

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



TITULO DE TESIS

**TIPOLOGIA FAMILIAR EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO Y BAJO
RIESGO DERECHOHABIENTES DE LA UMF 220 TOLUCA 2011-2012**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 TOLUCA.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MC. ERICKA ZARATE FLORES

DIRECTORA DE TESIS

E.M.F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ

REVISORES DE TESIS

**PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
E.M.F BLANCA ESTHELA ARIZMENDI MENDOZA
E.M.F MONICA LÓPEZ GARCÍA**

TOLUCA, MEXICO

2013

**“TIPOLOGIA FAMILIAR EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO Y BAJO
RIESGO DERECHAHABIENTES DE LA UMF 220 TOLUCA 2011-2012”**

AGRADECIMIENTOS

- ✓ A mi Dios; Fiel y amoroso que no me ha abandonado ni un segundo de este arduo camino y me ha sostenido con brazo fuerte y poderoso aún a pesar de mi misma, es Él quien hoy me permite alcanzar otro de los grandes anhelos de mi corazón.

- ✓ A mi esposo Eder por su amor, comprensión y cariño, por tener en mí una confianza ciega, por ser mi fuerza en los momentos difíciles y compartir los buenos momentos que siempre han sido muchos más; eres mi bendición favorita amor.

- ✓ A mis padres por su amor incondicional y por la educación que me brindaron la cual me forjó para ser quien soy.

- ✓ A mis maestros Médicos, que compartieron conmigo conocimientos, momentos, sentimientos, grandes personas a quienes estimo, admiro y respeto profundamente.

- ✓ A mis amigos en quienes encontré el cariño de una familia estando lejos de casa, al compartir momentos de trabajo, de diversión, dificultades, retos, han sido excelentes amigos, los llevo en el corazón.

ÍNDICE.

Cap.		Pág.
I.	MARCO TEÓRICO	
I.1	Antecedentes	9
I.2	Historia de la familia en México	10
I.3	Situación actual de la familia en México	12
I.4	Familia	14
	I.4.1 Clasificación de la familia	14
	I.4.1.2 Funciones básicas de la familia	16
I.5	Embarazo	16
	I.5.1 Diagnostico de embarazo	17
I.6	Riesgo obstétrico	18
	I.6.1 Factores de riesgo obstétrico	18
I.7	Embarazo de alto riesgo	19
I.8	Conducta a seguir durante el embarazo	19
I.9	Factores asociados a alteraciones psicológicas durante el embarazo	21
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
II.1	Argumentación	25
II.2	Pregunta de investigación	25
III.	JUSTIFICACIONES	
III.1	Académica	27
III.2	Científica	27
III.3	Social	27
III.4	Económica	28

IV.	HIPÓTESIS	
IV.1	Elementos de la hipótesis	29
	IV.1.1 Unidades de observación	29
	IV.1.2 Variables	29
	IV.1.2.1 Dependiente	29
	IV.1.2.2 Independiente	29
	IV.1.3 Elementos lógicos de la relación.	29
V.	OBJETIVOS	
V.1	Objetivo general	30
V.2	Objetivos específicos	30
VI.	MÉTODO	
VI.1	Tipo de estudio	31
VI.2	Diseño del estudio	31
VI.3	Operacionalización de las variables	32
VI.4	Universo de trabajo	33
	VI.4.1 Criterios de inclusión	33
	VI.4.2 Criterios de exclusión	33
	VI.4.3 Criterios de eliminación	33
VI.5	Instrumento de investigación	
	VI.5.1 Descripción	33
	VI.5.2 Validación	34
	VI.5.3 Aplicación	34
VI.6	Desarrollo del proyecto	34
VI.7	Límites de espacio	34
VI.8	Límite de tiempo	34
VI.9	Diseño del análisis	35

VII.	IMPLICACIONES ETICAS	36
VIII.	ORGANIZACIÓN	37
IX.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
X	TABLAS Y GRÁFICAS	41
XI.	CONCLUSIÓN	48
XII.	RECOMENDACIONES	50
XIII.	BIBLIOGRAFÍA	51
XIV.	ANEXOS	54

RESUMEN

INTRODUCCION. La familia ha sido objeto de estudio desde hace algunas décadas por su trascendencia en el proceso salud-enfermedad, en la evolución histórica la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes, el embarazo es un estado fisiológico materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo, no sólo consiste en esperar a que llegue el momento de dar a luz; se trata a menudo de una fase decisiva en la vida de una mujer así como para pareja y familia, suelen sentir una mezcla de alegría, preocupación y esperanza de que el desenlace sea el mejor de los posibles: que tanto la madre como el bebé estén sanos, La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características y la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de factores de riesgo, todas las sociedades se esmeran por asegurar que el embarazo sea efectivamente un evento feliz, y lo hacen ofreciendo durante ese periodo una asistencia prenatal apropiada para promover la salud y atender posibles problemas, estudios psicodinámicos han determinado que la paciente embarazada manifiesta una especie de “regresión emocional” , con una tendencia a ser más dependiente de los demás, sus emociones son más intensas y necesita de un mayor apoyo emocional de quienes las rodean, por desgracia muchas mujeres sobre todo de ambientes urbanos, no cuentan con esta red de apoyo por lo que se encuentran más aisladas y tienen que enfrentar todos estos cambios y ajustes solas con mayores posibilidades de complicaciones.

OBJETIVO: Integrar la tipología familiar en mujeres con embarazo de alto y bajo riesgo que acuden a la UMF 220 2011-2012.

MATERIAL Y METODOS: se trata de un estudio descriptivo, transversal, la muestra fue de 58 familias de mujeres embarazadas con alto y bajo riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de la unidad de medicina familiar 220 del IMSS Toluca, se les aplicó cuestionario para determinar riesgo obstétrico y cuestionario para determinar tipología familiar de acuerdo a su estructura, etapa del ciclo vital familiar y desarrollo.

RESULTADOS: La muestra fue de 58 familias de mujeres con embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico, La tipología familiar que prevalece en las mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico es: Nuclear simple en fase de expansión tradicional con 33.33%, Nuclear simple en fase de dispersión moderna en un 14.29 % y Extensa en fase de dispersión tradicional con 9.52%. La tipología familiar que prevalece en las mujeres con riesgo obstétrico bajo es: Nuclear en fase de matrimonio tradicional con el 29.73%, nuclear simple en fase de expansión tradicional con el 21.2% y Nuclear simple en fase de expansión moderna con el 18.92 %. Del total de las pacientes estudiadas 66 % tienen un riesgo obstétrico bajo y 34 % riesgo obstétrico alto. El grupo etéreo más afectado del total de las mujeres estudiadas es el comprendido entre 30-34 años con un 80% del total de este grupo de edad y esto se asocia a factores como, cesáreas anteriores, abortos, enfermedad hipertensiva

inducida por el embarazo entre otros. La escolaridad reportada es: primaria o menos 10%, secundaria o más 90%.

CONCLUSIONES: Las mujeres embarazadas estudiadas se desenvuelven en mayor proporción en familias nucleares en fase de expansión tradicionales, el grupo de edad más afectada es 30-34 años, siendo el jefe de familia varón quien aporta el ingreso familiar para la manutención, la escolaridad predominante es secundaria y más, lo cual se describe como un factor protector ya que los conocimientos adquiridos durante la educación nivel secundaria, pudieran favorecer un nivel de pensamiento más adecuado para afrontar el suceso de la maternidad, los antecedentes mayormente asociados a alto riesgo obstétrico son cesárea previa y enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, se concluye que si logra una intervención oportuna tomando en consideración el riesgo obstétrico y la tipología familiar se diseñan estrategias individualizadas para mejorar los términos de dichos embarazos.

SUGERENCIAS: El Médico familiar debe poner especial atención control prenatal, deberá conocer la dinámica familiar de la paciente embarazada para determinar las características de la misma lo que nos ayudará a orientarnos sobre que tanto apoyo recibirá esta mujer durante la fase de embarazo, debe integrar a la familia al control prenatal, principal o idealmente el esposo, o bien, al familiar más cercano responsable de la paciente, el Médico familiar debe conocer la escala para determinar el riesgo obstétrico así como el equipo multidisciplinario para así identificar oportunamente los factores de riesgo que pudiesen condicionarnos un desenlace no deseado durante el embarazo, El médico familiar debe apoyarse en los integrantes del equipo multidisciplinario de primer nivel y realizar un manejo conjunto con otras especialidades según sea necesario.

Palabras clave: embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico- tipología familiar

I.MARCO TEORICO.

I.1 Antecedentes

El hombre es el ser mas evolucionado en la escala biológica y paradójicamente es el más desvalido e incapaz de subsistir por si mismo ya que para lograrlo necesita aprender de su relación con otros seres humanos que satisfagan sus necesidades básicas tanto físicas como emocionales por lo tanto no puede vivir solo o aislado.

El hombre pertenece vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado familia por lo que la vida en familia seguirá siendo la mejor opción de realización de los seres humanos por medio de su historia personal en cualquier etapa de su vida, por lo que se debe defender este sistema para una forma adecuada del desarrollo humano y su salud.

En la evolución histórica la familia ha experimentado trasformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes.

La familia es tan antigua como la especie humana pero fue objeto de estudio hasta la mitad del siglo XIX cuando Morgan, McLennan, la considera como una institución social, cuya estructura y función son determinadas por el grado de desarrollo de la sociedad global, en ella se intercambian afectos y valores y se otorga mutua protección y su funcionamiento es el fruto de la creatividad y convivencia de quienes fundan la familia. (1)

Existen diferentes conceptos de familia desde 1970 la OMS la define como: "Conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio"

El origen etimológico de la palabra familia es muy incierto; algunos sostienen que proviene de la voz latina famēs ("hambre"); otros afirman que proviene de la raíz latina famulus ("sirviente" o "esclavo doméstico") y que se utilizaba para designar al conjunto de esclavos de un romano.

"El núcleo primario fundamental para promover la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos (2)

Los seres humanos siempre han tendido a formar grupos y esto ha resultado fundamental para el desarrollo de la civilización. La forma natural entre los seres humanos de unirse y coexistir es formar grupos que hemos dado en llamar familias. Y así lo señalan los estudios transculturales que muestran cómo la familia es el grupo básico en todas las culturas. La familia ha cambiado a lo largo de la historia y adaptado su organización según las vicisitudes socioculturales, económicas y políticas sufridas.

La noción de ciclo vital familiar proviene de la sociología, pero rápidamente fue adoptada por psicólogos sociales y terapeutas familiares. El ciclo vital intenta dar una perspectiva temporal, diacrónica al análisis de una familia; a semejanza del ciclo vital individual, señala que una familia evoluciona y cambia en respuesta a diversos contextos biológicos y sociales. Es, por tanto, un concepto dinámico y centrado en la familia como unidad o sistema, y no la simple suma de las historias individuales de los miembros que la componen.

La idea primordial es que el ciclo vital está constituido por etapas y por periodos de transición, en los que se exige de la familia cambios que afectan a

su sentido de identidad, a su cohesión, y que la obligan a incorporar nuevos roles sociales y emocionales; en suma, cada transición precisa que la familia realice determinadas tareas evolutivas. (3)

I.2 Historia de la Familia en México.

La organización familiar en México es el fruto de una historia demográfica contrastada y de procesos de poblamiento muy variados. Las estructuras familiares resultan de la mezcla, en grados diferentes, de una herencia indígena precolombina, de una inmigración peninsular en la época colonial, del mestizaje, de la esclavitud de población de origen africano, de la urbanización, de la colonización del norte y del trópico más recientemente. En la Nueva España, con el modelo del matrimonio católico y las reglas importadas de Europa por la Iglesia, pero con las contingencias y particularidades de una sociedad plurirracial, se llegaron a definir normas de matrimonio para cada grupo étnico, basadas en una separación de derecho.

