



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 03 “LA JOYA”

**ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CON EL EMBARAZO DE
ALTO RIESGO EN GESTANTES DE 19 A 34 AÑOS.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. ERICK DAVID ZÁRATE MORENO.

Facultad de Medicina



**DIRECTOR DE TESIS:
DR. MIGUEL ÁNGEL NÚÑEZ CALVILLO.
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

Ciudad Universitaria; CD. MX. 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CON EL EMBARAZO DE ALTO
RIESGO EN GESTANTES DE 19 A 34 AÑOS”**

TESIS

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

DR. ERICK DAVID ZÁRATE MORENO.

REGISTRO EN SIRELCIS: R-2020-3511-023

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL NÚÑEZ CALVILLO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR UMF 03 “LA JOYA” IMSS CDMX.
DIRECTOR DE TESIS

DR. VÍCTOR MANUEL CAMARILLO NAVA

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
OOAD NORTE CDMX IMSS.
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DRA. DEYANIRA GUTIÉRREZ SÁNCHEZ

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 03 “LA JOYA”
IMSS, CDMX.

DRA. CARMEN LIZETTE JUÁREZ MONTOYA

COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF 03 “LA JOYA” IMSS CDMX

AGRADECIMIENTOS:

A mi madre:

Gracias por infundirme el valor que tengo como persona, por respetarme y amarme como soy; gracias a ti por todo esto.

Esto es nuestro.

Tabla de contenido

RESUMEN:	6
MARCO TEÓRICO	8
ANTECEDENTES	8
MARCO CONCEPTUAL	21
ESCALAS DE EVALUACIÓN DE FACTORES FAMILIARES.....	21
<i>Instrumentos de Evaluación de la Funcionalidad Familiar</i>	21
PRUEBA FF-SIL.....	23
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	26
<i>Cuestionario para el Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar: ¿Vives violencia?</i>	26
INSTRUMENTO DE CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA	28
JUSTIFICACIÓN	30
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
ARGUMENTACIÓN.....	32
PREGUNTA DE INVESTIGACION:	33
OBJETIVOS	34
OBJETIVO GENERAL	34
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
HIPÓTESIS DE TRABAJO	35
MATERIAL Y MÉTODOS	36
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	36
DISEÑO DEL ESTUDIO	38
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	38
LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	38
POBLACIÓN DE ESTUDIO (UNIVERSO DE TRABAJO)	38
TAMAÑO DE LA MUESTRA	38
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	39
CRITERIOS DE SELECCIÓN	40
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	40

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	40
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	41
ASPECTOS ÉTICOS	42
RECURSOS DEL ESTUDIO	43
RECURSOS MATERIALES.....	43
RECURSOS ELECTRÓNICOS.....	43
RECURSOS FÍSICOS	43
FINANCIAMIENTO	43
FACTIBILIDAD	43
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	44
DESARROLLO DEL ESTUDIO O PROYECTO	45
RESULTADOS	47
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	47
RIESGO OBSTÉTRICO:	47
FUNCIONALIDAD FAMILIAR.	49
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.	51
ANÁLISIS BIVARIADO.....	52
DISCUSIÓN:	53
CONCLUSIONES:	56
RECOMENDACIONES:.....	56
REFERENCIAS	57
ANEXOS	61
ANEXO 1:.....	62
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	62
ANEXO 2:	63
ANEXO 3:	64
ANEXO 4:	65
ANEXO 5:	67

ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CON EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN GESTANTES DE 19 A 34 AÑOS.

Zárate-Moreno, ED¹; Núñez-Calvillo, MA²; Camarillo, VM³; Sánchez-Espinosa-de-los-Monteros, JA⁴.

Resumen:

Palabras clave: *alto riesgo, embarazo, funcionalidad familiar, violencia intrafamiliar.*

Introducción: El término: “embarazo de alto riesgo” (EAR) es un predictor de complicación al final de la gestación, por tanto, el buen control prenatal cobra importancia para la prevención en el primer nivel de atención. El Médico Familiar, efector del control prenatal, es quien debe vigilar el embarazo desde un enfoque holístico incorporando la funcionalidad familiar (FF) y violencia intrafamiliar (VIF) como herramienta para prevenir desenlaces negativos o catastróficos. **Objetivo:** Asociar funcionalidad familiar y violencia intrafamiliar con el embarazo de alto riesgo en gestantes de 19 a 34 años que acuden a control prenatal en una clínica de primer nivel de atención en la ciudad de México. **Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico. Previa autorización del comité de ética en investigación y del comité local de investigación en salud, se obtuvo anuencia de la dirección de la Unidad de Medicina Familiar No. 03 “La Joya” para realizar el estudio. Se aplicaron los cuestionarios: FF-SIL, Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar, y Datos Sociodemográficos a embarazadas de una clínica de primer nivel de atención de la ciudad de México (CDMX). Posteriormente, utilizando paquetería Office y SPSS, se utilizó estadística descriptiva para procesar los datos sociodemográficos e inferencial para la asociación a través del análisis bivariado. **Resultados:** De 121 participantes, el promedio etario fue de 26.4 años (D.E. 4.8); 56.2% vivían en Unión Libre y 51.2% tenían preparatoria terminada. El 57.9% gestaba primer embarazo y el 61.2% se encontraba en el tercer trimestre. En cuanto a tipología, la familia extendida predominó con 50.4% y el EAR prevaleció con 55%. En cuanto al análisis bivariado; para EAR y FF se obtuvo OR= 1.121 (IC 0.488 –

2.574) χ^2 $p=0.95$; el EAR y VIF tuvo $OR= 0.817$ (IC 0.248 – 2.692) χ^2 de $p=0.97$.

Discusión: La VIF en primer nivel de la CDMX osciló del 9 al 10% aunque, Cuevas y Cols reportaron en 2006 13% de violencia durante el embarazo en zonas rurales. Esto indica diferencia entre poblaciones y áreas geográficas dentro del territorio nacional. La FF fue mayor en las participantes de la CDMX, aunque Arias-Trujillo y Cols al estudiar FF y embarazo adolescente, reportaron que sólo el 27.9% vivían en ambiente familiar funcional. Lo que también sugiere diferencias entre lo encontrado. Quizá una de las principales razones de estas diferencias es porque la violencia de baja intensidad se encuentra arraigada en nuestro país y las mujeres podrían no percibirla, tal como lo describió Evangelista en 2021.

Conclusión: No se encontró evidencia estadísticamente significativa que asocie la funcionalidad familiar o la violencia intrafamiliar con el embarazo de alto riesgo en las mujeres embarazadas entre 19 a 34 años.

1.- Médico Residente 3º año Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 3 Ciudad de México

2.- Médico Familiar, Maestro en Educación, Profesor titular del curso de especialización médica en Medicina Familiar Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 3 “La Joya”, Ciudad de México.

3.- Médico Familiar, Maestro en Ciencias, Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud, IMSS Delegación Norte del Distrito Federal.

4.- Médico Familiar, Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 120, Ciudad de México.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

El embarazo de alto riesgo es un término que determina probabilidad de que la gestante (y el recién nacido) puedan sufrir condiciones patológicas que puedan potenciar complicaciones o la muerte durante el mismo embarazo o el periodo perinatal; y al ser una probabilidad, este concepto es cambiante durante todo el periodo de gravidez; como ejemplo: podemos tener una embarazada con un embarazo de bajo riesgo en la primer consulta prenatal y en la siguiente consulta ingresar al grupo de alto riesgo, por lo que el indicador de mayor valor para evaluar las acciones encaminadas a prevenir alto riesgo son las muertes maternas (1).

De acuerdo con informes del banco mundial y la OMS, las muertes maternas a nivel mundial alcanzan el segundo lugar de defunciones en mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). De acuerdo con cifras publicadas en el Informe anual de mortalidad presentado en 2019 por la Organización de las Naciones Unidas; para 2017 se contaba con una tasa de 211 muertes maternas por 100,000 nacimientos en promedio a nivel mundial; en el mismo año, la OMS reportó que cerca del 99% de la mortalidad materna y 90% de la mortalidad neonatal sucede en países en vías de desarrollo y se estima que 1600 mujeres y más de 10,000 recién nacidos mueren al día por complicaciones derivadas del embarazo y el parto, las cuales eran potencialmente prevenibles. (2) (3) (4)

Cada año, de acuerdo con reportes de la Organización Mundial de la Salud cerca de 14 millones de adolescentes se convierten en madres, y de éstas, más del 90% viven en países en vías de desarrollo. En los países con ingresos bajos, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se encontraron dentro de las principales causas de mortalidad en adolescentes entre 15 y 19 años. (5) (6)

Según la misma fuente, se reporta que, en el mundo, entre el 15% y 70% de las mujeres a nivel mundial, han sufrido violencia por parte de sus parejas en algún momento de sus vidas y se estima que una de cada 3 mujeres sufrirá agresiones físicas o verbales en algún momento de sus vidas; las cuales principalmente serán de tipo intrafamiliar. Se reporta también que aquellas mujeres que han sido

violentadas de cualquier manera presentan tasas más elevadas de embarazos no deseados entre otros. (2)

En México, de acuerdo con el informe realizado por el INEGI en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES); para el inicio de 2019, nuestro país contaba con una población total estimada en 124.9 millones de mexicanos, de los cuales 63.867 millones son mujeres representando al 51.1%; con una población femenina en edad fértil (15 a 49 años) estimada de 34.3 millones de mujeres que representan el 53.1% del total de dicho subgrupo. (7)

Para 2017, la muerte materna se estableció como la sexta causa de muerte en mujeres de 15 a 34 años oscilando entre el 4.4% y 4.3% en adolescentes y no adolescentes respectivamente, con una tasa de 36.7 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, en donde resalta un decremento del 53% aproximadamente con respecto de 2001 con una tasa de 68.9 por cada 100,000 nacidos vivos; sin embargo, no llegó a la meta Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) fijada para 2015, la cual fue 22.2 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos.

Del total de las muertes maternas, se estima que entre el 28% y 30% son asociadas a causas obstétricas indirectas, es decir, no relacionadas con la gestación como tal, sino agravadas por la misma. (7) (8)

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó en 2010 de acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud Estatal del Estado de México que solamente en dicho estado ocurren más de 105,000 eventos obstétricos en menores de 20 años (adolescentes) al año; y de estos, más del 60% fueron embarazos no planeados, lo que representa un riesgo de complicación ya que de acuerdo con el mismo informe se estima que el embarazo adolescente tiene cuatro veces mayor riesgo de complicación con respecto al embarazo en mujeres con madurez biológica completa. (9)

Es importante mencionar que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2017, alcanzó una cifra histórica al reportar una tasa de 24 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, lo cual nos colocó muy cerca de la meta propuesta para 2015 del ODM, representando solo 102 muertes maternas de los más de

425,000 partos atendidos, esto sin embargo demuestra que aún tenemos un camino por recorrer en cuanto al control prenatal. (10)

Vanegas-Coveña (2019), en un estudio realizado en mujeres ecuatorianas sobre factores de riesgo asociados con el embarazo no deseado, estableció que es importante la evaluación de la funcionalidad Familiar con el objetivo de identificar factores de riesgo asociados a embarazos no deseado; aunque el embarazo no deseado no es el tema de discusión, inferimos que la funcionalidad familiar juega un rol importante en las complicaciones del embarazo. (11)

Guzmán-Pantoja y Cols., en 2008, demostraron por medio de la prueba APGAR familiar que la disfunción familiar prevalece en niños con asma severo. Rodríguez-Orozco y Cols., en un estudio similar en 2013, utilizaron la prueba FF-SIL para evaluar la funcionalidad familiar en la cual no encontraron asociación significativa entre el asma y el nivel de funcionalidad familiar; a pesar de que estos estudios son contradictorios, se resaltan tres cosas importantes de estos dos artículos: la primera, que la funcionalidad familiar es un factor importante en el estudio de las enfermedades y en nuestro caso el embarazo de alto riesgo; la segunda, que las dimensiones de adaptabilidad y permeabilidad de la funcionalidad familiar son las áreas que tienen en general mayor afectación y que deben ser intervenidas y finalmente la tercera, que se necesita incrementar los estudios que exploren la funcionalidad familiar con los principales padecimientos que aquejan al país. (12) (13)

