



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR # 32
GUASAVE, SINALOA.

**“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL APEGO AL
CONTROL PRENATAL EN EL HGZ/MF No. 32, GUASAVE, SINALOA “**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

Yuniva Soledad Ruelas Vega

REGISTRO: R-2017-2503-28

Asesor:

Dr. José Francisco Espinoza Rubio

Guasave, Sinaloa

Junio 2019



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.

“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN EL HGZ/MF No. 32, GUASAVE, SINALOA “

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
YUNIVA SOLEDAD RUELAS VEGA

AUTORIZACIONES:

DR. EDI SAMUEL ESPINOZA ASTORGA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS
GENERALES DEL IMSS EN GUASAVE, SINALOA.

DR. JOSÉ FRANCISCO ESPINOZA RUBIO
ASESOR DE TESIS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 32
GUASAVE, SINALOA

DR. OSWALDO SALAZAR VALENZUELA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ELVA NIDIA ZAVALA LOZANO
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SINALOA

DR. JULIO MANUEL MEDINA SERRANO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SINALOA

DRA. LAURA ELENA CASTRO CERVANTES
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SINALOA

Guasave, Sinaloa.

2019

**“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL APEGO AL
CONTROL PRENATAL EN EL HGZ/MF No. 32, GUASAVE, SINALOA “**

**TRABAJO QUE PARA LA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA
YUNIVA SOLEDAD RUELAS VEGA**

AUTORIZACIONES:

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

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

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



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2503** con número de registro **17 CI 25 012 054** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 3, SINALOA

FECHA **04/12/2017**

DR. YUNIVA SOLEDAD RUELAS VEGA

P R E S E N T E

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

"RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN EL HGZ/MF No. 32, GUASAVE, SINALOA"

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

Núm. de Registro
R-2017-2503-28

ATENTAMENTE

DR.(A). ARMANDO FELIX ORTIZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2503

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien por haberme dado la vida por ser mi guía y acompañarme en este camino guía mis pasos y no me suelta de su mano, me ha dado la fortaleza para seguir, me ha llenado de bendiciones.

A mi esposo por su comprensión y apoyo incondicional pero sobre todo por creer en mí, estar con migo en los momentos que más lo necesito haber cuidado de mis hijos.

A mis hijos Jorge y Jesús por ser la fuente de mi motivación e inspiración de poder superarme para poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Ami asesor por su confianza quien me guio y oriento del presente proyecto y llegar a la culminación del mismo.

Al IMSS mi segunda casa durante estos años donde he conocido grandes maestros gracias por su tiempo, apoyo y por estar siempre dispuestos a enseñarnos cosas nuevas.

A mis amigos y compañeros por su apoyo y compresión juntos nos fijamos una meta hasta llegar al final.

INDICE

I.- RESUMEN	8
Introducción	8
Objetivo	8
Material y métodos	8
Resultados	8
Conclusiones	9
Palabras clave	9
II.- MARCO TEÓRICO	10
A.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	10
B.- ANTECEDENTES HISTORICOS	19
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
IV.- JUSTIFICACIÓN	24
V.- OBJETIVOS	26
A.-OBJETIVO GENERAL	26
B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
VI.- HIPÓTESIS	27
A.- HIPÓTESIS DE TRABAJO	27
B.- HIPÓTESIS NULA.....	27
VII.- MATERIAL Y MÉTODOS	28
A.- TIPO DE ESTUDIO	28
B.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	28
C.- POBLACIÓN Y TIEMPO DE ESTUDIO	28
D.-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	28
E.-CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	28
1) Criterios de inclusión	28
2) Criterios de exclusión	29
3) Criterios de eliminación.....	29
F.-VARIABLES:.....	29
1)Tipos de variable.....	29

2) Operacionalización de variables	30
G.-INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
Se aplicara un tipo encuesta directamente a los pacientes que cubren los criterios de inclusión para la realización de la investigación.	32
Recolección de la información: Retrospectiva.....	32
Aplicación de encuestas.....	32
H.- MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	32
J.- ASPECTOS ÉTICOS	33
K.-RECURSOS	34
1) Recursos humanos	34
2) Recursos materiales.....	34
VIII.- RESULTADOS	35
A.- CUADROS Y GRAFICAS	37
IX.- DISCUSIÓN	49
X.- CONCLUSIONES	50
XI.- BIBLIOGRAFÍA	51
XII.- ANEXOS	55
A.- ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55
B.- ANEXO 2. CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR.....	56
C.- ANEXO 3. ÍNDICE DE KESSNER.....	57
D.- ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	58

I.- RESUMEN

“Relación entre funcionalidad familiar y el apego al control prenatal en el HGZ/MF No. 32, Guasave, Sinaloa.”

Ruelas –Vega YS¹, Espinoza –Rubio JF² ¹Alumno de Tercer Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar, ²Médico Especialista en Medicina Familiar HGZ c/MF No. 32.

Introducción: El control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la organización mundial de la salud comprende un mínimo de cinco chequeos por personal de salud calificado (médico). Las visitas de la embarazada al hospital de salud a la consulta médica y de enfermería, con el propósito de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, maternidad y crianza. La organización mundial de la salud (OMS) considera que el cuidado materno es prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para mejores resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. La funcionalidad familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos.

Objetivo: Evaluar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y el apego al control prenatal en el año 2018 en el HGZ/MF No. 32, Guasave, Sinaloa.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional. En pacientes derechohabientes que tuvieron su parto y se encuentran hospitalizadas en Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, IMSS, en Guasave Sinaloa. se aplicó instrumento el APGAR familiar y el método de Kessler aplicándose las encuestas de enero a diciembre del año 2018. Es un tipo de muestra de probabilidad aleatoria simple de 250 pacientes que tuvieron su parto y que están hospitalizadas en área de ginecología y puerperio de bajo riesgo. Criterios de selección: Las pacientes embarazadas de 15 a 49 años que tuvieron parto natural o por cesárea en Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.32, IMSS en Guasave, Sinaloa.

Resultados: Se estudiaron 250 pacientes, se obtuvo que la edad promedio de las puérperas es de 23 años, se reveló que el 97.10 % perciben funcionalidad familiar y perciben

disfuncionalidad familiar 2.8%. en cuanto al apego al control prenatal con buen control prenatal 85.2%, mal control prenatal 14.8%.

Conclusiones: En este estudio se determinó la relación entre funcionalidad familiar y el apego al control prenatal de 250 pacientes puérperas de HGZ No. 32, además se describió la edad y las visitas realizadas a control prenatal.

Recursos e infraestructura: pacientes derechohabientes de HGZ No 32 Guasave, Sinaloa; médico responsable del proyecto, médico tutor del proyecto, personal del departamento de archivo clínico y sector técnico, asesor estadístico, pluma, lápiz, hojas blancas, tarjetas de recolección de datos, carpetas, borradores, copias. Equipo de cómputo e impresión.

Palabras clave: funcionalidad familiar, control prenatal.

II.- MARCO TEÓRICO

A.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Embarazo es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Control prenatal: conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Los componentes que abarca el control prenatal son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

El control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la organización mundial de la salud comprende un mínimo de cinco chequeos por personal de salud calificado (médico).

Se requiere que en cada visita se otorgue un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud brinda a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que pueden afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

Según la Norma oficial mexicana 007 se entiende por atención prenatal a la serie de contactos o entrevistas o visitas programadas de la embarazada con el personal de salud a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto. Las visitas de la embarazada al hospital de salud y donde recibe consulta médica y de enfermería, tiene el propósito de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, maternidad y crianza.¹ La organización mundial de la salud (OMS) considera que el cuidado materno es prioridad, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para mejores resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. El control prenatal adecuado en

cantidad, calidad, contenidos y oportunidad tiene un enorme poder de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva, para realizarlo no se precisa de instalaciones costosas, ni de aparatos complicados, ni de laboratorios sofisticados, pero si se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de criterio de tecnología sensible que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado. La mayoría de los modelos de control prenatal actualmente en uso en el mundo no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia dura ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y, por lo tanto, la asignación óptima de recursos. En los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres, así como pobre difusión y manejo de los programas para poblaciones específicas.²

Si bien se dice que las principales causas de mortalidad materna y perinatal pueden prevenirse mediante la atención prenatal temprana, periódica y de alta calidad, es importante a la luz de lo publicado por la OMS que significa una atención temprana y periódica y es ahí donde los autores divergen en sus opiniones.³

El adecuado control del embarazo es un requisito para eliminar una buena parte de los riesgos que pueden influir sobre el resultado perinatal y hasta el momento se cree que lo ideal es que una embarazada tuviera muchos contactos con el sistema de salud para tener una monitorización continua de todas las variables fisiológicas del embarazo y en caso de alguna desviación de inmediato tomar las medidas correctivas pertinentes.

El 11% de los nacimientos en el mundo ocurren en mujeres menores de 20 años (16 millones), 95% en países en desarrollo variando entre el 2% en China y 18% en América latina y el Caribe. Bangladesh, Brasil, República Democrática del Congo, Etiopía, India, Nigeria y Estados Unidos concentran la mitad de los partos adolescentes. El embarazo (10 a 19 años), es un problema social con importantes consecuencias en salud pública que impacta la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Las adolescentes entre 15 y 19 años duplican el riesgo de morir en el parto que las mayores de 20 años y este riesgo aumentan 5 veces en menores de 15 años. Las principales causas de mortalidad materna son complicaciones del embarazo. El acceso precoz a control prenatal es la intervención de salud pública de mayor costo-efectividad para reducir la morbilidad materna y perinatal. Actualmente 71% de las embarazadas recibe al menos un control prenatal que varía desde 54% en el sudeste asiático, 64% en África subsahariana hasta un 95% en países industrializados. En Chile el control prenatal es gratuito por ley para quienes no pueden pagar y para beneficiarias del sistema de salud público y se realiza en los establecimientos de atención primaria de salud (APS). La norma establece el ingreso a control prenatal antes de la semana 14 de gestación con al menos seis controles hasta el parto. También define el embarazo entre 17 y 20 años como de riesgo y en menores de 16 años alto riesgo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo donde todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad. En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico y la prevención de enfermedades se ha constatado que cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiada basada en datos objetivos de control prenatal puede salvar vidas. La atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer.

