA	9.4%	53.8%	63.1%
	RENTADA	5.0%	31.3%	36.3%
	PRESTADA	.0%	.6%	.6%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

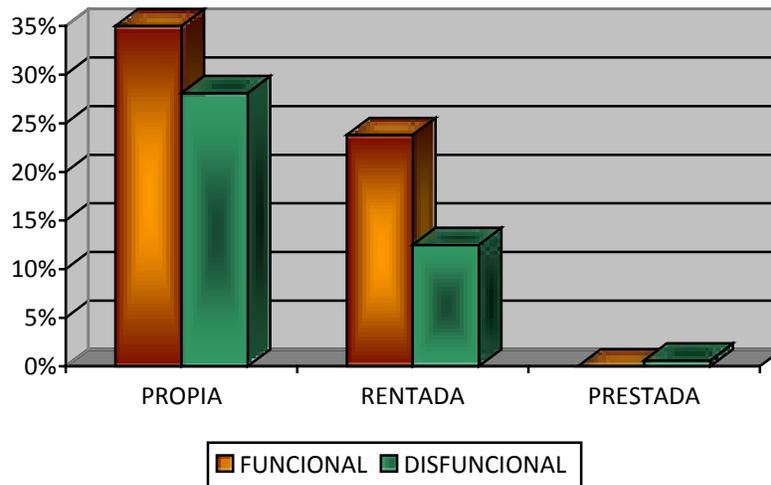


En cuanto a la relación de el involucramiento afectivo disfuncional y la propiedad de la casa se encontró un 14.4 % de disfuncionalidad familiar con un 9.4% en las que cuentan con casa propia y 5% con casa rentada.

COMUNICACIÓN FUNCIONAL Y SU RELACION CON LA PROPIEDAD DE LA CASA EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICACION FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
PROPIEDAD DE LA CASA	PROPIA	28.1%	35.0%	63.1%
	RENTADA	12.5%	23.8%	36.3%
	PRESTADA	.6%	.0%	.6%
TOTAL		41.3%	58.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

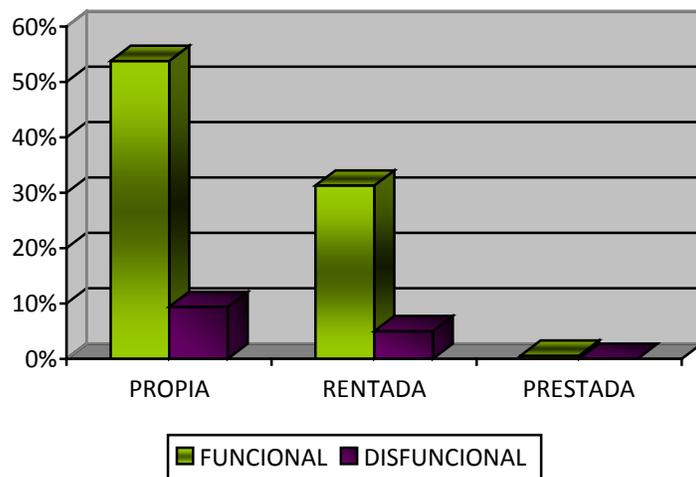


En relación con la propiedad de la casa y la comunicación familiar se encontró un 41.3% de disfuncionalidad familiar encontrándose con un 28.1% con casa propia, 12.5% con casa rentada y solo 0.6% con casa prestada.

COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL Y SU RELACION CON LA PROPIEDAD DE LA CASA EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

COMUNICACION DISFUNCIONAL		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
PROPIEDAD DE LA CASA	PROPIA	9.4%	53.8%	63.1%
	RENTADA	5.0%	31.3%	36.3%
	PRESTADA	.0%	.6%	.6%
TOTAL		14.4%	85.6%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

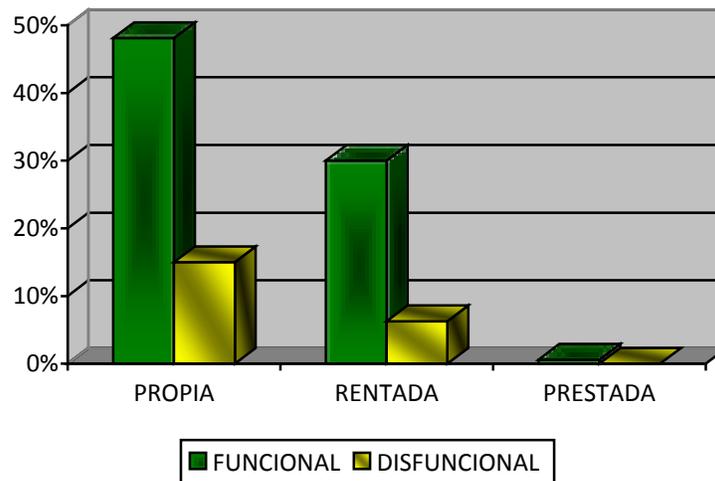


En cuanto a la propiedad de la casa y su relación con la comunicación disfuncional se encontró disfuncionalidad familiar en un 14.4% con un predominio de 9.4% en embarazadas con casa propia y 5% en las que viven en casa rentada.