En 2019, Suarez-López presentó un trabajo en el cual expuso que el control prenatal tiene como principal objetivo garantizar que la gestación llegue a término de manera satisfactoria, obteniendo una madre y un producto sano –lo que no está alejado del objetivo principal del control prenatal desde tiempos históricos- identificando factores de riesgo que podrían desencadenar en un resultado adverso del embarazo, de tal modo que se puedan aplicar intervenciones específicas para limitar el daño o en su caso prevenir eventos morbosos durante la gestación. Por lo tanto, también es importante establecer el nivel de la funcionalidad familiar en la embarazada para un control prenatal adecuado. (14)

El embarazo es el momento en que la embarazada se prepara para la maternidad y en algunos casos se encuentra en una etapa de vulnerabilidad social para la salud materno-fetal, por lo que es más susceptible de tener un embarazo de alto riesgo y una resolución del embarazo adversa. De tal modo que éste debe ser entendido por el médico, como un proceso fisiológico y natural ya que como lo define la Norma Oficial Mexicana (NOM) específica, es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del “conceptus” en el endometrio y termina con el nacimiento; esta Norma Oficial Mexicana también define al control prenatal como serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida; este proceso forma parte de la vida de toda mujer en edad fértil y en el caso de la vigilancia del embarazo, el punto de partida debe ser el de identificar los riesgos potenciales que intervengan en su bienestar, como la violencia y la funcionalidad familiar durante la gestación. (15)

Hay numerosas escalas e instrumentos que toman en cuenta diversas características de la madre para determinar un embarazo de alto o bajo riesgo, sin embargo, se ha caído en algunas ocasiones en la exageración del enfoque de riesgo, es decir, se parte desde la premisa de que todo embarazo debe ser tomado en cuenta como un embarazo de riesgo como se expresa en la Guía de Práctica Clínica del control prenatal, esto, aunque es muy útil, en ocasiones puede llevar a determinadas (y a menudo, exageradas) intervenciones médicas que soslayan en cierta medida, el enfoque social de la mujer, sin tomar en cuenta su entorno psico-social y familiar; y como resultado, el detrimento del bienestar de la embarazada durante este período según lo expresado por Ávila-Vergara en 2014. (15) (14) (16) (17)

Esta misma norma prevé que existan acciones encaminadas a detectar en forma temprana factores de riesgo que puedan provocar una complicación para el mismo, sin embargo, generalmente estas acciones se centran en detección de factores anatómicos, fisiológicos y de estados de morbilidad de la madre, tales como Diabetes Gestacional, Obesidad, Enfermedades de Transmisión Sexual y otras

infecciones, etc.; así como algunos indicadores sociales como violencia intrafamiliar. (15)

Luego entonces, el control preconcepcional también adquiere una importancia relevante dentro del mismo control prenatal, ya que a través de la planificación familiar se pueden adoptar estilos de vida para la mujer (y la pareja) que eventualmente desea embarazarse, y llegar a un nacimiento de un producto sano; incluso hoy en día es muy común ver parejas que planifican el momento de un embarazo con este fin; sin embargo, en la otra cara de la moneda, se puede observar familias en las que no hay una planificación familiar óptima, teniendo situaciones intrafamiliares que pueden llegar a provocar dificultades durante el embarazo independientemente del estado físico de la madre. (1)

A través de un informe, la OMS describe al control prenatal como la asistencia que prestan los profesionales de la salud a la embarazada con el objetivo de garantizar, y en su caso mejorar las condiciones de salud del binomio; también enumera los componentes en identificación de riesgos, prevención y manejo de las enfermedades relacionadas con el embarazo, la promoción y educación en salud de la madre; acciones encaminadas a disminuir la morbilidad materno-fetal en el mundo, este informe incluye también factores sociales y familiares a tomar en cuenta para la educación y promoción de la salud de la embarazada. (6)

En la Guía de Práctica Clínica Para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, se establece que el embarazo normal es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Aunque en esta guía no se expresa como tal la definición de embarazo de alto riesgo, si enlista determinados factores de riesgo que se pueden asociar al mismo y de este modo establecer el diagnóstico de embarazo de alto riesgo. (16)

Dentro de este contexto, se pueden identificar diferentes factores asociados a un desenlace indeseable en el embarazo que están ligados al estado social, la interacción familiar y de la pareja que merecen atención esencial con el objetivo de prevenirlos.

La OMS, por medio de la Organización Panamericana de la Salud, en un libro que consta de dos tomos publicado en Nicaragua, presentó una definición del

embarazo de alto riesgo, la cual describe que es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto. (6) (18)

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (nótese la edición de 1993 y no la 2016), en su apartado 4.3, definió al embarazo de alto riesgo como aquel en el que se tiene la certeza o probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario (19).

Como vemos, en esta NOM se integró el estado socioeconómico de la mujer como un indicador de embarazo de alto riesgo, aunque también resulta necesario asociar la funcionalidad familiar y el nivel de violencia intrafamiliar para establecer criterios de embarazo de alto riesgo. (19)

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, el control prenatal en el primer nivel, contempla la identificación y evaluación de los factores asociados al embarazo de alto riesgo, incluyendo la perspectiva de género y la atención perinatal con un enfoque de interculturalidad establecidos en el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Agosto de 2013. (15)

Existen en México diferentes indicadores llamados factores de riesgo que otorgan una puntuación para cada estado de la mujer, ya sea previo al embarazo (Riesgo preconcepcional o reproductivo) o durante el mismo (Riesgo obstétrico), y de acuerdo con esta puntuación, el embarazo de alto riesgo se considera que existe o no con base en la puntuación obtenida.

El formato MF-5/2000: Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico del Instituto Mexicano del Seguro Social, es una herramienta de control prenatal que, como mencionamos en el párrafo anterior, otorga una puntuación en la cual se consignan los factores preconcepcionales y de la gestación, los cuales se deben actualizar en cada consulta médica, con el objetivo de tener una mejor vigilancia de la evolución del embarazo; en éste, se toman en cuenta factores

sociales como edad, escolaridad y periodo intergenésico para determinar embarazo de alto riesgo; sin embargo no se toman en cuenta factores familiares como funcionalidad o violencia intrafamiliar para detectar una asociación de embarazo de riesgo (20).

Hay un factor de riesgo importante a tomar en cuenta: la edad de la mujer gestante; ya que el embarazo adolescente (menores de 19 años) y el embarazo en la mujer añosa (mayores de 35 años), son a priori embarazos de alto riesgo, factor que será de vital importancia en esta investigación.

Existen en la bibliografía, diversos estudios que asocian el embarazo de alto riesgo y factores familiares en estos grupos etarios; y actualmente no encontramos muchos estudios que investiguen únicamente a las embarazadas que no se encuentren en estos grupos etarios, por lo que éste estudio se centrará principalmente a estudiar la funcionalidad familiar y violencia intrafamiliar asociadas al embarazo de alto riesgo en mujeres embarazadas no adolescentes o añosas.

Por otro lado, la familia es el microsistema básico de la sociedad, puesto que es el primer núcleo social que se reconoce como tal; evolutivamente, el inicio de las sociedades y civilizaciones iniciaron con una familia o clan; además la familia contiene historia, ya que es un continuo dinámico que se encuentra en cambio constante pues las interrelaciones que se dan en él son eventos que pueden llegar a ser inesperados en el mismo núcleo microsocioal. (9)

La familia no es un sistema estático, sino dinámico que atraviesa diferentes fases durante su ciclo evolutivo (antes ciclo vital) y que también puede modificarse de acuerdo con las características del entorno social y ambiental, incluyendo también los sucesos que de manera directa afecten la composición de la misma, en este caso el embarazo trae un cambio al entorno familiar así como en el número de miembros y los roles que deberán adoptar cada uno con la llegada del nuevo miembro; la tipología familiar solo puede ser clasificada de una manera transversal, es decir en un momento determinado del ciclo vital de la familia, lo que requerirá de distintas clasificaciones a lo largo de su evolución. (21)

El embarazo no es la excepción, ya que, con la simple noticia de gravidez, se inician cambios en el mismo microambiente familiar, ya sea porque se tienen que

modificar ciertos roles o porque se tienen que adecuar distintas posiciones y funciones dentro de ella, de tal modo que se deberá reacondicionar el completo entorno familiar para el binomio y el próximo integrante de la familia.

Huerta dividió a la Familia de acuerdo con diferentes características para su estudio: Desarrollo, demografía, composición, funcionalidad, ocupación, nivel socioeconómico y función de tareas o roles, las cuales, describimos a continuación:
(22)

- Desarrollo
 - Tradicional: El padre es el jefe de Familia o proveedor económico y excepcionalmente la madre o un hijo colaboran.
 - Arcaica o Primitiva: Familia de tipo campesino cuyo sostén es la agricultura (cultivo de la tierra) o ganadería.
 - Moderna: Familia en la cual la madre trabaja y se modifican los roles de los cónyuges pudiendo ser la madre el jefe de Familia.
- Demografía
 - Urbana: Familia que vive en ciudades donde cuentan con todos los servicios de urbanización necesarios para vivir adecuadamente.
 - Suburbana: Familia que vive en los perímetros de las ciudades con servicios de urbanización básicos o mínimos.
 - Rural: Familia que vive en regiones del campo cuyos servicios de urbanización son mínimos o en ocasiones, inexistentes.
- Composición:
 - Nuclear: Familia conformada por la pareja, puede tener o no hijos.
 - Extensa (Extendida): Familia conformada por padres, hijos y uno o más familiares consanguíneos (abuelos, tíos, primos, etc.).
 - Compuesta: Familia conformada por padres, hijos y un miembro no consanguíneo; puede contener además un miembro consanguíneo.
- Funcionalidad:
 - Funcional: Familia cuyos miembros cumplen sus roles familiares de manera satisfactoria, permitiendo un adecuado desarrollo de sus

integrantes y mejor adaptabilidad a los problemas sin consecuencias graves para los mismos.

- Disfuncional: Familia cuyos miembros no cumplen con sus roles y sus integrantes no se desarrollan de manera satisfactoria. Puede tener grados de disfuncionalidad.
- Ocupación
 - Campesina, Obrera, Comerciante, Profesionista, etc., se encuentra basada en la actividad del jefe de Familia.
- Nivel Socioeconómico:
 - Marginado o subproletario
 - Popular o proletario
 - Medio o medio bajo
 - Elitario o de dominio
- Función Económica y de tareas
 - Masculina, femenina o compartida
 - Asignación de tareas según género, edad, estatus familiar
 - Con disgregación múltiple de tareas

De acuerdo con Fuentes-Aguilar (2016), el concepto de familia ha obtenido el estereotipo de manera histórica a la relación padre-madre-hijos, en la que se podían incluir abuelos, tíos o primos, la cual tiene como principales objetivos la reproducción, la protección de los menores, el cuidado, el afecto así como el estado socioeconómico de la misma; esto a la postre encasilló al concepto de familia como de tipo tradicional (sea ésta nuclear o extendida) ya que el objetivo de la misma, se entendió que era la perpetuación de la especie y/o la crianza de los hijos; sin embargo, hoy en día se acepta que existen diferentes variantes de esta familia tradicional en las cuales no hay hijos o los “jefes de familia” tienen atributos diferentes a los tradicionales dando paso a diferentes tipos de familias dentro de las cuales se incluyen, por mencionar algunas (y para objetivos de esta investigación): Monoparentales u Homoparentales y aquellas que se incluyen dentro de otra familia (padres-hijas-nietas con alguna de ellas en periodo de gestación) (23).

Las familias modernas (nótese el término familias y no solo familia en singular), en general se definen actualmente como la unión de personas que comparten un proyecto de vida en común con atributos de pertenencia, compromiso, reciprocidad, dependencia e intimidad entre los individuos involucrados que cohabitan en el mismo espacio y por un tiempo determinados, ya sea temporal o permanente de acuerdo con lo expresado por Fuentes-Aguilar en su estudio de 2016. Dentro de estas familias, habrá por supuesto, un embarazo. (23)

De acuerdo con el estudio de Rangel y Cols. En 2004; la familia es un factor determinante en la salud y la enfermedad de sus miembros, ya que al estar en armonía y cumplir con los roles de cada uno de sus integrantes, garantizará la adecuada reacción ante los diferentes eventos que suceden dentro del ciclo vital de la misma; dentro de éstos atributos, se pueden enumerar y evaluar: la funcionalidad familiar, la cohesión familiar así como su adaptabilidad a los cambios, el grado de apoyo familiar, la violencia intrafamiliar y la existencia o no de violencia intrafamiliar (9).

El Dr. Mateo, en su libro sobre Mediación Familiar (2004), describe en el primer capítulo, que en caso de que la familia se encuentre “sana” por decirlo de alguna manera, se espera que el binomio madre-hijo se desarrolle de manera correcta durante el periodo de la gestación; por el contrario, si la familia no se encuentra en un punto de homeostasis, el estado de estrés causado por la disfunción de los roles familiares durante la gestación podría resultar en un estado patológico para la embarazada y para el producto de la concepción (24).

