



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD ACADEMICA

SECRETARIA DE SALUD, VILLAHERMOSA TABASCO

**“DETERMINAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS CON
ATENCIÓN DE PARTOS NO INSTITUCIONALES EN SIMON SARLAT,
CENTLA, TABASCO”.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ARACELI CASTAÑEDA MORALES



VILLAHERMOSA TABASCO

AÑO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**DETERMINAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS CON
ATENCIÓN DE PARTOS NO INSTITUCIONALES EN SIMON SARLAT,
CENTLA, TABASCO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ARACELI CASTAÑEDA MORALES

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

VILLAHERMOSA TABASCO

AÑO 2008



SECRETARÍA DE SALUD

**DETERMINAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZADAS CON
ATENCIÓN DE PARTOS NO INSTITUCIONALES EN SIMON SARLAT,
CENTLA, TABASCO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. ARACELI CASTAÑEDA MORALES

AUTORIZACIONES

P.O.
DR. LUIS FELIPE GRAHAMN ZAPATA

SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO

QFB. SERGIO LEÓN RAMÍREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA



SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CALIDAD Y
ENSEÑANZA EN SALUD

DRA. PATRICIA RUIZ CARRANCO
PROFESOR TITULAR DE CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CENTLA TABASCO.

DR. JAIME ALBERTO FONSECA ATILANO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS.
MEDICO FAMILIAR.
MEDICO TITULAR DE LA ROTACIÓN DE TERAPIA FAMILIAR.

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Carlos Garcia Lara, Ex director de la Jurisdiccion Sanitaria No. 03 de Centla Tabasco, por otorgarme la oportunidad de continuar desarrollandome profesionalmente.

A la Dra. Patricia Ruiz Carranco por toda su entrega a este proyecto, interés y empatia; y por supuesto a todos los Doctores de los diversos hospitales que se involucraron en nuestro aprendizaje, que sin duda fueron un pilar importante para que visualizaramos nuestro potencial.

A mi asesor de Tesis el Dr. Jaime Alberto Fonseca Atilano, medico familiar y titular de la rotacion de terapia infantil, quien no solo me asesoro sino que me guio en sus conocimientos, deseando ser terapeuta.

A Dr. Jaime Mier y Terán Suárez Ex secretario de salud quien tuvo la grandiosa idea de gestionar y autorizar la especialidad en esta modalidad que indiscutiblemente preparará a los médicos de la comunidad para dar un mejor servicio de calidad y calidez.

DEDICATORIAS:

A DIOS quien dandonos virtudes que sirvan a los demas, nos colocó en el lugar indicado, con las personas indicadas y con la especialidad en la que podemos dar nuestro maximo potencial.

A MI COMPAÑERO DE VIDA Gracias por toda la paciencia que eres capaz de dar, gracias por ese amor, gracias porque eres una de las personas que siempre confian en mi capacidad de ir haciendo las cosas adecuadamente.

A MIS HIJOS: MIGUEL ANGEL Y DONAJI NASMIYE Quienes son mis motores diarios y mi campo fertil, es tiempo de sembrar hijos y para ello hemos carecido de tiempo para relajarnos, pero el tiempo en calidad que les doy es el que nos seguira uniendo y es el que mas tarde nos hara cosechar los frutos de tantos sacrificios; mi amor es entero para uds dos.

A MI MADRE: Quien siempre ha sido el empuje, el apoyo incondicional, el ejemplo de persistencia.

A MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS: Dra. Silvia Perez Garcia, Dra. Claudia Guadalupe Felix y Dra. María Elena Sarmiento Larrazabal; quienes son mis copilotos en esta gran aventura, deseandoles que se acumulen los exitos y que donde se desenvuelvan se que serán grandes profesionistas, les quiero mucho.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PAGINAS
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2 - 3
1. MARCO TEORICO	
1.1 Planteamiento del problema.....	4 - 5
1.2 Justificación	6 - 7
1.3 Marco teórico	8 - 17
1.4 Objetivos general y especificos.....	18
2. MATERIAL Y METODOS	19
2.2 Tipo de estudio	
2.2 Universo de estudio	
2.3 Sujetos de estudio	
2.4 Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
2.5 Variables	20 - 22
2.6 Criterios de inclusión y exclusión.....	23
2.7 Recolección de datos	24
2.8 instrumentos	24
2.9 Procedimientos	25-26
3. CONSIDERACIONES ETICAS	27-28
4. RESULTADOS	29 - 30
5. DISCUSION Y CONCLUSIONES	31-32
6. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	33-34
7. ANEXOS	35-45
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46 – 47

RESUMEN

Objetivo: Determinar la función familiar de las mujeres embarazadas, que se asocian a una mayor incidencia en la atención del parto no Institucional en la población Simón Sarlat Centla Tabasco. **Material y métodos:** diseño del tipo de desarrollo, retrospectivo, observacional y analítico; se aplicó una encuesta de datos personales que incluía, edad, nivel socioeconómico, escolaridad, lugar de atención del parto, y un instrumento de valoración de la funcionalidad familiar calificando los niveles de cohesión y adaptabilidad. La muestra fue de 53 mujeres. **Resultados.** Al estudiar la funcionalidad familiar con los niveles de cohesión se encontraron 10 familias aglutinadas, 9 no relacionada o dispersa; 9 semirrelacionada o separada; y 2 relacionadas o conectadas. (tabla 5). Y en los niveles de adaptabilidad 8 familias rígidas, 7 caóticas; 5 flexibles, y 1 estructurada. Se realiza la unión de los niveles de cohesión y adaptabilidad que da por resultado 19 familias caóticamente aglutinadas; 17 rígidamente dispersas, 10 estructuralmente separadas; flexiblemente conectadas 7. La edad predominó en pacientes de 21 años, de estas pacientes 17 terminaron su primaria completa y el salario mínimo que percibe el jefe de familia es de uno a dos salarios mínimos de 29 de estas pacientes, y con la misma cifra fueron atendidas por parteras.

Conclusión. Se determina que la funcionalidad familiar es caótica aglutinada es el factor principal de que exista mayor incidencia de atención de partos no institucional. Asociándolos con bajo nivel educativo, socioeconómico y la edad. Se requiere que a través de pláticas familiares se le oriente sobre la elección de riesgos y complicaciones a los que se enfrentan, enfatizando en la salud del binomio. También es necesario la sociedad conjunta de parteras con médicos que ensambren una misma ideología con un mismo fin, una atención preventiva, oportuna y con feliz término del binomio.

INTRODUCCIÓN

Desde un principio fue evidente que la práctica de las parteras y los servicios de las clínicas y hospitales, aunque son diferentes formas de atención, no son excluyentes ni opuestas. Tomando como punto de partida que la experiencia de la cesárea cruza la categoría de clase y etnicidad, se hace evidente que no existe una línea sucesiva y continua que conduzca de los partos tradicionales en el hogar a los modernos en la clínica.

Por lo tanto, resulta necesario investigar la conexión e interrelación que se establece entre el campo de acción de la partera y los niveles de cobertura del sector salud. Este tipo de trabajo tiene antecedentes de parte de investigadores mexicanos, Castro, Bronfman y Loya (1991) estudiaron cómo las mujeres en una comunidad en Morelos llevan a cabo una síntesis entre dos modelos de atención. Pero en las investigaciones sobre parteras mayas existe aún la tendencia a buscar el pasado en el presente, en lugar de investigar la interacción entre el alumbramiento en barrios pobres y zonas alejadas y el alumbramiento de las clases privilegiadas.¹ Se propone que las cesáreas basadas en la experiencia de las mujeres que las viven pueda entenderse mejor el papel de la partera en la sociedad tabasqueña.

La atención a las mujeres en sus necesidades de salud en todos los ambientes requiere de conocimientos amplios y profundos, así como competencia y habilidad.

Además, un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna. Se estima que por cada 100 000 nacidos vivos, 185 mujeres peruanas pierden la vida por una causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio.

Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, y que a su vez son barreras para la atención del parto institucional, entre los que podemos mencionar a los siguientes: factores

personales como la corta edad, el bajo nivel educativo, el antecedente de parto domiciliario, la procedencia rural, la cultura del esposo o pareja .

Entre los factores institucionales mas importantes tenemos: la poca accesibilidad (distancias y costo), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad , la falta de calidez del personal de salud durante el parto y la ausencia del familiar durante el trabajo de parto.

En los últimos años se han realizado investigaciones para explicar la ocurrencia de partos domiciliarios, sin embargo ninguno de estos, permiten establecer correlaciones entre las variables y establecer grados de asociación estadísticamente significativos entre los diferentes factores de riesgo y el lugar de atención del parto.

Por tal razón, el presente estudio es con el fin se de determinar la función familiar en las embarazadas con una mayor incidencia de atención de partos no institucionales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima que en el país se embarazan alrededor de 2.5 millones de mujeres y aproximadamente 370,000 partos no son atendidos en instituciones de salud públicas o privadas.

Se menciona que en México diariamente se registran cuatro defunciones maternas y 110 muertes en niños y niñas menores de un año de edad y la mayor parte de estas defunciones son por causas previsibles mediante una buena atención médica.

De las estadísticas realizadas por la SSA de Tabasco en el año 2005, solo en el municipio de Centla se registraron 2,767 embarazadas de las cuales las parteras tradicionales atendieron un total de 652 partos (24%), y en el 2006 se registraron 2,817 embarazadas de las cuales fueron atendidas por parteras un total de 505 (18%).

En el municipio de Centla en especial en la población Simón Sarlat se puede corroborar que ha disminuido la morbimortalidad de las pacientes embarazadas , gracias a la intervención adecuada de las acciones de salud del programa Arranque Parejo y salud reproductiva, pero no sucede lo mismo para las pacientes embarazadas con atención del parto domiciliario, ya que se siguen incrementando los casos de mortalidad perinatal, pese a que se han aplicado todas las acciones de salud e incluso son beneficiarios de programas de desarrollo social como oportunidades y seguro popular.