RESOLUCION DE PROBLEMAS Y SU RELACION CON LA PROPIEDAD DE LA CASA EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

RESOLUCION DE PROBLEMAS		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
PROPIEDAD DE LA CASA	PROPIA	15.0%	48.1%	63.1%
	RENTADA	6.3%	30.0%	36.3%
	PRESTADA	.0%	.6%	.6%
TOTAL		21.3%	78.8%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

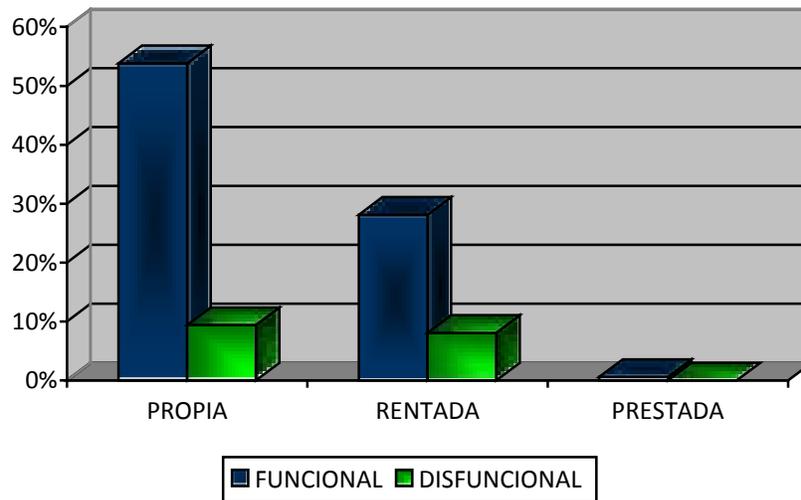


En el rubro de resolucion de problemas se encontro un 21.3% de disfuncionalidad familiar , 15% en las que tienen casa propia y 6.3% en embarazadas con casa rentada

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA Y SU RELACION CON LA PROPIEDAD DE LA CASA EN MUJERES EMBARAZADAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA UMF 21 DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2010

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA		DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
PROPIEDAD DE LA CASA	PROPIA	9.4%	53.8%	63.1%
	RENTADA	8.1%	28.1%	36.3%
	PRESTADA	.0%	.6%	.6%
TOTAL		17.5%	82.5%	100.0%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION DE MUJERES EMBARAZADAS 2010 Y MODELO DE MCMASER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Se encontró en relación de los patrones de control de conducta y la propiedad de la casa un 17.5% de disfuncionalidad familiar siendo un 9.4% en aquellas que cuentan con casa propia y 8.1% en las que cuentan con casa rentada

## ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio se pretendió estudiar la funcionalidad familiar de las embarazadas del universo de trabajo de la unidad de medicina familiar número 21, contándose con una muestra de 160 mujeres que cursaran con la condición fisiológica del embarazo.

Dentro de los resultados obtenidos del estudio realizado, se encontró que el grupo de edad predominante fue el de 21 a 35 años con un promedio de edad de 28 años con una moda de 24 años con un mínimo de edad de 18 y un máximo de 45 años. Encontramos dentro de los resultados más relevantes en cuanto al grupo de edad la presencia de 15 embarazos (9.4%) los cuales se encuentran dentro de la edad de 36-40 años así como 2 más en los que se encuentran dentro de la edad de 41 a 45 años (1.3%) considerándose como embarazos de alto riesgo (Tabla y Grafico 1).

El nivel de escolaridad que predominó en las embarazadas encuestadas fue el de bachillerato con el 74% de las participantes.

En lo que se refiere al estado civil predominó el de las casadas con un 57.5% seguidas de las que se encuentran en unión libre con un 27.5% y las solteras con un 15%.

Sobre la ocupación predominó el de las amas de casa con un 68.5%, las empleadas con un 24.4% y con un 6.3% de las que trabajan por su cuenta.

La actividad física se encontró con solo el 13.8% de las mujeres que hacen algún grado de ejercicio, y 86.3% de las que no realizan ningún tipo de actividad física.

En cuanto a las toxicomanías se encontró un 87.5% de mujeres que no fuman y un 12.5% de las mismas que refieren haber fumado pero que en el momento del estudio

mencionan que suspendieron el consumo de tabaco. Siendo esto un factor protector para el embarazo.

El 90% de las embarazadas refirieron no consumir alcohol, el 9% menciono haber tomado y solo el 0,6% de las mismas continúan consumiendo alcohol.