De acuerdo con un estudio publicado en 2015, Chacón-O’Farril y Cols., describieron que la caracterización familiar es un determinante en el embarazo de alto riesgo, aunque el enfoque que describen es el embarazo adolescente, no dejan de puntualizar que el entorno familiar es un factor que interviene en el embarazo de alto riesgo; sin embargo al ser un estudio de adolescencia, se centra más en las circunstancias que intervienen en el embarazo adolescente, como las razones por las cuales existe dentro de una familia el embarazo en una mujer adolescente. (25)

En México un estudio publicado en 2015 en Sonora, por Soto-Acevedo y Cols., se observó que aproximadamente la mitad de las adolescentes embarazadas

tenían un nivel de funcionalidad adecuado, sin embargo, el tipo de instrumento utilizado fue la prueba SF-36 y el APGAR familiar, además de que el estudio fue realizado para adolescentes; esto, comentado por el autor, describe que la madre de la adolescente es quien asume el rol de madre, por lo que la cohesión familiar no se ve alterada. (26)

En un estudio publicado por Camargo en 2004 se describe que el estado de estrés continuo puede causar un estímulo lesivo en el cuerpo, ya que generalmente, el cuerpo no discrimina entre lesión real o lesión percibida (estímulo físico o psicológico), desencadenando una reacción en los ejes neurales, neuroendocrinos y endócrinos del organismo también conocido como Síndrome General de Adaptación. Bajo este argumento, podemos inferir que si una embarazada se encuentra en un estado de disconfort emocional ininterrumpido derivado de alguna “patología” familiar (como disfunción familiar o violencia intrafamiliar), podría desencadenar un embarazo de alto riesgo o en su defecto agravar el estado de embarazo de alto riesgo. (27)

En la Medicina Familiar, el objetivo del cuidado de la salud es dentro del contexto micro-social de la familia (sea cualquier tipo de familia) y no solo del individuo, evitando fragmentar la atención a la salud (paradigma flexneriano) de la embarazada al simple control de la gestación, obedeciendo al paradigma integral de atención a la salud, por lo que se deben incluir los factores familiares involucrados en el control prenatal. (28) (29) (30)

Por todo lo anterior, debemos entender que el control prenatal es un proceso dinámico que debe ser evaluado en cada consulta médica en la cual no sólo se deberían analizar los factores anatómicos o morbosos asociados al embarazo y los factores preconceptionales de la madre, sino también deberían tomarse en cuenta los aspectos familiares y socioeconómicos de la misma familia, con el fin de garantizar el máximo grado de bienestar físico, mental y social del binomio madre-hijo y no solo la ausencia de enfermedades tal como lo expresa la OMS en su definición de Salud (5).

Abril-Collado, en su Introducción a la Medicina Familiar, consideró a esta especialidad como la efectora de la atención a la salud, ya que es la que identifica,

incluye y evalúa todos los aspectos físicos, ambientales y familiares de las enfermedades para otorgar una atención integral a la salud, no solo del individuo sino también de los demás componentes del núcleo familiar, y en este caso, de la embarazada (31).

La violencia durante el embarazo es una situación que empezó a ser estudiada después de la primera mitad del siglo pasado en el mundo, algunos estudios reportan que en Estados Unidos y Canadá se alcanzó una prevalencia de más del 20% de agresiones durante el embarazo.

En México, este fenómeno se empezó a estudiar a finales del mismo siglo; según datos del INMUJERES, se reportó en 2006 que hasta el 38% de las mujeres sufrieron violencia durante el embarazo, entre las que se incluían agresiones verbales (12.7%), golpes (9.4%) y relaciones sexuales forzadas (8.4%). De acuerdo con la misma fuente, se reporta que el 48% de las mujeres que refirieron agresiones durante el embarazo, la violencia fue igual que antes de estarlo, es decir, que el estado de gravidez no modificó el comportamiento violento (32)

La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 que habla sobre violencia contra las mujeres; define a la violencia como el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de esta, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra. (33)

En el libro de Obstetricia de Williams, en el capítulo 47 de Cuidados Intensivos y Trauma, se describe que una agresión física o sexual en contra de una mujer embarazada que implique trauma abdominal puede provocar complicaciones tales como desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, fractura fetal in-útero, desgarro uterino, fracturas pélvicas y hemorragias obstétricas, entre otras. Esto puede derivar en la pérdida de la vida del producto o de la madre, y en el menor de los casos en recién nacidos prematuros o madres con secuelas permanentes de acuerdo con lo reportado por la ENVIM 2006 (32) (33) (34)

O'Doherty y Cols., (2015) en su metanálisis establece que la violencia más peligrosa contra la mujer embarazada no es la física, sino el abuso emocional que

a través del tiempo puede llegar a ejercer la pareja sobre ella, por lo que es importante la identificación a tiempo. En este mismo metanálisis, se recomienda generar más estudios o investigaciones que exploren este tipo de situaciones ya que, hasta el momento, la evidencia no es muy concluyente o es insuficiente. (35)

Actualmente, se sabe que las muertes maternas son potencialmente prevenibles si las causas principales son detectadas a tiempo durante el control prenatal; el Médico Familiar es el responsable de detectar a tiempo las condiciones predisponentes a embarazo de alto riesgo, ya que al ser quien vigilará la gravidez durante este periodo, puede identificar los factores de riesgo de la embarazada desde un enfoque integral, tomando en cuenta factores físicos (de salud), así como también incluyendo los factores familiares como funcionalidad familiar y violencia intrafamiliar que se asocian a estados de morbilidad gestacional o mortalidad materna. (16)

Los sistemas de salud en México, son instituciones de carácter social, y el Médico Familiar es el encargado de coordinar que un paciente reciba atención especializada en hospitales de segundo nivel de atención; razón por la cual, es un profesional de la salud especializado en prevenir, identificar y resolver los problemas de salud de la comunidad y la familia indistintamente del género, edad, nivel económico o cultural de sus pacientes tomando en cuenta la perspectiva de un subsistema familiar y social y las interacciones dentro de los mismos.

Jahanfar en 2014 estableció en su metanálisis que, si se realizan intervenciones tempranas sobre violencia intrafamiliar, se pueden disminuir los episodios de violencia y que podrían disminuir el riesgo de la embarazada de sufrirla. (1) (15) (16) (36) (37)

MARCO CONCEPTUAL

Escalas de evaluación de factores familiares

Instrumentos de Evaluación de la Funcionalidad Familiar

Se puede discriminar una familia funcional de una disfuncional en el nivel de adaptabilidad que tienen sus miembros para afrontar dificultades incluyendo sucesos catastróficos y no catastróficos (llamados crisis) que sucedan durante el ciclo vital de la misma, manteniendo la homeostasis del sistema familiar; esto no solo se limita a dichos sucesos, sino también a la capacidad familiar de facilitar el desarrollo personal adecuado de cada uno de sus miembros.

Esta funcionalidad tiene distintos atributos como niveles de cohesión, la flexibilidad, niveles de comunicación, grados de estrés, resolución de conflictos, etc.
(38)

De acuerdo con un estudio publicado por Solórzano y Cols., la funcionalidad familiar se puede medir a través de distintos instrumentos validados: los cuales de modo ilustrativo se enlistan a continuación: (39)

- Familiograma: En el cual están contenidos la estructura y relaciones familiares.
- Prueba APGAR Familiar: Evalúa adaptabilidad, participación y capacidad de resolución de problemas.
- Prueba de la Familia: A través de la evaluación de un niño por medio de dibujos o diseños para evaluar su percepción familiar.
- Cuestionario MOS de Apoyo Social: que como su nombre lo dice, evalúa la percepción del apoyo social de un individuo.
- Índice de Pless y Satterwhite: evalúa principalmente las interacciones conyugales desde la perspectiva de sentimiento de satisfacción.
- Escala de Beavers y Timberlawn: la cual evalúa entre otros la estructura del poder familiar y la promoción de la autonomía.
- Clasificación Triaxial de la Familia: que analiza las disfunciones familiares agrupándoles en tres dimensiones: Eje histórico o longitudinal, Eje de

subsistemas Familiares y Eje de disfunciones Familiares; lo que permite identificar el eje disfuncional y propone estrategias de solución.

- Escala de Funcionamiento de Emma-Espejel: acumula nueve indicadores que incluyen: control, autoridad, afecto, afecto negativo, apoyo, comunicación, recursos, supervisión y conductas negativas los cuales se obtienen de 40 preguntas agrupadas en los 9 ítems. Es un instrumento que ha sido utilizado en México con éxito y que ha sido calificado con ALFA de Cronbach de 0.91 por lo que su nivel es confiable.
- La prueba FF-SIL: es una prueba con 14 ítems a manera de situaciones supuestas y que miden el nivel de funcionalidad familiar desde la perspectiva de un miembro de la familia; por su diseño, es un instrumento que ofrece ventajas ya al ser fácil de contestar resulta cómodo para el participante entrevistado. En un estudio publicado por Álvarez-Machuca en 2018, se reportó un nivel de confiabilidad bueno, con un Alfa de Cronbach de 0.88. Y en un estudio publicado por Cassinda-Vissupe y Colaboradores en 2016, colocó a la misma prueba en un nivel de confiabilidad bueno, con un Alfa de Cronbach de 0.85. (40) (41)

A continuación, en las siguientes páginas describiremos aspectos relacionados con las pruebas utilizadas en el presente estudio.

Prueba FF-SIL

Para este estudio, se utilizó la Prueba FF-SIL que determina el nivel de Funcionalidad Familiar, ya que al tener respuestas de tipo Likert, fue fácil de contestar y nos otorgó una amplia gama de dimensiones a explorar en el ambiente familiar.

En 1999, en La Habana, Cuba, se presentó la prueba denominada FF-SIL, creado por Ortega-Veitia y colaboradores, con el objetivo de proponer un instrumento de evaluación cuanti-cualitativo de funcionalidad familiar. (38)

Esta prueba, ha sido adoptada por los Médicos Familiares como una herramienta de diagnóstico de funcionalidad o disfunción familiar como lo dice la misma propuesta. La prueba establece diferentes postulados o enunciados los cuales fueron respondidos por las participantes de acuerdo con 5 respuestas predefinidas, en este caso y para fines este estudio, se adoptaron los postulados y algunas palabras para la jerga de México con el objetivo de que sea más comprensible para la participante mexicana (ver anexos). (38) (39) (40) (41)

Es una prueba que consta de 14 reactivos que (como ya se mencionó), evalúan la funcionalidad familiar explorando siete dimensiones, las cuales son:

- **Cohesión:** Es la unión física y emocional familiar para enfrentar diferentes situaciones, incluyendo las decisiones en las tareas cotidianas.
- **Armonía:** Equilibrio emocional positivo de correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en general.
- **Comunicación:** La capacidad de los miembros de la familia para transmitir sus experiencias de manera clara, y directa (asertividad).
- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias o instituciones.
- **Afectividad:** Capacidad de cada uno de los miembros de la familia de demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros.

- Roles: Capacidad de los miembros de la familia de cumplir las responsabilidades y funciones asignadas por el núcleo familiar.
- Adaptabilidad: Capacidad de la familia para cambiar su estructura, roles y reglas ante determinada situación que así lo requiera.

Cada una de estas dimensiones fue explorada por 2 preguntas de la prueba:

- 1 y 8 Cohesión Familiar
- 2 y 13 Armonía Familiar
- 3 y 9 Roles Familiares
- 4 y 14 Afectividad Familiar
- 5 y 11 Comunicación Familiar
- 6 y 10 Capacidad de Adaptación Familiar
- 7 y 12 Permeabilidad Familiar

Cada pregunta tiene 5 posibilidades de respuestas cualitativas en orden ascendente, que obtienen un puntaje cuantitativo para su medición, es importante aclarar que para cada una de las dimensiones el puntaje mínimo es dos y el máximo es diez y el máximo en total es setenta puntos y el mínimo total de catorce puntos:

- Casi nunca: 1 punto
- Pocas veces: 2 puntos
- A veces: 3 puntos
- Muchas veces: 4 puntos
- Casi siempre: 5 puntos

Al finalizar la prueba, se realizó una sumatoria de los puntos obtenidos con base en las respuestas seleccionadas por cada participante, y de acuerdo con la sumatoria de los mismos, se obtuvo una clasificación cualitativa de acuerdo con el puntaje obtenido:

- 14 a 27 puntos: Familia severamente disfuncional
- 28 a 42 puntos: Familia disfuncional
- 43 a 56 puntos: Familia moderadamente funcional
- 57 a 70 puntos: Familia funcional

Es importante mencionar que, de acuerdo con el puntaje obtenido en cada dimensión, se puede establecer también un indicador, por lo cual si la participante obtiene un bajo puntaje en una dimensión (2 preguntas), se determinó cuál es aquella en la cual hará falta realizar una intervención.