El trabajo más completo sobre familias indígenas en el siglo XVI es el de Roberto McCaa, donde analiza un censo nahua, llevado a cabo en dos pueblos cercanos de Cuernavaca, Morelos: Huitzillán y Quauhchichinollán, en la traducción de S.L. Cline de 1993. Refiriéndose a 315 hogares y a cerca de 700 parejas, nos muestra una nupcialidad universal: 90 por ciento de las mujeres mayores de los 10 años de edad se habían casado alguna vez, 95 por ciento de las de más de 15 años, todas las mujeres después de los 25 años.

La nupcialidad era muy precoz, con una edad mediana al matrimonio de 10.7 años para las mujeres y de 15.2 años para los hombres. Al casarse tan temprano, 15 por ciento de las jóvenes esposas todavía no tenían hijos después de 5 años de matrimonio, en todos los estudios sobre el matrimonio indígena, se observan las mismas características durante toda la época colonial: fuerte endogamia racial, matrimonio a edades tempranas. Los principales rasgos de la familia en Guadalajara fueron estudiados por Thomas Calvo, siguiendo los matrimonios de los nacidos entre 1666 y 1690 con el archivo del Sagrario. Entre los 128 matrimonios de su muestra, los españoles y criollos están sobre representados, por tratarse del archivo de la Catedral y por su mayor legitimidad y estabilidad.

El matrimonio estaba mucho más difundido entre la población legítima. En Guadalajara, Calvo encuentra edades modales al matrimonio de 19 años para los hombres y de 15 y 18 años para las mujeres. Las edades medias al casarse de los españoles eran de 20 años y 7 meses para las mujeres y de 25 años y 5 meses para los hombres. La mujer criolla se casaba temprano, muy cotizada en el mercado matrimonial por su escasez y su calidad. El novio era por regla general bastante mayor que ella, ya que "estaba obligado a retardar su matrimonio hasta haber asentado su fortuna" confirman estas edades al casarse en otras monografías para españoles y criollos, por ejemplo en los matrimonios celebrados entre 1720 y 1800 en la Ciudad de México, con unas edades medias de 20 años y 6 meses para mujeres y 25 años y 7 meses en los hombres.

La edad al casarse era, en regla general, más elevada para las mestizas que para las mujeres indias y españolas y menos elevada para los mestizos que para los españoles; esto se explica por una juventud más difícil de las

mestizas, que frecuentemente tuvieron que trabajar y migrar antes de poderse casar. En cambio, como la situación patrimonial de los varones era indiferente para su matrimonio, éstos se podían casar tempranamente. Las mestizas se casaban en promedio a los 18 años y 8 meses en San Luis de la Paz, a los 20 años y 1 mes en la Ciudad de México. En Guadalajara, el grupo de esclavos africanos prácticamente no tenía acceso al matrimonio. Como lo subraya T. Calvo: "quién se preocupaba por unirse legalmente con una esclava y procrear hijos que no le pertenecerían? Además, esto era el fruto de una voluntad política: en 1541, la Corona ordenó que los esclavos africanos no se casaran fuera de su grupo, la edad media al casarse era de 25 años y 4 meses en las no-españolas y de 22 años y 6 meses en los varones no-españoles, mostrando la asimetría en la feria nupcial de las castas e indígenas: mujeres que se casaban difícilmente, hombres que no tenían por qué esperar frente a un excedente de mujeres.

La estructura de los hogares

Después de la feria nupcial y de las reglas de matrimonio inter y extra raciales, las familias novohispanas presentaban algunos rasgos peculiares: en promedio, de tamaño reducido, entre 3 y 5 personas por hogar, vivían en la cercanía de varios parientes.

Destaca la presencia de jóvenes sin relaciones de parentesco en las familias españolas y mestizas ricas de las grandes ciudades (México, Guadalajara, Antequera) que provenían del campo y de familias indígenas que los enviaban a educarse y a aprender un oficio a tempranas edades. También, allí se concentraban sirvientes y esclavos, a veces con la familia de los primeros.

Al otro extremo de la sociedad, la familia indígena se puede observar gracias al censo nahua de Morelos (Huitzillán y Quauhchichinollán) del siglo XVI, con patrones familiares singulares. El tamaño promedio de los hogares era de 8 miembros, incluyendo 47.7 por ciento de parientes del jefe de familia. El jefe del hogar era en general el hombre casado, con hijos, de mayor edad; las tres cuartas partes de los hogares incluían dos o más parejas casadas. Los hogares indígenas presentaban estructuras complejas, viviendo con los padres varias familias de hijos casados. Parece ser esto un rasgo de las familias rurales o de pequeños pueblos, como en Tenango, en 1770, donde 40.5 por ciento de los hogares de la "gente de razón" comprendía núcleos múltiples y más de la cuarta parte de los hogares de los indios de la cabecera y de los pueblos de las visitas.

Por otra parte, no se hallan muchos indicios de una supervivencia del sistema poligámico de los caciques indígenas precolombinos en la Nueva España del siglo XVI. Entre las 700 parejas del censo nahua de Morelos, sólo 5 eran poligénicas, con un total de 16 mujeres, entre las cuales 9 se designan como concubinas. En el recuento de las familias de caciques y cacicas estudiado por Cecilia Rabell en Antequera, según el padrón de 1777, se encontraron 31 familias de caciques en la ciudad, de las cuales 10 encabezadas por cacicas. No había poligamia declarada.

Otro rasgo particular de las familias novohispanas consistía en la alta proporción de hogares encabezados por mujeres. En Guadalajara, en 1679, entre un conjunto de 296 hogares, 158 estaban encabezados por hombres, 138

por mujeres (47%). En Antequera, en 1777, 29 por ciento de los hogares estaban encabezados por mujeres. Las mujeres jefas de hogar vivían en pequeñas unidades de 4 personas y menos, y eran solteras, concubinas o viudas, con pocos hijos. (4)

I.3 Situación actual de la familia en México

La transición demográfica ha contribuido a modificar el escenario en el cual se forman y desenvuelven las familias y los individuos, provocando importantes cambios en el tamaño y composición de los hogares, en la estructura del curso de vida y en las relaciones de género e intergeneracionales al interior de las unidades domésticas. El aumento de la esperanza de vida ha ocasionado una ampliación del “tiempo familiar” propiciando que, a menudo, en los hogares convivan personas que pertenecen a tres o hasta cuatro generaciones.

Número, tamaño y composición de los hogares. En las últimas décadas los hogares mexicanos han venido delineando un nuevo perfil, de manera que, en la actualidad, es posible distinguir cinco grandes tendencias a las que se dirigen: la reducción de su tamaño, la coexistencia de diversos tipos de arreglos residenciales, el aumento de la proporción de unidades domésticas encabezadas por mujeres, el “envejecimiento” de los hogares y una responsabilidad económica más equilibrada entre hombres y mujeres.

Estructura por edad y composición generacional. Los cambios en la dinámica demográfica también han modificado la estructura por edad de los hogares, que ahora suelen tener más frecuentemente adultos mayores entre sus miembros, al tiempo que ha descendido la proporción de aquellos que tienen niños pequeños o en edad escolar.

Jefatura de hogar. Ser jefe de un hogar supone que sus miembros reconocen, sobre la base de una estructura de relaciones jerárquicas, a la persona más importante de la familia, es decir, aquella que está presente regularmente en el hogar y que es, además, la persona con mayor autoridad en la toma de decisiones o el principal soporte económico. En México, los hogares encabezados por mujeres se han incrementado rápidamente en el último cuarto de siglo, al pasar de poco menos de uno de cada ocho en 1976 a más de uno de cada cinco en 2010 (CONAPO, 2010). En 2010 el número de unidades domésticas encabezadas por mujeres ascendía a 4.6 millones, cuando en 1990 sumaba 2.8 millones (CONAPO, 2010b). Entre las principales tendencias demográficas que explican este fenómeno destacan la viudez femenina como resultado de una mayor sobrevivencia y esperanza de vida de las mujeres; el aumento de la separación y el divorcio; el incremento en la proporción de madres solteras; y los patrones migratorios de hombres y mujeres, particularmente el desplazamiento de mujeres jóvenes a áreas urbanas.

Organización familiar y estrategias de los hogares. A pesar de que a lo largo de los últimos veinte años no ha habido cambios drásticos en la composición de la familia mexicana, sí han ocurrido cambios en cuanto a su organización interna, esencialmente como respuesta a las modificaciones en el patrón de participación laboral de sus miembros. Dentro del contexto de deterioro del ingreso y el envejecimiento de los hogares, las familias han desarrollado diversas estrategias tales como el aumento en el número promedio de perceptores de ingreso: el número medio de miembros por hogar que trabajan aumentó de 1.53 en 1977 a 1.79 en 1998 (CONAPO, 2010). El despliegue de

esta estrategia se vio facilitado por el hecho de que, conforme ha avanzado la transición demográfica y madurado la estructura por edad, una proporción creciente de las unidades domésticas dispone de un mayor número de personas en edad de trabajar. Este aumento se refleja, principalmente, en la rápida incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo. Las tres últimas décadas han presenciado el aumento notable del número de hogares que cuentan con la contribución económica de las mujeres. De hecho, en el año 2000, poco más de uno de cada diez hogares mexicanos tenía a una o más mujeres como únicas receptoras de ingreso, proporción que se ha mantenido estable durante la última década.

Pobreza y vulnerabilidad de los hogares. En México se advierte la persistencia de un número significativo de hogares cuyos miembros viven en condiciones sumamente adversas, con ingresos inferiores a los mínimos indispensables para tener acceso a los satisfactorios necesarios para el desarrollo de las capacidades básicas de subsistencia.(5)

Situación actual del matrimonio en México

Según el censo de población y vivienda 2010 durante el año 2009 se realizaron 558,913 matrimonios en el país, el promedio de integrantes de los hogares es de 3.9 personas, 6 916206 de los hogares tiene como jefa a una mujer. (6)

La familia ha sido objeto de estudio desde diversos enfoques: histórico, sociológico, jurídico, etc. En cada uno de ellos se sistematizan los elementos característicos de dichas áreas, además de la influencia de la época y de las circunstancias históricas que rodean a quien en algún momento ha definido a la familia.

La familia siempre ha proporcionado a sus miembros la posibilidad de establecer entre sí una relación con fuerte contenido ético y afectivo. Así, las relaciones jurídico-familiares se caracterizan por un sentido de aceptación espontánea de subordinación al interés del grupo. Tal subordinación tiene su origen en la convicción que nace entre los miembros de la familia.

Por lo que la familia no es sólo una institución jurídica a la que por coerción el hombre debe adaptarse; antes es una institución natural, es decir, es un ser o ente que no tiene su origen en las normas legales sino en la propia naturaleza humana, misma que conlleva a que la familia persiga tres finalidades principales: una natural (unión de un hombre y una mujer, procreación y conservación de la especie); otra moral-espiritual (lazos de afecto, solidaridad, fidelidad, cuidado y educación de la prole); y una tercera, llamada económica o patrimonial en la que los miembros de una familia se organizan económicamente para conseguir ahorro, producción y satisfacción de necesidades vitales, tales como el sustento, vestido y habitación. La familia, independientemente del modo por el que se origine, es aquel espacio en el que el individuo se desarrolla física, espiritual, social y económicamente; ámbito permanente cuyo origen es la unión espontánea, es decir, por voluntad propia, sin influencias externas de seres humanos que adjuntan sus esfuerzos para el sustento y desarrollo de los integrantes de la misma, unidos por un afecto natural derivado de la relación de pareja o del parentesco, mismo que los induce a ayudarse y respetarse mutuamente. (7)

I.4 La familia

Es la unidad de la sociedad, es decir es un grupo organizado que está constituido por un número variable de miembros que están vinculados entre sí. La familia ha ido ocupando un lugar importante en el interés investigativo del equipo de salud y más en particular el vínculo que se establece entre la Salud Familiar y el proceso Salud-Enfermedad.

El ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo; asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que éste contempla una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo. (8)

I.4.1 Clasificación.

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista por su:

Etapa del ciclo de vida familiar.

Desarrollo social

Demografía

Dinámica familiar

Ocupación

Conformación

Integración.

Etapa del ciclo de vida familiar.- Se describe conforme a las características de su evolución, durante la cual la familia se contrae a medida que el entorno social con el cual está en contacto, al mismo tiempo que cada miembro de la misma se extiende, la forma más comúnmente usada y aceptada por las diferentes asociaciones y colegios de medicina familiar divide este ciclo en cuatro etapas:

a) etapa constitutiva.- inicia con la decisión de la pareja para llevar una vida en común sin olvidar necesariamente la familia de origen en esta etapa se puede encontrar la fase preliminar donde se cimientan las bases de la vida futura en pareja.

b) etapa procreativa.- inicia con la llegada de los nuevos integrantes a la familia (hijos) sea por embarazo o adopción donde se lleva a cabo la crianza y desarrollo de los mismos durante los primeros años, se inicia una nueva fase de adaptación al implantarse ajustes, principalmente en la vida en pareja que da lugar a nuevas tareas como padre y madre.

c) etapa de dispersión.- se inicia con la independencia del primero de los hijos y culmina con la separación del último de ellos. En este tiempo los padres deben facilitar que la independencia se logre haciendo que los hijos sean individuos productivos capaces de resolver problemas a los que la sociedad los enfrenta.

d) etapa final. – inicia con la salida del hogar del último hijo, cuando la pareja queda nuevamente sola, lo que da lugar a la fase de independencia de los padres.

Geyman propone la existencia de cinco fases en el ciclo vital de todas las familias:

a) Fase de matrimonio.- inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y termina con el nacimiento del primer hijo, en esta etapa es vital la preparación para una nueva vida, el acoplamiento en pareja la adaptación de nuevos roles y la preocupación por satisfacer necesidades básicas

b) fase de expansión.- la familia se expande; se incorporan nuevos miembros cuyo ingreso causa tensiones que deben resolverse para recibir un nuevo integrante. Inicia con el nacimiento del primer hijo y termina cuando nace el último.

c) fase de dispersión.- se identifica con el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela. Aquí la importancia se centra en un trabajo triple que consiste en ayudarlos a que se adapten socialmente, que desarrollen su autonomía y satisfagan sus necesidades.

d) fase de independencia.- culmina cuando los hijos trabajan y son autosuficientes, en ocasiones han formado nuevas familias, se presenta aproximadamente veinte o treinta años después de su inicio.

e) fase de retiro y muerte.- en esta última etapa se presenta desconcierto, nostalgia condicionada por la incapacidad para lograr, presencia de patología crónica degenerativa, desempleo y agotamiento de recursos económicos.

De acuerdo a la estructura familiar actualmente se clasifican en:

Nuclear: hombre y mujer sin hijos

Nuclear simple: padre y madre con 1 a 3 hijos

Nuclear numerosa: Padre y Madre con 4 hijos o más

Reconstruida o binuclear: Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de la unión anterior.

Monoparental.- Padre o madre con hijos

Monoparental extendida: padre o madre con hijos, o más personas con parentesco

Monoparental extendida compuesta: padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

Extensa: Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco

Extensa compuesta: Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco

No parental: Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la prevalencia de los padres (tíos y sobrinos, abuelos y nietos etc.)

Desde el punto de vista del Desarrollo social.

a) familia moderna.- la madre trabaja fuera del hogar lo cual modifica los roles

b) familia tradicional.- El padre es el proveedor económico, excepcionalmente colabora la madre o uno de los hijos y se conservan los roles como tradicionalmente se han dado.

c) familia arcaica o primitiva.- Nos referimos a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que trabajan.

Demografía. a) rural b) urbana basándose en su ubicación geográfica de residencia.

Dinámica familiar a) funcional b) disfuncional.

Ocupación. Profesionistas, campesinas, obreras, de acuerdo a la actividad que se desempeña uno o ambos cónyuges.

Integración. De acuerdo con la integración familiar se clasifica en:

a) Familia integrada aquella en donde los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

b) Familia semi-integrada los cónyuges viven juntos pero no cumplen satisfactoriamente sus funciones sus funciones.

c) Familia desintegrada la característica esencial es la ausencia de uno de los cónyuges, sea por muerte, divorcio, separación, abandono o la desintegración familiar por causas internas o externas. (9)

I.4.1.2 Funciones de la familia según Geyman:

Socialización. Transforma en un tiempo determinado a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de desarrollarse y participar en sociedad.

Cuidado.- Esta función preserva la especie humana y consiste en llenar las necesidades físicas y sanitarias ejemplo: vestido, alimento, seguridad física apoyo emocional.

Afecto. - Corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes; se ha identificado como un objeto de transición dentro de la familia, está muy relacionado en el cuidado.

Reproducción.- Consiste en proveer de nuevos miembros a la sociedad con un compromiso y responsabilidad, incluye aspectos de salud reproductiva y de educación sexual.

Estatus.- Al ver que la familia es la institución entre los individuos y la sociedad, es de suma importancia el reconocimiento de este grupo primario en la misma, transfiriéndole derechos y obligaciones con el fin de perpetuar privilegios y logros familiares. (10)

I.5 El embarazo

Ó gestación es el estado materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo. El producto de la concepción desde la fecundación hasta la semana 8 recibe el nombre de embrión, y a partir de esta semana y hasta el parto se denomina feto. Para fines obstétricos la duración del embarazo se basa en la edad gestacional: la edad estimada del feto calculada a partir del primer día del último periodo menstrual (normal) si se supone un ciclo de 28 días. La edad gestacional se expresa en semanas cumplidas a diferencia de la edad del desarrollo (edad fetal) que es la calculada a partir del momento de la implantación. (11)

En la actualidad la concepción se debe considerar de alta prioridad en las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por su

magnitud, trascendencia y vulnerabilidad en este grupo de población en edad reproductiva (12)

Los daños a la salud materna tienen altas repercusiones desfavorables en el bienestar perinatal, en las posibilidades de supervivencia infantil y en la familia. (13)

Los cambios fisiológicos que se producen en el embarazo, colocan a las mujeres embarazadas en condiciones biológicas de gran susceptibilidad para ser afectadas por diversas causas de morbilidad y mortalidad, con el impacto adicional consecuente sobre el producto de la concepción. (14)

I.5.1 Diagnóstico de embarazo.

Debe plantearse ante cualquier retraso menstrual superior a diez días en una mujer sana, en edad fértil con ciclos regulares y espontáneos, aunque, en ocasiones, la clínica puede quedar enmascarada por pequeñas pérdidas hemáticas debidas a la implantación. Es necesario tener presente la posibilidad de embarazo en mujeres en edad reproductiva con clínica inespecífica

Los signos y síntomas de embarazo más frecuentes que se presentan a partir de la octava semana son los siguientes:

Nausea matutina

Hipersomnia

Reblandecimiento cervical

Cambio de coloración del introito vaginal

Mastodinia

Polaquiuria

En etapas más avanzadas aparecen signos como:

Crecimiento uterino.

Percepción de movimientos fetales.

Auscultación del corazón fetal.

Es conveniente, además, considerar el diagnóstico en otras situaciones menos características (mujeres pre menopáusicas con cese de menstruación, dolores abdominales con sangrados vaginales irregulares, adolescentes o jóvenes con retrasos menstruales que niegan actividad sexual, mujeres en período de lactancia con ausencia de método anticonceptivo). (15)

Diagnóstico inmunológico.

El método diagnóstico de gestación más frecuentemente utilizado se basa en la detección de gonadotropina coriónica humana (hCG) en sangre o en orina. Los niveles son detectables desde la implantación (21 días desde la fecha de la última regla). Valores muy elevados hacen sospechar enfermedad trofoblástica (mola), isoimmunización, cromosomopatías o gestación múltiple. En abortos y embarazos ectópicos, los valores son bajos o negativos. hCG en orina.

Los valores detectables aparecen a partir de la 4ª semana de amenorrea. Los test domiciliarios de embarazo son capaces de detectar niveles de 25-50 mU/ml de hCG en orina, con una sensibilidad del 100% a partir de estos valores. En casos de niveles bajos -técnica incorrecta, gestación muy temprana, orina muy diluida, amenaza de aborto o embarazo ectópico- pueden aparecer falsos negativos y es aconsejable repetir el test (en mujeres con

amenorrea y sospecha de embarazo, se recomienda realizar hasta dos test más, con un intervalo semanal) o utilizar otras pruebas complementarias para detectar la hCG (detección específica de beta-hCG, titulación de hCG en sangre) o ecografía.

Ecografía.

Además de ser útil en el diagnóstico de embarazo, proporciona información adicional sobre edad gestacional, número de fetos y localización de la placenta. Junto con los niveles de beta-hCG y progesterona, es particularmente útil en el diagnóstico diferencial de gestación intra o extrauterina.

La ecografía transabdominal es diagnóstica a las 6 semanas de amenorrea y la transvaginal, a las 4-5 semanas. Aunque su utilización no es rutinaria para el diagnóstico, su uso en esta edad gestacional no ha demostrado efectos adversos sobre la madre ni el feto. (16)

I.6 Riesgo obstétrico

Todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación, durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

Riesgo reproductivo: Es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor.

I.6.1 Factores de riesgo obstétrico

Muerte fetal

Aborto habitual

Paridad > 5hijos

Nuliparidad

Antecedente de aborto inducido

parto prematuro o bajo peso al nacer

Diabetes mellitus, hipertensión arterial (incluyendo preeclampsia)

Ruptura prematura de membranas.

Parto anormal

Feto grande más de 4000 gr

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo o después del parto

Anomalía congénita y cirugía uterina

Estado socioeconómico bajo (analfabetismo, bajo nivel educacional, madre sin pareja estable, bajos ingresos económicos)

Edad materna menor de 16 años o mayor de 34

Habito de fumar.

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, preeclampsia, distocia del parto, muerte fetal, etc.

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas. Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con

frecuencia se le asocian partos pretérminos y preeclampsia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la preeclampsia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso.

Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas, éstas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.

Enfermedades crónicas entre éstas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguida en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Además, existen otras condiciones que pueden no haberse relacionado antes, ya que solamente lo hicimos con las más frecuentes. Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa. (17)

La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características y la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones, la valoración del riesgo obstétrico, nos indica la probabilidad de aparición de daños a la salud para la madre, el feto o el recién nacido y no un problema o complicación ya establecido.

I.7 Embarazo de alto riesgo

Embarazo de alto riesgo según la COMEGO es aquel en el que se tiene la certeza o la 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.

El embarazo de alto riesgo según Conde; es aquel que se acompaña de factores de riesgo sociodemográficos u obstétricos, maternos o patologías medicas y obstétricas concomitantes que estadísticamente se encuentran asociados con aumento de la morbilidad de la madre el feto o el recién nacido. (18)

Constituye el 10 a 20 % del total de los embarazos por esta razón es esencial la identificación temprana y el manejo de los factores de riesgo con el fin de racionalizar la atención medica y concentrar los recursos en quienes más los necesitan con el fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera.

I.8 Conducta a seguir en caso de un embarazo de bajo y alto riesgo

En cuanto se diagnostique el embarazo, la unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica;
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);
- medición y registro de peso y talla
- medición y registro de presión arterial
- valoración del riesgo obstétrico.
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo);
- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh
- examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36;
- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad
- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);
- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales;
- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada;
- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;
- promoción de la lactancia materna exclusiva;
- promoción y orientación sobre planificación familiar;
- medidas de auto cuidado de la salud;
- establecimiento del diagnóstico integral.