Al elaborar estas recomendaciones sobre atención prenatal se ha puesto énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento socioculturales y brindar un apoyo eficaz en el ámbito social, cultural, emocional y psicológico para que las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable. Las presentes recomendaciones constituyen una guía integral de la OMS sobre la atención prenatal sistemática que se ha de brindar a las embarazadas. Su objetivo es complementar las directrices existentes de la OMS sobre la atención de determinadas complicaciones

relacionadas con el embarazo. Su finalidad es reflejar y responder a la compleja naturaleza de las cuestiones que rodean la práctica y la prestación de atención prenatal, así como ir más allá de la prevención de la mortalidad y la morbilidad y priorizar la atención de la salud centrada en la persona y el bienestar, de conformidad a un enfoque basado en los derechos humanos.

El alcance de la presente guía se definió mediante un examen sistemático de los puntos de vista de las mujeres. Dicho examen evidenció que las mujeres desean que la atención prenatal les permita experimentar el embarazo de forma positiva. Una experiencia de embarazo positiva se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima y la competencia y la autonomía materna. Los paneles encargados de la elaboración de la guía de la OMS formularon 39 recomendaciones relacionadas con cinco tipos de intervenciones: A. Intervenciones nutricionales, B. Evaluación maternos y fetales, C. Medidas preventivas, D. Intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes, E. Intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y calidad de atención prenatal. Las intervenciones se clasificaron como recomendadas, no recomendadas o recomendadas bajo ciertas condiciones con arreglo a las opiniones del grupo de elaboración de directrices según los criterios de DESIDE, que sentaron las bases sobre las cuales se definieron la finalidad y el contexto si los hubiere a recomendación, se indica claramente el contexto en qué se ha de aplicar cada una de las recomendaciones limitadas a contextos específicos, y los expertos colaboradores proporcionaron observaciones adicionales cuando fue necesario.

Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo e intervenciones alimentarias, se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo.

En poblaciones desnutridas se recomienda proporcionar a la embarazada información nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz a niños con bajo peso. En poblaciones desnutridas se recomienda que las embarazadas tomen suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal y de nacimiento de niños pequeños para su edad gestacional. No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos ricos en proteínas para mejorar los resultados maternos y perinatales, para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico entre 30 y 60 mg de hierro elemental y (0,4mg) de ácido fólico. Si la toma diaria de hierro no es aceptable debido a los efectos secundarios, esta recomendación también es aplicable en aquellas poblaciones en las que la prevalencia de anemia entre las embarazadas sea inferior al 20%, en poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio, calcio elemental por vía oral para reducir el riesgo de preclamsia.⁴

Minuchin define a la familia como el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad e independencia, el primero de ellos influido por el hecho de sentirse miembro de un grupo y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos Extra familiares.⁵ **Familia:** La organización mundial de la salud señala que por familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural, no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera, por tanto hay una gran variedad de ellas, la prevalencia de los distintos tipos de familia, sus características sociodemográficas y las formas de organización hogareña y familiar varían con el tiempo y según las transformaciones económicas, demográficas y culturales del contexto social. El estudio de tipología familiar implica hacer e identificar con que elementos está integrada (nuclear, extensa, etc.). se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado por la familia

dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional y moderna), valorar el contexto demográfico de la familia (urbana, suburbana rural), identificar su comportamiento antropológico (distribución del poder, jerarquía, roles y tipos de liderazgo: familia apartada y familia enredada) y encontrar la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (familia funcional satisfactoria, familia funcional insatisfactoria). Es posible encontrar diversas clasificaciones de la familia, las cuales principalmente se fundamentan en el tipo de cultura, el número de sus componentes, la dinámica familiar y de algunos otros elementos que pueden ser susceptibles de tomar en cuenta para su clasificación.

Familias funcionales: son aquellas en las cuales se considera que cumplen todas las funciones además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes.

Familia disfuncional: son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas.

Los estudios a través del tiempo han demostrado que la familia es un componente vital en la formación de los individuos, además de constituir la formación más antigua de la historia, lo que la convierte en el primer vínculo de socialización que posee cualquier ser humano. Varias son las investigaciones que se han realizado en torno a esta, las cuales favorecen positivamente el funcionamiento de la misma. La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, el primero de ellos el conyugal (papá y mamá), el segundo paterno – filial (padres e hijos) y el fraternal (hermanos). Todas las familias tienen características que las pueden hacer distintas o similares a otras, algunas características tipológicas son: la composición (nuclear, extensa o compuesta) y el desarrollo (tradicional o moderno).⁶

Una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familia, como son adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos (Smilkstein 1978, Paz 2007).

Relacionada con la funcionalidad, se encuentra la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que pueden ser, autoritaria, indiferente, negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que pueden, autoritarias ,indiferente negligente, indulgente, permisiva o reciproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros , difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se exprese entre sí.⁷

Dado que la familia representa el primer contexto social que acoge el individuo e interviene en primera instancia en su inmersión social en el contexto sociocultural, es el primer agente de la trasmisión cultural, aunque no siempre exista una intencionalidad explicita que permitan anticipar las consecuencias de sus actos sobre la realidad y los agentes sociales. En este marco, la familia se constituye en objeto de conocimiento, como lo plantea Palacio (1996), y es abordada desde diferentes perspectivas: como célula o núcleo básico de la sociedad, como la institución social primaria, como un subsistema social, o como una relación social.

Sin pretender exaltar una acosta de invalidar las otras, cada uno de estos horizontes epistemológicos y conceptuales responden a paradigmas explicativos cuyo aporte al conocimiento de la realidad familiar ha sido significativo para el desarrollo de programas de atención para este grupo social. Si bien hay diferencias acerca de la conceptualización de familia, todas estas tienen un común denominador: su conocimiento como una realidad social que expresa un tipo y forma particular de encuentros entre los seres humanos.⁸

La familia vista con enfoque sistémico, vive en una microestructura, que incluye elementos de naturaleza ecológica, representados por ecosistema en su concepción más amplia, así como la cultura y elementos de índole socioeconómico, en correspondencia con la formación económico –social a que pertenezca, de la cual, además, constituye la célula fundamental de la sociedad, que puede y debe complementarse con otras instituciones, pero jamás podrá de ser sustituida por ellas.

A la familia vista desde ese ángulo se le plantea por lo tanto variadas exigencias. Primeramente, al ser considerada célula social, se le otorga la cualidad de unidad mínima de la sociedad, pero a la vez se le da valor como sistema social y se reconoce su complejidad como organismo vivo por otra parte se reconoce la importancia de la familia como institución, siendo imposible ser remplazada por ninguna otra, dado su papel rector en el proceso de socialización de los individuos, proceso cambiante a través del tiempo y en las distintas sociedades. Su carácter institucional la ubica en una estrecha relación con la sociedad, no solo por constituir el mejor espacio de vínculo e intermediación entre el individuo y el sistema social, si no como espacio privilegiado para la acción de políticas sociales y económicas, en ese entorno más cercano al individuo, que media entre lo cultural y lo general y el sujeto y al que algunos autores denominan microestructura, se incluyen elementos como la presencia calidad y facilidad, de acceso a instituciones educacionales de salud, culturales, deportivas, de cultura física, la cantidad y calidad del transporte, el acceso a una alimentación adecuada así como el clima y el ingreso familiar poniendo entonces a la familia en el plano de asegurador por excelencia, del acceso de los individuos a las facilidades sociales, para lo cual deberán poner en funcionamiento sus propias potencialidades como grupo humano. Por otra parte en el plano individual, están presentes tanto el componente biológico, como el psicológico de los sujetos miembros de la familia.⁹

La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas, del ciclo vital y las crisis por la que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas recomendadas, de acuerdo con un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El adecuado funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

En 1978 la Organización Mundial de la Salud reunió un comité de expertos para definir la salud familiar y proponer indicadores de análisis de estado de la salud de la familia y de grupos de familia en el mundo, en función de tiempo y lugar, así como familias más expuestas a las afecciones.

Horwitz en 1985 publicó un artículo donde planteaba que la salud familiar no es la suma de la salud de sus integrantes sino el ajuste o el equilibrio entre elementos internos y externos de la familia.

Para Clavijo una familia es saludable cuando está presente la salud física y mental de sus integrantes, con adecuada integración estructural, funcional, psicodinámica, semántica, y ecológica entre ellos y con el ambiente. Según este enfoque la salud de la familia es una categoría sumativa que no supera la tradicional división entre lo físico y lo mental del nivel individual, en 1966 en una investigación de diagnóstico comunitario de la salud familiar en un territorio de Ciudad de la Habana se definió la salud de la familia en términos de su funcionamiento efectivo como la capacidad de enfrentar los cambios del médico social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida. González Benítez considera que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa de ciclo vital, afrontamiento a la crisis) y factores sociológicos modo de vida de la comunidad, de la sociedad.¹⁰

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA SALUD Y ENFERMEDAD

La familia como núcleo social básico determina en el ser humano actitudes conocimiento y conductas que pueden afectar positivamente o negativamente su salud, las relaciones existentes entre familia y proceso salud enfermedad son innegables y pueden analizarse teniendo en cuenta diversos momentos y etapas de este proceso en primera estancia puede considerarse un escenario para promoción de la salud y la reducción de riesgo si en ella se promueven conocimientos y prácticas que ayuden a los individuos a mantener un buen estado de salud (alimentación balanceada, actividad física, por el contrario en la familia pueden incrementarse el riesgo de enfermar si en ella son favorecidos hábitos que aumentan esa probabilidad (consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, sedentarismo etc.).¹¹

B.- ANTECEDENTES HISTORICOS

Investigación realizada por Castillo Ávila y colaboradores, en un trabajo presentado en el XIX Congreso Nacional de Enfermería de la ANEC enero del 2012. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en Sincelejo, Colombia, participaron 730 mujeres embarazadas, siendo la edad promedio de 23 años de las cuales 46.4%(337) de las familias son nucleares y el 75.5%(548) de estas son normofuncionales; mismo el 87.7% de las mujeres embarazadas encuestadas respondieron sentirse apoyadas socialmente, 82.2%(597) asisten a control prenatal con una mediana de controles prenatales de 4 y del primer control prenatal de 9 semanas en el primer trimestre la mediana de 2, en el segundo trimestre la mediana es de 3 y en el tercer trimestre la mediana es de 6; entre las razones de uso manifestado encontraron para detectar alteraciones 87.4%(522) por recomendación, 10.6%(63), me inscribieron 1% por que es necesario 1 % de estas el 67,5%(490) tienen un uso adecuado.¹²