Instrumento de evaluación de violencia intrafamiliar

Cuestionario para el Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar: ¿Vives violencia?

Para la evaluación de la violencia intrafamiliar, debemos considerar que de acuerdo con cifras del INMUJERES de todas las mujeres que reportaron violencia durante el embarazo sólo el 7% reportó haberla recibido por parte de otra persona aparte de la pareja, por lo que utilizamos un cuestionario validado por el mismo Instituto, que ha sido utilizado en diferentes estudios de violencia contra las mujeres, así como para evaluación de mujeres violentadas. (32)

Este cuestionario ha sido un instrumento utilizado por diferentes organismos tanto gubernamentales (INMUJERES) como no gubernamentales (Centros de ayuda a la Mujer Violentada) para ayudar a la mujer a identificar si vive con violencia o no; de acuerdo con reportes, éste mismo, en caso de que la mujer no perciba vivir violencia, el contestar el cuestionario, ayudaría a la misma mujer a sensibilizarse en cuanto a la violencia intrafamiliar. (8)

Este cuestionario evaluó principalmente la percepción de la mujer de violencia por parte de la pareja a través de 15 preguntas sobre el comportamiento de la pareja (ver anexos); tiene cuatro respuestas cualitativas posibles de frecuencia en orden ascendente y cada una de ellas obtiene un puntaje de acuerdo con su respuesta:

- Si: 3 puntos
- A veces: 2 puntos
- Rara vez: 1 punto
- Nunca: 0 puntos

Al finalizar, se realizó una sumatoria del puntaje obtenido por cada respuesta y de acuerdo con el resultado se reportó un índice de abuso:

- 0 a 11 puntos: Relación no abusiva. Existencia de problemas en el hogar que se resuelve sin violencia.
- 12 a 22 puntos: Primer nivel de abuso. La violencia en la relación está iniciando, es un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.
- 23 a 34 puntos: Abuso severo. La violencia está presente y es necesario solicitar ayuda institucional.
- 35 a 45 puntos: Abuso Peligroso. El problema de violencia no se resolverá por sí mismo y la integridad física se encuentra vulnerada, se corre el peligro de muerte o lesión inminente.

En este caso, se determinó cual es el nivel de violencia que vive o percibe vivir la participante y para fines del mismo estudio, solo determinaremos si existe o no violencia intrafamiliar en contra de la participante; por supuesto que, en caso de detectar algún nivel de abuso o violencia en la participante, ésta fue canalizada al servicio de Trabajo Social para su atención integral.

Instrumento de Clasificación Socioeconómica

El Método de Graffar, modificado por Méndez-Castellano en su libro “Sociedad y Estratificación” publicado en Venezuela 1994, ha sido uno de los principales métodos de clasificación del estatus socioeconómico a nivel internacional desde su creación, ya que, por su simplicidad de llenado, resulta muy fácil de completar; de tal modo que fue utilizado en el presente trabajo para la clasificación socioeconómica de la participante.

Cabe mencionar en este apartado, la “Teoría de la Sociedad”, descrita por Talcott Parsons, sociólogo quien postuló el estrato socioeconómico como una construcción de la sociedad en la cual existe una calificación entre un grupo de individuos con respecto de otros mutuamente, tal como lo resume Arnoletto en su libro curso de teoría política. (42)

El método de Graffar-Méndez-Castellano, fue validado durante la “investigación nacional de crecimiento y desarrollo” en Venezuela y ha sido utilizado año con año en el mismo país para estadificar las condiciones de vida de ese país; en un estudio publicado por Cardozo Et. Al en 2013; se reportó un alfa de Cronbach de la prueba de 0.69, y en un estudio en 2014 por Díaz-Ortega, reportó un nivel de confiabilidad del 0.85. (43) (44) (42) (45) (46)

A través de esta variable sociodemográfica, conocimos el estatus socioeconómico de cada participante y exploramos su asociación con el embarazo de alto riesgo, con la funcionalidad familiar o con la violencia intrafamiliar que pudiera vivir la participante.

La escala de Graffar califica cuatro variables, divididas en cinco ítems cada una:

1. Profesión del jefe de Familia
2. Nivel de Instrucción de la Madre
3. Principal fuente de ingreso de la familia
4. Condiciones de vivienda

Cada participante seleccionó un ítem por cada variable y a cada uno de ellos se le asignó un puntaje que va desde el uno hasta el cinco; al final de este, se realizó una sumatoria del puntaje obtenido para determinar el nivel socioeconómico, el cual se clasificó en:

- De 4 a 6 puntos = Nivel Alto
- De 7 a 9 puntos= Medio Alto
- De 10 a 12 puntos= Medio Bajo
- De 13 a 16 puntos= Obrero
- De 16 a 20 puntos= Marginal

Justificación

El embarazo es un estado vulnerable en toda mujer y en la familia, ya que éste supone un cambio importante en el entorno familiar desde el mismo momento de la concepción; por lo que se deben identificar de manera precoz e integral todos los aspectos del proceso del embarazo con el fin de establecer estrategias de intervención de los factores modificables para garantizar la evolución y terminación del embarazo de manera satisfactoria.

De acuerdo con la OMS, la salud en la embarazada no es sólo la ausencia de enfermedades, sino que también es un estado de equilibrio psicosocial de la misma, de tal modo que la funcionalidad familiar juega un papel importante en la gestación siendo ésta la que determinará el bienestar del entorno de la futura madre.

La violencia intrafamiliar sigue siendo un tema de importancia en la atención integral de la mujer embarazada ya que puede pasar desapercibida al existir modalidades que aparentemente no se manifiestan de manera física sino hasta que es un problema mayor con secuelas importantes para la futura madre.

En el modelo integral de atención a la salud, el médico familiar es el especialista que dirigirá la atención prenatal por lo que es de importancia primordial, que incluya a la pareja y a la familia en el control prenatal, ya que el bienestar de la embarazada será también un resultado de las interacciones familiares que tenga ésta.

Es por esta razón que durante el control prenatal resulta una obligación para el Médico Familiar la asociación de la funcionalidad familiar y la violencia intrafamiliar con el embarazo de alto riesgo, así como su identificación oportuna; ya que son marcadores de riesgo además de los factores biológicos asociados al mismo con el fin de establecer medidas preventivas o terapéuticas de primer nivel de atención para evitar complicaciones futuras para la madre.

En las Unidades de Medicina Familiar de todo el país, el control prenatal y la atención a la embarazada de alto riesgo son componentes diarios de la consulta de

primer nivel de atención, por lo que el presente estudio pretende ampliar el acervo del médico familiar en la gradación de los factores de riesgo que se asocian al embarazo de alto riesgo, ya que de la oportuna aplicación de este conocimiento en la consulta diaria, se beneficiarán las mujeres embarazadas al tener un mejor control de su embarazo y con ello, mejorar la calidad en la atención médica durante la gestación institucional.

Planteamiento del problema

ARGUMENTACIÓN

El embarazo de alto riesgo sigue siendo un problema de salud pública ya que se observan cifras dramáticas en la incidencia de este fenómeno en países en vías de desarrollo, siendo la 2ª causa de muerte de mujeres en edad reproductiva a nivel mundial. En el año 2000 los 191 países que conforman la Organización de las Naciones Unidas firmaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, documento en el cual se comprometieron entre otros rubros a mejorar la salud materna por medio del indicador de muertes maternas, cuya meta para México fue lograr una tasa de 22.2 defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos para 2015. El Instituto Mexicano del Seguro Social, pionero en avances médicos, logró en 2017 una tasa histórica de 24 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, lo cual es loable; sin embargo, no podemos dejar de lado que, a pesar de las estrategias establecidas, aún tenemos tasas desfavorables y mucho trabajo por hacer en el resto del país.

Durante la segunda mitad del siglo pasado, se observó una necesidad de atención a la salud desde un modelo bio-psico-social; ésta necesidad derivó de la previa fragmentación del acto médico; el cual se centró en atender enfermedades desde el punto de vista de una especialidad, órgano o sistema específico sin tomar en cuenta el entorno social del enfermo y en este caso, de la embarazada; surgiendo así la especialidad en Medicina Familiar, cuya premisa se basó en que la atención médica incluyera también la integración de factores socioambientales y familiares de la paciente.

Por lo anterior, resulta imperante entonces para el médico de familia, identificar, conocer y evaluar los factores que intervienen en el embarazo de alto riesgo durante el control prenatal desde un enfoque integral; ya que, si bien se toman en cuenta los factores preconcepcionales, anatómicos y estados mórbidos del embarazo que se asocian al alto riesgo, es necesario ponderar también otros factores como violencia y funcionalidad familiar que eventualmente pudieran estar asociados al mismo.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

Esta investigación respondió la interrogante:

¿Cuál es la asociación entre funcionalidad familiar y violencia intrafamiliar con embarazo de alto riesgo en gestantes de 19 a 34 años en la Unidad de Medicina Familiar No 3 de la Ciudad de México en el año 2021?

Objetivos

Objetivo General

Asociar funcionalidad familiar y violencia intrafamiliar con el embarazo de alto riesgo en gestantes de 19 a 34 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 de la ciudad de México durante el año 2021.

Objetivos específicos

- Conocer la frecuencia de mujeres con embarazo de alto riesgo en la UMF No. 3.
- Describir los datos sociodemográficos de las embarazadas de alto riesgo.
- Conocer el nivel socioeconómico de las embarazadas en alto y bajo riesgo.
- Conocer el nivel de funcionalidad familiar en las embarazadas de alto riesgo.
- Conocer la frecuencia y nivel violencia intrafamiliar en las embarazadas de alto riesgo.

Hipótesis de trabajo

Existe asociación entre Funcionalidad Familiar y Violencia Intrafamiliar con el embarazo de alto riesgo en gestantes de 19 a 34 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 3 de la Ciudad de México.

Material y métodos

Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Unidad de medición
Variables dependientes					
Embarazo de alto riesgo	Aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto (19)	Embarazo que de acuerdo a su historia clínica tiene Alto riesgo por gradación en formato MF5 normativo. Alto riesgo Bajo riesgo	Cualitativa	Nominal	MF5: >4 pts. = Alto Riesgo <4 pts. = Bajo Riesgo.
Variables independientes					
Funcionalidad Familiar	Dinámica relacional sistemática, cuantificada a partir de la exploración de 7 dimensiones (38)	Nivel de dinámica familiar integrando las 7 dimensiones. • Funcional • No funcional	Cualitativa	Ordinal	57-70 pts.: Funcional 43-56 pts.: Moderadamente funcional 28-42 pts.: Disfuncional 14-27 pts.: Severamente disfuncional
Violencia Intrafamiliar	Acto u omisión cometido por un miembro de la familia en contra de otro (33)	Existencia de violencia de acuerdo al puntaje obtenido. • Presente • Ausente	Cualitativa	Nominal	• Relacion no abusiva • Primer nivel de violencia • Abuso Severo • Abuso peligroso
Variables moderadoras					
Nivel Socioeconómico	Clasificación diferencial de los individuos que componen un sistema social dado, y su calificación de superiores o inferiores los unos en relación con los otros, según valores importantes para la sociedad (42)	Estatus de nivel de calidad de vida en la familia de acuerdo a su poder adquisitivo	Cualitativa	Ordinal	4-6=Alto 7-9=Medio Alto 10-12=Medio Bajo 13-16=Obrero 17-20=Marginal
Edad	Tiempo en años que ha vivido una persona hasta el presente. (47)	Número de años vividos de la participante	Cuantitativa	Ordinal	19-25 años 26-30 años 30-34 años
Estado Civil	Cualidad de la persona por su especial situación y consiguiente condición de miembro en la organización civil de la comunidad en el ámbito de la pareja (48)	Situación conyugal percibida independientemente del documento legal que tenga la participante	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Unión libre Viuda Separada Divorciada

Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (49)	Nivel educativo de la participante	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Profesional
Trimestre del embarazo	Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio (15)	Intervalo en meses desde la fecha de última regla hasta el momento del estudio	Cualitativa	Ordinal	Primer trimestre: 1-3 meses Segundo trimestre: 4-6 meses Tercer trimestre: 7-9 meses
Número de embarazos previos al actual	Estados fisiológicos de la mujer que se iniciaron con la fecundación y terminaron con la expulsión del producto, previos al actual. (16)	Numero de gestaciones que tuvo la mujer incluyendo el actual, independientemente de si llegó a término o no.	Cuantitativa	Discreta	1 2 3 4 5 o más
Tipo de familia	Atributo que obtiene la familia de acuerdo al grado de estar emparentados entre sí los miembros del hogar. (23) (50)	Persona o personas con las que vive la gestante. <ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Extendida • Compuesta 	Cualitativa	Nominal	*Solo la pareja (Nuclear) *Pareja e hijo(s) (Nuclear) *Hijos, sin pareja (Nuclear) *Pareja y otro(s) familiar(es) (Extendida) *Pareja, hijos y otro(s) familiar(es) (Extendida) *Pareja, hijos y otra persona no familiar (Compuesta)
Ingreso mensual aproximado	Caudal (económico) que entra en poder de la familia y le es de cargo en sus cuentas. (51)	Cantidad de dinero que mensualmente se cuenta en el gasto familiar.	Cuantitativa	Ordinal	Menos de \$6,000 De \$6000 a \$12,000 De \$12,000 a \$20,000 +20,000

Diseño del estudio

- Se trata de un estudio Observacional, transversal, retrospectivo analítico.