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

Vigilancia del embarazo de alto riesgo: Debe iniciarse en cuanto se confirme el embarazo. La frecuencia de la consulta debe ser como la que está establecida para el embarazo de bajo riesgo y esta se modificará de acuerdo con las complicaciones y los factores de riesgo de cada caso en particular. (19)

I.9 Factores asociados con alteraciones psicológicas durante el embarazo.

Factores psicosociales. Los factores psicosociales son cualquier acontecimiento o cambio vital que puede asociarse temporalmente, y quizá causalmente al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental. Durante el embarazo los más importantes son:

Factores socioeconómicos. Empleo, pobreza, trabajo doméstico

Factores físicos. Enfermedades crónicas

Factores psicológicos. Eventos de vida y aislamiento social.

Nivel socioeconómico. Educación, ingresos empleo.

Estress. Conflictos de pareja, eventos de vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo, sentirse enferma.

Apoyo social. Apoyo de la pareja, de amigos y familiares, numero de amigos.
(20)

El embarazo, el parto y el posparto son eventos que generan grandes emociones y cambios en la vida de la madre, la pareja y su familia; la concepción de un nuevo ser es sin lugar a dudas un acontecimiento trascendental. Es común encontrar que en los servicios de salud se desconoce el significado transformador de estos eventos, y la atención a la madre y a su bebé se brinda bajo el modelo biologicista, dejando de lado los diferentes componentes del ser. (21)

La maternidad cambia la relación de los esposos al crear una nueva situación. Esta situación es la transformación de la relación materno-filial de cada uno- en una relación inversa. Oberndorf (1952) sostiene que "no importa en qué medida la capacidad amorosa de que dispone cualquiera de los dos componentes de la pareja haya sido dedicada al otro, el nuevo miembro de la familia priva a cada uno de los anteriores necesariamente, de cierta proporción de la atención que antes recibía. (22)

En determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Una de estas circunstancias es el fenómeno imparable desde hace algún tiempo del incremento cada año del embarazo en mujeres mayores de 40 años. En estudios realizados en el Instituto Nacional de Estadísticas se confirma esta tendencia, incluso se sitúa la edad media para traer el primer hijo al mundo casi en los 30 años. A partir de los 35 años, comienza la incidencia de patologías crónicas que antes no padecían.

A pesar de esto, estadísticamente en países subdesarrollados cerca del 35 % de las mujeres de 35 años y más se embarazan, sobre todo debido a los altos índices de ignorancia, pobreza y desempleo. No sucede así en otros países con gran desarrollo donde las cifras aunque no mínimas si llegan a ser menores. Sucede así fundamentalmente en estos países debido al deseo de finalización de una carrera o de estudios superiores, la espera de una mejor situación emocional o laboral, la realización de ciertas metas, o por otro lado, la obtención de ciertos bienes materiales.

En ambos casos el aumento del divorcio ha provocado que muchas mujeres deseen tener un hijo con una nueva pareja. A partir de esta edad se inicia el

incremento progresivo del riesgo para el Síndrome de Down y otras alteraciones cromosómicas, algunos autores plantean una incidencia de 1 en 1000 a los 34 años o menos, 1 de cada 365 entre los 35 y los 39 años, 1 de cada 109 entre 40 y 44 años y 1 de cada 30 a partir de los 45 años. Por lo tanto es el límite para practicar las pruebas necesarias con el objeto de detectar estas anomalías y para tratar otros posibles problemas asociados con la edad materna.

Hace tan solo 2 décadas, si una mujer quedaba embarazada a los 30 años, se consideraba un embarazo de riesgo debido a la "avanzada edad", actualmente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera madres añosas a partir de 35 e incluso de 38 años. La maternidad tardía se asocia generalmente a complicaciones de patologías preexistentes que inevitablemente se incrementan con la edad y a la asociación con patologías dependientes del embarazo. El estudio comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años realizado en un grupo de 93 mujeres revela: la incidencia de partos en estas edades ha ido incrementándose en los últimos 5 años, 19% de ellas eran nulíparas más del 0% tenía el antecedente de haber cambiado de pareja, predominan pacientes con sobrepeso al inicio del embarazo, 39.7% de ellas eran fumadoras y más del 59,1 % tuvieron un parto distócico, cursaron complicaciones un 9.6% siendo la más frecuente histerectomía obstétrica. (23)

Por otra parte El embarazo en la adolescente desde su inicio significa riesgo para la salud de la madre y la de su hijo, la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, no acuden tempranamente a recibir atención prenatal. Las jóvenes que no alcanzan su plena madurez física y fisiológica, corren mayor riesgo de morir a causa de complicaciones del parto.

Los datos obtenidos en estudios realizados en varios países, muestran que el riesgo de muerte materna en las jóvenes de menos de 20 años, es mayor que en el resto de las edades. Algunas complicaciones son más comunes a esta edad, los trastornos hipertensivos del embarazo si no se tratan pueden provocar eclampsia, con frecuencia mortal. Son varios los autores que plantean que tanto el parto distócico como el índice de cesárea, resultan elevados en este grupo poblacional tan joven, lo asocian frecuentemente con la desproporción céfalo pélvico y las distocias del canal del parto, además las adolescentes no han alcanzado el completo crecimiento y desarrollo de los órganos reproductores

Es en este contexto en que el embarazo durante la adolescencia es una situación adicional que se sobrepone a la crisis de la adolescencia, ya que irrumpe en la vida de la adolescente inmadura, física y mentalmente y muchas veces en circunstancias adversas ante carencias nutricionales o enfermedades y con mucha frecuencia un medio familiar poco receptivo para aceptar el embarazo y proteger a la joven. (24)

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Por lo anterior el

seguimiento de la gestación debe contemplar no solo la asistencia obstétrica como tal sino adoptar un enfoque integral que atienda además a las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia. Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como son en nuestra época, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarca precoz, baja autoestima, con la consecuente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral. (25)

Según Ramírez (2005) diversos estudios han concluido que los hogares de las embarazadas de alto riesgo tienen las siguientes características, el tipo de familia que prevalece es la nuclear, con 48.5%, seguida de las atípicas y nucleares modificadas y reconstruidas, el ciclo familiar predominante es en formación con 24,2%. (26)

Se ha señalado que el embarazo corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal, al analizar las variables psicosociales, numerosos estudios han concluido que la evolución del embarazo, está influenciado por un problema psicosocial más que un riesgo biológico verdadero. Se ha demostrado que implementando programas de control se mejoran los resultados maternos y perinatales de éstas

Se han descrito diversos factores asociados con el desarrollo de este tipo de cuadros, se sintetizan a continuación: Embarazo en adolescentes, embarazo en mujeres mayores de 35 años, ciertos rasgos de personalidad (elevado neuroticismo, etc.) antecedentes personales de cuadros depresivos y/o de intentos suicidas, historia familiar de cuadros depresivos y/o para suicidio, cuadro depresivo durante el embarazo, actitud negativa hacia el embarazo, problemas con los padres (dificultades para asumir el rol materno y una pobre identificación con la madre), sucesos vitales relevantes durante el transcurso del embarazo (relacionados directamente o no con éste), y mala relación de pareja y pobre apoyo del cónyuge durante el posparto; las emociones; entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional, influyen en que la mujer tenga partos largos y más complicados. (27)

Desde el punto de vista psíquico, el estado anímico de la embarazada se refleja en su: a) Actitud frente al embarazo, b) Actitud frente al parto, c) Actitud frente al puerperio. La psicopatología de la gestante puede prevenirse con mucho a base de un buen entendimiento, escuchando y guiando a la futura madre con tino, afecto y a la vez, energía, y procediendo a orientarlo en tal forma que no existan infundados temores.

El primer embarazo y consiguientemente, la espera del nacimiento de un hijo, significan para cada mujer un acontecimiento que va a influir en ella para bien o para mal, durante toda su existencia. Ello va a estar en relación con su constitución somática, con su modo de vida, con su grado de cultura y con su edad. Juega en ello también un rol predominante, la situación moral y social, bajo las cuales se han producido la gestación y se va a producir el parto. No es

lo mismo. desde el punto de vista psíquico, ser madre soltera, ser madre abandonada, o ser madre, a la cual, no sólo el esposo sino los familiares y todas las personas que la rodean, le prodigan sus afectos y cuidados, que le otorgan no sólo la tranquilidad física y síquica, sino también seguridad económica y bienestar social

Desde el principio de la gestación, la mujer va a hacerse innumerables preguntas en forma consciente o inconsciente hasta llegado el momento del parto y es lo que Helen Deutsch llama "la polaridad de acontecimiento" que se puede resumir en la sentencia "YO O EL NIÑO". Según esto, este niño va a desencadenar en la mujer reacciones favorables o desfavorables, que van a influenciar, en la misma forma, el desarrollo de la gestación y el proceso del parto y aún van a tener un rol decisivo en las relaciones psíquicas del puerperio. Sólo aquellas madres muy jóvenes y mentalmente débiles, pasan por el embarazo y el parto, como dice AUGUST MAYER, en forma insensata; la inmadurez de su espíritu les priva de participar de la alegría y felicidad de ser madres o las libera del miedo de serlo Llegamos así al reconocimiento de que ya no podemos tratar a la gestante únicamente desde el punto de vista somático sino que teniendo en cuenta el rol altamente preponderante que juega el "factor Psíquico" durante la gestación, para que ésta se desarrolle dentro de límites fisiológicos, lo que a su vez ha de resultar en un parto feliz. (28)

La mortalidad materna es considerada como un indicador del nivel de desarrollo, es resultado de una compleja interacción de factores propios de las poblaciones, así como de la capacidad de respuesta de los servicios de salud. (29)

Los retos que esto implica consisten básicamente en promover en forma permanente, por un lado la cultura del autocuidado de la salud y la asistencia a los servicios médicos en las primeras semanas del embarazo y durante el evento obstétrico, así mismo, elevar la calidad de los servicios de atención, Institucional como favoreciendo la capacitación específica en el diagnóstico y tratamiento (30)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación.

En el país y en el estado de México el número anual de embarazos es considerablemente importante, cuya atención de primera intención realiza el médico familiar, quien debe estar preparado para abordar el proceso del embarazo de una forma integral, yendo más allá del proceso puramente médico y abarcar la evaluación integral de las pacientes tomando en consideración factores como del entorno familiar en el que se desenvuelve la paciente embarazada, su situación social, laboral, psicológica, personal ya que se ha descrito en diversos estudios que factores psicológicos, sociales, económicos y familiares tienen también efectos determinantes sobre la evolución del embarazo y que la familia siempre juega un papel importante en el proceso salud enfermedad, estudios psicodinámicos han demostrado que la mujer embarazada es psicológicamente más dependiente de las personas que se encuentran alrededor de ella, se encuentra en un estado de vulnerabilidad física psicológica y fisiológica, la fase perinatal, es descrita como una fase de máxima vulnerabilidad para la mujer, principalmente en países en vías de desarrollo como México debido a las eventuales complicaciones que pueden surgir, asimismo por los profundos cambios físicos y psíquicos que tienen lugar en las relaciones de la mujer consigo misma, con su pareja, sus padres y el feto por lo que ha sido conceptualizado este periodo como una “crisis del desarrollo” del ciclo vital femenino.

II.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la Tipología familiar en mujeres embarazadas con alto y bajo riesgo obstétrico que acuden a la Unidad de Medicina Familiar 220 Toluca en el año 2011-2012?