En lo que se refiere al rubro de trimestre gestacional, se encontró un predominio de embarazadas en el tercer trimestre con un 45.6% seguidas por aquellas que cursan el segundo trimestre con un 40.6% y un 13.8% en el primer trimestre de gestación.,

Una moda de 1 embarazo con un porcentaje de 48.8% y un promedio de 2 gestas con un porcentaje del 26%, el rubro de 3 gestas se encontró con 16.9 %, un 8.9% de multigestas.

El número de abortos se encontró 1 aborto en menos del 75.5 % de las embarazadas encuestadas y se reporta un caso en el cual ha presentado 4 eventos de ese tipo ocupando un 0.6%, El 19 % de las 160 mujeres encuestadas se encontró con el antecedente de un evento obstétrico del tipo Cesárea, y un 4. % con presencia de 2 cesáreas. Se encontró un 73.8% de embarazadas nulíparas, el 18% de los casos con mención de un parto un 6.9% con mención de 2 eventos de este tipo y solo un caso con mención de 3 partos. Solo se tuvo conocimiento de un óbito dentro de las 160 embarazadas encuestadas, ocupando un 0.6% del total.

El estado patrimonial de las embarazadas encuestadas se denoto en un 63% que eran propietarias de la misma, el 36.3 % las cuales rentan el domicilio y solo un caso (0.6%)

que la refiere prestada.

En cuanto a la tipología familiar utilizaremos los factores más importantes de la misma, no se ahondo dentro de la cedula de identificación de las embarazadas acerca del mismo pero algunas características propias de las mismas se pueden rescatar tal como el de que son familiar urbanas, en cuanto a su demografía ya que se encuentran en el área urbana correspondiente al universo de trabajo de la UMF 21, con una conformación nuclear en el 79.4% de los casos con una conformación extensa en el 16.9% de los mismos y solo el 3.8% de ellas viven solas, así también en base a su integración se encontró en un 85% de las embarazadas con una familia integrada mientras que en el 15% refirió una desintegración familiar. De las embarazadas encuestadas se encuentra con predominio de aquellas que viven en familia nuclear con un 78% de los casos de estas un 40% vive con su pareja e hijos y un 38% con su pareja en aquellos casos de primer embarazo, en familias extensas en un 13% y solo un 3.8% de las encuestadas que viven solas.

Se encontró en el rubro de enfermedades a 7 pacientes diabéticas y 3 Hipertensas dentro de las embarazadas encuestadas, el resto de ellas (93.8%), no manifestó padecer enfermedades.

En cuanto a la funcionalidad familiar en el rubro de involucramiento afectivo funcional se encontró en relación a la escolaridad, un 5 % de disfuncionalidad familiar ( $\chi^2 .274$   $p < 0.05$ ) en el rubro de involucramiento afectivo funcional, siendo 2.5% en escolaridad secundaria y 2.5% de las encuestadas con escolaridad de bachillerato.

El involucramiento afectivo funcional y su relacion con el estado civil se encontro disfuncionalidad familiar en un 3.1% ( $\chi^2 0.956$   $p < 0.05$ ) en casadas , 1.3% en

condición de unión libre y el 0.6% en mujeres solteras.

La relación a involucramiento afectivo funcional y la ocupación se encuentra con disfuncionalidad familiar a un 5% de las encuestadas ( $\chi^2$  0.765  $p < 0.05$ ) de las cuales el 3.8% se encuentran en el rubro de hogar y 0.6% son empleadas y un 0.6% trabaja por su cuenta.

Se encontró un 5% de disfuncionalidad familiar en el involucramiento afectivo funcional en relación a la tipología familiar ( $\chi^2$  0.543  $p < 0.05$ ) encontrándose con un 3.8% en mujeres con familias nucleares 0.6% con familias extensas y 0.6% en personas que viven solas.

En relación al involucramiento afectivo funcional y la integración familiar se encontró un 5% de disfuncionalidad familiar ( $\chi^2$  0.657  $p < 0.05$ ), 4.4% en familias integradas y 0.6% en familias desintegradas.

El involucramiento afectivo funcional y su relación con estado de propiedad de la casa se encontró un 5% de embarazadas con disfunción familiar ( $\chi^2$  0.948  $p < 0.05$ ) con 3.1% con las que cuentan con casa propia y 1.9% con casa rentada.

En relación a enfermedades concomitantes y su relación a el involucramiento afectivo funcional se encontró disfuncionalidad familiar en un 5% ( $\chi^2$  0.209  $p < 0.05$ ) con 4.4% en mujeres sin enfermedades concomitantes y 0.6% en las que padecen hipertensión arterial.