Diseño de investigación

- Tipo de estudio: Encuesta transversal analítica.

Lugar y tiempo de estudio

El estudio se realizó en el año 2021 en la Unidad de Medicina Familiar No. 03 (UMF 3) que pertenece a la OOAD 2 norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Población de Estudio (Universo de trabajo)

Mujeres derechohabientes de la UMF 3 quienes durante la investigación estuvieron embarazadas y acudieron a control prenatal a la consulta externa de la UMF 3 cumpliendo los criterios de selección.

Tamaño de la muestra

De acuerdo con García-García, el tipo de cálculo de tamaño muestral adecuado para esta investigación fue en base a una población infinita, de tal modo que se realizó el cálculo del tamaño de muestra de tipo probabilístico; dicha estimación se complementó utilizando la aplicación “epiinfo”, un software de calculadora electrónica desarrollada por el Centro de Prevención y Control para las Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica (CDC por sus siglas en inglés). Este Software de acuerdo con lo expuesto por García-García, Et. Al., es una herramienta con adecuada validez para cálculo de muestras (52).

Se realizó un cálculo de muestra para una población de embarazadas del universo de trabajo; de acuerdo con Campa (2015), en la página de México social, se estimó que, de la media nacional, el 30% de las pacientes embarazadas cursaron

con embarazo de alto riesgo; y se tomó un intervalo de confianza del 95% y un alfa (límite de confianza) del 5%. (53).

Sin embargo, para fines del presente estudio y tomando en cuenta el universo de población, se aplicó la encuesta al 100% de las mujeres embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron ingresar al estudio.

Instrumentos de evaluación

En total se aplicaron 3 cuestionarios, los cuales a continuación se enlistan:

- Se utilizó la prueba FF-SIL para evaluar la funcionalidad familiar de la participante, la cual constó de 14 ítems, que tienen 5 posibles respuestas para cada uno; se evaluaron 7 dimensiones por cada dos ítems. Se evaluaron dos cosas: la primera es el grado de funcionalidad o disfunción familiar y la segunda es la dimensión que de fallo en la funcionalidad familiar. (Ver anexos)
- Se utilizó un cuestionario de autodiagnóstico para identificar violencia intrafamiliar ejercida sobre la participante, el cual constó de 15 preguntas con 4 posibles respuestas de las cuales la participante seleccionó una y de acuerdo con la sumatoria del puntaje obtenido, se estadificaron dos cosas: la primera, si existe o no violencia, la segunda, en caso de existir violencia, cual fue el grado de ésta. (Ver anexos)
- Se utilizó el método de Graffar, modificado por Méndez-Castellanos para clasificar el nivel socioeconómico, una prueba sencilla y fácil de contestar, con respuestas predefinidas que la participante seleccionó. Este cuestionario estaba incluido en el de datos sociodemográficos. (Ver anexos)
- Se utilizó un cuestionario para datos sociodemográficos de la participante, el cual fue diseñado de manera sencilla de contestar, incluyendo solamente iniciales de la paciente para su protección de identidad. (Ver anexos)

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Mujeres embarazadas con edad entre 19 y 34 años con control prenatal en cualquiera de los consultorios al momento del estudio.
- Ser derechohabiente de la UMF 3.
- Que acepten participar en el estudio.
- Que firmen el consentimiento informado de aceptación de participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas entre 19 y 34 años quienes no hayan tenido ninguna consulta de atención prenatal en la UMF 3 al momento del estudio.
- Mujeres embarazadas entre 19 y 34 años quienes en cuyo expediente médico no se haya establecido embarazo de alto o bajo riesgo de acuerdo con el formato MF5.

Criterios de eliminación

- Que respondan el cuestionario de manera incompleta, con tachaduras o múltiples respuestas que puedan dificultar la interpretación de los resultados.
- Que deseen salir del estudio, aunque hayan aceptado antes participar en el mismo.
- Que en el momento del estudio ya no estén embarazadas independientemente de la resolución del embarazo.

Análisis estadístico

Las variables sociodemográficas se analizaron con medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con su modalidad: las variables cualitativas se resumieron con medidas de tendencia central y se ilustraron en porcentajes y las variables cuantitativas se resumieron con media y desviación estándar.

Para conocer el tipo de distribución se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov.

Para calcular la homogeneidad o diferencia de variables cualitativas entre participantes (con funcionalidad familiar normal y con disfunción familiar) se aplicó Chi cuadrada (para diferencia de proporciones) para grupos independientes.

Se aplicaron tablas de contingencia y Razón de Momios para establecer asociación de variables en tablas de 2 x 2, utilizando Chi cuadrada para su validación estadística.

Aspectos Éticos

El presente estudio se apegó a:

Las consideraciones de los principios de investigación médica, establecidos en Helsinki en 1975 y enmendados en Edimburgo en el año 2000 con su última revisión en Fortaleza, Brasil en octubre de 2013.

Los “Principios Éticos y Directrices Para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación” contenidos en el Informe Belmont y publicados en 1976 que actualmente se encuentran vigentes.

Las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos” que publica el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica (CIOMS) en colaboración con la OMS en 2011.

Reglamento de la Ley General de Salud En Materia de Investigación para la Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de febrero de 2014.

Ley Federal de Salud en su Artículo 17 sobre el nivel de riesgo de las investigaciones en humanos.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los Criterios para la Ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.

Se trata de un estudio con riesgo mínimo, ya que solo se trata de una encuesta y en ningún momento representa algún método invasivo para obtención de resultados.

Se solicitó consentimiento informado por escrito a todas las participantes (Ver anexos).

La información obtenida fue estrictamente confidencial y no se divulgaron datos sensibles o registros médicos de las participantes, incluyendo datos de identificación de estas.

Recursos del estudio

Recursos Materiales

- Computadora Laptop MacBook Air con conexión a internet y software necesario para la investigación.
- Software: Monterrey iOS.
- Paquetería: Office 360 para Mac; IBM SPSS Statistics V. 25 para Mac; Aplicación EpiInfo para iPhone.
- Smartphone iPhone 11 PRO, Sistema operativo iOS 15.5 con aplicaciones necesarias para la investigación (EpiInfo para iPhone).
- Impresora láser EPSON con cartuchos de tinta suficientes.
- Artículos de papelería: Hojas papel bond, bolígrafos color azul, grapas, etc.

Recursos Electrónicos

- Bases de datos electrónicas de publicaciones científicas, NCBI, pubMed, Ebsco, medic latina, CONRICyT, Cochrane, publicaciones electrónicas repositorio IMSS, paginas oficiales del gobierno de México. Buscador en línea Google search y Google académico.

Recursos Físicos

- Infraestructura de la UMF 3 IMSS como sala de espera, consultorios de medicina familiar, aula, auditorio y biblioteca; muebles e inmuebles.

Financiamiento

- Los costos de los recursos necesarios para la investigación fueron cubiertos por el investigador.

Factibilidad

- Este estudio es factible ya que en la UMF 3 de la CDMX se cuenta con la población blanco y tamaño muestral adecuado para llevar a cabo la investigación.

Cronograma de Actividades

Asociación entre funcionalidad familiar y violencia intrafamiliar con el embarazo de alto riesgo en gestantes de 19 a 34 años.

	MZO-ABR 2020	MAY-JUN 2020	JUL 2020	AGO-DIC 2020	JUN-AGO 2021	SEPT 2021	OCT-NOV 2021	DIC 2021	ENE-FEB 2022	
Pregunta de investigación	P	R								
Análisis bibliográfico y marco teórico	P	R								
Justificación y objetivos		P	R							
Metodología del protocolo			P	R						
Revisión para envío a plataforma			P	R						
Envío a SIRELCIS (IMSS)				P	R					
Aplicación de encuestas					P	R				
Análisis estadístico de resultados						P	R			
Discusión y conclusión							P	R		
Revisión y edición final								P	R	
Elaboración de informe final									P	R

P= PROGRAMADO
R= REALIZADO

Desarrollo del estudio o proyecto

Previa autorización del comité de ética en investigación y del comité local de investigación en salud, se obtuvo anuencia de la dirección de la Unidad de Medicina Familiar No. 03 “La Joya” para realizar el estudio.

Posteriormente, se acudió a Jefatura de Departamento Clínico de ambos turnos (matutino y vespertino) de la UMF para obtener el censo de mujeres gestantes que acudían a la consulta externa de Medicina Familiar a su control prenatal; se identificó a través del censo a las embarazadas que cumplían con los criterios de selección.

Se buscó a todas las mujeres embarazadas (participantes) que cumplieron con los criterios de selección para el estudio en la sala de espera de la UMF en el momento que acudían a la consulta de atención prenatal en ambos turnos y se les invitó a participar en el estudio.

El presente estudio no contempló menores de edad, por lo que no se requirió consentimiento de los padres o tutores.

Se aplicó la encuesta a las embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 3 “La Joya” de los turnos matutino y vespertino durante los meses de Junio, Julio y Agosto del 2021 a través de un colaborador del estudio, del total de las embarazadas (n=165), el 0.54% fueron adolescentes menores de 19 años (n=9) y el 0.18% tenían edad de 35 años o más (n=30); quedando un total de 126 embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio; se buscó a estas mujeres embarazadas en sala de espera el día y la hora de su consulta de control prenatal prevista en su tarjeta de embarazo y se solicitó su participación voluntaria en el estudio explicándoles la mecánica y temática del mismo, sin embargo 5 mujeres embarazadas rechazaron participar en la investigación.

Todas las participantes del estudio, previo a la aplicación de la encuesta firmaron el “Consentimiento informado para participación en protocolos de investigación” y se protegió su identidad de acuerdo con lo establecido en el mismo documento.

En total se aplicaron 121 encuestas que contenían tres instrumentos: el primero fue para recolectar datos sociodemográficos incluidos el método de Graffar para el estatus socioeconómico; el segundo fue la prueba FF-SIL de Funcionalidad Familiar y el tercero fue el Cuestionario para el Autodiagnóstico de la Violencia Intrafamiliar ¿Vives Violencia?

La aplicación de la encuesta completa tuvo un tiempo estimado de llenado de 10 a 15 minutos en total; las participantes contestaron los instrumentos sin intervención del colaborador y en caso de duda sobre cómo llenarlos, se les aclaró la misma, cuidando de no intervenir en la respuesta de la participante. En caso de que la participante así lo solicitó, el entrevistador llenó los instrumentos con las respuestas aportadas por la participante en tiempo real; es decir, con la participante presente. En cualquier momento de la entrevista, la participante se encontraba en el derecho de abandonar el estudio sin que esto repercutiera en ninguna manera su atención médica.

En ningún momento se divulgó la información de las participantes a terceros; sin embargo, en el caso de que el instrumento de violencia intrafamiliar reportó un riesgo inminente, se le dio a la paciente el resultado y se le canalizó al servicio de trabajo social para su atención integral.

Resultados

Datos sociodemográficos.