III. JUSTIFICACIONES

Debido a que cada día mueren unas 1000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto donde en un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, se vuelve imperativo analizar las variables psicosociales de las pacientes embarazadas, ya que numerosos estudios han concluido que la evolución del embarazo, está influenciado también por problemas psicosociales además de un riesgo biológico verdadero, el médico familiar como principal actor del primer nivel de atención debe estar siempre interesado en la situación biopsicosocial en la que se desenvuelve la paciente embarazada con el objetivo de identificar a aquellas con carencia de apoyo familiar, intervenir de manera positiva en el problema y modificar en la medida de lo posible el resultado final de la gestante mejorando su entorno familiar y creando redes de apoyo social y familiar que disminuyan el riesgo de complicaciones lo que se traducirá en una disminución de la morbi-mortalidad materna en nuestro medio, lo anterior basado en la realidad que demuestran estudios psicodinámicos los cuales han determinado que la paciente embarazada manifiesta una especie de “regresión emocional” con una tendencia a ser más dependiente de los demás, sus emociones son más intensas y necesita de un mayor apoyo emocional de quienes las rodean, por desgracia muchas mujeres sobre todo de ambientes urbanos, no cuentan con esta red de apoyo por lo que se encuentran más aisladas y tienen que enfrentar todos estos cambios y ajustes solas, es importante conocer la tipología familiar de nuestras pacientes para integrar un diagnóstico de salud familiar y prever riesgos de complicaciones sociales como la violencia, el abandono, rechazo, ignorancia, la falta de acceso a los servicios de salud que conllevan indiscutiblemente a complicaciones de tipo médico, el presente estudio tiene como objetivo el conocer cuál es la tipología familiar más frecuente en pacientes embarazadas que acuden a la UMF 220 en Toluca en el Estado de México, en aras de detectar a aquellas con mayor riesgo de complicaciones y diseñar estrategias adecuadas para mejorar los resultados de los embarazos, ya que la tipología familiar ha sido estudiada principalmente en adolescentes embarazadas; es importante conocer las características de las familias de las mujeres embarazadas de nuestro medio, para identificar aquellas con entornos poco propicios y otorgar una atención oportuna.

III.1 Académica.

El personal médico que cursa un proceso de posgrado deberá contar con los conocimientos académicos para valorar la tipología familiar de cada paciente obstétrica en forma individualizada, y correlacionarlo con su historia clínica personal para determinar las posibilidades de complicaciones obstétricas y poner un énfasis especial en el seguimiento en el control prenatal, la información que se otorga a esta a su pareja, a la familia, como parte de la atención integral que debe brindar como actor principal y líder del primer nivel de atención.

III.2 Científica

La salud de la mujer, en especial durante el embarazo, demanda diagnósticos exactos y congruentes, sobre todo como ejemplo cuando presenta problemas agudos como las complicaciones hipertensivos de la gestación, particularmente el grupo de preeclampsia eclampsia, mismo que a pesar de reconocer factores de riesgo y datos clínicos ominosos que se integran en la atención prenatal, durante el evento obstétrico, éste puede exhibir formas graves o complicadas, haciendo que la atención médica tenga un impacto decisivo sobre la evolución del mismo, como lo muestran los datos epidemiológicos de mortalidad materna que mencionan previsibilidad hasta 85 por ciento, subrayando que el factor de responsabilidad más comúnmente involucrado con la muerte, es el juicio clínico y quirúrgico errado, seguido de escasez de recursos para la atención .

III.3 Social

El control prenatal en el primer nivel de atención cobra radical importancia, en el momento de la identificación de pacientes obstétricas con riesgos de complicaciones que derivan en muerte perinatal, los estudios y la atención sobre mortalidad materna son relativamente recientes; con el movimiento feminista de los años setenta, el crecimiento de las poblaciones y de la proliferación de grupos en extrema pobreza, llamó paulatinamente la atención de investigadores, organizaciones no gubernamentales y posteriormente, de las esferas y estructuras estatales.

“La defunción de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio constituye una muerte materna”; lo que nos indica que, precisamente por ser causadas en edad (15-49 años) y en funciones reproductivas embarazo, parto y/o puerperio

"La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio.

Diversos estudios indican que los servicios de salud materna y neonatal son mal ó subutilizados debido a limitantes culturales o físicas; a las percepciones

por parte de la comunidad sobre la calidad y la capacidad resolutive de los servicios; a la falta de conocimiento y comprensión de los problemas que se producen durante el embarazo y que requieren atención sanitaria inmediata y a la influencia en la toma de decisión de las comunidades para tomar las medidas necesarias y oportunas.

IV. Económica.

La muerte materna es el resultado último y más dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que viven un sector de las mujeres mexicanas por parte de las personas que conviven con ellas, del personal de salud y de autoridades gubernamentales. Asimismo, da cuenta de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que ubican a la mujer en una posición de franca desventaja.³ Detrás de cada muerte materna se ocultan también graves problemas socioeconómicos, como elevada mortalidad y morbilidad infantil, deserción escolar, desnutrición, orfandad e ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo. Por estas razones, el fallecimiento de una mujer por causas asociadas a la maternidad, una tragedia en gran medida evitable, se utiliza como un indicador de desarrollo.

IV.HIPÓTESIS

El tipo de familia que prevalece en mujeres embarazadas de alto y bajo riesgo que acuden a la UMF 220 es de tipo nuclear extensa en fase de expansión y moderna.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de observación

58 familias de mujeres embarazadas de alto y bajo riesgo, derechohabientes de la UMF 220 del IMSS Toluca en el año 2011

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Tipología familiar.

IV.1.2.2. Independiente.

Embarazo de alto y bajo riesgo.

IV.1.3.Elementos lógicos de la relación.

El, tipo, prevalece.

V.OBJETIVOS

V.1 Objetivo General.

Integrar la tipología familiar en mujeres con embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico que acuden a la UMF 220

V.2 Objetivos Específicos.

1. Determinar el riesgo obstétrico.
2. Identificar el grupo etáreo en mayor riesgo.
3. Identificar la escolaridad más frecuente entre las mujeres embarazadas que acuden a la UMF.
4. Identificar la incidencia de tabaquismo en la población estudiada.
5. Identificar el riesgo obstétrico más frecuente en la población estudiada.

VI.MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio.

Descriptivo, transversal.

VI.2 Diseño del estudio.

Se realizó estudio en 58 pacientes con diagnóstico corroborado de embarazo de alto y bajo riesgo, se les explicó a las pacientes acerca del estudio de tipología familiar, se otorgo la carta de consentimiento informado se realizó recolección de información como edad, escolaridad, estado civil, antecedentes ginecoobstétricos, se aplicaron 2 cuestionarios, la escala para valorar riesgo obstétrico MF-7/85 y cuestionario para determinar la tipología familiar en base a las siguientes características: estructura, etapa del ciclo de vida familiar y desarrollo social .

VI.3 Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ITEM	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Riesgo Obstetrico	Es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor	Probabilidad de que se produzca un daño a la salud materna	Preguntas para valorar riesgo obstétrico: Cesárea previa óbito	cualitativo	Alto riesgo Bajo riesgo
Tipología familiar	Descripción de las características propias de cada familia, de acuerdo a su estructura, etapa del ciclo vital y desarrollo social.	Características individuales que presentan las familias	Estructura Etapa del ciclo vital Desarrollo social.	cualitativo	estructura, etapa del ciclo de vida familiar, desarrollo social
Edad	El tiempo cronológico desde el día de nacimiento hasta la actualidad.	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la actualidad.	¿Cuál es su edad en años cumplidos?	Cuantitativa intervalar	<16 años 16-19 años 20-29 años 30-34 años >34 años
Escolaridad	Años escolares cursados	Grado escolar completado	¿cuál es su escolaridad?	Cualitativa	Primaria completa o incompleta Secundaria
Tabaquismo	Daño de características crónicas que se produce en una persona que consume tabaco	Dependencia mental y física de la nicotina.	¿usted fuma?	cualitativa	Si No
Antecedentes obstétricos	Historia personal de cada mujer respecto a su historial de embarazos	Historia individual de cada paciente respecto a sus embarazos, evolución y complicaciones.	¿durante sus embarazos previos o el actual ha cursado con: preeclampsia, sangrado transvaginal o parto prematuro??	Cualitativa	Si No.

VI.4 Universo de trabajo.

La población está conformada por las mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de la UMF 220 .

VI.4.1 Criterios de Inclusión.

Toda mujer embarazada adscrita a la UMF 220 que acude a control prenatal en ambos turnos y que acepten participar en el estudio de forma voluntaria previo consentimiento informado.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

Mujeres embarazadas que padezcan alguna discapacidad que les impida responder el cuestionario

VI.4.3 Criterios de eliminación

Se eliminara del estudio a aquellas pacientes que no respondan el cuestionario de forma adecuada.

VI.5 Instrumentos de investigación.

Formato MF-7/85 Atención médica prenatal y riesgo reproductivo y obstétrico.

Cuestionario para determinar tipología de acuerdo a su estructura familiar, etapa del ciclo vital y desarrollo.

VI.5.1 Descripción.

Formato MF-7/85 ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO Y OBSTETRICO, implementado en diciembre de 2005 al manual de procedimientos del Médico Familiar. El cual evalúa los siguientes parámetros: edad en años, peso habitual en kilogramos, talla en centímetros, escolaridad materna, numero de gesta, antecedente de aborto, antecedente de operación cesárea, duración del periodo intergenésico en meses, antecedentes obstétricos, antecedentes personales patológicos, tabaquismo y etilismo, asignando de acuerdo a cada respuesta un valor numérico, el objetivo del formato es identificar a pacientes con riesgo alto (= >4 puntos) y otorgar atención integral en apoyo de equipo multidisciplinario de primer nivel u otras especialidades .

Cuestionario para determinar la tipología familiar de cada paciente entrevistada, de acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar, de acuerdo a su desarrollo y de acuerdo a su estructura actual.

VI.5.2 Validación.

Implementado en diciembre de 2005 al manual de procedimientos del Médico Familiar IMSS, es parte de las acciones irreductibles del control prenatal, se debe aplicar en la primera consulta del control prenatal.

VI.5.3 Aplicación.

El instrumento será aplicado por el investigador.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Se realizó recolección de información para la construcción del marco teórico, se presentó el proyecto al comité local de investigación, Una vez que el proyecto fue aprobado por el comité local de investigación del HGR 220 se realizó la investigación en forma de muestreo al azar en mujeres embarazadas que acuden a la UMF 220. Se les otorgo el consentimiento informado para este estudio de investigación, en donde se especifica su participación libre y voluntaria, así como la confiabilidad de los datos obtenidos, posteriormente se procedió a la aplicación de los cuestionarios, MF 7/85 , y cuestionario para determinar tipología familiar encuestando el investigador en forma directa.

La investigadora otorgó pláticas para aquellas pacientes con alto riesgo obstétrico, tipología familiar atípicas y pobres redes de apoyo familiar, se trataron temas selectos de importancia.

Una vez obtenida esta información se procedió a capturar los datos. Se graficó con ayuda del software Microsoft Excel 2011.

VI.7 Límite de espacio.

Unidad de Medicina Familiar No. 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social Toluca Estado de México. Previa captación de pacientes en consulta externa se realizo aplicación de instrumentos el Aula 3 de medicina preventiva.

VI.8 Límite de tiempo

El presente estudio se realizó en el periodo 2011-2012.

VI.9 Diseño del análisis.

Se realizó recolección de información como edad, escolaridad, estado civil, antecedentes gineco-obstétricos, se aplicaron dos cuestionarios por el propio investigador: formato MF-7/85 atención medica prenatal y riesgo reproductivo y cuestionario para determinar la tipología familiar en base a las siguientes características: estructura, etapa del ciclo vital familiar y desarrollo social.

Una vez obtenida fue capturada en una base de datos y tratada a través del programa Excel con posterior procedimiento estadístico.

Los resultados se presentan por medio de gráficos sin afectar la confidencialidad de los pacientes.

Se realizaron conclusiones y sugerencias.

VII. IMPLICACIONES ETICAS.

El estudio de la tipología familiar, pretende mejorar la evolución de los embarazos en la UMF 220, a través del conocimiento y descripción de las características familiares formando grupos de autoayuda y redes sociales de apoyo para conseguir este objetivo.