Probablemente algunos de los factores que determinan que una embarazada acudan a realizarse su atención del parto con una partera tradicional pueden ser rutinaria de técnicas medicas las cuales pueden ser incómodas para la madre y que repercutan en el recién nacido, como por ejemplo la posición de litotomía que puede favorecer la aparición de desgarros perineales, las soluciones por vía parenteral que puede reducir la tolerancia al dolor, la inducción y la conducción química del parto que puede provocar hiperestimulación con diferentes alteraciones fetales. Y que quizás unas de las

primeras causas de que se a atendida por la partera sea en si la familia y el entorno que la rodea; por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿DETERMINAR CUÁL ES LA FUNCION FAMILIAR EN LAS EMBARAZADAS QUE DETERMINAN UNA MAYOR INCIDENCIA EN LA ATENCION DEL PARTO NO INSTITUCIONAL EN EL POBLADO SIMON SARLAT, CENTLA DEL ESTADO DE TABASCO?

JUSTIFICACIÓN

El embarazo es la etapa reproductiva mas importante para la mujer el cual inicia desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta la finalización del puerperio; ya que conlleva cambios físicos corporales de la mujer embarazada hasta los cambios que se desarrollan en la familia con la llegada del producto de la gestación. Sin un adecuado control prenatal es casi seguro que el binomio se enfrentara a múltiples riesgos desconocidos para ambos con un desenlace incierto y de mal pronostico.

Así como un adecuado control prenatal es necesario para la detección oportuna de padecimientos que puedan afectar al binomio, también la familia es una influencia importante en la vida de la gestante y en forma secundaria para el producto de la concepción.

Existen centros de salud en las comunidades y CAAPS cercanos a ellos resolutivos ya que la embarazada es la prioridad principal en la atención en el servicio de urgencias, observándose la disminución de la mortalidad materno-fetal por la atención institucional en el momento del trabajo de parto, mas sin embargo globalmente no se ha observado la nulidad de complicaciones de la embarazada en la atención del parto domiciliario.

Tomando en cuenta que de cada diez nacimientos en el poblado Simón Sarlat de 3 a 4 son atendidos por parteras y que sus causas son variables podemos pensar que probablemente algunos de los factores que determinan que una embarazada acudan a realizarse su atención del parto con una partera tradicional pueden ser rutinaria de técnicas medicas las cuales pueden ser incomodas para la madre y que repercutan en el recién nacido, como por ejemplo la posición de litotomía que puede favorecer la aparición de desgarros perineales, las soluciones por vía parenteral que puede reducir la tolerancia al dolor, la inducción y la conducción química del parto que puede provocar hiperestimulación con diferentes alteraciones fetales. Pero una de las preguntas quizás sea la mas importante: es la familia y el entorno que la rodea parte fundamental en la toma de decisiones en el momento de la atención del parto institucional.

Existen factores personales, familiares e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, y que a su vez son barreras para la atención del parto institucional, entre los que podemos mencionar a los siguientes: factores personales como la corta edad, el bajo nivel educativo, el antecedente de parto domiciliario, la procedencia rural, la cultura del esposo o pareja y la presión de la familia tanto de origen como la del cónyuge.

Entre los factores institucionales mas importantes tenemos: la poca accesibilidad (distancias y costo), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad , la falta de calidez del personal de salud durante el parto y la ausencia del familiar durante el trabajo de parto.

El mas importante quizás es el rol que ocupa la mujer embarazada dentro de la nueva familia formada, repercutiendo ampliamente las tradiciones, cultura, tanto de la familia de origen como la del cónyuge, que es en el asunto al que nos abocaremos en este estudio.

Es por eso el propósito de este estudio ya que probablemente sea su entorno familiar y otras las causas que impidan que la mujer sea atendida en una institución de salud y que este estudio contribuya a identificarlas para que sea más elevado el índice de mujeres que acudan a atenderse el parto en condiciones de antisepsia, y así llegar a un feliz termino del embarazo y el bienestar del binomio.

MARCO TEÓRICO

La atención del parto que podría llevar a la mortalidad neonatal es el indicador que se usa para expresar el riesgo de fallecer o las expectativas de sobrevivida de los recién nacidos durante los primeros 28 días de vida, en un país o región o determinada población atendida en un centro perinatal. Es un indicador de amplio uso pues indica las condiciones de embarazo y parto de una población que a su vez está relacionado con su estado socioeconómico y con la oportunidad y calidad de atención de los servicios de salud.²

El país ha alcanzado importantes logros en materia de salud materna y desarrollo social, sin embargo enfrenta serios rezagos en este campo, lo cual representa un área de oportunidades en la lucha por lograr mejores condiciones de salud, particularmente para las mujeres y la población infantil.³

Se estima que en el país se embarazan alrededor de 2.5 millones de mujeres y aproximadamente 370,000 partos no son atendidos en instituciones de salud públicas o privadas. Se menciona que en México diariamente se registran cuatro defunciones maternas y 110 muertes en niños y niñas menores de un año de edad y la mayor parte de estas defunciones son por causas previsibles mediante una buena atención médica.⁴

En los partos domiciliarios en Paraguay se encontró que 3.1 por ciento ha sido atendido por partera profesional, como la licenciada en obstetricia, obstetra técnica o auxiliar. Sin embargo se hace notar que la mayoría de los partos domiciliarios han sido atendidos por una partera empírica y en algunos casos por parientes. En total el 15.8 por ciento de los partos han sido atendidos por empíricas llegando este porcentaje a 27.7 por ciento; por lo que uno de cada 5 partos se produce en el domicilio.

El libro de teoría práctica de *partería profesional (Organización Panamericana de la salud OPS)* en atención a los servicios de salud de la mujer de las América escrito para todas las parteras hispanas con los que garantizan avances y mejoras en la atención de calidad en la salud de la mujer además de

que con el fin de que las parteras puedan actuar con conocimiento y en forma segura y comprensiva en todas las situaciones.⁵

De acuerdo con un estudio de la organización internacional Salvemos a los niños (Save the Children), sobre salud neonatal en el mundo, se evaluó la situación de 163 países de donde se concluye que la falta de atención materno-infantil aqueja prácticamente a todos los países de escasos recursos.

A raíz de la Cumbre Especial de Naciones Unidas en favor de la Infancia, celebrada en 1990, los países participantes se comprometieron a luchar para combatir la mortalidad infantil, lo que favoreció que hayan disminuido las muertes; aunque las de los neonatos aún constituyen el 40 por ciento.

Las principales causas por las que mueren los bebés son, en su mayoría, prevenibles siempre y cuando se cuente con eficientes programas de salud y un fácil acceso.

El estudio destaca como causas principales para las madres, la capacitación de parteras en técnicas de obstetricia y el amamantamiento de las madres a los menores⁶.

Otro estudio peruano en la cual se enfocan en buscar los factores asociados con la elección del parto domiciliario, involucran diversos factores que influyen favoreciendo la preferencia domiciliaria como lugar del parto, lo cual genera una constante preocupación en el ámbito de la salud materna, debido a que el parto domiciliario aún es un problema crítico en ese país, porque se asocia con la ocurrencia de muerte materna. A pesar de que es sabido que la ocurrencia de partos domiciliarios se relaciona con la decisión de buscar o no atención médica, la cual se basa en muchos factores como el horario de servicio, tiempo de viaje, tiempo de espera, disponibilidad de médicos o tratamientos, trato personal que reciben los pacientes, también es apropiado decir que el parto domiciliario guarda relación con la confianza que tienen las mujeres con el proveedor de salud y la planeación del hijo.

En resumen los diferentes factores que intervienen se asocian con la decisión de optar por la atención de parto en el domicilio son de diversa índole, motivo por el cual para realizar la medición de la asociación existente entre estos dos fue necesario, no sólo, hacer uso del análisis bivariado convencional, sino también del análisis multivariado de regresión logística. Es así, que muchos de los factores que resultaron significativos en el análisis bivariado no resultaron realmente significativos en el análisis multivariado, lo cual se evidencio tanto los factores personales como en los institucionales. Por ejemplo el embarazo no deseado, en el cual, el riesgo de presentar parto domiciliario es tres veces mayor en las mujeres cuyo embarazo no fue deseado comparado con las mujeres cuyo embarazo fue deseado y aceptado, al parecer esto se explica por la necesidad de algunas mujeres de tratar de mantener oculto el embarazo ya sea porque fue producto de alguna relación considerada “indebida” o porque se dio en el momento inadecuado, esto es muy frecuente en las adolescentes embarazadas dado que el embarazo no fue planificado, mas aún si es producto de una relación con una pareja esporádica, con la consiguiente interrupción brusca de sus planes de vida y los serios problemas que se originan en el entorno familiar.

Llamo la atención que la edad no estaba asociada con el evento de interés.

Los principales factores asociados con el lugar de parto que aumentan la preferencia del parto domiciliario fueron: el poco entendimiento entre el proveedor – usuaria durante la atención de salud, la importancia de la continuidad del personal que brinda la atención del parto y el domicilio como lugar previsto del parto.⁷

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece como una estrategia el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, teniendo como propósito lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a los niños y niñas desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad, contribuyendo así a una auténtica igualdad de oportunidades.

El Programa de Acción Arranque Parejo en la vida se realizan acciones que contribuirán a disminuir la mortalidad materna, así como la mortalidad neonatal e infantil, permitiendo además prevenir los defectos al nacimiento, con prioridad en las regiones de mayor incidencia y número de defunciones, a través de un conjunto de intervenciones agrupadas en cuatro componentes sustantivos y reforzadas por cuatro componentes estratégicos.