En relación al involucramiento afectivo disfuncional se encontró en relación a la escolaridad un 10% de mujeres con disfunción familiar ( $\chi^2$  0.658  $p < 0.05$ ), las cuales cuentan con escolaridad de bachillerato y un 3.8% con escolaridad secundaria, así como el 0.6% con postgrado.

En involucramiento afectivo disfuncional y su relación con el estado civil se encontró disfuncionalidad familiar en un 8.1% ( $\chi^2$  0.765  $p < 0.05$ ), en mujeres casadas, 3.8% en unión libre y 2.5% en mujeres solteras

La ocupación y su relación con el involucramiento afectivo disfuncional se encuentra disfuncionalidad familiar en el 11.3% de las embarazadas encuestadas ( $\chi^2$  0.280  $p < 0.05$ ) con ocupaciones del hogar y un 3.1% en empleadas

Se encontró disfuncionalidad familiar en el 14.4% de las mujeres encuestadas en el rubro de involucramiento afectivo disfuncional en relación a la tipología funcional ( $\chi^2$  0.787  $p < 0.05$ ) 10.6% con familias nucleares 3.1% con familias extensas y 0.6% en personas que viven solas.

En relación a el involucramiento afectivo disfuncional y la integración familiar encontramos un 14.4% de disfuncionalidad familiar ( $\chi^2$  0.466  $p < 0.05$ ), 11.9% en familias integradas y 2.5% en familias desintegradas

La relación de el involucramiento afectivo disfuncional y la propiedad de la casa se encontró un 14.4 % de disfuncionalidad familiar ( $\chi^2$  0.842,  $p < 0.05$ ) con un 9.4% en las que cuentan con casa propia y 5% con casa rentada.

La relación del involucramiento afectivo disfuncional y la relación con enfermedades concomitantes se encontró un 14.4% ( $\chi^2$  0.040  $p < 0.05$ ) con un 13.1% en mujeres sin enfermedades concomitantes y 1.3% en embarazadas con hipertensión arterial.

La comunicación funcional en su relación a la escolaridad se encontró con disfunción familiar en un 41.3% ( $\chi^2$  0.573  $p < 0.05$ ), 30% en mujeres con bachillerato, 8% con estudios de secundaria, 1.3 % con carrera profesional y un 0.6 con estudios de postgrado.

La comunicación disfuncional y su relación con la escolaridad en mujeres embarazadas se encontró con disfuncionalidad familiar en un 14% ( $\chi^2$  0.100  $p < 0.05$ ) con bachillerato en un 8.8%, y con estudios de secundaria en un 5.6%.

La resolución de problemas y su relación con la escolaridad demuestra disfuncionalidad familiar en un 21.3% ( $\chi^2$  0.004  $p < 0.05$ ), 11.3% en las mujeres con nivel de bachillerato, un 9.4% en las mujeres con escolaridad secundaria y un 0.6% con estudios de postgrado.

En los patrones de control de conducta y su relación con la escolaridad en mujeres embarazadas se encontró disfuncionalidad familiar en un 17.5% ( $\chi^2$  0.525  $p < 0.05$ ) con el 12.5% en mujeres con estudios de bachillerato, 4.4% con estudios de secundaria y un 0.6% en mujeres con estudios profesionales.

Con relación a la comunicación funcional se encontró disfuncionalidad familiar en un 41.3% de las embarazadas ( $\chi^2$  0.550  $p < 0.05$ ) con 25% en mujeres casadas 10,6% en mujeres en condición de unión libre y 5% en solteras.

En el rubro de comunicación disfuncional se encontró disfuncionalidad familiar en el 14.4% ( $\chi^2$  0.924  $p < 0.05$ ) con el 8.1 % en mujeres casadas, 4.4% en mujeres en condición de unión libre y un 1.9% en mujeres solteras.

En cuanto a la resolución de problemas y su relación con el estado civil en mujeres embarazadas se encontró disfuncionalidad familiar en un 21,3% ( $\chi^2$  0.046  $p < 0.05$ ), el 10% en mujeres casadas, 6.3% en mujeres solteras y un 5% en mujeres en unión libre.

En los patrones de control de conducta y su relación con el estado civil encontramos disfuncionalidad familiar en un 17.5% ( $\chi^2$  0.927  $p < 0.05$ ) en el 10.6% de las mujeres

encuestadas casadas un 4.4% en mujeres con unión libre y un 2.5% en mujeres solteras.

Se encuentra disfuncionalidad familiar en el 41.3% de las embarazadas en el rubro de comunicación familiar con relación a la ocupación ( $\chi^2$  0.493  $p < 0.05$ ) siendo de 28% en mujeres con ocupación en el hogar, 10.6% en empleadas, 1.9% en mujeres que trabajan por su cuenta y un 0.6% en estudiantes.