Investigación realizada en año 2012 adherencia al control prenatal en la clínica de gestantes adolescentes del hospital Engativá de Bogotá por Vallejos-Beccerra y colaboradores, el resultado fue el número de controles prenatales fue significativamente mayor(más de 4 consultas) en el grupo de pacientes que asistieron a la clínica de gestantes adolescentes se evaluaron el cumplimiento de algunas recomendaciones de control prenatal y dos desenlaces obstétricos (bajo peso al nacer y parto pretérmino). El 95% de las pacientes a la que se les atendió el nacimiento en el hospital durante el periodo del estudio asistieron por lo menos a un control prenatal , entre las adolescentes, lo hicieron 92,8 % hallazgo bastante alentador considerando , datos previos, ausencia de control, hasta el 41.8% en conclusión la clínica de gestantes adolescentes aumento el número de controles prenatales en las pacientes primigestas adolescentes alas que se les atendió el nacimiento en el hospital Engativá durante el año 2010 ,registrando una tendencia hacia mayor cumplimiento en paraclínicos de control sin aparente diferencia en la presentación de bajo peso al nacer y parto pretérmino.¹³

Estudio de cohorte publicado en el 14 de noviembre del 2013 por Areas-Carmona y colaboradores en la red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centro de ASSBASALUD, ESE, analizaron funcionalidad familiar y factores relacionados en un grupo de adolescentes embarazadas que asistieron a control, de una población de 190 adolescentes embarazadas entre los 12 y 21 años, resultados promedio de edad 18 años, el 72.1% de la población presento disfuncionalidad familiar de leve a severa, 38.9% presentaban antecedentes de violencia familiar. La buena funcionalidad familiar tuvo relación significativa con la no violencia intrafamiliar. Se concluyó que la población de adolescentes gestantes estudiadas tiene características similares a las poblaciones de otras ciudades de Colombia y otros países. Se demuestra que, prácticamente en todos los ámbitos del ser humano en este también la familia es decisiva y determinante en la presencia del embarazo precoz en estas adolescentes.¹⁴

En el estudio descriptivo, publicado en 2013 por Vega R y colaboradores, aplicando la NOM-007 con referencia a la morbilidad materna, correlacional en una unidad de San Luis Potosí en el periodo enero a diciembre del 2008, analizaron 571 expedientes clínicos de las embarazadas que ingresaron para atención prenatal el rango de edad de grupo estudiado fue de 13 a 43 años de una media de 22. El grupo de adolescentes de 13 a 19 años y las adultas jóvenes de 20 a 29 años, con referencia a la escolaridad el 57.3 % de las embarazadas cuenta con secundaria mientras que el 1.5% son analfabetas, un dato preocupante fue que la mayoría de las mujeres con atención prenatal en la unidad seleccionada no eran derechohabiente de ningún servicio de salud el grupo estudiado acudió en promedio a 3.8 consultas de atención prenatal y solamente el 32.8% cumplió con lo establecido en la NOM 007 es decir un mínimo de 7 consultas durante el periodo de gestación con un rango de 1 a 10 consultas en los tres grupos de edad.

De las mujeres que acudieron a la atención prenatal en el primero (0.5%) y segundo trimestre (0.4%) tercer trimestre se les invito para que acudieran a la consulta acompañadas por su pareja o un familiar, mientras las que se incorporaron en el tercer trimestre no se

registró dicha actividad los resultados de la investigación mostraron en general una correlación débil entre el atención prenatal establecida en la NOV-007 y la morbilidad materna. Se ubicaron 212 adolescentes de las cuales el 32% era soltera y el 68 % vivían con su conyugue acudieron solas a la consulta prenatal. Esto podría sugerir diversos escenarios como una dinámica familiar alterada.

La NOM-007 establece un mínimo de cinco consultas prenatales, sin embargo, solo el 38.2% de las pacientes cumplieron con esta disposición.¹⁵

En un estudio realizado en julio del 2014 por Heaman, entre los vecindarios de la ciudad de Winnipeg, Manitoba el cual el uso del control prenatal varía ampliamente. El propósito de este estudio fue identificar las barreras, motivadores y facilitadores relacionados con el uso de la atención prenatal entre la mujer que viven en estos barrios. Con 202 casos (atención prenatal inadecuada y 406 controles (atención prenatal adecuada), con frecuencia comparada 1:2 por vecindario. De las 39 barreras evaluadas, 35 aumentaron significativamente las probabilidades de una atención prenatal inadecuada para las mujeres del centro de la ciudad. Los problemas psicosociales que aumentaron la probabilidad de atención prenatal inadecuada incluyeron estar bajo estrés, tener problemas familiares, estar deprimidos no pensar recto y estar preocupados de que él bebe fuera aprehendido por la agencia de bienestar infantil.¹⁶

En otro estudio publicado por Miranda Mellado y colaboradores, el 18 de febrero del 2015, en la revista Salud de la Universidad de Unisucre, en el cual el objetivo principal fue determinar los factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado del control prenatal en gestantes de dos comunas de Sincelejo. Se utilizó un estudio descriptivo de corte transversal que permitió medir simultáneamente las variables de interés. La muestra probabilística estuvo conformada por 266 mujeres embarazadas. Entre los resultados más relevantes con relación a la información familiar el 59.8% pertenecen a familias nucleares y el 64.7% a familias normo funcionales, acerca del uso de control prenatal se halló que el 69.5% hizo uso de adecuado control prenatal y el 30.5%

inadecuado, no se encontró relación estadísticamente significativa entre factores predictores y control prenatal.¹⁷

Estudio publicado en una revista Chilena de Obstetricia y Ginecología en Santiago del 2015 por Mendosa Tascón y colaboradores, el objetivo fué identificar la influencia de la adolescencia y su entorno sobre la adherencia al control prenatal y su impacto sobre la prematuridad y /o bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal. Se incluyeron 570 adolescentes y 2093 gestantes mayor o igual a 20 años, resultados: la edad materna de 13 a 19 años se halló con mala adherencia al control prenatal, después de ajustarse por escolaridad menor de 11 años, carencia de esposo o compañero permanente. Esta mala adherencia de control prenatal se asoció con un aumento de riesgo de prematuridad y /o bajo peso al nacer y de la mortalidad neonatal.

La adolescencia se halló independientemente asociada a una mala adherencia al control prenatal, sin embargo, existen otras determinantes importantes que a su vez se halló asociada con prematuridad y /o bajo peso al nacer y con mortalidad neonatal.¹⁸

Estudio realizado en Bolívar, Colombia en año 2017 por Castillo Ávila y colaboradores, factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia, se determinaron los factores asociados al uso adecuado del control prenatal estudio analítico de corte transversal población 6265 mujeres, muestra 661 embarazadas, se aplicó estadísticas descriptivas y fueron calculados OR para determinar la asociación entre las variables utilizándose el programa estadístico SPSS 20. Se encontró que el 53.26% de las mujeres reportaron uso adecuado de control prenatal ser mayor de 23 años (OR:1,4 IC: 1,1-1,9) tener estudios superiores a secundaria (OR: 1,6 IC 1,2-2,3), percibir apoyo familiar (OR: 3,2 IC:1,1- 9,2) y pertenecer a una familia pequeña (OR:1,3 IC:1,2-1,8) se asocian al uso adecuado de control prenatal. Concluyendo que los factores protectores asociados al cumplimiento de los controles prenatal son de tipo personal, familiar afectivo.¹⁹

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El adecuado funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad tiene un enorme poder de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva, para realizarlo no se precisa de instalaciones costosas, ni de aparatos complicados, ni de laboratorios sofisticados, pero si se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de criterio de tecnología sensible que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado. Se han reportado estudios a nivel mundial y nacional donde se describe que las mujeres embarazadas que se apegan al control prenatal normado por la OMS y la NOM-007 son aquellas que tienen familias normo funcionales y que por consecuencia tiene menos eventos desfavorables en el curso del embarazo, parto y puerperio. Por eso nace la siguiente pregunta; ¿Cuál es la relación que existe entre la funcionalidad familiar y el apego al control prenatal en el HGZ/MF NO. 32, Guasave, Sinaloa?

IV.- JUSTIFICACIÓN

La edad materna avanzada también incrementa el riesgo de algunas alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Down, mientras que el riesgo de determinadas anomalías congénitas del feto aumenta en las madres jóvenes. Las carencias de yodo y folato, el sobrepeso y enfermedades como la diabetes mellitus están relacionadas con algunas anomalías congénitas. Por ejemplo, la carencia de folato aumenta el riesgo de tener niños con defectos del tubo neural. Además, el aporte excesivo de vitamina A puede afectar al desarrollo normal del embrión o del feto. Las medidas de salud pública preventivas ofrecidas en los servicios de atención reducen la frecuencia de algunas anomalías congénitas. La prevención primaria de las anomalías congénitas implica mejorar la dieta de las mujeres en edad fecunda, garantizando un aporte suficiente de vitaminas y minerales en la alimentación, en especial de ácido fólico mediante el suministro diario de complementos por vía oral o el enriquecimiento de alimentos básicos como las harinas de maíz o de trigo, asegurar que las mujeres eliminan o restringen el consumo de sustancias nocivas, particularmente el alcohol, controlar la diabetes preconcepcional y gestacional, a través de asesoramiento, control del peso y dieta y administración de la insulina cuando sea necesario, evitar la exposición ambiental a sustancias peligrosas como los metales pesados y los plaguicidas durante el embarazo. Garantizar que durante el embarazo la exposición a los medicamentos y radiaciones por razones médicas (por ejemplo, para el diagnóstico por la imagen) esté justificado, basándose en un análisis cuidadoso de las ventajas y los riesgos para la salud. Mejorar la cobertura vacunal en especial contra el virus de la rubeola, en las niñas y las mujeres. La rubeola es prevenible mediante vacunación en la infancia. La vacuna antirubeólica también puede administrarse al menos 1 vez al mes antes del embarazo a las mujeres no vacunadas que no hayan sufrido esta enfermedad en su infancia. Aumentar y fortalecer la formación del personal sanitario de otros interesados en el fomento de la prevención de las anomalías congénitas. El control prenatal es muy importante principalmente durante las primeras semanas de gestación, el apoyo, el equilibrio familiar es una parte fundamental, sin embargo en ocasiones no se piensa el impacto que tienen las pacientes embarazadas por alguna complicación o alguna

enfermedad congénita fetal existen muchas y si no se lleva un adecuado control prenatal este es un problema cada vez muy recurrente por lo que es muy importante investigar el apego al control prenatal informar sobre riesgos y complicaciones. La presente investigación tiene como finalidad conocer y contribuir que la relación que existe entre la funcionalidad familiar si afecta o no al control prenatal, si se confirma podríamos utilizar este estudio como una herramienta para contribuir al conocimiento y así identificar las acciones para mejoramiento de las mismas.