El proceso de gestar un bebé, cuando es deseado, es un proceso que aunque lo sigamos con toda la información científica, no pierde su bello misterio. Tal vez al principio es algo vago para la mente, pero al paso de los meses se va convirtiendo en algo concreto que se siente, se ve e incluso duele. El parto, culminación hecha vida de esa magia, representa para las mujeres una de las formas concretas de contacto con su cuerpo y sus capacidades. Sin intervención de nadie, una nueva existencia se va formando dentro de nuestros cuerpos de mujer. Cuando el desarrollo se lo permite, el nuevo ser se dispone a salir al mundo de la misma forma como se ubicó dentro del cuerpo de su madre: naturalmente. Así ha sido desde siempre, aunque cómo se enfrenta el embarazo y el parto varía según historia, medio socio económico o ubicación geográfica. En el campo, solas o con ayuda de las parteras, a veces en los centros de salud; en las ciudades, con los médicos y en hospitales. Para todas, este proceso, debería ser el encuentro con nuestro cuerpo dador de vida, con nuestras propias energías, tiempos y ritmos y el momento del nacimiento, la culminación de este tan natural proceso generador de existencia. En un hospital nadie le pregunta cómo quiere tener a su hijo, qué necesita para estar a gusto, cómo se siente o quién quiere que la acompañe. Todo lo contrario, el parto en los hospitales se ha convertido en un acto agresivo y de violencia que no ayuda en nada a la autoestima de la mujer; las mujeres ya no pueden tener a sus hijos, ahora se los sacan rápido y sin que ella ni siquiera se dé cuenta". "Pareciera que el parto es un mal paso y hay que darlo rápido" señala la partera veracruzana en entrevista durante uno de los recesos de la Sexta Convención Anual de Parteras MANA-México que se realizó el pasado mes de junio en Oaxtepec. Pero no es así, abunda, "el dolor no es un castigo de Dios, sino la manera de subrayar algo muy importante en tu vida que te hará

crecer como ser humano, como mujer". Y enseguida agrega: "el dolor de parto es constructivo, va y viene, te da la oportunidad de descansar y dormir entre una y otra contracción. Te prepara, te abre para el hecho, no nada más físico de ser mamá, sino también emocionalmente. El parto abre el cuerpo, el corazón, el alma y la mente". Cuando una mujer ha dado a luz por sí misma, con sus tiempos y toda su energía, "ya puede sentirse lo máximo. Nadie habrá que pueda destruirla porque ha logrado lo más maravilloso: dar vida". Con 12 años de experiencia, Naolí Vinaver explica que el arte de la partería es conocer las fuerzas de la naturaleza, los ritmos que marca, los olores y las cadencias. Aunque cada mujer da a luz de manera distinta, hay un patrón muy particular en todas. "Se nota cuando una mujer va veleando sobre mar abierto, es obvio cuando todo va perfecto y también cuando debemos ayudarla". Para Naolí, lo ideal es que los partos tuvieran lugar en la casa de las parturientas o en el hospital, pero de una manera humana, amable y sin violencia, porque el cuerpo de la mujer está genéticamente preparado para dar a luz. Sabe perfectamente qué hacer y "sólo hay que darle *chance* de expresarse y desarrollarse". Es mentira, dice, que por ser primeriza una mujer no sepa qué hacer. Sin embargo, en los hospitales se les trata como ignorantes. En los hospitales priva la violencia y las mutilaciones. La peor de todas es la cesárea, una cirugía mayor que deja a la mujer, además de la cicatriz y molestias terribles, "la frustración por no haber podido dar a luz, por no haber culminado un proceso que inició cuando se embarazó", dice Naolí y enseguida precisa: "Qué bueno que existen los ginecobstetras con la capacidad y el entrenamiento para resolver los problemas e incluso salvar las vidas de las mujeres cuando las complicaciones son severas". Sin embargo, un procedimiento que debería servir sólo para las emergencias se ha convertido en un acto casi rutinario, sobre todo en los hospitales privados, y por eso en México -según cifras oficiales- mucho más del 30 por ciento de los partos son por cesárea, cuando la Organización Mundial de la Salud ha señalado que este mecanismo no debería rebasar más del 10 por ciento del total en cualquier lugar del mundo. La violencia hacia las mujeres también se ve en los hospitales cuando se trata de partos naturales, porque no se permite a la parturienta que ella misma saque a su hijo. En los hospitales es común la aplicación de la anestesia que trunca

cualquier posibilidad de la mujer para caminar y estimular el parto, y después la episiotomía. "Cortar la vagina, como rutina, para que quepa el bebé es una mutilación, una falta de respeto a la fisiología y la fisonomía femenina", señala Naolí. Ciertamente, el aumento poblacional, la demanda creciente de servicios médicos y la carencia de personal hace imposible dar una atención personalizada y humana a las mujeres que van a dar a luz. En ese ámbito, las pacientes no tienen ni siquiera nombre y han de conformarse con no morir y con que en su parto no haya complicaciones. "¡Cuando en realidad eso es lo normal, no es cuestión de suerte. Lo anormal y excepcional son las complicaciones y el riesgo de muerte para la madre o el bebé!". Ya es hora, "que las mujeres abramos los ojos y exijamos como otro de nuestros derechos una mejor atención del parto, igual que hemos luchado por el reconocimiento igualitario en los centros de trabajo, el acceso a la educación y el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de nuestros hijos".

LAS PARTERAS, NECESIDAD NACIONAL:

Necesidad primero, luego conocimientos acumulados con la experiencia y ahora, para mejorar la atención, incluso algunos nuevos conocimientos provenientes de capacitaciones específicas, son los instrumentos de las parteras, imprescindibles en muchos lugares donde no hay servicios médicos y a veces ni agua ni luz.

Muchas empezaron solas, dando a luz por primera vez, en ocasiones sin saber lo que les ocurría porque nadie se los explicó antes; después de varios hijos empezaron a ayudar a otras mujeres con sus partos. Experiencias que acumuladas crearon toda la tradición de este gremio y que se va transmitiendo a otras mujeres. Al paso del tiempo, han mejorado sus condiciones y en algunos sitios ya cuentan con el apoyo de las instituciones del sector salud en cuanto a cursos de capacitación para mejorar su trabajo en las comunidades. Sin embargo, las parteras tienen que seguir luchando en contra de la discriminación, "el mal modo" de los doctores de los hospitales quienes la ven "como algo inferior, sucio e indeseable". "Pero no hay de otra. Ahí donde el

sector salud no puede llegar, tenemos que seguir trabajando", afirma Naolí Vinaver y señala "somos una necesidad nacional que merece apoyo", pues aún cuando hay centros de salud, las indígenas y campesinas prefieren a las parteras, a ellas les tienen confianza y saben que todo estará bien. Para las mujeres de las zonas indígenas, el apoyo de las parteras es fundamental. No importa la hora o la distancia "siempre vamos y damos nuestro consejo para que la mujer no se enferme y que su hijo nazca gordo y fuerte. Les decimos que la mujer no vaya a levantar cosas pesadas, que tiene que cambiarse la nagua, que no vaya a trabajar rápido". A veces, comenta Eulalia Méndez, partera en la región de los Altos de Chiapas, "no nos hacen caso y muchos hombres siguen tomando trago y no cuidan a su mujer ni la ayudan". Hace 12 años que Eulalia se hizo partera y explica que aunque en cada comunidad hay costumbres diferentes, "muchas cosas se parecen: la pobreza de la gente, el sufrimiento de las mujeres y las formas en que nos hacemos parteras". Oficio milenario que conocido hoy con diferentes nombres: comadrona, obstetrix, matrona, entre otros no sólo ha tenido un lugar predominante en la vida de las mujeres sino que sigue ejerciendo su importante papel. En México hay estados donde las parteras atienden más del 90 por ciento de los nacimientos. Durante la Sexta Convención Anual de Parteras, las mujeres de todas las edades contaron sus experiencias, intercambiaron conocimientos, los nombres de los tés y las posturas que han encontrado funcionan mejor cuando hay alguna complicación para el nacimiento de los bebés. La historia de Justina Santillán, partera de El Carrizal, municipio de Mezquitic de Camarena, San Luis Potosí, no fue distinta. A los 18 años tuvo a su primer hijo, "pero yo no sabía nada, nuestra madres nunca nos dijeron. A la una de la madrugada nació el bebé y hasta las 10 de la mañana llegó una señora a cortar el cordón umbilical y a limpiar todo". "Cuando iba a nacer mi segundo hijo yo dije 'para qué quiero partera...' y así tuve a todos", en total 11. "Uno venía sentado, otro de pies y tuve dos abortos. Después me empezaron a buscar las mujeres y así empecé de partera. Todavía hace 20 años tenía hasta 30 consultas de embarazadas". Para las parteras "el embarazo no es una enfermedad, es algo que el organismo tiene que desarrollar y nosotras tenemos que ayudar a las mujeres", dice con toda seguridad Aniceta, con 37 años de partera en la sierra norte de

Oaxaca para quien el proceso de ayudar a las mujeres en el embarazo y el parto es parte de la recuperación de los valores espirituales de la mujer. Cuando una mujer está pariendo, dice, " también nosotras estamos pariendo, por eso nuestra solidaridad y compañía son fundamentales". En Chiapas, las parteras reciben la visita de las mujeres embarazadas cuando tienen dos o tres meses. "les preguntamos la fecha de la última menstruación y así calculamos el tiempo que lleva. Ahí comienza nuestro trabajo. Damos nuestros consejos desde sexuales hasta dietéticos para un buen fin del embarazo". "En los primeros siete u ocho meses va a nuestra casa y después nosotras vamos a la casa de la señora para atenderla directamente, le recomendamos no bañarse con agua fría, se calienta hoja de higuera y se le da masaje en la cintura y el vientre, así curaban las abuelas". "Cuando empiezan los dolores del parto se le da té de manzanilla con canela de San Martín (planta herbácea de la región), se baña a la mujer de la cintura para abajo si el dolor es fuerte y todo el cuerpo si el dolor es leve". "En el momento del parto, el marido ayuda a pasear a su mujer embarazada, se acostumbra que las señoras se pongan en cuclillas o como ellas quieran y después cuando nace el bebé, los cuidados son hasta los 40 días. Se le recomienda a la mujer que no salga de su casa durante 20 días y no tenga relaciones sexuales durante 40 a 50 días". "Las visitas son diariamente hasta que el ombligo del niño se cae. En estas visitas se baña al niño y a la mujer. Después de esto, las visitas son cada tercer día y luego hasta los 10 días si no se presenta ningún problema".