El presente estudio se apega a la declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial que ha promulgado como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente estudio se clasifica como categoría I, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solo aportan datos a través de encuestas, lo que no provoca daños físicos ni mentales.

VIII. ORGANIZACIÓN.

Tesista:

M.C. Ericka Zárate Flores.

Directora de tesis:

E.M.F. María Emiliana Avilés Sánchez

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Se estudiaron a 58 pacientes embarazadas y sus familias que acuden a control prenatal a la UMF 220 obteniéndose los siguientes resultados:

La tipología familiar que prevalece en las mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico es: Nuclear simple en fase de expansión tradicional con 33.33%, Nuclear simple en fase de dispersión moderna en un 14.29 % y Extensa en fase de dispersión tradicional con 9.52%. (Ver Tabla y Grafica 1)

La tipología familiar que prevalece en las mujeres con riesgo obstétrico bajo es: Nuclear en fase de matrimonio tradicional con el 29.73% , nuclear simple en fase de expansión tradicional con el 21.2% y Nuclear simple en fase de expansión moderna con el 18.92 % (Ver Tabla y Grafica 1.1)

Del total de las pacientes estudiadas 66 % tienen un riesgo obstétrico bajo y 34 % riesgo obstétrico alto (ver Tabla y grafica 2)

El grupo etéreo más afectado del total de las mujeres estudiadas es el comprendido entre 30-34 años con un 80% del total de este grupo de edad. (Ver Tabla y Grafica 3)

La escolaridad reportada es: primaria 10%, secundaria 90%. (Ver Tabla y Grafica 4)

El tabaquismo fue negativo en el 100 % de la mujeres encuestadas, lo que disminuye el riesgo de complicaciones. (ver tabla y Gráfica 5)

Dentro de los antecedentes ginecoobstétricos encontrados con mayor frecuencia esta cesárea previa en 86,21 %, preeclampsia 5.17 % lo cual concuerda con la estadística nacional de mortalidad materna. (ver tabla y grafica 6).

DISCUSIÓN

Según el consejo nacional de población 2010, derivado de la transición demografica las familias mexicanas han sufrido cambios en sus características entre las mas importantes se describen el tamaño y composición de los hogares , el aumento de la esperanza de vida ha propiciado que en los hogares convivan con personas que pertenecen a varias generaciones, en cuanto al tamaño los hogares mexicanos en la actualidad han venido delineando un nuevo perfil con cinco tendencias principales: reducción de su tamaño, coexistencia de diversos arreglos residenciales, aumento de los hogares encabezados por mujeres, “envejecimiento de los hogares “ y responsabilidad económica mas equilibrada entre hombres y mujeres, si bien aunque estos cambios no han sido drásticos, sí se han presentado cambios en cuanto a su organización interna, esencialmente como respuesta a las modificaciones en el patrón de participación laboral de sus miembros, las familias han desarrollado

diversas estrategias tales como el aumento en el número promedio de perceptores de ingreso este aumento se refleja principalmente en la rápida incorporación de la mujer a la fuerza del trabajo.

En estudios previos como el realizado en Colombia en octubre de 2009, describe que en las 66 familias de embarazadas con alto riesgo obstétrico estudiadas la tipología que prevalece es: en fase de dispersión moderna.

En el presente estudio de investigación hemos integrado la tipología familiar prevalente para embarazadas con riesgo obstétrico bajo así como otros parámetros como grupo de edad y escolaridad.

La tipología familiar prevalente en mi población de estudio de mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico es: Nuclear simple en fase de expansión tradicional con un 33.3%, lo que no correspondería con el estudio previamente reportado esto debido muy posiblemente a nuestro tipo de cultura y población estudiada y para las de bajo riesgo obstétrico: Nuclear en fase de matrimonio tradicional con el 29.73%; difiriendo principalmente de las familias estudiadas en la fase del ciclo vital familiar ya que para el estudio previo se trataba de familias en fase de dispersión es decir con hijos en edad adolescente , mientras que en las familias mexiquenses observamos la prevalencia de familias jóvenes en donde se están integrando los nuevos miembros de la familia, cuyo principal ingreso económico es exclusivo del jefe de familia varón catalogándose como tradicionales, a diferencia del grueso de la población en donde se describe que el número de mujeres que son jefas de su hogar ha aumentado considerablemente las mujeres en este estudio dependen económicamente de sus esposos, el grupo de edad más afectado con alto riesgo obstétrico es el conformado entre los 30 y 34 años de edad con 80% seguido del grupo de 30-34 años con el 66.6%, la escolaridad materna prevalente es Secundaria y mas 90% seguido de primaria o menos con un 10% lo cual se trata de un factor protector ya que según el reporte "barreras para una maternidad segura en México" realizado en el 2010 las mujeres menos educadas tienen menor probabilidad de buscar servicios de salud, mayor probabilidad de estar subordinadas a sus esposos o padres en asuntos de atención a la salud, y menor probabilidad de saber donde obtener servicios de salud que respondan a sus necesidades mientras que las mujeres con mayor escolaridad (al menos 9 años de educación) generalmente tienen una mejor condición económica, experimentan menos retraso en buscar atención médica, tienen menos embarazos no planeados y mayor acceso a los servicios de salud.

Se encontraron como factores más asociados al alto riesgo obstétrico la cesárea previa (50%), el antecedente de enfermedad hipertensiva asociada al embarazo (5.1%) , esto coincide con el estudio realizado en el estado de México en el 2003 donde se estudian las principales causas de muerte materna encontrando a la enfermedad hipertensiva del embarazado como causa de defunción en un 36% , el estado civil prevalente entre la población es: casada 67.24%, unión libre 25.86%, soltera 6.90%, lo que también se traduce como un factor protector ya que según el estudio de riesgo psicosocial

y predicción de las complicaciones maternas y perinatales que se realizó en Shanghai los factores de riesgo psicosocial en especial el estrés y la disfunción familiar han demostrado ser un factor de riesgo mientras que el apoyo familiar es un factor compensatorio de los efectos negativos del estrés con respecto a la morbilidad materna y perinatal.

X. TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla No. 1

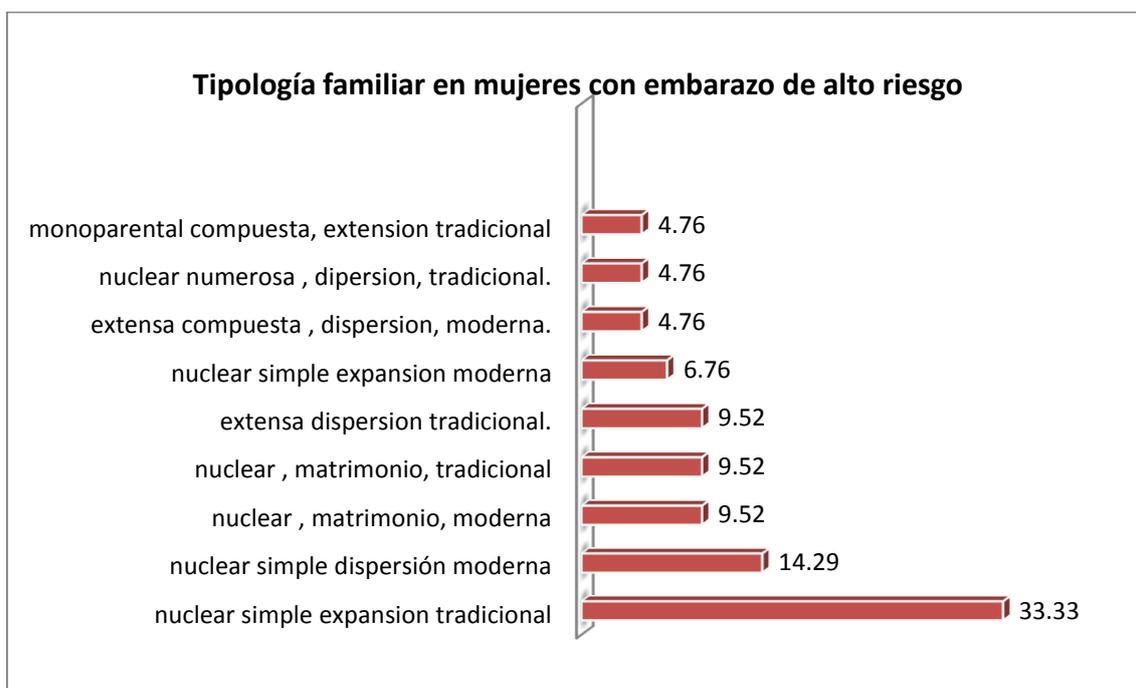
Tipología familiar en mujeres embarazadas con riesgo obstétrico alto

TIPOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nuclear simple, expansión, tradicional.	7	33.33
Nuclear simple, dispersión, moderna	3	14.29
Nuclear , matrimonio, moderna	2	9.52
Nuclear, matrimonio, tradicional	2	9.52
Extensa, dispersión tradicional.	2	9.52
Nuclear simple, expansión, moderna.	2	6.76
Extensa compuesta, dispersión, moderna.	1	4.76
Nuclear numerosa, dispersión, tradicional.	1	4.76
Monoparental compuesta, extensión, tradicional	1	4.76

FUENTE: resultados cuestionario para tipología familiar/resultados MF-7/85.

GRÁFICA No. 1

Tipología familiar prevalente en mujeres embarazadas con riesgo obstétrico alto



FUENTE: resultados cuestionario para tipología familiar/resultados MF 7/85

TABLA 1.1

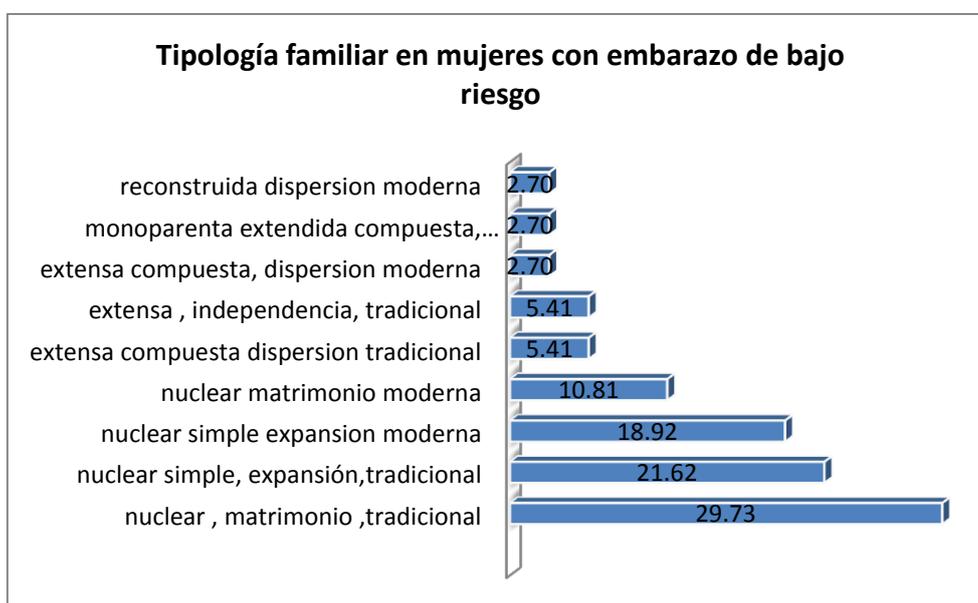
Tipología familiar en mujeres embarazadas con riesgo obstétrico bajo

TIPOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nuclear , matrimonio ,tradicional	11	29.73
Nuclear simple, expansión, tradicional	8	21.62
Nuclear simple, expansión, moderna	7	18.92
Nuclear, matrimonio, moderna	4	10.81
Extensa compuesta, dispersión, tradicional	2	5.41
Extensa, independencia, tradicional	2	5.41
Extensa compuesta, dispersión, moderna	1	2.7
Monoparental extendida compuesta, dispersión, tradicional	1	2.7
Reconstruida, dispersión, moderna	1	2.2

FUENTE: resultados cuestionario para tipología familiar/resultados MF-7/85.