V.- OBJETIVOS

A.-OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación entre la funcionalidad familiar y el apego al control prenatal en el HGZ/MF No. 32, Guasave, Sinaloa.

B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes puerperas de HGZ No. 32 Guasave Sinaloa.
- 2) Verificar el cumplimiento de control prenatal mediante el método de Kessner.
- 3) Conocer en promedio de edad de las pacientes puérperas.

VI.- HIPÓTESIS

A.- HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Las pacientes con buen apego al control prenatal provienen de familia funcional

B.- HIPÓTESIS NULA:

Las pacientes con mal apego al control prenatal provienen de familia disfuncional .

VII.- MATERIAL Y MÉTODOS

A.- TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio, descriptivo, retrospectivo y observacional

B.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio que se realiza observacional descriptivo de acuerdo con su finalidad de acuerdo su secuencia temporal es de diseño tipo encuesta y de acuerdo con su periodo en que se captó la información es retrospectivo.

C.- POBLACIÓN Y TIEMPO DE ESTUDIO

Derechohabientes que tuvieron su parto y estaban hospitalizadas en Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, IMSS, en Guasave Sinaloa. de enero a diciembre del año 2018

D.-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Es un tipo de muestra de probabilidad aleatoria simple de 250 pacientes que tuvieron su parto y que están hospitalizadas en área de ginecología y puerperio de bajo riesgo en Hospital General de Zona con medicina familiar No .32, IMSS, Guasave Sinaloa en el año 2018.

E.-CRITERIOS DE SELECCIÓN

1) Criterios de inclusión:Las pacientes embarazadas de 15 a 49 años que tuvieron parto natural o por cesárea en Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.32 IMSS en Guasave Sinaloa.

2) Criterios de exclusión:

Pacientes que tengan un tipo de discapacidad intelectual, que no deseen participar en forma voluntaria en el estudio, pacientes que no firmen carta de consentimiento informado. Pacientes que tuvieron su parto fuera del hospital.

3) Criterios de eliminación

Pacientes que no respondan en forma completa el cuestionario de APGAR familiar.
Y que no respondan a la forma completa índice de Kessner

F.-VARIABLES:

1)Tipos de variable

a.-variable dependiente

Apego al control prenatal

funcionalidad familiar

b.-variables concurrentes

Edad

Ocupación

Escolaridad

Estado civil

2) Operacionalización de variables

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Escala de medición	Definición operacional
Apego al Control prenatal	conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.	control prenatal adecuado: CPN cuando la primera visita se establece a las 14 semanas , por lo menos en cinco consultas de control. control prenatal inadecuado: Si el CPN comienza después de las 28 semanas inadecuado	Cuantitativo	Índice de Kessner Adecuado apego al control prenatal cinco consultas o mas, inadecuado apego al control prenatal cuatro visitas o menos
Funcionalidad familiar	es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar	Se aplicará un instrumento de valoración tipo APGAR consta de 3 posibles respuestas, algunas veces, casi siempre y nunca con valores de 2,1,0	Ordinal	Se obtendrá de acuerdo con la selección policotómica, Test de APGAR de 7 a 10 puntos familia Funcional de 3-6 puntos Disfuncional-moderada de 0-2 puntos Disfuncionalidad
Edad	Tiempo vivido una persona otro ser vivo contando desde su nacimiento	cuantitativa	Razón	Edad de 15-49 años

Ocupación	Actividad a la que se dedica la persona, empleo, profesión, etc..	Encuesta directa	Nominal	De acuerdo con la selección Plicotomica, estudiante, empleado, desempleado, pensionado, ama de casa, otra.
Escolaridad	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada	Encuesta directa	Nominal	Se obtendrá de acuerdo con la selección policotomica Primaria, secundaria, bachillerato, técnico, licenciatura.
Estado civil	Situación de las personas físicas por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco	Encuesta directa	Nominal	Se obtendrá de acuerdo con la selección policotomica soltero, casado, unión libre, separado, divorciado, viudo

G.-INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicara un tipo encuesta directamente a los pacientes que cubren los criterios de inclusión para la realización de la investigación.

Recolección de la información: Retrospectiva

Aplicación de encuestas

H.- MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Los datos se obtuvieron de la aplicación del instrumento APGAR familiar, el cual es un instrumento de evaluación que elaboró el Dr. Gabriel Smilkestein en 1978 con el que se puede analizar el estado funcional de la familia a través de la percepción que tienen de ella sus propios miembros, es una prueba realizada a modo de cuestionario formado por 5 preguntas, el encuestado debe de señalar el grado en el que percibe estas funciones dentro de su unidad familia, consta de 3 posibles respuestas; algunas veces y casi siempre , nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total se procedió a la clasificación de funcionalidad familiar.²⁰

De 7-10 puntos familia funcional.

De 3-6 puntos disfuncionalidad moderada.

De 0-2 puntos: disfuncionalidad grave.

Para evaluar el apego al control prenatal se aplicó el método de Kessner que evalúa control prenatal, esta combina la edad gestacional el tiempo de la primera visita prenatal y el número total de visitas y agrupa a las pacientes en tres categorías de acuerdo con su control prenatal adecuado, intermedio inadecuado se considera que debe de a ver cierto número de visitas de acuerdo con la semana gestacional.²¹

Se entregó un consentimiento informado.

I.-ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizó el vaciado de la información de las variables a una base de datos la que posteriormente se procesaran y obtendrá la interpretación de análisis de las variables cualitativas se realizara atreves del programa del STAS, obteniendo media aritmética desviación estándar valor mínimo, valor máximo rango, error estándar.

Las variables cualitativas son presentadas en números absolutos y porcentajes.

La información final incluye las gráficas de tipo columnas para presentación de los resultados se utilizaron los programas excel y power point de software de Microsoft office en la elaboración de cuadros y gráficas.

J.- ASPECTOS ÉTICOS:

La norma oficial mexicana no 007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido (NOM 007) establece criterios para atender y vigilar la salud de la mujer y del recién nacido su observancia es de carácter obligatorio para todo el personal de las instituciones de salud.

El embarazo es una etapa de la vida en la que la mujer necesita información sobre la gestación así como el parto y puerperio, lactancia materna esto nos ayuda a llevar a la paciente a vivir adecuadamente esta etapa en la cual necesita apoyo emocional ,por parte del familia ya que tiene que enfrentar muchos cambios tanto físicos como psicológicos, acudir tempranamente a un control prenatal es fundamental para la prevención de complicaciones durante el embarazo la paciente que acude a sus citas de control estará bien informada y vivirá más tranquila y segura.

En el presente estudio no se llevaron a cabo procedimientos riesgosos, se dio una explicación adecuada de lo que se hizo en la investigación el tiempo que duró y se acordó

que se podía retirar del estudio en el momento que lo desearan, sin que esto afectara la relación con el investigador.

Dado que no se lesiona en ningún momento la integridad física o psicológica de los pacientes participantes en la misma.

Este proyecto se sustenta en la Norma Oficial Mexicana No. 168 del expediente clínico y consideramos los parámetros propios del código de Núremberg y la declaración de Helsinki.

K.-RECURSOS

1) Recursos humanos

- Médico responsable del proyecto
- Médico tutor del proyecto
- personal de departamento de archivo clínico y sector técnico
- Asesor estadístico

2) Recursos materiales

- Hoja blanca para recolección de datos
- Lápices, plumas, borradores, corrector líquido
- Equipo de cómputo, (paquetes de computación Windows, Excel, Word) impresora, USB.

VIII.- RESULTADOS

El estudio se basó en 250 pacientes puérperas en el área de puerperio en HGZ C/MF No. 32 de Guasave, Sinaloa año 2018.

En relación a la edad se encontró una mediana de 28 años y moda de 26 años, media de 25.2 años, varianza 35.699, con una desviación estándar 5.97, coeficiente de variación 23.69%, margen de error 0.3776. (cuadro 1)

En relación a la edad total de 250 mujeres puérperas entrevistadas por grupos de edad 15 a 20 años total 48 19.2%, 21 a 34 años total de 181 72.4 %, 35 a 45 años total 21 8.4%. (cuadro 2, gráfica 2)

En relación al buen apego de control prenatal son 213 pacientes, 37 pacientes con inadecuado apego al control prenatal de acuerdo al índice de Kessner. (cuadro 3, gráfica 3)

En relación a funcionalidad familiar se encontró un total de 243 pacientes con funcionalidad familiar, correspondiendo a un 97.2% y 7 pacientes con disfuncionalidad familiar correspondiendo a un 2.8%, con buen apego al control prenatal 213 con 85.2% pacientes, con mal apego al control prenatal 37 con un 14.8%. (cuadro 4, gráfica 4)

De las 243 pacientes con funcionalidad familiar se encontraron 209 pacientes con buen control prenatal correspondiendo al 86% y se encontró con 34 con mal control prenatal 13.99%. (cuadro 5, gráfica 5)

Se encontraron 7 pacientes con disfuncionalidad familiar, de las cuales 4 pacientes con buen apego al control prenatal correspondiendo a un 57,14% y 3 con mal apego al control prenatal correspondiendo a un 42.85%. (cuadro 4, gráfica 4, cuadro 6 gráfica 6)

Se aplicó Chi cuadrada (X^2), para analizar las variable de funcionalidad familiar y de apego a buen control prenatal, se incluyeron ambos valores en la tabla en lo que se encontró X^2 tabla: 3.8415 y X^2 calculada: 4.487 ajustando los valores en relación al

margen de error y grado de libertad, lo que no proporciona un resultado significativo ya que la X^2 calculada es mayor a la X^2 de la tabla de referencia. (cuadro 7, gráfica 7)

De las 250 pacientes se analizó de vía de nacimiento de las cuales se encontraron que 112 fue parto vaginal correspondiendo un 44.8%, de estas últimas, 95 llevaron buen apego control prenatal, correspondiendo aun 84.8% y 17 no tuvieron apego al control prenatal, correspondiendo a un 15.17%. (cuadro 8, gráfica 8)

En relación a nacimiento por cesarea se encontraron 138 correspondiendo a un 55.2% de las cuales 118 tuvieron buen apego al control prenatal 85.5% y 20 pacientes no tuvieron apego al control prenatal, correspondiendo a un 14.49%. (cuadro 9, gráfica 9)

Se analizaron las variables de apego al control prenatal y vía de resolución del embarazo se analizó con X^2 , encontrándose una X^2 de la tabla de referencia de 3.8415 y X^2 calculada de 10.52, considerando el resultado con significancia estadística.