El tema de los costos no queda fuera y las parteras recuerdan que antes el trabajo era gratuito. "Como estamos en lugares pobres, a veces nos daban algún animalito o maíz como pago". Actualmente en Chiapas, las parteras cobran 100 pesos, de los cuales 30 son para comprar material y el resto para ellas, aunque hay otros sitios donde no reciben más de 40 pesos por todo. No obstante, para las parteras lo más importante es que algún día se reconozca su trabajo y se les apoye, porque incluso "en la comunidad no nos toman en cuenta. Piensan que es nuestra obligación y nadie ve por nosotras, nadie se preocupa de nuestras necesidades". En Tabasco, "estamos llenos de centros de salud, pero no hay médicos ni material quirúrgico y a las tres de la tarde se

termina el servicio", admiten trabajadoras del sector salud de esa entidad, para quienes la partería es un arte y un don de la naturaleza. Por desgracia, los médicos no las respetan, a pesar de saber que ellas tienen el respeto de sus comunidades y eso es algo que ellos tal vez nunca logren. Esta es una de las entidades donde el trabajo de las aproximadamente dos mil parteras es fundamental, pues atienden el 90 por ciento de los nacimientos. De ahí la importancia de reconocer su actividad, lo cual se logrará únicamente con el respeto, afirman las trabajadoras del sector salud. Para todas las asistentes a la Convención Anual de Parteras, este oficio no va a desaparecer, por el contrario, debe afianzarse en la conciencia y costumbres de la población. No sólo en el campo donde son una necesidad, sino también en las ciudades, como otra forma de recuperar el cuerpo de la mujer para la mujer.⁸

La familia es una unidad biopsicosocial que tiene un comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria, de manera que, mediante la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, todo el proceso que acontece desde que se reconoce una enfermedad hasta que se cura o desaparece está influido por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar.

El impacto de la función familiar sobre la salud se ha comprobado sobre muchas variables resultando los resultados obstétricos obtenidos sean estos favorables o no para la familia, produciéndose un equilibrio en su entorno sea este patológico o no.⁹

Si tenemos que comparar, el modelo médico de atención del parto por vía vaginal, sin complicaciones, ha sido objeto de creciente escrutinio, debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de tecnologías médicas que, además de ser incómodas para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido. Tal como es el caso de la posición de litotomía que se utiliza por comodidad del médico, no obstante que favorece la aparición de desgarros perineales, además de tener efectos negativos sobre la ventilación pulmonar y la presión sanguínea de la madre, el rasurado del vello púbico que

puede incrementar el riesgo de infección al producirse pequeñas laceraciones, la aplicación de enema, a pesar de que la expulsión de materia fecal durante el parto no aumenta la tasa de infecciones y de que no las previene, la administración de solución glucosada por vía parenteral, que puede reducir la tolerancia al dolor, la inducción y la conducción química del parto que puede ocasionar hiperestimulación con alteraciones fetales por anoxia, hemorragia intracraneal, espasmos uterinos con posible separación prematura de la placenta, laceraciones del canal de parto y ruptura uterina, la episotomía, aunque no previene los desgarros, no es más fácil que reparar éstos, no mejora la función de los músculos perineales y, además puede producir laceraciones severas, dispareunia y pérdida sanguínea.

Como resultado en diversos países industrializados se han desarrollado modelos alternativos en los que el parto es considerado un evento natural y es atendido, con nula o mínima utilización de tecnología médica, en hospitales, centros especiales o en el domicilio de la mujer por parteras profesionales, egresadas de las escuelas de partería.

Otra es la situación en países donde la medicina académica coexiste con una todavía fuerte medicina tradicional donde el parto es concebido como evento natural y su atención es competencia de las parteras tradicionales, quienes hacen uso de conocimientos y recursos comunitarios y pueden haber recibido cursos de capacitación, en cuyo caso recurren también a prácticas de la medicina académica.¹⁰

OBJETIVO GENERAL:

1. Determinar la función familiar de las mujeres embarazadas, que se asocian a una mayor incidencia en la atención del parto no Institucional en la población Simón Sarlat Centla Tabasco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la cohesión y adaptabilidad de la familia de la paciente embarazada
2. Identificar los factores personales que intervienen en la atención del parto no institucional.
3. identificar la percepción de la embarazada sobre los factores institucionales

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: El tipo de estudio corresponde al tipo de desarrollo, retrospectivo, observacional y analítico.

Universo de estudio: Embarazadas del poblado Simón Sarlat.

Sujetos de estudio: Embarazadas registradas en el censo entre los meses septiembre 2005 y septiembre del 2006, del poblado Simón Sarlat del municipio de Centla.

Tipo de muestra: No probabilística en relación a las características de la investigación, ya que no se sabe aun que influencia tenga la familia para que la embarazada sea atendida de forma institucional, su objetivo no es generar un nuevo conocimiento, sino un producto o resultado con la finalidad de conocer la dinámica familiar de las pacientes embarazadas.

Tamaño de la muestra: Se estudio una muestra de 53 mujeres las cuales residen en el poblado de Simón Sarlat Centla tab. Se utilizo una encuesta que incluyo datos generales y personales de la mujer.¹²

La aplicación de las encuestas se realizara a las mujeres que cubran las condiciones para llevarse acabo datos que nos arroje hacia un estudio real por lo cual la encuesta será directa por la autora, ya que en caso de que los items no sean entendidos por la mujer se le explicaran de una sola forma que sea real la respuesta para el fin con el que se realiza.

Tiempo:

La investigación se realizara con la información de los meses septiembre a diciembre del año 2005 y de los meses enero a septiembre del año 2006 contará con el apoyo de personal medico y paramédico de los dos módulos con sus respectivos tarjeteros, censo nominal de embarazadas y expedientes.

Variables

Operacionalización de las principales variables

Variable	Definición	tipo
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.	Cuantitativa continua
Atención del parto	Conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madre y RN en buenas condiciones.	categoría
Nivel escolar	Grado de estudios de cada uno de los sujetos de estudios.	Cualitativa ordinal
Función familiar	Es la forma en que se comporta la familia ante las etapas del ciclo vital.	Cualitativa
Atención por parteras	Proceso de atención de forma empírica, generalmente domiciliario	Categoría
Economía	Ingresos económicos y gasto económico destinado al momento para la atención del parto	

Función familiar: Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Para evaluar la función familiar se utilizó *family adaptability and cohesión evaluation scales III (FACES III)*,¹¹ en su versión en español, el cual contiene 20 preguntas, las 10 primeras evalúan la cohesión familiar y las 10 últimas la adaptabilidad. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre), de tal manera que la puntuación posible para la cohesión y adaptabilidad es de 10 a 50.

Niveles de cohesión: no relacionada o dispersa de 10 a 30; semirrelacionada o separada de 31 a 35; relacionada o conectada de 36 a 40; aglutinada 41 a 50.

No relacionada o dispersa: extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de

cercanía paterno – filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones en forma independiente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva acabo individualmente.

Semirrelacionada o separada: hay separación emocional la lealtad se da ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento – filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva acabo mas separada que en forma compartida.

Relacionada o conectada: hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites en los subsistemas son claros, con cercanía parento – filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual.

Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbólico, los miembros de la familia dependen unos de otros, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento – filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia mas que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

Niveles de adaptabilidad:

Rígida: 10 a 24

Estructurada; 25 a 28

Flexible: 29 a 32

Caótica: 33 a 50

Rígida: el liderazgo es autoritario, existe fuerte control parenteral, la disciplina es estricta, rígida y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad del cambio.

Estructurada: en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, en un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

Flexible: el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

Caótica: Liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parenterales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión de los mismos, frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente.

La combinación de los niveles de cohesión con los de la adaptabilidad permite clasificar a las familias de acuerdo a su función familiar en 16 tipos: rígidamente dispersa, rígidamente separada, rígidamente conectada, rígidamente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente separada, estructuralmente conectada, estructuralmente aglutinada, flexiblemente dispersa, flexiblemente separada, flexiblemente conectada, flexiblemente aglutinada, caóticamente dispersa, caóticamente separada, caóticamente conectada, caóticamente aglutinada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que se encuentren dentro del censo de embarazadas en los meses señalados (septiembre – Diciembre 2005 y enero – Septiembre 2006) que ya hayan sido atendidas por parto por vía vaginal.
- Mujeres atendidas por parteras empíricas en su domicilio
- Mujeres que acepten contestar la encuesta

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres captadas como embarazadas y que hayan tenido aborto.
- Mujeres que no acepten contestar el cuestionario
- Mujeres que hayan sido atendidos en domicilio por medico particular

Recolección de los datos

Para esta actividad se procedió en dos etapas

La primera para la capacitación del equipo de trabajo equipo formado con personal del centro de salud poblado Simón sarlat que consta de dos médicos, dos enfermeras, a los que se les capacito para el levantamiento del censo nominal de embarazadas, y para la aplicación del cuestionario de datos personales de la muestra.

Instrumentos

El **censo nominal de embarazadas** es la fuente primaria del sistema de información de las embarazadas captadas al inicio de su embarazo, donde se registran el nombre, edad, domicilio, fecha de ultima menstruación, fecha probable de parto, antecedentes gineco-obstétricos como gestas (G), paras (P), abortos (A), y óbito (O), si son atendidas por parteras, si son derechohabientes, numero de controles, factores de riesgo, factores de mal pronostico, clasificación de riesgo (sin riesgo, mediano riesgo o alto riesgo) y fecha de referencia por alto riesgo.

Cuestionario de medición, el cual esta conformado por una primera parte por los datos de identificación del paciente que incluye: edad, características socioeconómicas, nivel de estudios, antecedentes de atención por partera, conformado por preguntas específicas y de opción múltiple; Una segunda parte utilizando el cuestionario de FACES III para valorar la cohesión y adaptabilidad.