En el rubro de comunicación disfuncional y su relación a la ocupación se encontró un 14% de disfuncionalidad familiar ( $\chi^2$  0.915  $p < 0.05$ ) destacando 10% en el hogar, 3.8% mujeres empleadas y 0.6% en mujeres que trabajan por su cuenta.

Se encontró en el rubro de resolución de problemas una disfuncionalidad familiar en el 21.3% de las mujeres embarazadas ( $\chi^2$  0.132  $p < 0.05$ ) destacando un 11.3% en mujeres dedicadas al hogar, 8.1% en mujeres obreras y un 1.9% en mujeres que trabajan por su cuenta.

En cuanto a los patrones de control de conductas se encontró un 17.5% de disfuncionalidad familiar ( $\chi^2$  0.319  $p < 0.05$ ), un 10.6% en mujeres dedicadas al hogar, 4.4% en empleadas y un 2.5% en mujeres que trabajan por su cuenta.

Se encontró en cuanto a la relación de la comunicación funcional y la tipología familiar un 41.3% con disfuncionalidad familiar ( $\chi^2$  0.342  $p < 0.05$ ), 35% con familiar nuclear, 5% en familias extensas y 1.3% en personas que viven solas.

En relación a la tipología familiar y la comunicación disfuncional, se encontró disfuncionalidad familiar en el 14.4% de las embarazadas ( $\chi^2$  0.984  $p < 0.05$ ), con 11.3% en familias nucleares, 2.5% en familias extensas y 0.6% en personas que viven solas.

En relación a la resolución de problemas y tipología familiar se encontró

disfuncionalidad familiar en un 21.3% de las embarazadas ( $\chi^2$  0.010  $p < 0.05$ ), con un 13.1% en familias nucleares 7.5 % en familias extensas y 0.6% en personas que viven solas.

En relación a los patrones de control de conducta y tipología familiar hay disfuncionalidad familiar en el 17.5% de las embarazadas ( $\chi^2$  0.125  $p < 0.05$ ) encontrándose 13.8 en familias nucleares 1.9% en familias extensas y 1.9% en personas que viven solas.

En cuanto a la comunicación funcional y su relación con la integración familiar se encontró disfuncionalidad familiar en un 41.3% de las embarazadas ( $\chi^2$  0.140  $p < 0.05$ ) con un 36.9% en familias integradas y 4.4% en familias desintegradas.

En cuanto a la comunicación disfuncional y su relación con la integración familiar se encontró disfuncionalidad familiar en un 14.4 % de las embarazadas ( $\chi^2$  0.534  $p < 0.05$ ) con un 12.5% en familias integradas y 1.9 % en familias desintegradas.

En relación a la resolución de problemas y la integración familiar se encontró disfuncionalidad familiar en el 21.3% de las embarazadas ( $\chi^2$  0.012  $p < 0.05$ ) con un 15% en familias integradas y 6.3 en familias desintegradas.

En relación a los patrones de control de conducta y la integración familiar se encontró disfuncionalidad familiar en un 17.5%, ( $\chi^2$  0.586  $p < 0.05$ ) encontrándose un 15% en familias integradas y 2.5% en familias desintegradas.

En relación con la propiedad de la casa y la comunicación familiar se encontró un 41.3% de disfuncionalidad familiar ( $\chi^2$  0.188  $p < 0.05$ ), encontrándose con un 28.1% con casa propia, 12.5% con casa rentada y solo 0.6% con casa prestada

En cuanto a la propiedad de la casa y su relación con la comunicación disfuncional se

encontró disfuncionalidad familiar en un 14.4% ( $\chi^2$  0.842  $p < 0.05$ ) con un predominio de 9.4% en embarazadas con casa propia y 5% en las que viven en casa rentada.

En el rubro de resolución de problemas y su relación con la propiedad de la casa se encontró un 21.3% de disfuncionalidad familiar ( $\chi^2$  0.488  $p < 0.05$ ), 15% en las que tienen casa propia y 6.3% en embarazadas con casa rentada.

Se encontró en relación de los patrones de control de conducta y la propiedad de la casa un 17.5% de disfuncionalidad familiar ( $\chi^2$  0.406  $p < 0.05$ ) siendo un 9.4% en aquellas que cuentan con casa propia y 8.1% en las que cuentan con casa rentada.

## DISCUSION

No se encuentran estudios los cuales, apliquen el Modelo de McMaster en relación a la funcionalidad familiar, en embarazadas adultas, en México por lo cual no se pudo realizar un análisis comparativo en relación a este tema.

## CONCLUSIONES

En la presente tesis nos enfocamos a evaluar la funcionalidad familiar de las embarazadas de la unidad de medicina familiar No. 21, sin embargo la cédula de identificación de la embarazada nos da algunos parámetros importantes a destacar.