Se analizó el índice de cesareas de el presente estudio el cual correspondió a un 55.2%.

Se dividió el número de pacientes en 3 grupos por rango de edad:

En el grupo número 1 de 15 a 20 años de edad, se integró un total de 48 pacientes representado un 19.2%, 2 con disfuncionalidad familiar y 46 con funcionalidad familiar. En el grupo 2 de 21 a 34 años de edad con un total de 181 pacientes, 71.82%, se encontraron 4 con disfuncionalidad familiar y 177 con funcionalidad familiar. En el grupo 3 de 35 a 45 años de edad con un total de 21 pacientes correspondiendo al 8.4%, se encontró 1 con disfuncionalidad familiar y 20 con funcionalidad familiar. (cuadro 10, gráfica 10)

En relación a la cobertura de planificación familiar post evento obstétrico se encontraron una cobertura de de métodos de alta continuidad de 192 pacientes correspondiendo a un 76.8% de las cuales a 128 se les colocó dispositivo intrauterino. A 64 pacientes se les realizó oclusión tubaria bilateral. Pero 58 pacientes, 23.2% no tuvieron un método de planificación familiar. (cuadro 11, gráfica 11)

Del grupo de pacientes que aceptó un método anticonceptivo, 165 tuvieron buen control prenatal y 27 no tuvieron buen control prenatal, respecto al grupo de 58 pacientes que no aceptaron método anticonceptivo, 48 tuvieron un buen control prenatal y 10 paciente llevaron un mal control prenatal. (cuadro 12, gráfica 12).

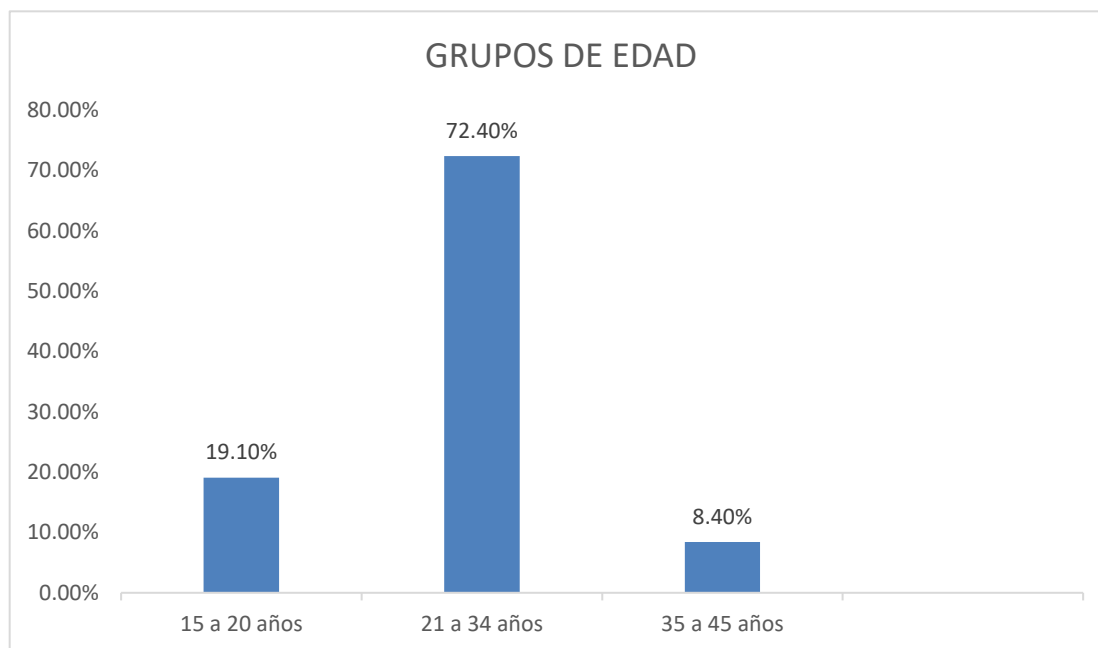
A.- CUADROS Y GRAFICAS

Cuadro 1. En relación a la edad se encontró una mediana de 28 años y moda de 26 años, media de 25.2 años, varianza 35.699, con una desviación estándar 5.97, coeficiente de variación 23.69%, margen de error 0.3776.

Edad	f	n
15	2	30
16	6	96
17	4	68
18	12	216
19	13	247
20	11	220
21	18	378
22	16	352
23	23	529
24	15	360
25	11	275
26	19	494
27	10	270
28	12	336
29	13	337
30	8	240
31	11	341
32	8	256
33	8	264
34	9	306
35	4	140
36	7	252
37	2	74
38	1	38
39	3	117
40	2	80
45	2	90
	250	6406

Cuadro 2. Se observa la cantidad de pacientes puérperas por grupos de edad entrevistadas en grupo de edad de 15 a 20 años 48 19.2% , 21 a 34 años 181 72.4% , 35 a 45 años 21 8.4 %.

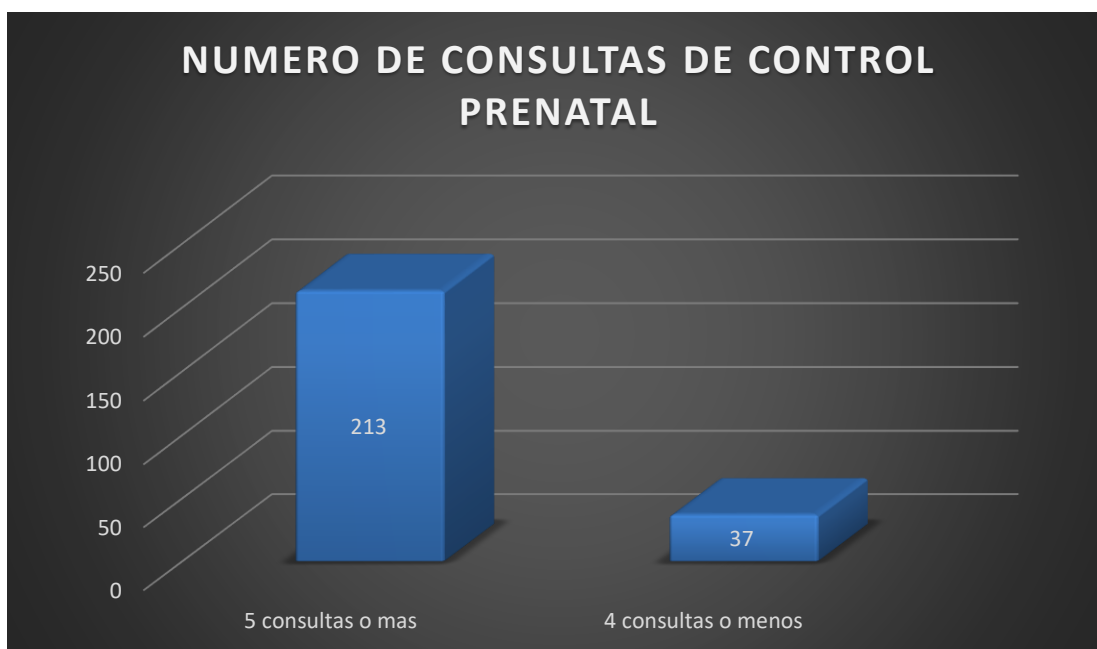
Grupos de edad	total	porcentaje
15-20 años	48	19.2%
21-34 años	181	72.4%
35-45 años	21	8.4%



Gráfica 2. En relación a la edad total de 250 mujeres puérperas entrevistadas por grupos de edad de 15 a 20 años, total 48 pacientes, 19.2%, 21 a 34 años total de 181 pacientes, 72.4 %, 35 a 45 años total 21 pacientes, 8.4%.

Pacientes con buen apego al control prenatal, 37 pacientes con mal apego al control prenatal de acuerdo al índice de Kessner.

Adecuado Apego al control prenatal 5 consultas o mas	213	85.2%
Inadecuado apego al control prenatal 4 consultas o menos	37	14.8%



Fuente: Índice de Kessner actualización 2016

Gráfica 3. En el se observa 213 con 85.2% pacientes con adecuado apego al control prenatal, 37 con 14.8% pacientes con inadecuado apego al control prenatal de acuerdo al índice de Kessner.

Cuadro 4. En el se observa la cantidad de pacientes con funcionalidad familiar y con disfuncionalidad familiar de acuerdo con el APGAR familiar.