PROCEDIMIENTO

Para dar inicio al desarrollo de este estudio, se planteo la problemática a estudiar a través de un oficio al Director del Centro Avanzado de Atención a la salud. (CAPPS), Villa Vicente Guerrero Centla, solicitándole permiso para la realización de la Investigación en el Centro de salud de 2 núcleos básicos Poblado Simón Sarlat. Posteriormente a la aprobación se dio inicio a la realización de la investigación a través de dos etapas:

Primera etapa

Revisión del censo nominal de embarazadas, así como del censo nominal general de la población, recabando fechas y nombres de las pacientes de la muestra y con revisión de los expedientes clínicos en conjunto con el carnet perinatal. Se encontraron 53 mujeres que habían cursado con embarazo o que se encontraban embarazadas, las cuales fueron objeto de estudio.

Segunda Etapa:

Se aplico el cuestionario FACES de medición de cohesión y adaptabilidad. El cuestionario fue desarrollado por la autora del proyecto, por un mes; así como el ingreso familiar semanal.

Recursos humanos; Se contara 2 médicos, 2 enfermeras.

Recursos materiales. 156 hojas blancas para la elaboración de cuestionarios, 4 lápiz, 4 borradores, cinta para impresora, dos engrapadoras, una computadora hp, una impresora hp PSC 1200, copias, USB, uso de Internet.

Análisis de los datos:

El concentrado de los datos se llevó a cabo por paloteo, posteriormente se elaboró una base de datos, dando un valor a cada una de las preguntas para su codificación y análisis en el sistema estadístico SPSS versión 11.5. Microsoft Excel.

Para determinar a las embarazadas se reviso el censo de las mujeres embarazadas en la fecha ya mencionada.

Para valorar su funcionalidad familiar se aplicó el instrumento FACES III que permite determinar en que tipo de familia se encuentra la paciente embarazada, clasificándola, para determinar porque tienen las mujeres mayor incidencia en la atención de parto no institucional.

Para calcular la economía familiar se tomó como referencia el salario mínimo (44.20) y se clasificó de 1 hasta 10 salarios.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio se apegara al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (secretaria de Salubridad y Asistencia, 1987). De acuerdo al titulo II. Capitulo I, articulo 14, fracción VII., se solicitara la aprobación de las autoridades de salud de la Jurisdicción No. 08 de la Secretaria de Salud. Como dispone el artículo 13 para brindar respeto a la dignidad humana y protección de los derechos y bienestar del participante, al aplicar el cuestionario se cuidara la forma en que se realizará la pregunta, no juzgando la conducta de los pacientes y se cuidara la privacidad de los mismos, al no identificar a la persona por su nombre.

Además de acuerdo al articulo 17 fracción I, éste tipo de estudio entra en la categoría de investigación sin riesgo, ya que aquí se emplearan técnicas y métodos de investigación documental.

Para dar cumplimiento al articulo 16 la privacidad y el anonimato de los participantes, se aclarara que la información obtenida será dada a conoce sólo de forma grupal y nunca individual y el autor del estudio guardara las encuestas en un lugar seguro al cual solo él tendrá acceso.

En base al artículo 21 y 22, los sujetos de la investigación contaran con la información suficiente sobre el estudio a través del consentimiento informado, su participación en el estudio será voluntaria y conforme a la fracción VII el participante tendrá la libertad de retirar su participación en el momento que lo deseara.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

LUGAR Y FECHA _____.

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:

CON NUMERO DE REGISTRO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD No. _____

_____.

EL OBJETIVO DEL ESTUDIO ES:

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRA EN: _____

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE LA ENCUESTA ES ANÓNIMA Y LOS RESULTADOS SERAN UTILIZADOS CON FINES ACADÉMICOS.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE _____

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR _____

RESULTADOS

Del levantamiento del censo nominal de embarazadas, se encontraron un total de 53 mujeres, a las cuales se le realizó el cuestionario de datos personales (ver anexo 1); de las cuales sus edades oscilaban 15 años de edad a los 36 años, encontrándose los siguientes resultados: en el grupo de 15 años hubo una sola paciente, de 17 años, una; 18 años, 3; 19 años, 5; 20 años, 2; 21 años, 6; 22 años 1; 23 años, 5; 24 años, 4; 25 años, 5; 26 años, 2; 27 años, 4; 28 años, 2; 29 años, 1; 30 años, 3; 31 años, 3; 32 años, 2; 33 años, 1; 36 años, 1;. Todo esto representa un 100% (53 mujeres) Siendo esto el universo de estudio. (Ver anexo Grafica 1).

En cuanto a la escolaridad de las pacientes los resultados obtenidos nos reportan que el mayor numero de las pacientes terminaron su primaria, 17; continuando con 12 que la iniciaron pero no la terminaron; 11 con secundaria completa; 9 con secundaria incompleta; 3 analfabetas y 1 paciente con bachillerato incompleto. (Ver anexo Grafica 2).

En la atención del parto 3 personas se atendieron por medio hospitalario; 21 personas en Centro de salud; y 29 por parteras tradicionales en su domicilio. (ver anexo Grafica 3).

En relación a las características económica los resultados muestra que el mayor ingreso económico de la familia, por parte de los jefes de familia es de 1 a 2 salarios mínimos 29; 9 no tienen ingresos; 8 de 5-6 salarios mínimos, y 7 de 3-4 salarios mínimos. (Ver anexo Grafica 4).

Al estudiar la funcionalidad familiar con los niveles de cohesión se encontraron 10 familias aglutinadas, 9 no relacionada o dispersa; 9 semirrelacionada o separada; y 2 relacionadas o conectadas. (ver anexo Grafica 5).

Y en los niveles de adaptabilidad 8 familias rígidas, 7 caóticas; 5 flexibles, y 1 estructurada.

Se realiza la unión de los niveles de cohesión y adaptabilidad que da por resultado 19 familias caóticamente aglutinadas; 17 rígidamente dispersas, 10 estructuralmente separadas; flexiblemente conectadas 7. (ver anexo Grafica 7).

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Según los resultados aportados por las encuestas y cuestionarios realizados a las 53 pacientes, es la edad una pieza muy importante ya que el embarazo a corta edad trae consigo responsabilidades que son difíciles de asumir, conlleva a un hermetismo el poder expresar el deseo y la necesidad de ser atendida en un hospital que disminuya los factores de riesgo del embarazo, sin omitir que la mayoría de las pacientes no saben demandar una atención de calidad para ella y el producto de la concepción dentro del entorno familiar y mucho menos al primer nivel de atención.

Se puede observar que el bajo nivel de escolaridad que predomina en la mayoría de las pacientes es un factor importante, ya que la paciente con el nivel básico completo se desarrolla culturalmente con mas desenvolvimiento y es mas fácil capacitarle de temas de importancia como por ejemplo los factores de riesgo, signos de alarma del embarazo y planificación familiar entre otros temas.

El ingreso económico, es básicamente el capital que entra a un hogar, y del cual hay disposición para cubrir las necesidades básicas de la vivienda y habitantes de esta, por lo cual las pacientes al tener pocos recursos económicos y que se derivan y agotan diariamente para las necesidades diarias, es raro que guarden un porcentaje de estos ingresos para enfrentar crisis paranormativas como por ejemplo una complicación del parto que amerite cesárea.

Es importante recalcar que las parteras están atendiendo a la mayoría de las pacientes sean estas clasificadas de alto o bajo riesgo con la aceptación de cualquier evento adverso que puede afectar al binomio, es difícil que a las pacientes que se le otorga referencia para un segundo nivel acudan a valoración ginecológica, y es que aquí se engloba tanto el nivel cultural, nivel socioeconómico y familiar como influyentes negativos o positivos en el momento de la atención del parto.

Es la familia como unidad que antepone lo económico en el momento de eventos adversos, pero son ellos mismos los que no les otorgan las facilidades económicas a la paciente para que ella pueda desplazarse tanto a una valoración ginecológica, como de tiempo para poder acudir hasta a un control prenatal, por lo que es mas accesible que acuda la partera a su domicilio y es que a nivel de la funcionalidad familiar se observa familias caóticas aglutinadas que no permiten tomar por si sola las decisiones, la autosuperacion y el cuidado por lo cual aumenta el riesgo de dependencia en todos los ámbitos.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

En los meses de mayo, junio, Julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre 2006 se realiza el protocolo de investigación, se recaba bibliografía.

En el mes de Junio se detiene el estudio y la verificación de censos de embarazadas ya que me cambian de sede de la villa Vicente Guerrero al poblado Simón sarlat Centla.

Noviembre y diciembre 2006 se aplican las encuestas.

Diciembre y Enero se hace revisión de los resultados obtenidos

Febrero se realiza la discusión de los resultados encontrados.