GRÁFICA 1.1

Tipología Familiar en mujeres embarazadas con riesgo obstétrico bajo.



FUENTE: resultados cuestionario para tipología familiar/resultados MF 7/85

TABLA 2

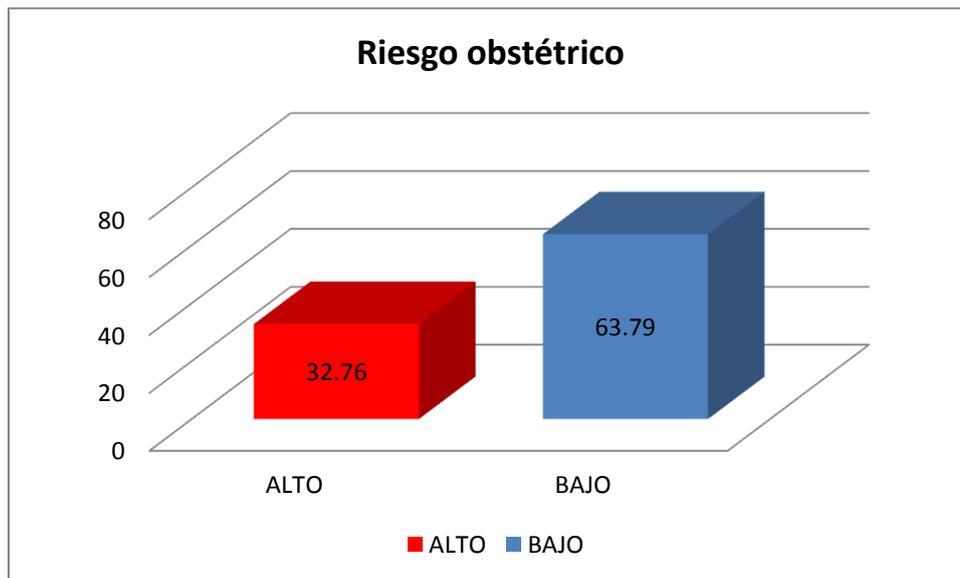
Riesgo obstétrico de las mujeres embarazadas estudiadas.

RIESGO REPRODUCTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO RIESGO	21	32.76
BAJO RIESGO	37	63.79

FUENTE: resultados cuestionario para tipología familiar/resultados MF-7/85.

GRÁFICA 2

Riesgo obstétrico de las mujeres embarazadas estudiadas.



FUENTE: resultados cuestionario para tipología familiar/resultados MF-7/85.

TABLA 3

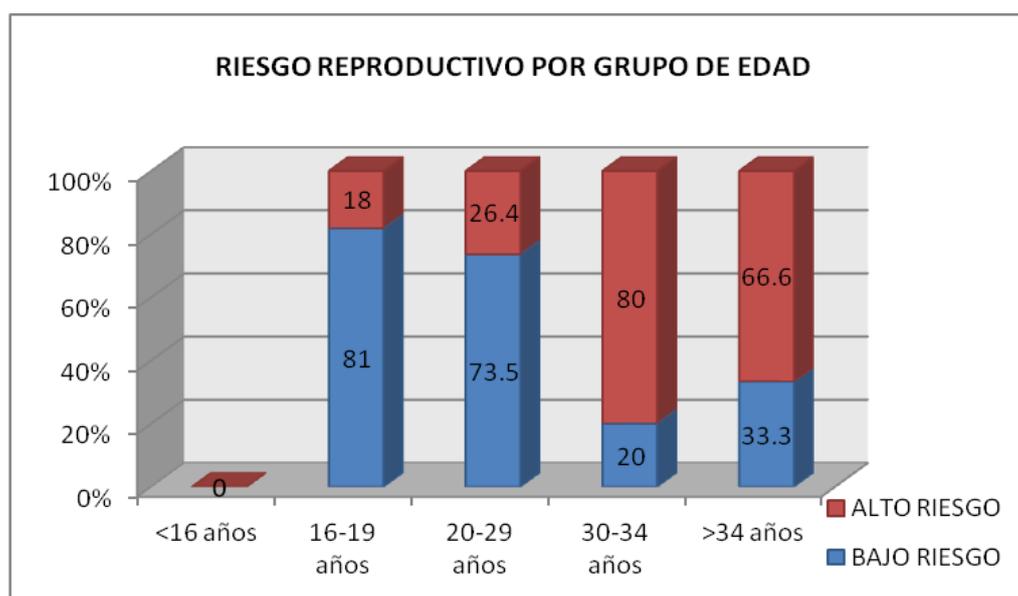
Riesgo obstétrico por grupo de edad en mujeres embarazadas estudiadas.

Grupo de edad	Bajo riesgo FRECUENCIA	Bajo riesgo PORCENTAJE	Alto riesgo FRECUENCIA	Alto riesgo PORCENTAJE
<16 años	0	0	0	0
16-19 años	9	81	2	18
20-29 años	25	73.5	9	26.4
30-34 años	2	20	8	80
>34 años	1	33.3	2	66.6

FUENTE: resultados cuestionario para tipología familiar/resultados MF-7/85.

GRÁFICA 3

Riesgo obstétrico por grupo de edad en mujeres embarazadas estudiadas



FUENTE: resultados aplicación MF-7/85.

TABLA No. 4

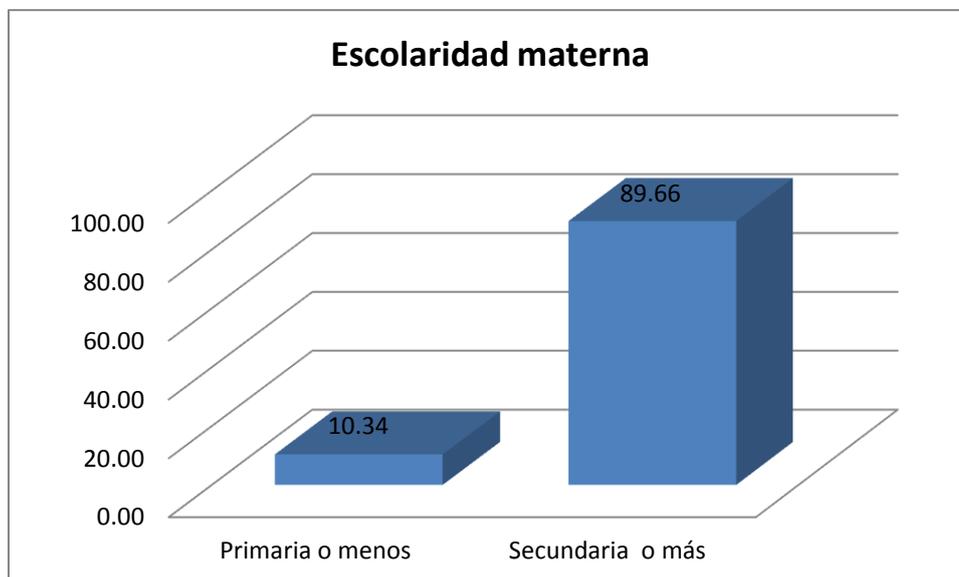
Escolaridad materna

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Primaria o menos	6	10.34
Secundaria o mas	52	89.66

FUENTE: resultados aplicación MF-7/85.

GRÁFICA No. 4

Escolaridad Materna



FUENTE: resultados aplicación MF-7/85.

TABLA No 5

Tabaquismo en mujeres embarazadas estudiadas

TABAQUISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEGATIVO	58	100
POSITIVO	0	0

FUENTE: resultados aplicación MF-7/85

GRÁFICA No.5

Tabaquismo en mujeres estudiadas



FUENTE: resultados aplicación MF-7/85.

TABLA 6

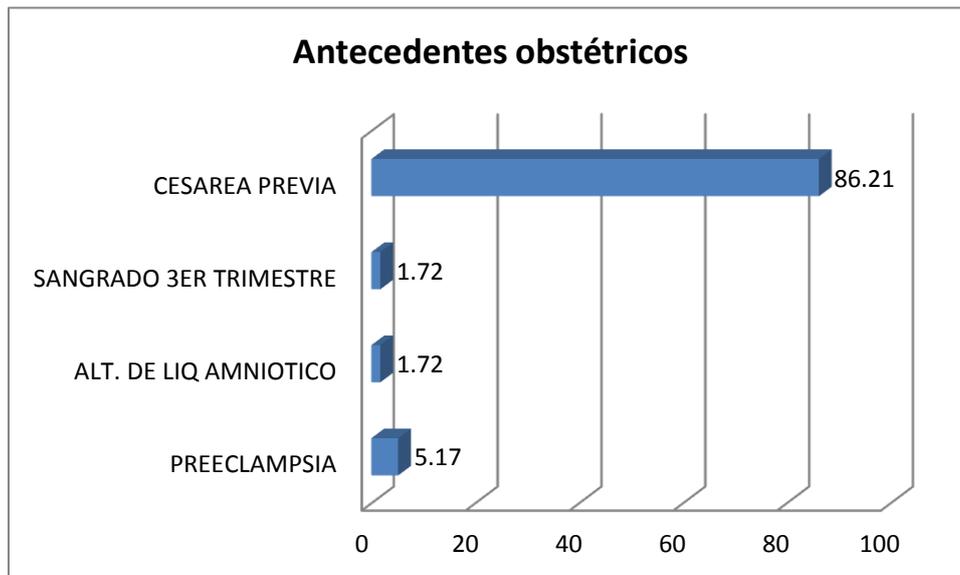
Antecedentes obstétricos más frecuentes en mujeres embarazadas estudiadas

ANTECEDENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	3	5.17
PREECLAMPSIA	3	5.17
ALT. DE LIQ AMNIÓTICO	1	1.72
SANGRADO 3ER TRIMESTRE	1	1.72
CESÁREA PREVIA	50	86.21

FUENTE: resultados aplicación MF-7/85

GRÁFICA 6

Antecedentes obstétricos más frecuentes en mujeres embarazadas estudiadas



FUENTE: resultados aplicación MF-7/85.

XI. CONCLUSIÓN

A pesar de los cambios reportados en el sistema familiar en las últimas décadas a nivel nacional; en la población mexiquense de mujeres embarazadas encontramos que estas se encuentran inmersas en grupos familiares con características propias de familias jóvenes de tipo nuclear a la que se están integrando nuevos miembros, en las que el aporte económico es exclusivo del jefe de familia.

El embarazo ha sido descrito como un proceso fisiológico sin embargo no por tratarse de algo fisiológico se encuentra exento de presentar complicaciones, el riesgo obstétrico nos orienta para establecer el plan de acción personalizado de acuerdo a las características físicas, sociales y psicológicas de cada mujer embarazada que acude a control prenatal en el primer nivel de atención, el índice anual de nacimientos para 2010 según el INEGI es de 2,643,908, por lo que la población de mujeres embarazadas en unidad de atención de primer nivel es un porcentaje muy importante de la consulta diaria, es inevitable, identificar a esta población como un grupo especial con necesidades diferentes.

La familia tiene un papel fundamental en el proceso salud enfermedad, se ha demostrado que el apoyo familiar es fundamental para la evolución favorable o desfavorable de la gestación, es imperativo que el médico de familia pueda conocer además de los antecedentes plasmados en la historia clínica; la dinámica familiar en la que se desenvuelve la paciente embarazada, identifique a aquellas con un alto riesgo obstétrico que se combina con condiciones familiares desfavorables, para otorgar una oportuna intervención y así lograr evitar complicaciones materno fetales, ya que el continuar tratando a todas las pacientes por igual nos llevará a continuar con índices altos de morbilidad y mortalidad materno-fetal indicadores claves de la calidad de los servicios de salud que se otorgan en el país.