Del total de las 121 embarazadas participantes en el estudio, el promedio de edad de las mujeres embarazadas fue de 26.4 años (D.E. 4.8 años); la mayoría de las mujeres embarazadas se encontraron en Unión Libre con un 56.2% (n= 68 mujeres); la escolaridad prevalente fue la Preparatoria o su equivalente con un porcentaje del 51.2% (n= 62). El 61.2% de las encuestadas cursaba el tercer trimestre de embarazo con 74 gestantes. En cuanto a número de embarazos la primera gesta fue la moda con un total de 70 primigestas.

En cuanto a la tipología familiar, específicamente dentro de la clasificación familiar según su composición familiar, la mayoría de las familias de las gestantes encuestadas estaba conformada por familia extendida con un total de 61 y un porcentaje de 50.4%; la siguiente tipología familiar fue la familia nuclear con un 35.6% con un total de 43. Las familias monoparentales solo representaron el 14% con un total de 17 independientemente del número de hijos que la familia tuviera. No hubo familias reconstruidas o compuestas.

En cuanto a la clasificación socioeconómica, prevaleció el estrato medio-bajo con 56.2%, y un total de 68. Todos los datos se detallan en la tabla 1.

Riesgo obstétrico:

Como se puede observar en la gráfica 1, el riesgo obstétrico que más prevaleció fue el alto riesgo con un 55% y un total de 66 gestantes, mientras que el bajo riesgo fue de 45% y 55 en total, esta estatificación es congruente con el formato MF-5 normativo y se basó en el censo de embarazadas existente en la unidad al momento del estudio.

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

Edad	\bar{x}	D.E.
	26.4	4.8
Estado civil	n	%
Soltera	32	26.4
Casada	18	14.9
Unión Libre	68	56.2
Separada	2	1.7
Divorciada	1	.8
Escolaridad		
Secundaria	24	19.8
Preparatoria	62	51.2
Profesional	35	28.9
Trimestre de embarazo		
Primero	16	13.2
Segundo	31	25.6
Tercero	74	61.2
Gestas		
1	70	57.9
2	36	29.8
3	11	9.1
4	4	3.3
	\bar{x}	D.E.
	1.58	0.79
Tipo de familia	n	%
Mi pareja (Nuclear)	25	20.7
Pareja e hijos (Nuclear)	18	14.9
Hijos sin pareja (Monoparental)	17	14
Pareja sin hijos y otros familiares (Extendida)	34	28.1
Pareja, hijos y otros familiares (Extendida)	27	22.3
Clasificación Socioeconómica (Graffar)	n	%
Obrero	18	14.9
Medio Bajo	68	56.2
Medio Alto	33	27.3
Alto	2	1.7

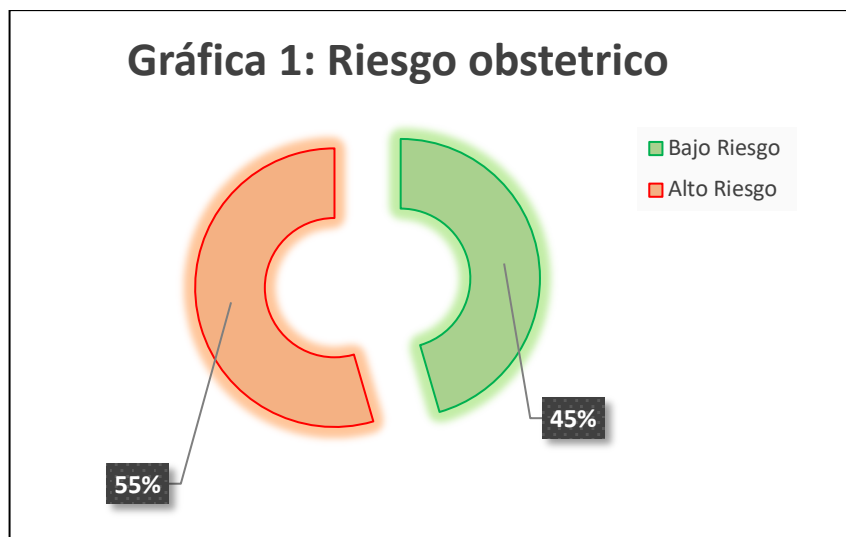
Fuente: Instrumento: Hoja de recolección de datos sociodemográficos; Instrumento: Test de Graffar. \bar{x} = media. D.E.= Desviación Estándar.

Funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar de acuerdo con la prueba FF-SIL fue categorizada en familia funcional con un porcentaje de 75.3% y un total de 91, familia moderadamente disfuncional en un 20.5% y un total de 25 y familia disfuncional con un total de 5, representando un 4.3% en todas las embarazadas encuestadas independientemente del riesgo obstétrico; ninguna se encontró en la categoría Severamente Disfuncional.

Posteriormente, para los objetivos del estudio, se separaron a las mujeres embarazadas de alto y bajo riesgo y los resultados de agruparon en variables dicotómicas como familia funcional o con algún nivel de disfunción familiar, quedando un total de 30 con familia disfuncional y 91 con familia funcional, obteniendo porcentajes de 24.7% y 75.3% respectivamente. Los resultados se describen en la tabla 2 y la gráfica 2.

Gráfica 1: Riesgo obstétrico.



Fuente: Censo embarazo de alto riesgo junio 2021.

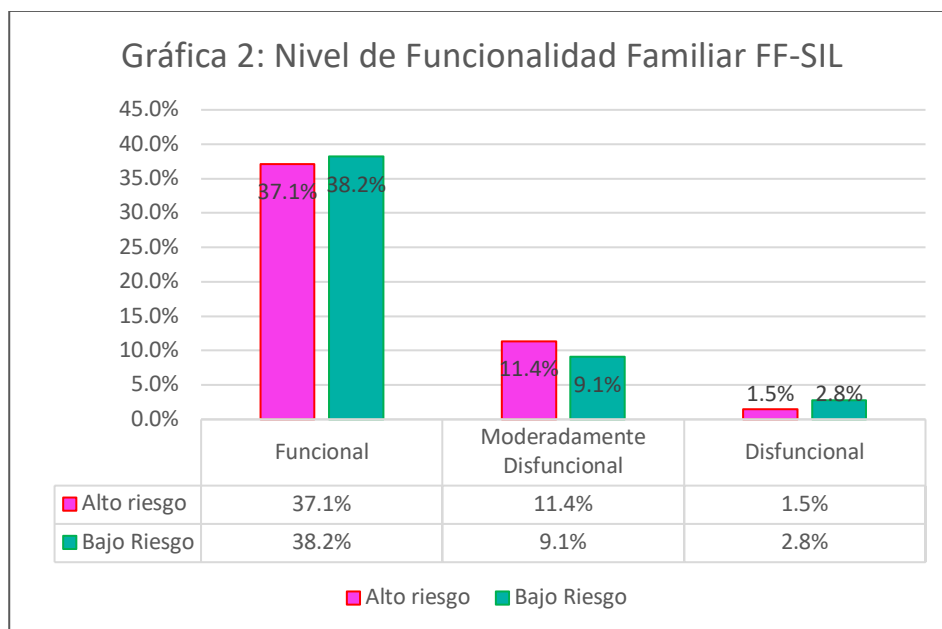
Tabla 2: Funcionalidad familiar por Riesgo Obstétrico.

Tabla 2: Funcionalidad Familiar por Riesgo Obstétrico

n=121	Bajo Riesgo		Alto riesgo	
	Funcional	Disfuncional	Funcional	Disfuncional
Frecuencia	42	13	49	17
Porcentaje	38.20%	11.85%	37.10%	12.85%

Fuente: Instrumento: Test FF-SIL de Funcionalidad Familiar. n= total de participantes.

Gráfica 2: Nivel de Funcionalidad Familiar FF-SIL



Fuente: Instrumento: Test FF-SIL de funcionalidad familiar.

Tabla 3: Violencia Intrafamiliar por Riesgo Obstétrico

Tabla 3: Percepción de Violencia Intrafamiliar

n=121	Bajo Riesgo		Alto Riesgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin violencia	49	89.1%	60	90.9%
Violencia Intrafamiliar	6	10.9%	6	9.1%
Total	55	100.0%	66	100.0%

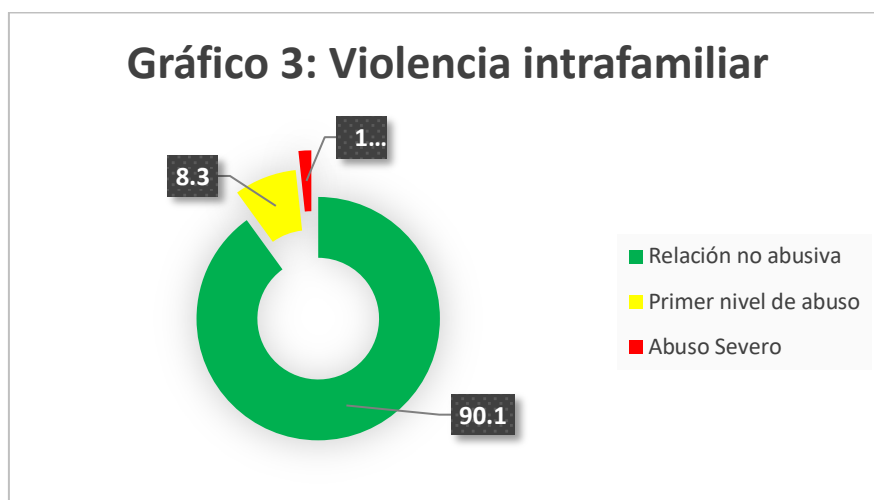
Fuente: Instrumento: Cuestionario para el autodiagnóstico de violencia intrafamiliar.

Violencia intrafamiliar.

En cuanto al Cuestionario para el Autodiagnóstico de la Violencia Intrafamiliar aplicado, se observó que el 90.1% de las encuestadas no percibían violencia dentro de sus hogares con un total de 109; 10 se encontraron en la categoría de primer nivel de abuso con 8.3% y 2 en abuso severo con un porcentaje de 1.7%; no hubo ninguna en la categoría de abuso peligroso. Las mujeres embarazadas que se encontraron en la categoría de abuso severo pertenecían al grupo de bajo riesgo obstétrico.

Posteriormente se separó a las encuestadas en grupos de alto y bajo riesgo obstétrico y se agrupó en variables dicotómicas con respecto a la violencia intrafamiliar observando que 6 gestantes de alto riesgo vivían con algún nivel de violencia intrafamiliar obteniendo un porcentaje de 9.1% y las 60 embarazadas restantes que corresponden al 90.9% de ese grupo no padecieron violencia; mientras que 49 embarazadas de bajo riesgo que corresponden al 89.1%, se encontraban en una relación no abusiva, el 10.9% con 6 embarazadas vivían con violencia intrafamiliar. Los datos se ilustran en la gráfica 3 y la tabla 3.

Gráfico 3: Violencia intrafamiliar.



Fuente: Instrumento: Cuestionario para el autodiagnóstico de violencia intrafamiliar.

Análisis Bivariado

Para el análisis bivariado se utilizaron tablas cruzadas para calcular Razón de Momios de Funcionalidad Familiar y Violencia Intrafamiliar para asociar el Alto Riesgo Obstétrico.

Razón de Momios de Funcionalidad Familiar para el Alto Riesgo en el Embarazo: OR= 1.121 (IC 0.488 – 2.574) con cálculo de χ^2 corregida se obtuvo el valor $p=0.95$; que no muestra diferencia estadísticamente significativa.

Razón de Momios de Violencia Intrafamiliar para el Alto Riesgo en el Embarazo: OR= 0.817 (IC 0.248 – 2.692) con χ^2 corregida de $p=0.97$ que no muestra diferencia estadísticamente significativa. Los resultados del análisis multivariado se resumen en las tablas 4 y 5.

Tabla 4: Tabla de contingencia: Riesgo obstétrico VS Funcionalidad familiar

	Funcionalidad Familiar		Total	p
	Funcional	No Funcional		
Bajo Riesgo	42	13	55	p=0.954
Alto Riesgo	49	17	66	
Total	91	30	121	

Fuente: Censo Embarazo de Alto Riesgo; Test FF-SIL

Tabla 4: Tabla de contingencia: Riesgo obstétrico VS Funcionalidad familiar

	Violencia		Total	p
	Sin violencia	Con violencia		
Bajo Riesgo	49	6	55	p=0.978
Alto Riesgo	60	6	66	
Total	109	12	121	

Fuente: Censo Embarazo Alto Riesgo; Cuestionario para el Autodiagnóstico de la Violencia Intrafamiliar.