En primer lugar encontramos presencia de 15 embarazos los cuales se encuentran dentro de la edad de 36 - 40 años así como 2 más en los que se encuentran dentro de la edad de 41 a 45 años siendo considerados embarazos de alto riesgo, lo que sugiere una rama de investigación acerca de las acciones de consejería en planificación familiar, orientación de estudios en búsqueda de embarazos de alto riesgo en la

Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS.

Se encuentra un alto índice de sedentarismo en las embarazadas con el 86.3% lo que sugiere programas de activación física para embarazadas.

Se encontraron 12 multigestas y 27 con presencia de 3er embarazo lo que sugiere implementar estrategias de planificación familiar, enfocadas a la aceptación de métodos definitivos.

Se encontraron también diez pacientes con enfermedades crónico degenerativas de los cuales 3 padecen hipertensión arterial y 7 diabetes mellitus, lo que es una situación digna de tomarse en cuenta ya que aumenta también el riesgo obstétrico y el pronóstico de los embarazos son reservados, sugiere también línea de investigación y aumento en las acciones multidisciplinarias encaminadas al control prenatal así como la consejería en planificación familiar.

El modelo de McMaster de Funcionalidad familiar nos permite evaluar la funcionalidad familiar de manera especial ya que los rubros que maneja nos dan una apreciación objetiva de la percepción de la misma, incluso por separado. En cuanto al presente estudio nos permite observar disfuncionalidad familiar en las embarazadas principalmente en la comunicación ya que se encontraron en todas los análisis en todos los niveles afectación tanto en la comunicación funcional como la disfuncional, lo que nos da pauta para sugerir acciones, de consejería por parte del servicio de psicología y trabajo social orientadas hacia el favorecimiento de la comunicación de las embarazadas y hacia su núcleo familiar, así como se abre línea de investigación enfocada a la comunicación familiar de las mujeres embarazadas para la realización, activación y formación de grupos de apoyo para mujeres embarazadas que sean

identificadas.

Así también queda evidencia de la funcionalidad familiar de las embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 21. Se sugiere también el uso del modelo de McMaster de funcionalidad familiar en los estudios de familia por parte de los médicos residentes de medicina familiar ya que es un instrumento que nos puede dar pauta a evaluar la funcionalidad familiar tanto individualmente como por grupo y nos orienta sobre las necesidades de intervención por parte del equipo de salud hacia la familia.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DIEICEMBRE	ENERO 2011
PRESENTACION DE PROYECTO A COMITÉ DE INVESTIGACION UMF 21	/												
REALIZACION DE MARCO TERORICO							/						
REALIZACION PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA Y OBJETIVOS												/	
DEFINICION DE VARIABLES										/			
REALIZACION DE CALCULO DE MUESTRA												/	
REALIZACION DE INSTRUMENTO DE TRABAJO										/			
RECOLECCION DE DATOS												/	
ANALISIS DE RESULTADOS												/	
REALIZACION DE CONCLUSIONES												/	
ENTREGA DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION												/	
REALIZACION DE EXAMEN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACION													/
REALIZACION DE TESIS DE TITULACION													/

 PLANEADA

 REALIZADA

## ASPECTOS ETICOS

### DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989

#### INTRODUCCION

Es misión del médico proteger la salud de la población. Sus conocimientos y conciencia están dedicados al cumplimiento de esa misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras "La salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Ética Médica declara que "Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente".

El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual la mayor parte de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos. Esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa en la investigación, la que en último término, debe cimentarse en parte en la experimentación en seres humanos.

En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y no representa un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación.

Durante el proceso de investigación, deben considerarse especialmente los factores que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados con fines de investigación.

Dado que es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen a seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes

recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico que realiza investigación en seres humanos. Estas deben someterse a futuras revisiones. Hay que hacer hincapié en el hecho de que las normas tal como están redactadas son sólo una forma de orientación para los médicos de todo el mundo. Ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas en virtud de las leyes de sus propios países.

## I. PRINCIPIOS BASICOS

1. La investigación biomédica en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorio y con animales, realizados en forma adecuada, como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.
3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.
5. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.
7. Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.
8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
9. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es

libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.

10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

11. En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hace imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional.

Cuando el menor de edad está de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.

12. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.

## II. INVESTIGACION MÉDICA COMBINADA CON ATENCION PROFESIONAL (INVESTIGACIÓN CLÍNICA)

1. En el tratamiento de la persona enferma, el médico debe tener la libertad de usar un nuevo método diagnóstico y terapéutico, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar una vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.

2. Los posibles beneficios, peligros y molestias de un nuevo método deben compararse con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

3. En cualquier investigación médica, a todos los pacientes --incluidos aquéllos de un grupo de control, si los hay--se les debe garantizar el mejor método diagnóstico y terapéutico probado.