PACIENTES CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR	243	97.2%
PACIENTES CON DISFUNCIONALIDAD FAMILIA	7	2.8%

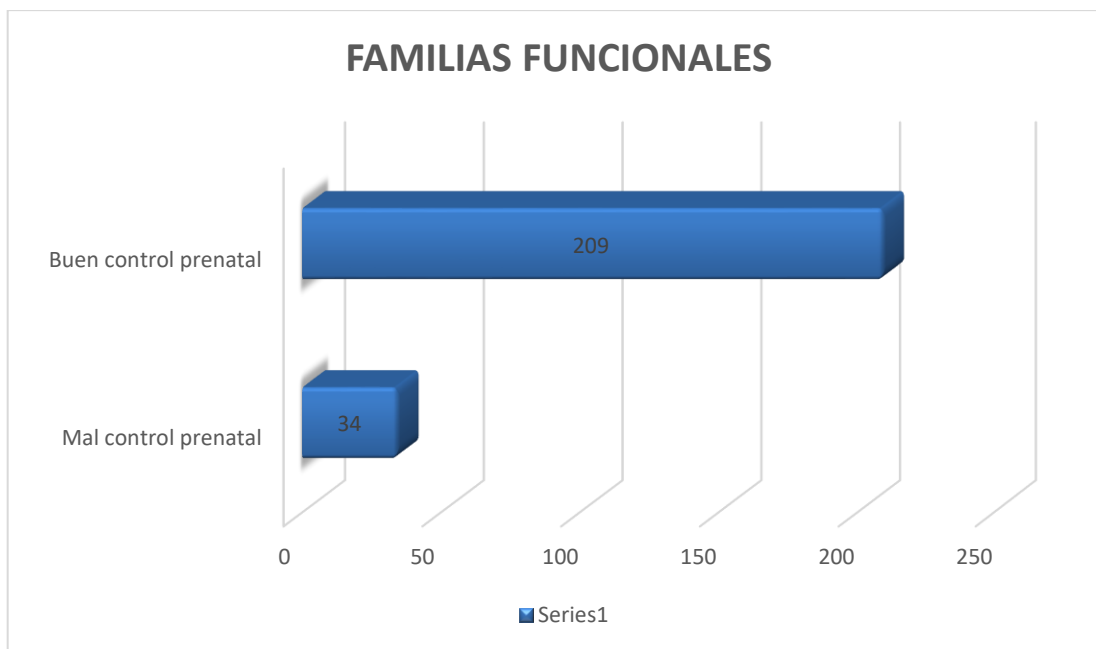


Fuente: APGAR Familiar actualización 2014.

Gráfica 4. 243 pacientes con funcionalidad familiar en un 97.2%, 7 pacientes el 2.8% con disfuncionalidad familiar de acuerdo al APGAR familiar.

Cuadro 5. 243 pacientes con funcionalidad familiar se encontraron 209 pacientes con buen control prenatal correspondiendo al 86% y se encontró con 34 con mal control prenatal 13.99 %.

funcionalidad familiar con adecuado control prenatal	209	86%
Funcionalidad familiar con inadecuado control prenatal	34	13.99%

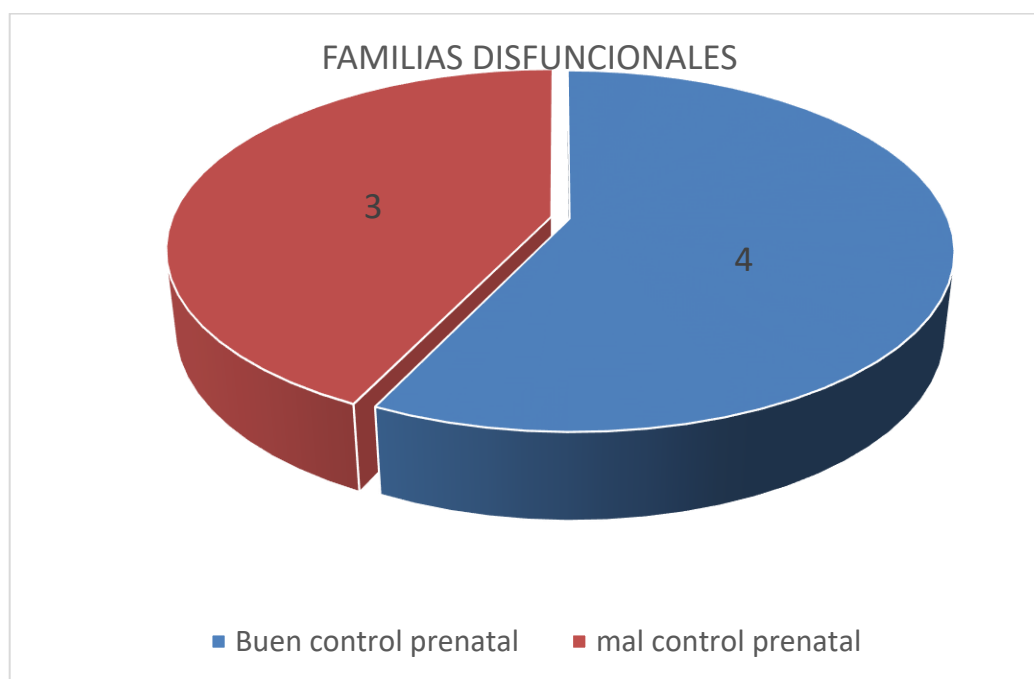


Fuente: APGAR Familiar actualización 2014.

Gráfica 5. De las 243 pacientes con funcionalidad familiar, se encontraron 209 pacientes con buen control prenatal correspondiendo al 86% y se encontró con 34 con mal control prenatal 13.99 %.

Cuadro 6. Disfuncionalidad familiar y control prenatal 7 pacientes con disfuncionalidad familiar correspondiendo a un 2.8% , de las cuales 4 pacientes con buen control prenatal correspondiendo a un 57.14% y 3 con mal control prenatal correspondiendo a un 42.85%.

Disfuncionalidad familiar y adecuado control prenatal	4	57.14%
Disfuncionalidad familiar	3	42.85%



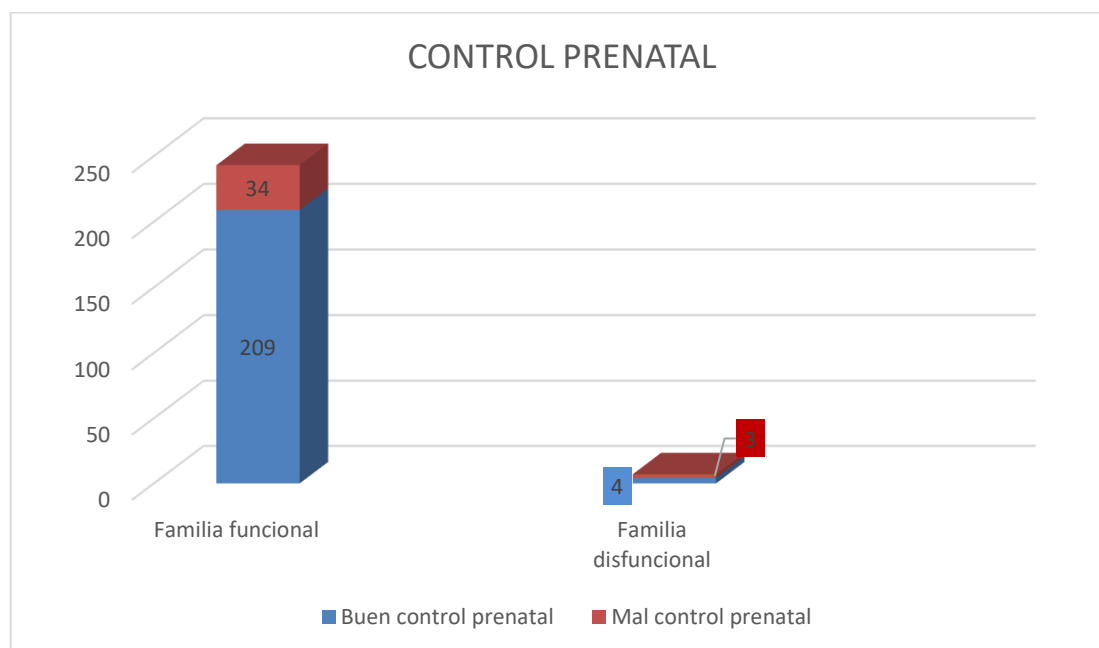
Fuente: APGAR Familiar actualización 2014.

Gráfica 6. De las cuales 4 pacientes con buen control prenatal correspondiendo a un 57,14% y 3 con mal control prenatal correspondiendo a un 42.85%.

Cuadro 7. Se realizó un análisis de X^2 a las variables de funcionalidad familiar y de apego al control prenatal, se incluyeron ambos valores en la tabla y se encontró X^2 tabla: 3.8415 y X^2 calculada: 4.487, ajustando los valores en relación al margen de error y grado de libertad, lo que nos proporciona un resultado significativo ya que la X^2 calculada es mayor a la X^2 de la tabla de referencia.

	BUEN CONTROL PRENATAL	MAL CONTROL PRENATAL	
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	4	3	7
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	209	34	243
TOTAL	213	37	250

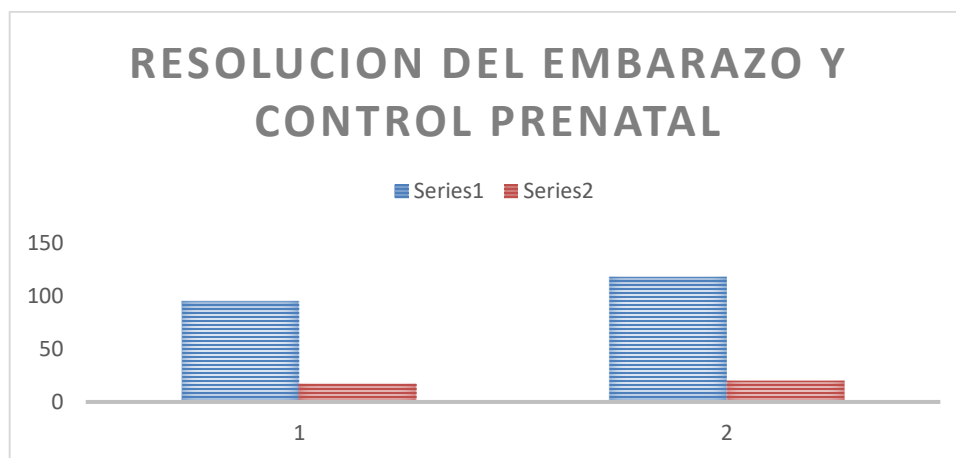
Gráfica 7



Fuente: Índice de Kessner actualización 2016

Cuadro 8. De las 250 pacientes se analizó de vía de nacimiento, 112 tuvieron parto vaginal correspondiendo un 44.8% , de los cuales 95 llevaron buen control prenatal, correspondiendo aun 84.8% y 17 pacientes tuvieron mal control prenatal, correspondiendo a un 15.17%. Se analizaron las variables de apego al control prenatal y vía de resolución del embarazo, se analizó con X^2 , encontrándose una X^2 de la tabla de referencia de 3.8415 y X^2 calculada de 10.52, interpretando el resultado con significancia estadística.