DISCUSIÓN:

A través de esta investigación se demostró de manera estadística que no hay asociación entre el embarazo de alto riesgo y la funcionalidad familiar; también se demostró que el embarazo de alto riesgo no está directamente asociado a la violencia intrafamiliar, sin embargo, como se comentó anteriormente, pueden existir otros factores no biológicos influyentes en el alto riesgo.

Durante el desarrollo del estudio, se observó que existe poca evidencia científica que explore la violencia y su relación con el embarazo de alto riesgo. También se observó que hay muy pocas investigaciones que relacionen la funcionalidad familiar con el embarazo de alto riesgo hasta el momento.

De acuerdo con nuestro análisis bibliográfico, se encontró que la investigaciones científicas realizadas en torno al ambiente familiar y su asociación con el embarazo de alto riesgo han sido pocas en los últimos 20 años; aunque existen investigaciones que exploran el ambiente familiar en el embarazo, éstas lo hacen en mujeres adolescentes que quizá tengan una dinámica familiar diferente a las mujeres embarazadas encuestadas en el presente estudio, es decir, el grupo etario entre 19 a 34 años; evidenciando que las investigaciones que asocian el embarazo de alto riesgo y la violencia así como la funcionalidad familiar en el grupo etario de 19 a 34 años son prácticamente nulas hasta el momento; (25) (54).

En un artículo publicado por Arias-Trujillo y Colaboradores que califica la funcionalidad familiar y el embarazo adolescente, se reportó que el 27.9% de las adolescentes embarazadas vivían en un ambiente familiar con buena función familiar, lo que contrasta con los resultados obtenidos con 75.3%; la primera razón de la disparidad de resultados es que el estudio de aquél artículo se llevó a cabo en Colombia, lo que sugiere una dinámica familiar diferente por región geográfica así como situaciones culturales diferentes a las mexicanas; la siguiente razón es que el instrumento utilizado fue APGAR Familiar, que si bien es una prueba para explorar funcionalidad familiar, lo hace de manera distinta en cuanto a calificación de dimensiones. La tercera razón podría tener que ver con la edad de las embarazadas; ya que, de acuerdo con la legislación mexicana y la normatividad

Institucional, el ser adolescente en el embarazo representa alto riesgo obstétrico en primera instancia (20) (15) (33) (55).

Si bien la prevalencia de violencia encontrada en todas la embarazadas del presente estudio fue del 10%, se observó que las mujeres con embarazo de alto riesgo obtuvieron un 9.1%, lo que es menor a lo reportado por Cuevas y Cols en un estudio realizado en los estados de Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Chiapas en 2006 que reportó un 13% de violencia durante el embarazo. De acuerdo con la investigación de este, se reporta que la prevalencia de violencia en el embarazo en México oscila entre el 15 al 33.5% y la prevalencia de violencia en el embarazo se sitúa entre el 4 al 29% a nivel internacional (32) (56).

Una explicación de la discrepancia de los diferentes resultados es que la mencionada prevalencia en México habla de Mujeres en general y no de mujeres embarazadas mientras que, en el caso de violencia en el embarazo, Cuevas y Cols., analizaron Violencia en mujeres embarazadas de Estados de la República Mexicana con alto índice de marginación, es decir, región rural y no urbana como el presente estudio (57) (58).

En otro estudio reportado, se caracterizó la violencia durante el embarazo con un 9%, lo que concuerda con lo encontrado en nuestra investigación, sin embargo, el estudio es muy antiguo para la fecha actual (54).

Esto representa una brecha importante en el tipo de estudios a realizar en cuanto a violencia en el embarazo tomando en cuenta la diferencia geográfica incluyendo el nivel de marginación de estas, su estatus social, así como la edad de las mujeres embarazadas.

Algo que resaltar sobre nuestro estudio es que no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el alto y bajo riesgo asociado a la violencia doméstica, lo que puede evidenciar que no solo la violencia como tal es un factor de riesgo para el alto riesgo obstétrico, pero sí puede contribuir al aumento de estrés en las mujeres embarazadas, lo que a la postre derivaría en un embarazo de alto riesgo (54).

Otra de las razones por las cuales durante nuestro análisis no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la violencia y su asociación con el alto riesgo en el embarazo puede obedecer a que los instrumentos actuales exploran la percepción de violencia de la misma mujer en el ámbito familiar, de tal modo que si la mujer violentada no percibe violencia o ésta se encuentra normalizada dentro de su cultura o entorno familiar, no podrá distinguirla al momento de realizar la encuesta, esto podría ser por el entorno cultural o sexista que aún predomina en nuestro país, en el que la violencia contra la mujer ha sido normalizada y resulta hasta cotidiano el escuchar comentarios o mensajes violentos, en lo que ha sido categorizado como “violencia de baja intensidad” tal como lo describió Evangelista-García en 2021 (59).

Conclusiones:

No se encontró evidencia estadísticamente significativa de asociación entre la funcionalidad familiar y el embarazo de alto riesgo en las mujeres embarazadas entre 19 a 34 años en la UMF 03 La Joya del Instituto Mexicano del Seguro social.

No se encontró asociación entre violencia intrafamiliar y el embarazo de alto riesgo en las mujeres embarazadas entre 19 a 34 años en la UMF 03 la Joya del Instituto Mexicano del Seguro social.

Recomendaciones:

A través de nuestra investigación, observamos la creciente necesidad de realizar más estudios que asocien el alto riesgo obstétrico con la funcionalidad familiar, así como con la violencia intrafamiliar en mujeres gestantes no adolescentes con el objetivo de producir más información que apoye en las investigaciones actuales sobre equidad de género.

También observamos que, si bien el formato normativo MF-5 es útil para estadificar riesgo obstétrico en la mujer embarazada, también en el ámbito de la medicina familiar, se podría establecer un cribado de violencia intrafamiliar así como una evaluación inicial de funcionalidad familiar a través de la prueba FF-SIL y un cuestionario de autodiagnóstico de violencia intrafamiliar en toda mujer que acude a control prenatal; lo cual no solo ayudaría a detectar posibles situaciones que pongan en riesgo la integridad del binomio, sino también contribuirían a la atención multidisciplinaria temprana en este grupo vulnerable.

Se observa la necesidad de continuar sensibilizando y empoderando a las mujeres con el objetivo de reconocer la violencia de cualquier índole, de esta manera, se logrará erradicar la violencia de baja intensidad en el ámbito familiar.

Referencias

1. Aguilera P S, Soothill P. Control Prenatal. Revista Medica Clínica Las Condes. 2014; 25(6): p. 880-886.
2. World Health Organization. WHO International: Salud de la Mujer, Datos y Cifras. [Online].; 2019 [cited 2020 Julio 1. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>.
3. United Nations. World Mortality 2019 Highlights. Highlights. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs; 2019. Report No.: eISBN: 978-92-1-004542-1.
4. World Health Organization. WHO International: 10 datos de Salud de la Mujer. [Online].; 2019 [cited 2020 Julio 1. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/women_health/es/index5.html.
5. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud Sitio Web Mundial. [Online].; 2020 [cited 2020 Junio 1. Available from: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BF%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
6. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Sobre Atención Prenatal para una Experiencia Positiva del Embarazo. Segunda ed. OPS , editor. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y Hombres en México 2019. Anual. Ciudad de México: INEGI; INMUJERES, Estadística; 2019. Report No.: ISBN 978-607-530-082-5.
8. Gobierno de México. Gobierno de México: Instituto Nacional de las Mujeres. [Online].; 2018 [cited 2020 Julio 1. Available from: <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/las-madres-en-cifras#:~:text=Datos%20de%20la%20Encuesta%20Nacional,y%2018.8%25%2C%20respectivamente>.
9. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2004 Enero-Febrero; 47(1).
10. Gobierno de México. Gobierno de México: IMSS Comunicación Social. [Online].; 2018 [cited 2020 Julio 1. Available from: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201804/108#:~:text=El%20Instituto%20Mexicano%20del%20Seguro,por%20causas%20indirectas%20del%20embarazo%2C>.
11. Vanegas-Coveña DP, Parrón-Carreño T, Aranda-Torres C, Alarcón-Rodríguez R. Gaceta Médica de México. [Online].; 2019 [cited 2020 Julio 1. Available from: http://gacetamedicademexico.com/frame_eng.php?id=321.
12. Rodríguez-Orozco A, Núñez-Tapia R, Ramírez-Silva A, Gómez-Alonso C. Iranian Journal of Allergy Asthma and Immunology. [Online].; 2013 [cited 2020 Julio 1. Available from: <https://ijaai.tums.ac.ir/index.php/ijaai/article/view/522>.
13. Asthma FDiPPw. National Center for Biotechnology Information. [Online].; 2008 [cited 2020 Julio 1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19055893/>.
14. Suárez-López L, De Castro F, Hubert C, De la Vara-Salazar E, Villalobos A, Hernández-Serrato MI, et al. Atención en Salud Materno-Infantil y Maternidad Adolescente en Localidades menores de 100,000 habitantes. Salud Pública de México. 2019 Noviembre-Diciembre; 61(6): p. 753-763.
15. Secretaría de Salud. NOM-007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y de la Persona Recién Nacida. 2016. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de Marzo de 2016.

16. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Primera ed. CENETEC , editor. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2009.
17. Ávila-Vergara MA. Embarazo de Alto Riesgo. ¿Para Quién? Revista Medica de la Universidad Autónoma de Sinaloa. 2014 Enero-Marzo; 4(1): p. 21-25.
18. Ministerio de Salud Nicaragua/OPS. Pan American Health Organization OMS. [Online].; 2008 [cited 2020 Julio 1. Available from: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=164-ii-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-puerperio&category_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235.
19. Secretaría de Salud. Salud.gob NOM-007-SSA2-1993. [Online].; 1993 [cited 2020 Julio 1. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html#:~:text=Norma%20Oficial%20Mexicana%20NOM%20D007,para%20la%20prestaci%C3%B3n%20del%20servicio>.
20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Repositorio IMSS. [Online].; 2016 [cited 2020 Junio 1. Available from: <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2650-003-003.pdf>.
21. Núñez-Cárdenas ME. Grado de Funcionalidad Familiar en Pacientes MAYores de 60 años con Diagnóstico de Demencia que Acuden a la Consulta de Medicina Familiar 16. Tesis de Especialidad. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Medicina: Especialidad en Medicina Familiar; 2018.
22. Huerta GJ. "El Estudio de Salud Familiar". In Huerta GJ. La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad 1a Ed. México D. F. : Alfil; 2005.
23. Fuentes-Aguilar AP, Merino-Escobar JM. Validación de un Instrumento de Funcionalidad Familiar. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo". 2016; 14(2): p. 247-283.
24. Mateo CM. Capitulo 1. La Familia Desde el Punto de Vista Sistémico y Evolutivo. In Mateo CM. Mediación Familiar, Aspectos Psicológicos y Sociales. Barcelona, España: UNED; 2004. p. 1-13.
25. Chacón-O'Farril D, Cortés-Alfaro A, Alvarez-García AG, Sotomayor-Gomez Y. Embarazo en la Adolescencia, su Repercusión Familiar y en la Sociedad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015 Enero-Marzo; 41(1).
26. Soto-Acevedo F, León-Corrales IA, Castañeda-Sanchez O. Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Adolescentes Embarazadas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar del Estado de Sonora, Mexico. Atención Familiar. 2015 Julio-Septiembre; 22(3).
27. S. de Camargo B. Estrés, Síndrome General de Adaptación o Reacción General de Alarma. Revista Médico Científica. 2004; 17(2): p. 78-86.
28. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada, A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Primera ed.; 1910.
29. Varela-Rueda CE, Reyes-Morales H, Albavera-Hernández C, Díaz-López H, Gómez-Dantés H, Gracia-Peña C. La Medicina Familiar en México: Presente y Futuro. Gaceta Médica de México. 2016; 152: p. 135-40.
30. Batistella G. Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. [Online].; 2020 [cited 2020 Junio 1. Available from: https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/5_0.pdf.
31. Abril-Collado RO, Cuba-Fuentes MS. Introducción a la Medicina Familiar Artículo de Revisión. Acta Médica Peruana. 2013; 30(1): p. 31-36.