Marzo se realizara las conclusiones de los resultados encontrados.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Elab. Protocolo	X	X	X	X	X	X					
Encuesta							X	X			
Anal información								X	X		
Integración del doc.											X

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

Identificación

edad_____

Domicilio: Manzana_____Casa_____

Características Socioeconómicas

Escolaridad de la paciente

- a) Ninguna
- b) primaria: Completa si no Incompleta: si no
- c) Secundaria: Completa si no Incompleta: si no
- d) Bachillerato: Completa si no Incompleta: si no

Atención del parto

- a) Medico
- b) Partera
- c) Hospital 2do. nivel

Ingreso familiar Semanal

Salario mínimo \$44.20.00

- a) No tiene ingresos
- b) 1-2 salario mínimo
- c) 3-4 salarios mínimos
- d) 5-6 salarios mínimos
- e) 7-8 salarios mínimos
- g) 9-10 salarios mínimos

ADAPTABILIDAD

Describe su familia:	1	nunca 2	veces 3	siempre 4	5
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					

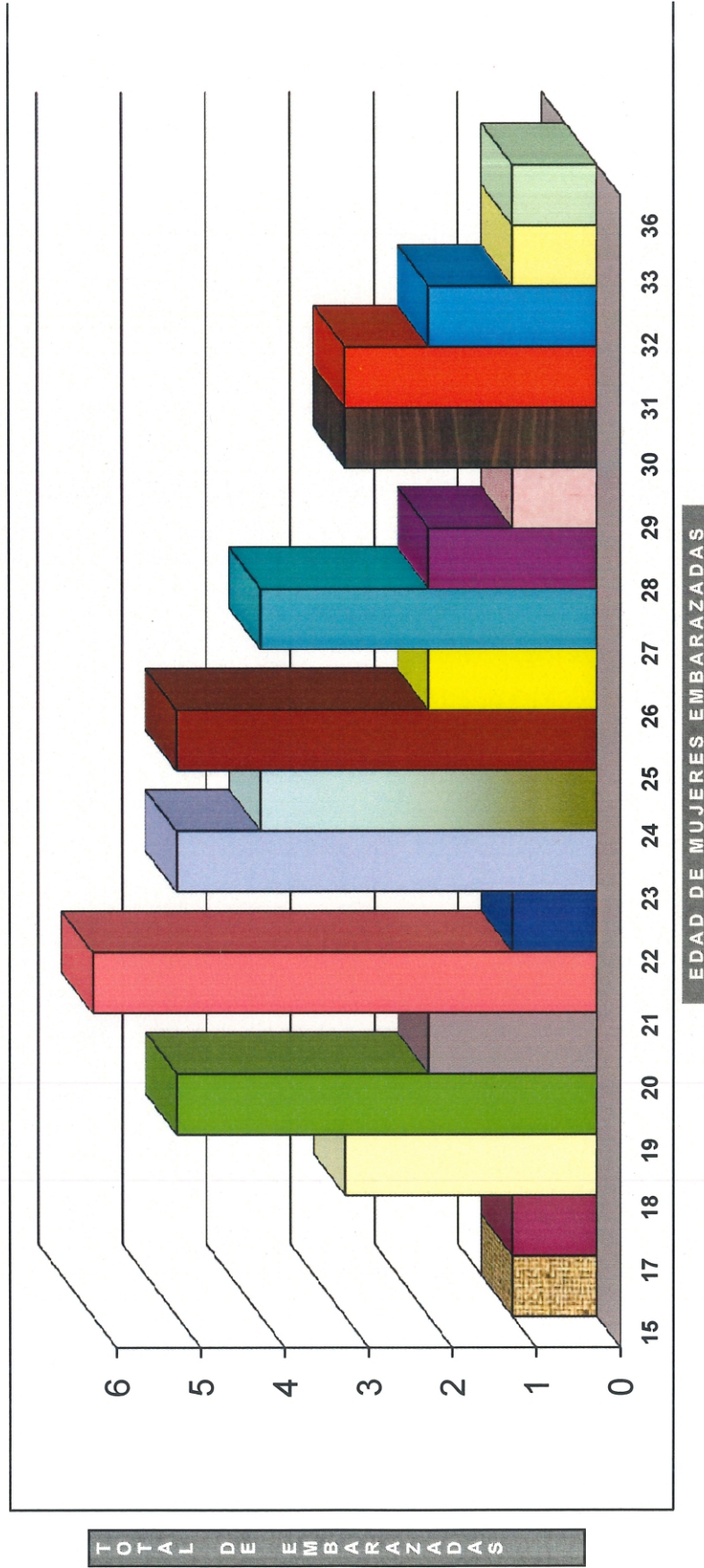
ADAPTABILIDAD

11. Nos sentimos muy unidos						
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones						
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente						
14. En nuestra familia las reglas cambian						
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia						
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros						
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones						
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad						
19. La unión familiar es muy importante						
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar						
Total						

ANEXO 2 FACES III ESCALA DE EVALUACION DE COHESION Y ADAPTABILIDADX

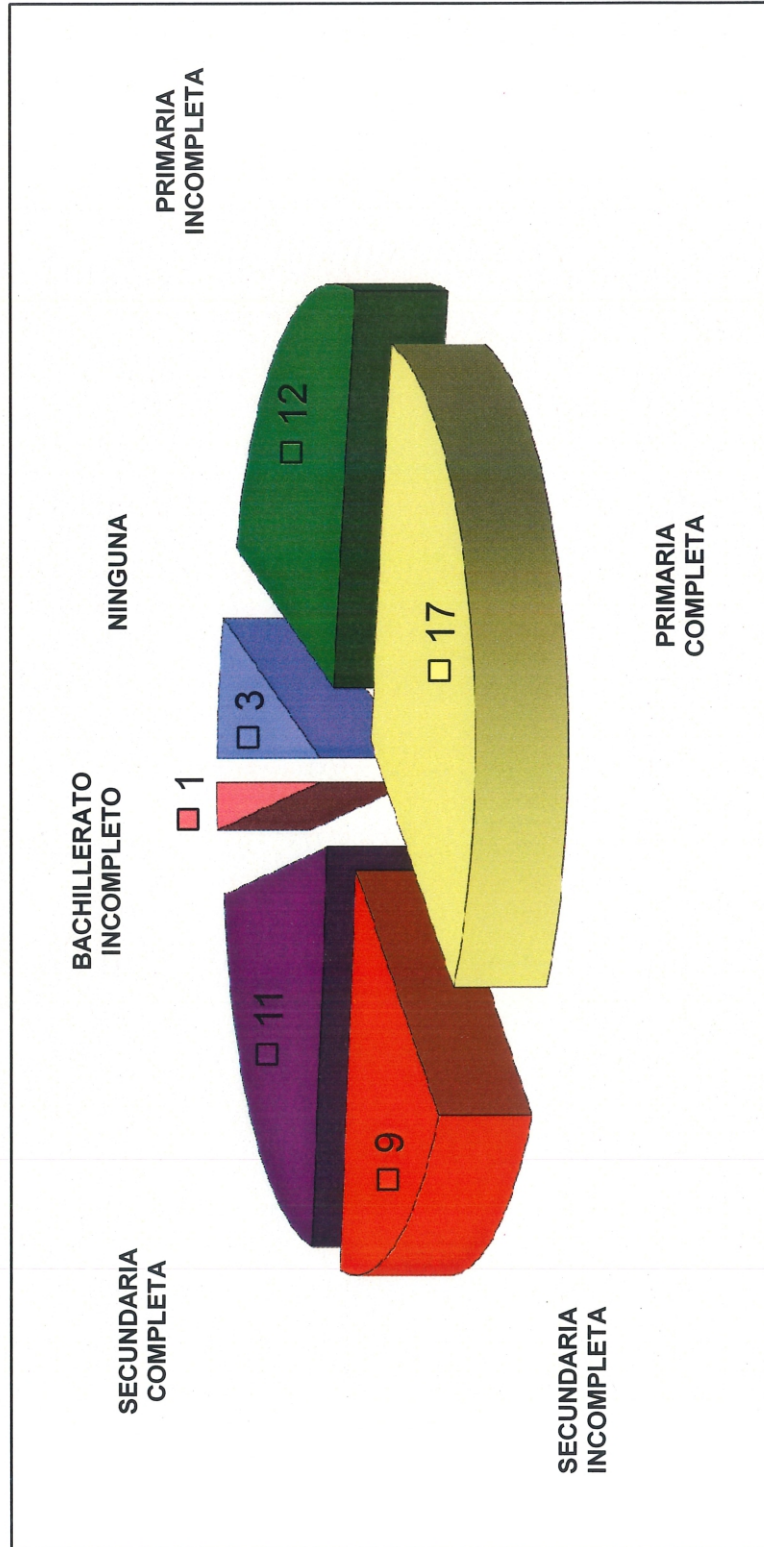
COHESION		ADAPTABILIDAD	
8	50	8	50
	48		
	47		
	46		
7	45	7	40
	43		
	42		
	41		
6	40	6	29
	38		
	37		
	35		
5	34	5	27
	32		
	31		
	30		
4	29	4	24
	27		
	26		
	25		
3	24	3	23
	23		
	22		
	20		
2	20	2	19
	19		
	18		
	17		
1	15	1	15
	14		
	13		
	10		