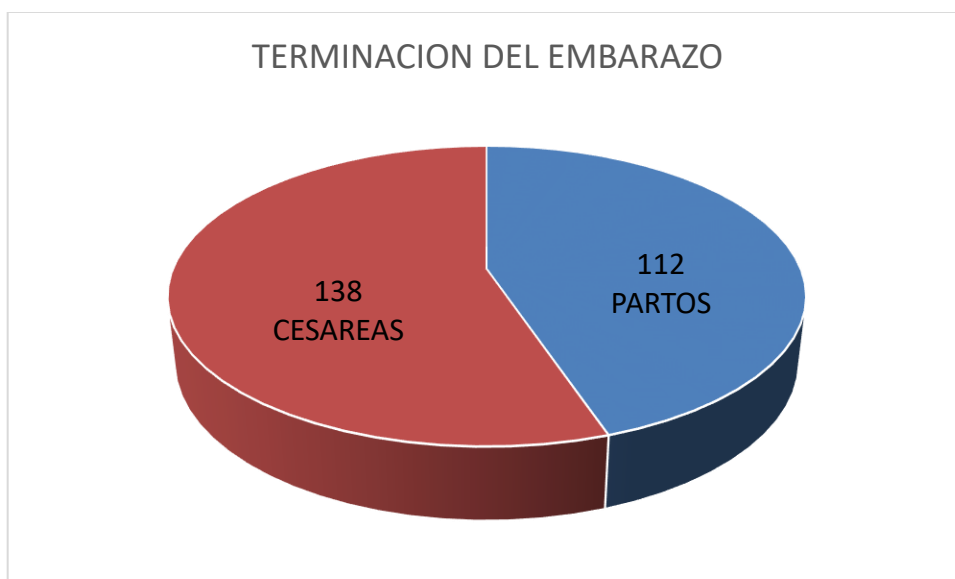
	PARTO	CESAREA	
CONTROL PRENATAL ADECUADO	95	118	213
CONTROL PRENATAL INADECUADO	17	20	37
TOTAL	112	138	250



Gráfica 8. 118 partos: 95 pacientes tuvieron buen control prenatal, 17 mal control prenatal 17. Cesáreas 138, 118 tuvieron buen control prenatal, y 20 mal control prenatal.

Cuadro 9. En relación a nacimiento por cesarea se encontraron 138 correspondiendo a un 55.2%, de las cuales 118 tuvieron buen control prenatal 85.5% y 20 pacientes con un mal control prenatal, correspondiendo a un 14.49%.

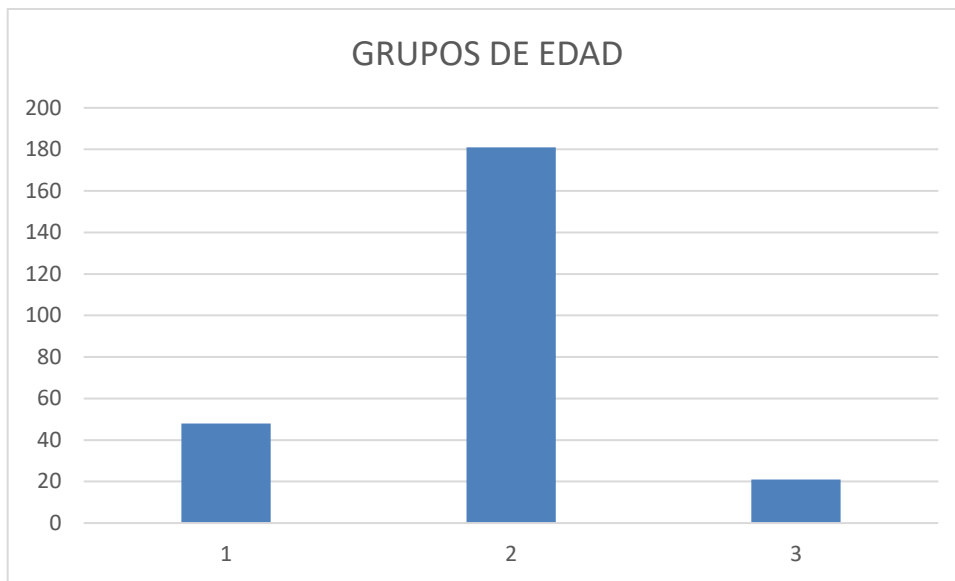
Cesareas	138	55.2%
Partos	112	44.8%



Gráfica 9. Total de partos y cesareas 112partos 44.8%, 138 cesareas 55.2%

Cuadro 10. En relación a la funcionalidad familiar.

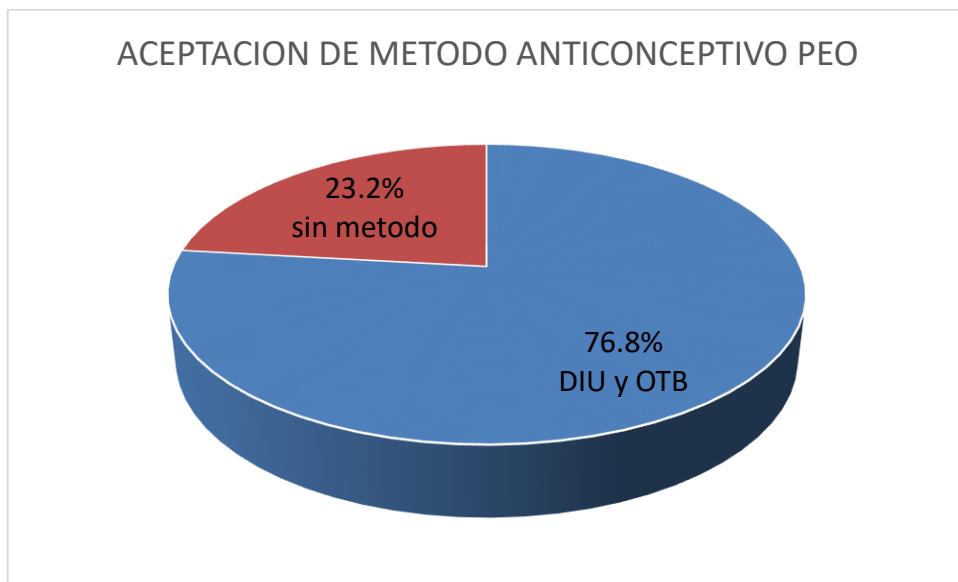
	Funcionalidad familiar	Disfuncionalida familiar	total
Grupo 1 15-20 años	46	2	48
Grupo 2 21-34 años	177	4	181
Grupo 3 35-45 años	20	1	21
total	243	7	250



Gráfica 10. En un grupo 1 de 15 a 20 años de edad, se integro total de 48 pacientes representado un 19.2%, de los 2 con disfuncionalidad familiar y 46 con funcionalidad familiar. En un grupo 2 de 21 a 34 años de edad con un total de 181 pacientes encontrándose un 71.82% se encontraron 4 disfuncionalidad familiar y 177 con funcionalidad familiar. En el grupo 3 de 35 a 45 años de edad con un total de 21 pacientes correspondiendo al 8.4% se encontró 1 con disfuncionalidad familiar y 20 con funcionalidad familiar

Cuadro 11. La cobertura de planificación familiar post evento obstétrico se encontraron una cobertura de de métodos de alta continuidad de 192 pacientes correspondiendo aun 76.8% de la cuales 128 corresponden a dispositivo intrauterino y 64 a oclusión tubaria bilateral, un total de 58 pacientes que salieron sin un método de planificaion familiar de correpondiendo 23.2%

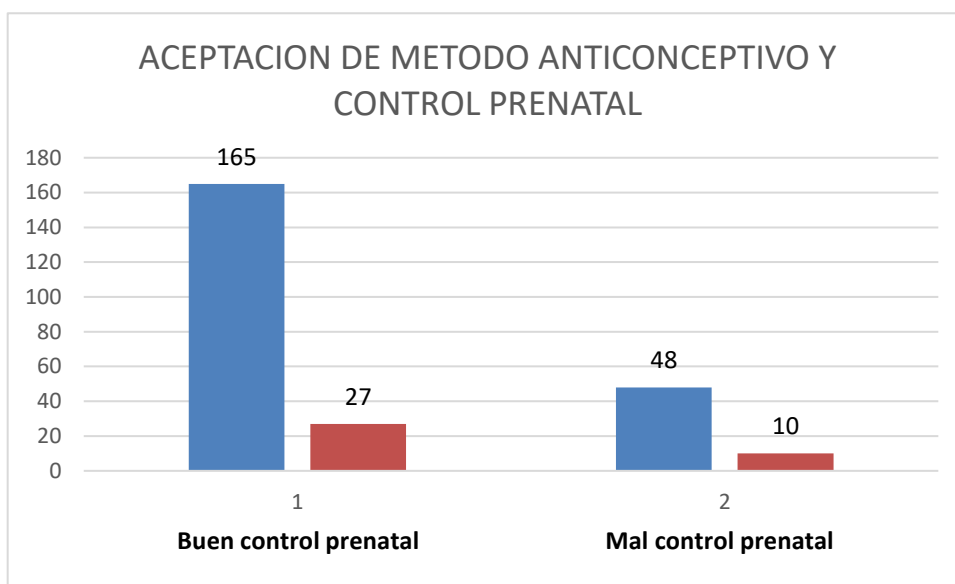
	TOTAL	%
D.I.U Y OTB	192	76.8
SM	58	23.2
TOTAL	250	100



Gráfica 11. Con cobertura post evento obstétrico, 76.8% DIU Y OTB, 23.2% sin método

Cuadro 12. Grupo de paciente que acepto un método anticonceptivo del alta continuidad 165 cursaron con un buen control prenatal y 27 cursaron con un mal control prenatal, del grupo de 58 pacientes que no aceptaron método anticonceptivo 48 pacientes llevaron un buen control prenatal y 10 paciente llevaron un mal control prenatal.

	BUEN CP	MAL CP	TOTAL	%
D.I.U Y OTB	165	27	192	76,8
SM	48	10	58	23,2
TOTAL	213	37	250	100



Gráfica 12. Serie 1 aceptantes 192 pacientes 76.8%, serie de 2 no aceptantes 58 pacientes 23.2%, azul buen control prenatal 213 pacientes 85.2%, rojo mal control prenatal 37 pacientes 14.8%.