4. La negativa del paciente a participar en un estudio no debe nunca interferir en la relación médico-paciente.

5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado del individuo, él debe estipular las razones específicas de esta decisión en el protocolo que se enviará al comité independiente (I.2)

6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención profesional, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos, sólo en la medida en que la investigación médica se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

### III. INVESTIGACION BIOMEDICA NO TERAPEUTICA EN SERES HUMANOS (INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA NO CLÍNICA)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.
2. Los participantes deben ser voluntarios, ya sea personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.
4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.

# ANEXOS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA EMBARAZADA EN LA UMF 21 2010 CEDULA DE IDENTIFICACION** Folio No. \_\_\_\_\_

**Llenar con letra de molde los datos que se piden:**

1.- Nombre: \_\_\_\_\_ 3.- Edad ( \_\_\_\_\_ )

2.- Afiliación(NSS): \_\_\_\_\_  
5.- Peso habitual: ( \_\_\_\_\_ ) 6.- Talla/estatura: ( \_\_\_\_\_ )

**Marcar con una X la respuesta**

7.- Escolaridad: 1.- Ninguna ( ) 2.- Primaria incompleta/completa ( ) 3.- Secundaria incompleta/completa ( ) 5.- Bachillerato o Carrera Técnica incompleta/ completa ( ) 6.- Profesional incompleta/completa ( ) 7.-Postgrado ( )

8.- Estado Civil: 1.- Soltero ( ) 2.- Casado ( ) 3.- Unión libre ( )  
4.- Divorciado /Separado ( ) 5.- Viudo ( )

10.- Ocupación: 1.- Hogar ( ) 2.- Empleado u obrero ( )  
3.- trabaja por su cuenta ( ) 5.- Desempleado ( )

11.-¿Realiza algún tipo de ejercicio?: 1)Sí( ) 2)No( )

12.- ¿Qué tipo de ejercicio practica usted? 1.-Caminata \_\_\_\_\_ 2.-Correr \_\_\_\_\_  
3.- Yoga \_\_\_\_\_ 4.-Halterofilia \_\_\_\_\_ 5.-Natación \_\_\_\_\_ 6.-Baile \_\_\_\_\_  
7.-Aeróbicos \_\_\_\_\_

12.- ¿Fuma actualmente o Fumó? 1.- Sí ( ) 2.- No ( ) 3.- Fumó ( )

13.- ¿Toma bebidas alcohólicas actualmente? 1.- Sí( ) 2.- No( ) 3.- Tomó ( )

14.- ¿Cuál fue la fecha de su última Regla? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

15.- ¿Cuántos embarazos ha tenido incluyendo abortos?( \_\_\_\_\_ )

16.- ¿Cuántos embarazos han sido? Abortos ( ) Cesáreas ( ) Partos normales( )  
Óbitos ( )

17.- ¿En el embarazo actual ha presentado alguna condición médica obstétrica de importancia?

1- ¿Sangrado durante los primeros tres meses? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
2.- ¿Hipertensión arterial? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
3.- ¿Diabetes Mellitus? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
4.- ¿Preeclampsia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
5.- ¿Convulsiones? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
6.- ¿Sangrado en los últimos tres meses? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

17.- ¿La casa donde vive es? 1.-Propia \_\_\_\_\_ 2.-Rentada \_\_\_\_\_ 3.-Prestada \_\_\_\_\_

18.- ¿Con quién vive? puede responder más de una opción. 1.- Pareja ( ) 2.- Hijo(s) ( )  
3.-Padres( ) 4.- Amigo(a) \_\_\_\_\_ 5.- Sola: \_\_\_\_\_ 6:Otros \_\_\_\_\_

18.- ¿Padece usted alguna enfermedad? :

1.- Ninguno ( ) 2.- Hipertensión Arterial ( ) 3.- Diabetes Mellitus ( ) 4.-Infeccion sistémica ( )  
5.- Cardiopatía ( ) 6 Otros \_\_\_\_\_

## MODELO DE McMASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILAR.

Tache la respuesta con **X** de manera personal y honesta de acuerdo a las siguientes afirmaciones  
 1) TOTALMENTE EN DESACUERO. 2) EN DESACUERDO. 3) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO. 4) DE ACUERDO. 5) TOTALMENTE DE ACUERDO.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