32. Gobierno Federal: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia Contra las Mujeres 2006 ENVIM. Encuesta. Ciudad de México: Instituto Nacional de las Mujeres INMUJERES, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2006.
33. Secretaría de Salud. NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. 2005..
34. Cunningham G. Cuidados Intensivos y Trauma. In Twicler D, editor. Williams Obstetricia. 25th ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2019. p. 926-945.
35. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G, Taft A. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Online].; 2015 [cited 2020 Julio 1. Available from: <https://doi.org/10.1002%2F14651858.CD007007.pub3>.
36. Halabe-Cherem J, Chavolla-Magaña R. La Importancia del Médico Familiar en la Atención Cotidiana. Atención Familiar UNAM. 2018; 25(3): p. 89-90.
37. Jahanfar S, Howard L, N M. Cochrane Database of Systematic Review. [Online].; 2014 [cited 2020 Julio 1. Available from: <https://cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009414.pub3/full>.
38. Ortega-Veitia T, De la Cuesta-Feijomil D, Díaz-Retureta C. Propuesta de un Instrumento para la Aplicación del PProceso de Atención de Enfermería en Familias Disfuncionales. Revista Cubana de Enfermería. 1999 Septiembre-Diciembre; 15(3): p. 164-168.
39. Solórzano M, Brandt TC, Flores O. Instrumentos de la Evaluación de la Funcionalidad Familiar. In Solórzano M. Estudio Integral del Ser Humano y su Familia. Venezuela: Gráficas la Bodoniana; 2001. p. 261-295.
40. Álvarez-Machuca MCV. Validez y Confiabilidad del Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL en Estudiantes Universitarios de una Institución Pública y Privada de Lima. Tesis de segunda especialidad. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Psicología; 2018.
41. Cassinda-Vissupe MD, Angulo-Gallo L, Guerra-Morales V, Louro-Bernal I, Martínez-González E. Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2016; 32(4).
42. Arnoletto EJ. Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales. [Online].; 2007 [cited 2020 Julio 1. Available from: https://www.eumed.net/libros-gratis/2007b/300/Talcott_Parsons.htm#:~:text=En%20s%C3%ADntesis%2C%20Parsons%20defin%20a,valores%20importantes%20para%20la%20sociedad%22.
43. Méndez-Castellano H, De Méndez MC. Sociedad y Estratificación: método Graffar-Méndez Castellano. Primera ed. Caracas, Venezuela: Fundacredesa; 1994.
44. Ruiz N, Bosch V, Rodriguez V, Espinoza M. Estratificación Socioeconómica, Estado Nutricional y Lípidos Plasmáticos en Estudiantes Venezolanos. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. 2012; 10(1): p. 28-37.
45. Cardozo de A R, Poveda de Agustín JM, Guevara-Rivas H, Ortunio-Calabrés M, Loaiza-Borges L, Torres San Narciso E. Academia Biomédica Digital. [Online].; 2013 [cited 2020 Julio 1. Available from: <http://bioline.org.br/pdf?va13011>.
46. Díaz-Ortega MI. Tipología Familiar en las Adolescentes en Control Prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No 92. Tesis. Toluca, Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México, Coordinación de la Especialidad en Medicina Familiar; 2014.
47. Real Academia Española. RAE. [Online].; 2020 [cited 2020 Julio 1. Available from: <https://dle.rae.es/edad?m=form>.
48. Jurisprudencia. Enciclopedia Jurídica. [Online].; 2020 [cited 2020 Julio 1. Available from: <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>.

49. Real Academia Española. RAE. [Online].; 2020 [cited 2020 Julio 1. Available from: <https://dle.rae.es/escolaridad>.
50. Cid-Rodríguez M, Montes-de-Oca-Ramos R, Hernández-Díaz O. Revista Médica Electrónica. La Familia en el Cuidado de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2020 Julio 1. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n4/rme080414.pdf>.
51. Española RA. RAE. [Online].; 2020 [cited 2020 Julio 1. Available from: <https://dle.rae.es/ingreso>.
52. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del Tamaño de la Muestra en]Investigación en Educación Médica. Investigación en Educación Médica. 2013 Agosto; 2(8): p. 217-224.
53. Campa G MdJ. La Cuestión Social en México: mexicosocial.org. [Online].; 2015 [cited 2020 Julio 1. Available from: <http://mexicosocial.org/embarazos-de-alto-riesgo/#:~:text=En%20t%C3%A9rminos%20generales%2C%20el%2030,15%25%20presenta%20riesgo%20reproductivo%20alto>.
54. R VS, L SA. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el bajo peso al nacer. Salud Publica de México. 1996 Septiembre-octubre; 38(5): p. 352-362.
55. Arias-Trujillo CM, Al. E. Funcionalidad Familiar y Embarazo en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. Archivos de Medicina (Manizales). 213; 13(2): p. 142-59.
56. S C, Al. E. Violencia y Embarazo en Usuaris del Sector Salud en Estados de Alta Marginación en México. Salud Pública de México. 2006; 48(2): p. S239-S249.
57. R VS. CIDHAL. [Online].; 1998 [cited 2021 Noviembre. Available from: <https://www.cidhal.org.mx/>.
58. G O, B R, A DR. Encuesta Nacional Sobre la Violencia en las Mujeres. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Publica 2004; 2004.
59. Evangelista-García A. Normalización de la violencia de género como obstáculo metodológico para su comprensión. Nómadas. 2019 Julio-Diciembre;(51): p. 85-98.
60. Española RA. RAE. [Online].; 2020 [cited 2020 Julio 1. Available from: <https://dle.rae.es/cohabitar>.

ANEXOS

Anexo 1:

Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CON EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN MUJERES GESTANTES DE 19 A 34 AÑOS.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Ciudad de México, enero a marzo 2021
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	JUSTIFICACION: El embarazo de alto riesgo sigue siendo un problema de salud, y es parte de la consulta diaria en el consultorio de medicina familiar, por lo que este estudio otorgara conocimiento necesario al médico familiar para identificar oportunamente el nivel de funcionalidad familiar y violencia intrafamiliar durante el embarazo y de este modo mejorar la calidad en la atención hacia la embarazada durante la consulta del control prenatal, previniendo así complicaciones del embarazo de alto riesgo. OBJETIVO: Demostrar asociación entre funcionalidad familiar y violencia intrafamiliar con el embarazo de alto riesgo en mujeres gestantes de 19 a 34 años de la UMF 3.
Procedimientos:	Se otorgarán 3 hojas a cada participante, las cuales contienen tres instrumentos de recolección de datos, las participantes seleccionarán una respuesta para cada pregunta en los cuestionarios, en caso de duda, se orientará a la participante como llenarlo, cuidando de no afectar la respuesta de la participante.
Posibles riesgos y molestias:	Sentirse incomoda al responder los cuestionarios
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de detectar violencia intrafamiliar, la participante será canalizada al término de la encuesta al área de trabajo social para que obtenga atención y asesoría sobre el problema detectado. El estudio también contribuirá a mejorar la calidad en la atención de la mujer embarazada
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán informados a la coordinación de educación de la UMF 3, y en caso de que la participante así lo desee, se le informarán sus resultados de manera verbal. Solo en caso de que se detecte violencia intrafamiliar que ponga en peligro a la participante, se canalizará al área de trabajo social para su atención integral.
Participación o retiro:	La participante tiene la prerrogativa de retirarse del estudio en el momento que así lo desee.
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá la privacidad y todos los datos sensibles de las participantes serán protegidos; solo se manejarán nombre e iniciales de las participantes durante el estudio, de tal modo que el investigador tampoco podrá identificar a las participantes.
Declaración de consentimiento: Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	<input type="checkbox"/> No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto que mi familiar o representado participe en el estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto que mi familiar o representado participe en el estudio y estudios futuros.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Miguel Ángel Núñez Calvillo. MEMF Adscripción: UMF No 3 La Joya.
Colaboradores:	Cel.: 55 73958954

Nombre y firma de la participante

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

ANEXO 2:

ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CON EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN MUJERES GESTANTES DE 19 A 34 AÑOS.

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Favor de escribir su nombre o iniciales, así como su edad, en las demás secciones solo seleccione una sola opción.

Estos datos estarán protegidos y son confidenciales, no se divulgarán con nadie.

DATO (Marque con una X) o complete la información.	RESPUESTA
Nombre (o iniciales)	
Edad	
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada
Escolaridad terminada	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional
Meses de embarazo	<input type="checkbox"/> 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 4 a 6 meses <input type="checkbox"/> 7 o más meses
Número de embarazos incluyendo el actual	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 o más
Vives con (tipo de familia)	<input type="checkbox"/> *Solo mi pareja (Nuclear) <input type="checkbox"/> *Mi pareja e hijo(s) (Nuclear) <input type="checkbox"/> *Mis hijos, sin pareja (Monoparental) <input type="checkbox"/> *Mi pareja y otro(s) familiar(es) (Extendida) <input type="checkbox"/> *Mi pareja, hijos y otro(s) familiar(es) (Extendida) <input type="checkbox"/> *Mi pareja, hijos y otra(s) persona(s) no familiar(es) (Compuesta)
Ingreso mensual aproximado	<input type="checkbox"/> Menos de \$6,000 <input type="checkbox"/> De \$6000 a \$12,000 <input type="checkbox"/> De \$12,000 a \$20,000 <input type="checkbox"/> +20,000

ANEXO 3:

Clasificación Socioeconómica (Método de Graffar)

4-6=Alto 7-9=Medio Alto 10-12=Medio Bajo 13-16=Obrero 17-20=Marginal

Marque con una X la opción de cada sección.

Variable	Pts.	Respuestas	X
Profesión del jefe de familia	1	Profesión Universitaria, Gran comerciante, Ejecutivo	
	2	Profesionista Técnico, Mediano comerciante	
	3	Empleado sin profesión, Universidad o Preparatoria trunca.	
	4	Obrero Especializado, maquinista, taxista, etc.	
	5	Obrero no especializado, peón, albañil, etc.	
Nivel de instrucción de la madre	1	Universidad o equivalente	
	2	Preparatoria o secundaria completa	
	3	Secundaria incompleta	
	4	Primaria incompleta	
	5	Sin estudios	
Fuente de ingresos	1	Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)	
	2	Empresa privada, Comercio formal, Honorarios profesionistas, Deportistas, Etc.	
	3	Sueldo quincenal o mensual	
	4	Salario o jornal por día o semanal	
	5	Ayudas gubernamentales	
Condiciones de Vivienda	1	Amplia, lujosa con óptimas condiciones sanitarias	
	2	Amplia, sin lujos, con excelentes condiciones sanitarias	
	3	Con espacios reducidos pero cómoda y con buenas condiciones sanitarias	
	4	Con espacios amplios o reducidos pero deficientes condiciones sanitarias	
	5	Improvisada, construida con materiales no permanentes (lamina, cartón, desechos), con deficientes condiciones sanitarias	

ANEXO 4:

TEST FF-SIL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

A continuación, se presentan 14 preguntas con 5 opciones de respuesta para cada una. Le pedimos que seleccione una respuesta para cada pregunta.

Marque con una X la respuesta seleccionada.

NOMBRE O INICIALES:						
	SITUACIÓN	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Las decisiones importantes se toman en conjunto					
2	En mi casa, en general predomina la armonía					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8	Cuando alguno de la familia tiene algún problema, los demás lo ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté recargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada persona son respetados por toda la familia					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Escala cualitativa	Escala cuantitativa
Casi nunca	1 pto.
Pocas veces	2 ptos.
A veces	3 ptos.
Muchas veces	4 ptos.
Casi siempre	5 ptos.

Puntaje total	
Grado de funcionalidad	

Dimensión de la funcionalidad	Puntaje
Cohesión	
Armonía	
Comunicación	
Permeabilidad	
Afectividad	
Roles	
Adaptabilidad	

ANEXO 5:

Cuestionario para el autodiagnóstico de la violencia intrafamiliar ¿Vives violencia?

Nombre o iniciales: _____

Para conocer si vives violencia o si te encuentras en una situación de riesgo te pedimos que respondas a las siguientes preguntas.

1. ¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

2. ¿Te acusa de infidelidad o de que actúas en forma sospechosa?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

3. ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

4. ¿Tu pareja te critica o humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

5. ¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

6. Cuando quiere que cambies de comportamiento, ¿te presiona con el silencio, con la indiferencia o te priva de dinero?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

7. ¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

8. ¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, él se irrita o te culpabiliza?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

9. ¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

10. ¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

11. ¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

12. Después de un episodio violento, él se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

13. ¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (Primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

14. ¿Es violento con los hijos/as o con otras personas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

15. ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado al sentir que tu vida y la de los tuyos han sido puestas en peligro por tu pareja?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

Sí= 3 pts. A veces= 2 pts. Rara vez= 1 pto. No= 0 pts.

0-11pts= Relación no abusiva. 10-22pts= 1º nivel de violencia. 23-34pts= Abuso severo 35-45pts=Abuso peligroso

-----oo00Ooo-----