IX.- DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó la relación de funcionalidad familiar con el apego al control prenatal en 250 pacientes que estuvieron hospitalizadas en el área de puerperio en el HGZ C/MF No 32, Guasave, se les aplicó el APGAR Familiar y se demostró que 243 pacientes provienen de familias funcionales, correspondiendo a un 97.2% y 7 pacientes provienen de familias disfuncionales, correspondiendo a un 2.8%, de estas pacientes de acuerdo al índice de Kessner 213(85.2%), tuvieron buen apego al control prenatal, pero 37 pacientes (14.8%), tuvieron mal apego al control prenatal.

Comparado con el estudio publicado por Miranda Mellado y colaboradores, el 18 de febrero del 2015, en la revista Salud de la Universidad de Unisucre, de 266 pacientes, 64.7% provenían de familias normo funcionales, y de estas se encontró que el 69.5% hizo uso de adecuado control prenatal y el 30.5% inadecuado.

También puedo comparar los resultados de mi estudio con otro realizado en el año 2017 en Bolívar, Colombia, por Castillo Ávila y colaboradores, factores asociados al uso adecuado del control prenatal de una muestra de 661 embarazadas, se aplicó estadísticas descriptivas. Se encontró que el 53.26% de las mujeres reportaron uso adecuado de control prenatal. Concluyendo que provenir de familias funcionales es un factor protector asociado.

X.- CONCLUSIONES

Basándome en resultados obtenidos de mi estudio y en los descritos en previas investigaciones tanto a nivel Nacional como Internacional, concluyo que existe alta relación entre funcionalidad familiar y el buen apego al control prenatal, por lo que es importante reconocer a todas las pacientes que acuden a control prenatal provenientes de familias disfuncionales, para informarlas y orientarlas a que se apeguen a sus citas correspondientes de control prenatal, para con ello identificar oportunamente los factores de riesgo que pueden complicar su embarazo y por consiguiente disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.

De tal manera, se considera importante incrementar la promoción a la educación de las pacientes gestantes y sus familias sobre factores relacionados al mal apego del control prenatal con el objetivo de concientizarlos de la importancia de cumplir con sus citas médicas prenatales correspondientes y disminuir los riesgos de complicaciones al binomio.

Además considero importante abrir más líneas de investigación sobre este tema que permitan identificar pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones materno-fetales y poder prevenir el mismo.

XI.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- 2.-Rico Venegas RM, Ramos Frausto VM, Martínez PC. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. Enfermería y perspectiva de género. 2012; 11(27): 1-14.
- 3.-Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. salud sexual y reproductiva. 2016.
<https://www.who.int/reproductivehealth/...perinatal.../anc...pregnancy-experience/es/>
- 4.-Organización Mundial de la Salud. Anomalías congénitas. 2015.
<https://www.who.int> › Acceso › Centro de prensa › Notas descriptivas › Detail
- 5-Minuchin P: families and individual development. provocations of the field of family therapy. Child Development. 1985; 56(2): 289-302.
- 6.- Alba L. Familia y practica. Univ. Med. Bogotá (Colombia). 2012; 53(2): 166-185.
- 7-Moreno Méndez JH, Echavarría Llano KL, Pardo A, Quiñonez A. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá psicología. Avances de la disciplina. 2014; 6(2): 155-106.
- 8.-Valbuena Venegas I. Discusiones y reflexiones en torno a la investigación en familia. Tendencias y retos. 2012; 17(1): 59-66.
- 9.-López Marquez NG. Funcionalidad familiar y participación escolar de las familias de niños con discapacidad. Revista de investigación educativa de la REDIECH. 2017; 8(14): 1-8.

- 10.-Hernández Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta Tabasco 2011, salud en Tabasco. 2012; 18(1): 14-24.
- 11.- Cid Rodríguez MC, Montes de Oca Ramos R, Hernandez Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. Rev Méd Electrón. 2014; 36(4): 1-6.
- 12.- Miranda Mellado C. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo, Colombia. Rev Científica Salud Uninorte. 2016; 32(3): 1-10
- 13.- Ortiz Grisolle K, Garcia Galezo K, Gómez Cardona AP, Maestre Álvarez SJ, Vargas Guerrero V, Ramos Navas N, et al. Adherencia a guías de atención de control prenatal en red pública de subregión norte, departamento del Magdalena (Colombia). Duazary. 2019; 16(1): 115-127.
- 14.-Arias Trujillo CM, Carmona Serna IC, Castaño Castrillón JJ, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD, ESE, Manizales (Colombia), 2012. Arch Med (Manizales) 2013; 13(2):142-59.
- 15.- Vega R, Barrón A, Acosta L. Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí durante 2008. Rev Fac Nac Salud Pública. 2013; 30(3): 265-272.
- 16.- Heaman MI et al. Barriers, motivators and facilitators related to prenatal care utilization among inner-city women in Winnipeg, Canada: a case-control study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 15(14):227.
- 17.- Miranda M, Herazo T, Lombana P, Osorio V. Factores predictores de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado de control prenatal en dos comunas de Sincelejo, Colombia. Revisalud Unisucre. 2015; 2(2):4-14.

18.- Mendoza Tazcon LA. et al. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2015; 80(4): 1-8.

19.-Castillo Ávila IY, Fortich Acuña LM, Padilla Yanez J. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. Rev Cub de enfermería. 2017; 33(1):1-10.

20.- Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. Apgar Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz. 2014; 20(1): 1-4.

21.-Oswaldo Tipiani, cristina tomatis. El control prenatal y desenlace materno perinatal, Rev Per Gineco Ostet. 2006; 52(4): 247- 5.

XII.- ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos de Recolección de Datos:

1.ENCUESTA DE DATOS GENERALES:

RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN EL HGZ/CMF No. 32, GUASAVE, SINALOA.

Nombre: -----

Numero de afiliación: -----Edad: -----años

Sexo: Femenino Masculino

Ocupación: Estudiante Empleado Desempleado

Pensionado Ama de casa Otra

Escolaridad: Primaria Secundaria Bachillerato

Técnico Licenciatura

Estado civil: Soltera Casada Unión libre

Separada divorciado Viudo

Anexo 2. Cuestionario APGAR Familiar

RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN EL HGZ/MF No. 32, GUASAVE, SINALOA.

Nombre: _____

Instrucciones: Responda de acuerdo con su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA 0	ALGUNAS VECES 1	CASI SIEMPRE 2
Adaptabilidad ¿Está satisfecho(a) con la ayuda que recibe de su familia?			
participación ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en la que participa con usted en la resolución de ellos?			
crecimiento ¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades e hacer cambios en su estilo de vida?			
afecto ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución ¿le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Anexo 3. Índice de Kessner

INDICE DE KESSNER	
Nivel de cuidado/semana de gestación	N° de visitas prenatales
Inadecuado	
-14-21	0 o no declarado
-22-29	Menor O igual 1 o no declarado
-30-31	Menor o igual 2 o no declarado
-32-33	Menor o igual 3 o no declarado
-34 o mas	Menor o igual 4 o no declarado
Adecuado	
Menor 14	
-14-17	Mayor o igual 1 o no declarado
-18-21	Mayor o igual 2
-22-25	Mayor o igual 3
-26-29	Mayor o igual 4
-30-31	Mayor o igual 5
-32-33	Mayor o igual 6
-34-35	Mayor igual 7
-mayor de 35	Mayor o igual 8 Mayor o igual 9
Intermedio	
-Otrasconvinaciones no descritas anteriormente	
Nota se considera CPN adecuado cuando la primera visita se establece a las 14 semanas Si el CPN comienza después de las 28 semanas inadecuado	

Fuente: Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(4): 250

Anexo 4. Carta de Consentimiento Informado.


	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>				
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>					
Nombre del estudio:	<p>Agregar el nombre del estudio Relación entre funcionalidad familiar y el apego al control prenatal en el HGZ/MF No. 32, Guasave, Sinaloa"</p>				
Patrocinador externo (si aplica):	<p>_____</p>				
Lugar y fecha:	<p>Guasave Sinaloa, HGZ No.32 IMSS de enero a diciembre del 2018</p>				
Número de registro:	<p>_____</p>				
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Evaluar la relación que existe entre funcionalidad familiar y el apego al control prenatal en Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32 IMSS 2018</p>				
Procedimientos:	<p>Encuesta alas pacientes derechohabientes que tuvieron su parto y se encuentran hospitalizadas en IMSS No.32 Guasave Sinaloa</p>				
Posibles riesgos y molestias:	<p>El inconveniente es el tiempo y la molestia de contestar la encuesta que se le indica</p>				
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Conocer sobre control prenatal y funcionalidad familiar</p>				
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Conocer sobre funcionalidad familiar y el apego al control prenatal</p>				
Participación o retiro:	<p>En caso de no tener interés se retirará de la investigación no afectará su atención medica</p>				
Privacidad y confidencialidad:	<p>Con fines educativos exclusivamente</p>				
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p>
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	<p>_____</p>				
Beneficios al término del estudio:	<p>_____</p>				
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>					
Investigador Responsable:	<p>DRA. YUNIVA SOLEDAD RUELAS VEGA. Mail. yuniva@gmail.com Cel.6871200345</p>				
Colaboradores:	<p>DR. JOSÉ FRANCISCO ESPINOZA RUBIO Mail.fco02espinoza@hotmail.com Cel. 6871354074</p>				
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>					
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____ Testigo 2</p>				
<p>_____ Testigo 1</p>	<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>				
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>					

Guasave, Sin. a 06 de abril de 2017

CARTA DE ASENTIMIENTO DEL DIRECTOR

Dr. Ruelas Vega Yuniva Soledad
Investigador Principal
PRESENTE

Por medio de la presente se informa que el protocolo titulado, puede ser llevado a cabo en esta unidad y que es su **“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN EL HGZ/MF No.32, GUASAVE, SINALOA”** responsabilidad verificar que el mismo se lleve a cabo en las condiciones que garanticen que la capacidad técnica, material, humana y financiera, así como las instalaciones, equipo y tecnología para llevar a cabo las pruebas, estudios, ensayos, verificaciones y demás actividades necesarias para llevar a cabo las actividades de investigación en seres humanos, se lleven a cabo de conformidad con los criterios establecidos en la normatividad vigente.


DR. MARTIN DE JESUS
AHUMADA QUINTERO
Dr. Ahumada Quintero Martín 8473429
CED PROF 1363020 SSA 06077
DIRECTOR DE HGZ # 32
Director de HGZ # 32 Guasave Sinaloa