GRAFICA 1



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

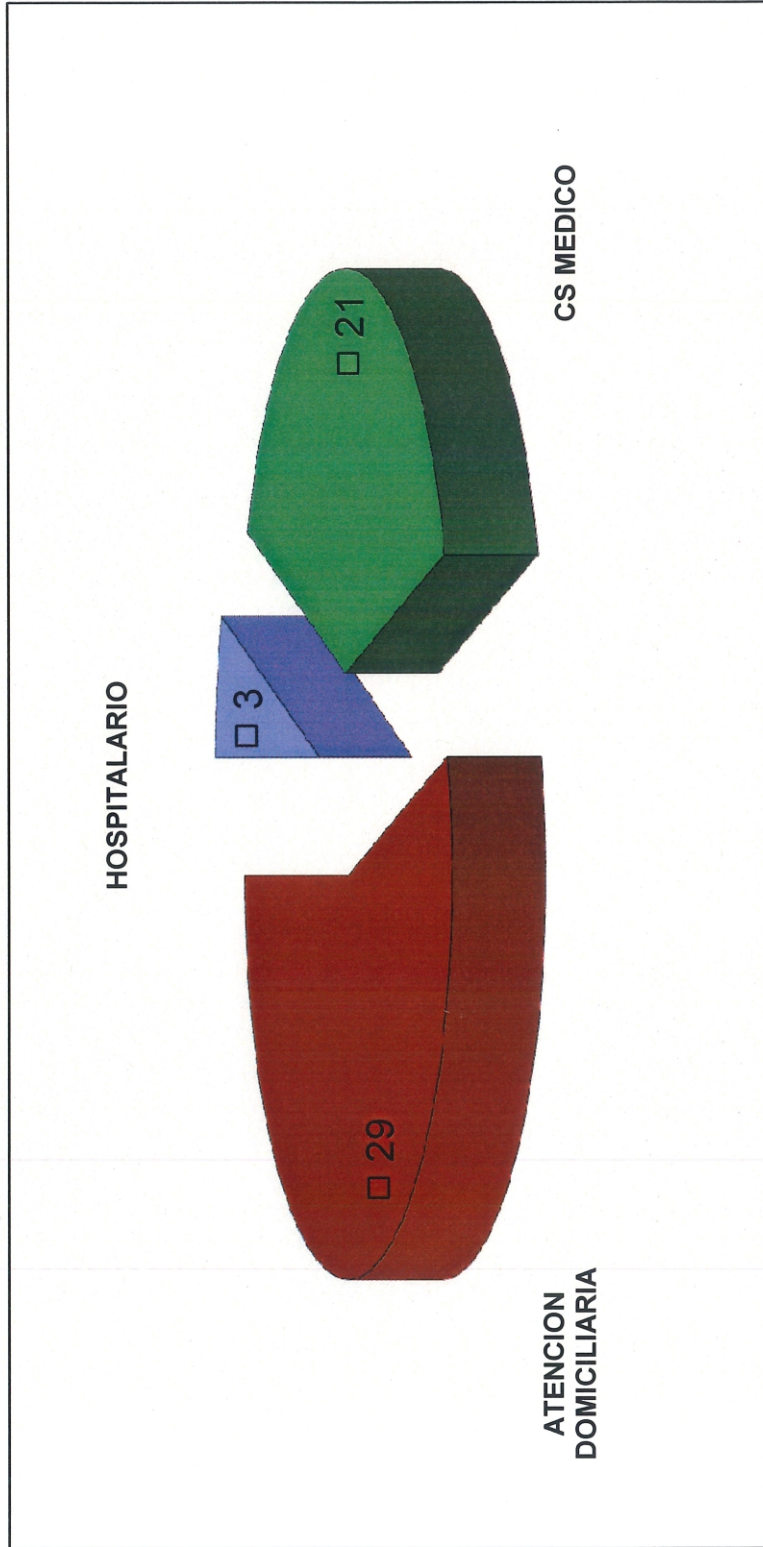
GRAFICA 2



ESCOLARIDAD

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR EL CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

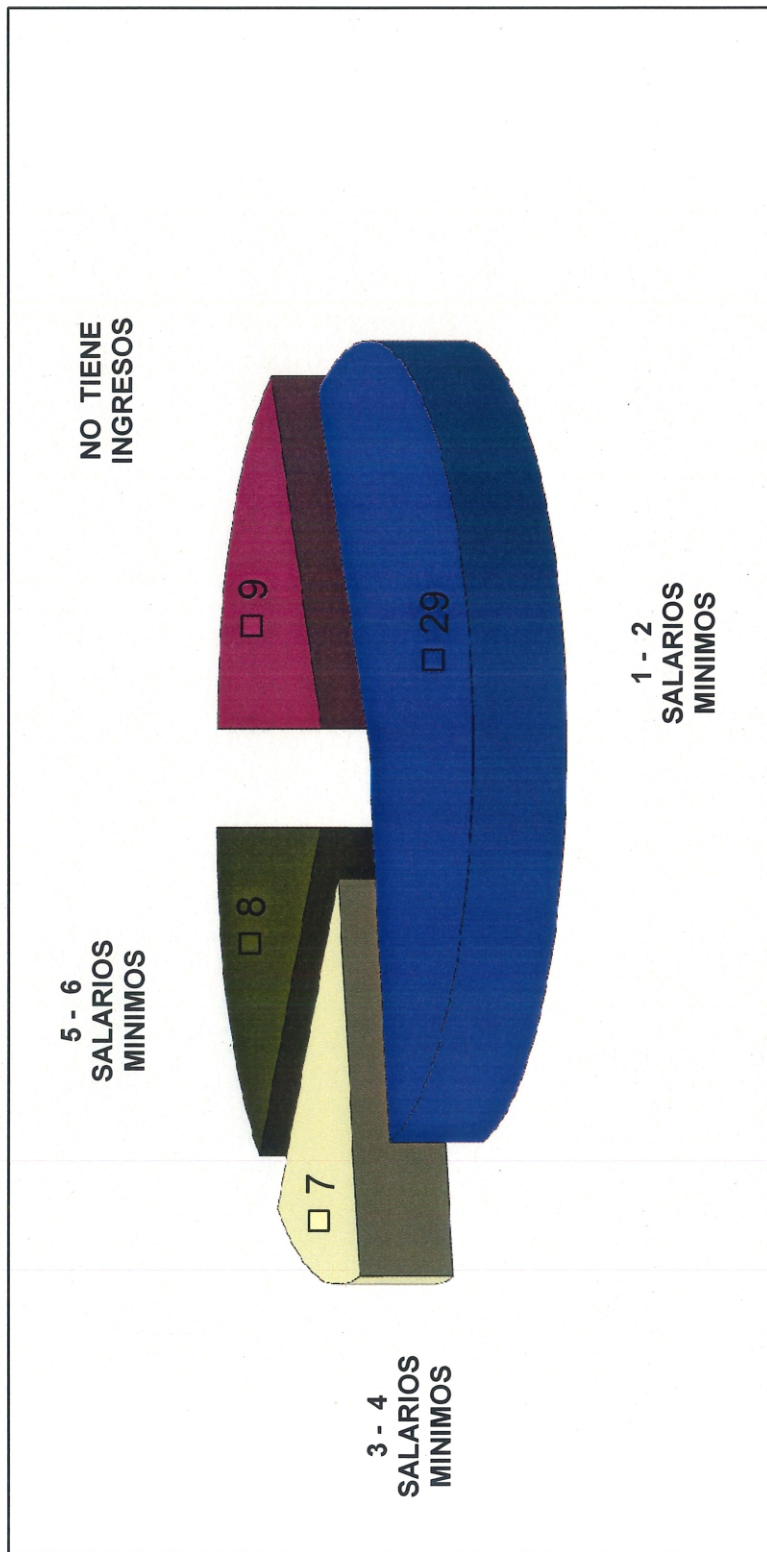
GRAFICA 3



ATENCIÓN DEL PARTO

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR EL CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

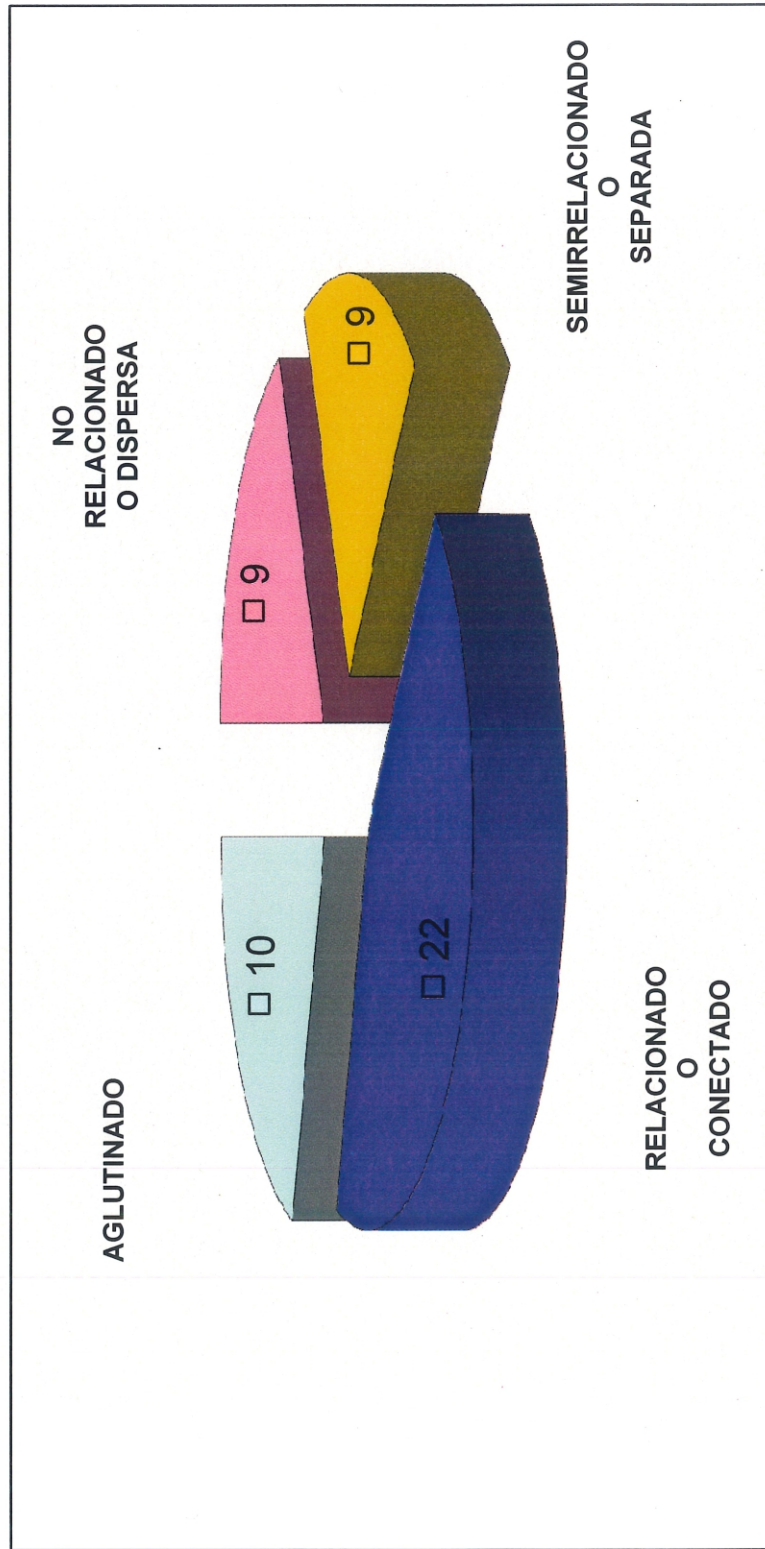
GRAFICA 4



INGRESO FAMILIAR SEMANAL

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR EL CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