No	PREGUNTA	1	2	3	4	5
1.	Mi familia me escucha					
2.	Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme					
3.	En mi familia ocultamos lo que nos pasa					
4.	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos					
5.	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia					
6.	Raras veces platico con la familia de lo que me pasa					
7.	Cuando se me presenta algún problema me paraliza					
8.	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas					
9.	Mi familia es flexible en cuanto a las normas					
10.	Mi familia me ayuda desinteresadamente					
11.	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones					
12.	Me siento parte de mi familia					
13.	Cuando me enojo con algún miembro de la familia se lo digo					
14.	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas					
15.	Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas					
16.	Cuando tengo algún problema se lo platico a mi familia					
17.	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa					
18.	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño					
19.	Me siento apoyado por mi familia					
20.	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas					
21.	Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia					
22.	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia					
23.	Si falta una decisión , intentamos una alternativa					
24.	En mi familia hablamos con franqueza					
25.	En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta					
26.	Las normas familiares están bien definidas					
27.	En mi familia no expresamos abiertamente los problemas					
28.	En mi familia si una regla no se puede cumplir la modificamos					
29.	Somos una familia cariñosa					
30.	En casa no tenemos un horario para comer					
31.	Cuando no se cumple una regla en mi casa sabemos cuales son las consecuencias					
32.	Mi familia no respeta mi vida privada					
33.	Si estoy enfermo mi familia me atiende					
34.	En mi casa cada quien se guarda sus problemas					
35.	En mi casa nos decimos las cosas abiertamente					
36.	En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos					
37.	Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia					
38.	En mi familia expresamos la ternura que sentimos					
39.	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas					
40.	En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta					



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

MEXICO DISTRITO FEDERAL A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 2010

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación: PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21.

Con registro ante el Comité Local de Investigación en salud o La comisión Nacional de Investigación con el Número 2011-3703001

El Objetivo del estudio es Evaluar la Percepción de la Funcionalidad Familiar en Embarazadas de la UMF 21,

Se me ha explicado que mi participación consistirá en el llenado de un instrumento que consta de dos apartados el primero de datos g

Generales y el segundo la evaluación de la funcionalidad familiar

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre que no existe ningún riesgo, inconvenientes, molestias y no obtendré ningún beneficio económico ni de atención médica derivados de mi participación en el estudio.

Mi participación solo consistirá en el tiempo que dedique al llenado de ambas cédulas, no se utilizarán los datos con otros fines sino para el estudio que han sido destinados, no involucra ni un solo procedimiento invasivo que afecte mi salud ni la de mi bebe. Y que solo con mi consentimiento se podrá realizar el mismo. Y será realizado en una ocasión por lo que no seré llamada para realizar algún otro interrogatorio o procedimiento.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Testigo Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Datos del investigador principal y del asesorado:

Dr. Juan Ismael Parrilla Ortiz Medico familiar con maestría en investigación

Dra. Villalobos Rasgado Aurelio Medico Residente de segundo año de la especialidad en medicina familiar. Teléfono 5516941497

## BIBLIOGRAFIA

---

<sup>1</sup> González-Blasco, P... *Los cuatro pilares de la medicina de familia. Archivos en Medicina Familiar*, (mayo-agosto de 2004) Vol. 6(núm. 2), pp. 31-33.

<sup>2</sup> Ackerman NW, *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*, Buenos Aires. Horme 2001.

<sup>3</sup> Irigoyen CA, *Fundamentos de Medicina Familiar 6ª edición*. México, Editorial Medicina Familiar Mexicana 2000.

<sup>4</sup> Huerta GL. *La familia como unidad de estudio. En: Programa de actualización continua en medicina familiar, Vol. 1 México. Intersistemas. S.A. 2000.*

<sup>5</sup> Burgess RG. *Key Variables in social Investigation*, Routledge, 1986

<sup>6</sup> Minuchin Salvador. *Familias y Terapia Familiar 2a. Ed. 1979. Barcelona. pp. 78- 138.*

<sup>7</sup> Sanchez, A. I., Bermudez, M. P., & Buela-Casal, G. (1997). *Efectos del estado de gestacion sobre el estado de ánimo. Revista Electrónica De Motivación y Emoción.*

<sup>8</sup> Bernal, I. L. (2004 20(3)). *Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr.*

<sup>9</sup> Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, López-Gaona V, *Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar, Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007; 45 (3): 225-232*

<sup>10</sup> Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vazquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez Hernández C. *Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria, Archivos en Medicina Familiar Vol.8 (1) 2006 pp. 27-32*

<sup>11</sup> Zavala-González MA; Domínguez-Sosa G. *Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Psicogeriatría. 2010 Mar; 2(1):41-48.*

<sup>12</sup> Álvarez-Rubio, AM, Ayala-Balcázar A, Nuño-Licon A, Alatorre ME, *Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil (PCI), Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2005; 17: 71-76*

<sup>13</sup> Ramírez-Lumbreras CE, Méndez-Espinosa E, Barrón-Garza, Riquelme-Heras F, Cantú-Leyva R. *Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil disponible en: <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidadfamiliar.pdf>*

<sup>14</sup> Arellano-López J, Atri y Zetune R, Brizuela-Díaz V, Calderón-Escobar A, et al., *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja, Primera Edición, Editorial PAX México 2006, Capítulo 1, pp. 1-27*