A través de la intervención del equipo multidisciplinario del primer nivel, en cual el médico de familia es el líder, integrado por un servicio de estomatología, nutrición, psicología, enfermera materno infantil, otras especialidades y trabajo social.

Las mujeres embarazadas se desenvuelven en mayor proporción en familias nucleares en fase de expansión tradicionales, el grupo de edad más afectada es 30-34 años, siendo el jefe de familia varón quien aporta el ingreso familiar para la manutención, la escolaridad predominante es secundaria y más, lo cual se describe como un factor protector ya que los conocimientos adquiridos durante la educación nivel secundaria, pudieran favorecer un nivel de pensamiento más adecuado para afrontar el suceso de la maternidad, los antecedentes mayormente asociados a alto riesgo obstétrico son cesarea previa

y enfermedad hipertensiva asociada al embarazo. El estado civil predominante es casada. Con lo que se concluye que si logra una intervención oportuna se conseguira que los embarazos tengan un buen término y las familias permanezcan integradas.

XII. RECOMENDACIONES

El Médico familiar debe poner especial atención al interrogatorio, exploración y seguimiento del control prenatal en el primer nivel de atención.

El Médico Familiar deberá conocer la dinámica familiar de la paciente embarazada para determinar, primero si cuenta con una familia y conocer las características generales de esta lo que nos ayudaría a orientarnos sobre que tanto apoyo recibirá esta mujer durante la fase de embarazo, debe integrar a la familia al control prenatal, principal o idealmente el esposo, situación difícil en esta población en la que El es el proveedor, se deben planear estrategias para que la asesoría se otorgue en un horario apto para ambos o bien , integrar al familiar más cercano responsable de la paciente.

El Médico familiar debe conocer la escala para determinar el riesgo obstétrico tanto por el médico del primer nivel de atención así como el equipo multidisciplinario para así identificar oportunamente los factores de riesgo que pudiesen condicionarnos un desenlace no deseado durante el embarazo.

El médico familiar debe apoyarse en los integrantes del equipo multidisciplinario de primer nivel y realizar un manejo conjunto con los servicios de estomatología, nutrición, trabajo social, psicología u otras especialidades si así lo requiere el caso se deberá tener especial atención en aquellas mujeres riesgo obstétrico alto, familias atípicas, solteras o portadoras de enfermedades crónicas, escolaridad de primaria o menor e integrarlas a un grupo que recibirá información adicional y seguimiento estrecho lo cual fue realizado por la investigadora de este estudio.

El seguimiento será en conjunto en el primer nivel de atención y de ser necesario se recurrirá también a instancias de segundo nivel.

XIII.BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Colegio Mexicano de Medicina familiar, AC PAC Medicina Familiar Tomo 1 1999 . Editorial intersistemas.
- 2.- Rangel J, Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004 47 (2) 24-27.
- 3.- Barbado A, Individuo y familia. Habilidades en Salud Mental Rev de la SMG México 2009.
- 4.- Pedroza M, Estudio transversal de los factores de riesgo para un primer embarazo en la adolescencia. (Tesis de especialidad. 2007.) Toluca Estado de México. Universidad Autónoma del Estado de México.
- 5.- De Cosio M, Historia de la Familia en México. Centro de estudios demográficos. División general de investigación en ciencia y tecnología. México 2005.
- 6.- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [base de datos en línea]. México: INEGI; 2010[Fecha de acceso 19 de febrero 2012]. URL disponible en:<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=15>
- 7.- Guerra R, La Familia y su futuro en México. Universidad Panamericana. México 2004.
- 8.- Anzures R, Medicina familiar. Primera edición. Editorial Corinter. México 2008.
- 9.- Marín L, La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. Rev. Elect. de Psic. Iztacala 2006 (9) 3. 34-42.
- 10.- Documento del Departamento de Educación e Investigación médica de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 Delegación Estado de México Oriente IMSS.
- 11.- Suarez M, El Médico Familiar y la atención a la familia. Rev. Pac. Medicina Familiar. 2006, 3 (4) 95-100.
- 12.- González I, Reflexiones acerca de la Salud Familiar. Rev Cub de Medicina General Integral. 2006;16(5) :508-512.
- 13.-Vargas J, Escuela para padres: El funcionamiento Familiar. Centro Regional de Investigación en psicología. 2008 (3) 1 19-22 2009.
- 14.- Gómez M, Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria. Grupo de control de trabajo y seguimiento del embarazo en la atención primaria. México 2010.

- 15.- Jasso- Gutierrez L, Relevancia de la salud perinatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social Bol. Med. Hosp Inf. De México 2007; 54 (1) :54-58.
- 16.- Guías de Práctica Clínica. Colegio Mexicano de Especialistas en ginecología y obstetricia. 2008 (77) 3.
- 17.- Herrera V. Riesgo Reproductivo Revista de Ginecología y obstetricia México 2009.
- 18.- Lauro I, Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Editorial ciencias médicas. 2002; vol. 2 p13-31.
- 19.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención prenatal en la Medicina Familiar. Guía diagnóstico-terapéutica. Rev. Med. IMSS 2006, 36 (1) 45-60.
- 20.- Conde-Agudelo A, Embarazo de alto riesgo. MD.CARTA DE LA SALUD. Fundación clínica del Valle Lili Junio 2005, (6) 61.
- 21.- Revista Aquichan Colombia Año 7 volumen 7 abril de 2007 Colombia. Teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto.
- 22.-Valls M, Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años . Rev. Cub de Obs. Y ginecología. 2008, (9) 60 25-35.
- 23 .- Llanes A, Embarazo en la adolescencia, intervención educativa . Rev Cub de Medicina Integral. Cuba noviembre de 2008.
- 24.- Islas L, Recién nacidos de madres adolescentes problema actual. Rev. Mex .de Pediatría 2010 (77) 4 26-29.
25. Mendoza M, Psicología y psicopatología del embarazo parto y puerperio. Rev Méd de Honduras. (33) Julio 2007.
- 26.- Pérez G, Caracterización de las familias con adolescentes embarazadas. Aquichán. 2008; (3) 6 21-31.
- 27.- Pimentel B, Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la c. N. S , la paz- Bolivia Revista Paceña de Medicina Familiar 4(5): 15-19.
- 28.- Gómez M, Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo.Reprod Hum 2007; 21: 111-121.

29.- Ordaz K, Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el Estado de Morelos. Ginecol Obstet Mex 2010; 78 (7) : 357-364.

30.- Gómez B, Mortalidad Materna en el Estado de México Rev Med Crit 2008 (6) 199-203.

XIV. ANEXOS.

ANEXO 1 Formato IMSS para valorar riesgo reproductivo y obstétrico.

RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTÉTRICO		TOTAL _____	
1. EDAD (EN AÑOS)	<input type="checkbox"/> < 16 AÑOS <input type="checkbox"/> 16 A 19 AÑOS <input type="checkbox"/> 20 A 29 AÑOS <input type="checkbox"/> 30 A 34 AÑOS <input type="checkbox"/> > 34 AÑOS	4 1 0 1 4	0.5 0 0.5
2. PESO HABITUAL (KILOS)	<input type="checkbox"/> < 50 KILOS <input type="checkbox"/> 50 ó MÁS	1 0	
3. TALLA (CENTÍMETROS)	<input type="checkbox"/> < 150 CMS <input type="checkbox"/> 150 ó MÁS	1 0	
4. ESCOLARIDAD MATERNA	<input type="checkbox"/> PRIMARIA O MENOS <input type="checkbox"/> SECUNDARIA O MÁS	0.5 0	
5. NÚMERO DE GESTA	<input type="checkbox"/> PRIMIGESTA <input type="checkbox"/> 2 A 4 <input type="checkbox"/> MÁS DE 4	1 0 4	
6. ABORTO ANTERIOR	<input type="checkbox"/> 0 A 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ó MÁS	0 2 4	
7. CESÁREA ANTERIOR	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	0 4	
8. PERIODO INTERGENÉSICO	<input type="checkbox"/> < 25 MESES <input type="checkbox"/> 25 A 60 MESES <input type="checkbox"/> > 60 MESES	4 1 0	0.5 0 0.5
9. ANT. OBSTÉTRICOS	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA <input type="checkbox"/> POLIHIDRAMNIOS <input type="checkbox"/> SANGRADO 3o. TRIMESTRE <input type="checkbox"/> PARTO PRE-TÉRMINO <input type="checkbox"/> BAJO PESO AL NACER (< 2,500) <input type="checkbox"/> MALFORMACIÓN CONGÉNITA <input type="checkbox"/> MUERTE FETAL TARDÍA <input type="checkbox"/> MACROSOMÍA (> 4,000 GRS) <input type="checkbox"/> CIRUGÍA PÉLVICO UTERINA	0 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	
10. ANT. PERSONALES PATOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/> CARDIOPATÍA <input type="checkbox"/> OTRA PATOLOGÍA CRÓNICA	0 4 4 4 4	
11. TABAQUISMO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO ó < 10 CIGARROS <input type="checkbox"/> 10 ó MÁS CIGARROS	0 1	
12. ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> POSITIVO	0 4	

RESULTADOS:

MAYOR 4 PUNTOS = EMBARAZO DE ALTO RIESGO

MENOR DE 4 PUNTOS= EMBARAZO DE BAJO RIESGO

ANEXO 2.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CUESTIONARIO PARA CONOCER LA TIPOLOGIA FAMILIAR DE MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA UMF 220.

Nombre: _____ Edad: _____ NSS: _____

Num. De consultorio y horario de atención: _____ Edo. civil
 fecha _____

1.- De la siguiente tabla marque con una **X** en la columna de la izquierda el cuadro con las características que más se aproximen a las de la estructura la familia.

TIPO	CARACTERISTICAS	Resp.
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos	
Nuclear simple	Padre y madre con 1-3 hijos	
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o mas	
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de una unión anterior.	
Monoparental	Padre o madre con hijos	
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco	
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco	
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos más otras personas con y sin parentesco	
No parental	Familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ejemplo tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos)	

2.- En la siguiente tabla subraye la fase del ciclo de vida en que se encuentra la familia (Geyman)

➤ FASE DE MATRIMONIO	Se inicia con el matrimonio , concluye esta con la llegada del primer hijo
➤ FASE DE EXPANSION	Es el momento en con que mayor frecuencia se incorporan nuevos integrantes a la familia, la familia se dilata o expande.
➤ FASE DE DISPERSIÓN	Corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia de los hijos
➤ FASE DE INDEPENDENCIA	Etapa en la que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
➤ FASE DE RETIRO Y MUERTE	Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, viudez y abandono.

3.- marque el inciso que corresponde a la descripción más acertada de la familia según sus ingresos económicos,

() FAMILIA MODERNA.- la madre trabaja fuera del hogar.

() FAMILIA TRADICIONAL. El padre es el proveedor económico, excepcionalmente colabora la madre o uno de los hijos.

() FAMILIA PRIMITIVA O ARCAICA.- se obtiene el sustento de la familia exclusivamente de los productos de la tierra que cosechamos.

ANEXO 3 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS 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:	TIPOLOGIA FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS CON ALTO Y BAJO RIESGO OBSTETRICO QUE ACUEN A LA UMF 220 TOLUCA
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	INTEGRAR LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO Y BAJO RIESGO OBSTETRICO QUE ACUDEN A LA UMF 220
Procedimientos:	ENCUESTA REALIZADA POR LA INVESTIGADORA
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	INTEGRACION DE LA TIPOLOGIA FAMILIAR Y EL RIESGO OBSTETRICO, PREVENCION DE POSIBLES COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	INTEGRACIÓN DE LA TIPOLOGIA FAMILIAR Y EL RIESGO OBSTETRICO, DERIVACION A OTRAS ESPECIALIDADES DE SER
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	

Beneficios al término del estudio: INFORMACION Y ORIENTACION SOBRE EL RESULTADO.

Investigador Responsable: ERICKA ZARATE FLORES

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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 para el estudio