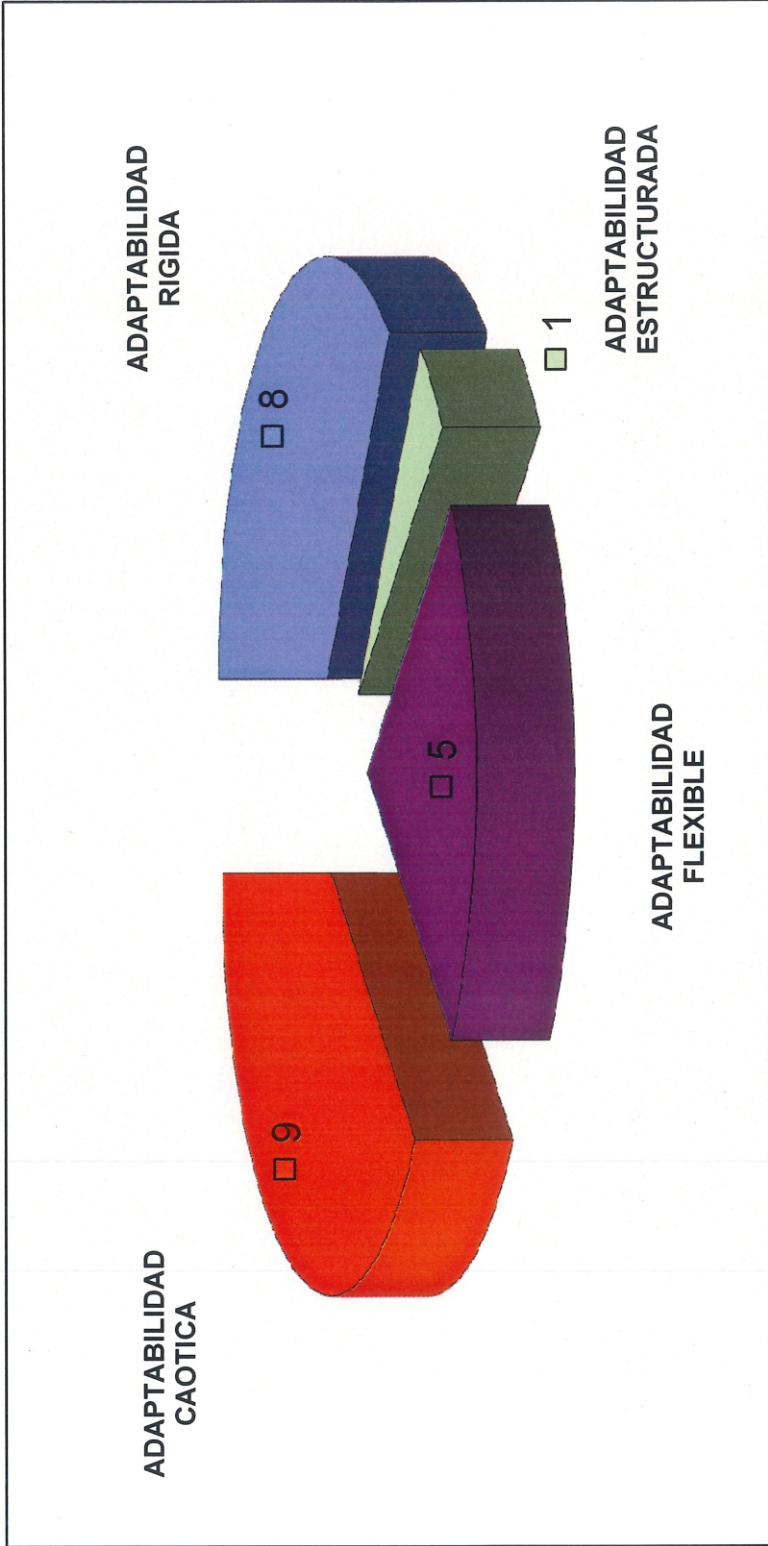
GRAFICA 5



NIVELES DE COHESION

FUENTE: INSTRUMENTO FACES III

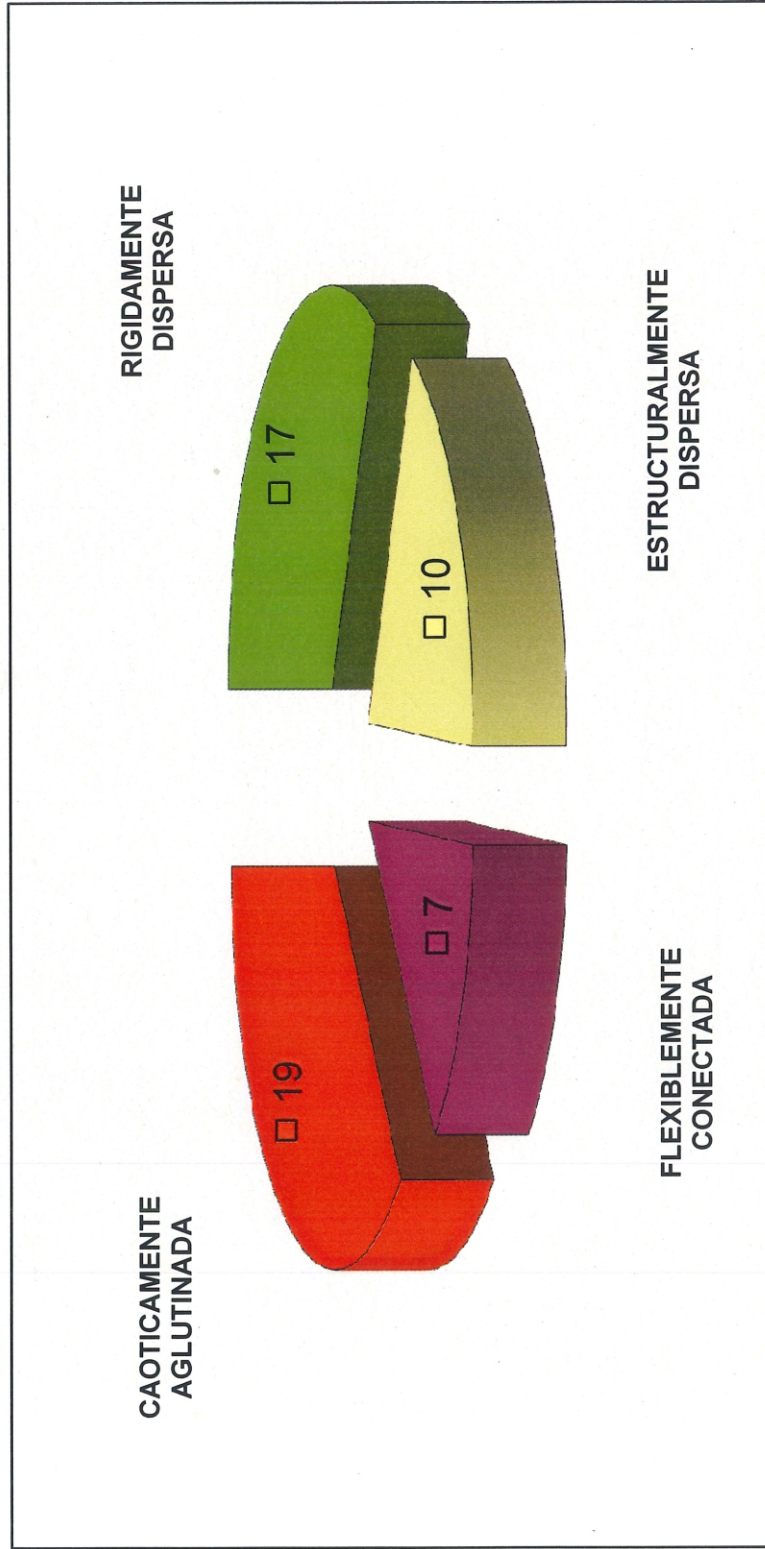
GRAFICA 6



NIVELES DE ADAPTABILIDAD

FUENTE: INSTRUMENTO FACES III

GRAFICA 7



NIVELES DE ADAPTABILIDAD

BIBLIOGRAFIA:

- ¹ Good Marcia , Yucatán, identidad y cultura Maya. Artículo www.mayas.uady.mx <https://www.mayas.uady.mx/articulos&par2.html>
- ¹² Lawn JE, Cousen S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Acceso. <http://www.activemag.co.uk/lancet.htm> Octubre 20, 2005
- ³ Del estado de Hidalgo, U.A. (s.f.) conocimientos de salud materna en las mujeres embarazadas participantes en los clubes del embarazo del municipio de Tezontepec de Aldama Hidalgo. <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n2/p1.html>
- ⁴ Organización y procedimientos de la red de servicios de salud.(2002). http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/red_servicios.pdf
- ⁵ USAID&Centro latinoamericano de perinatología salud de la mujer y reproductiva. Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional. Organización panamericana de la salud.
- ⁶ Cumbre Mundial a favor de la infancia, 29 y 30 de septiembre de 1990, Nueva York, Estados Unidos. <https://www.un.org/es/conferences/children/newyork1990>
- ⁷ Tarqui M., C., & Barreda G., A. (2014). Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 22(2). <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2005.222.1016>
- ⁸ ARTICULOS. (1999, 2 Agosto) <https://www.jornada.com.mx/1999/08/02/parteras.htm>

¹⁰ Méndez-González, Rosa María, & Cervera-Montejano, María Dolores. (2002). Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Pública de México*, 44(2). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000200007&lng=es&tlng=es.

¹¹ Rosas, E. P., Clavelina, F. G., Trillo, M. T., Coria, A. I., & Ibáñez, S. L. (2003). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención primaria*, 31(10), 624-630.

¹² SIS (Sistema de información de salud), concentrado de embarazadas de Centla, Tabasco; Secretaría de salud 2007.