



**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**

TESIS

“FACTORES FAMILIARES QUE CONTRIBUYEN A UN EMBARAZO DE
ALTO RIESGO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 75
NEZAHUALCÒYOTL. ESTADO DE MEXICO”

INSTITUTO MEXICANO DELS EGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°75 NEZAHUALCOYOTL

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M.C.: RAMIREZ FLORES GUADALUPE

DIRECTOR DE TESIS:

E. EN M.F. HERRERA OLVERA IMER GUILLERMO

REVISORES DE TESIS:

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO 2014

“FACTORES FAMILIARES QUE CONTRIBUYEN A UN EMBARAZO DE
ALTO RIESGO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 75
NEZAHUALCÒYOTL. ESTADO DE MEXICO”

AUTORIZACIONES

El presente proyecto fue aprobado por el Comité de investigación No. 1408 del
IMSS Asignándole el número _____

Dra. Alma Luisa Lagunés Espinosa
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dra. Nora Beatriz León Ojeda.
Coordinador Clínico de Educación e Investigación
en Salud UMF No. 75

Dr. Edgar Rubén García Torres.
Coordinador de Residencia en Medicina familiar UMF No 75.

Dra. Patricia Navarrete Olvera
Director UMF No 75.

INDICE

| | |
|--------------------------------------|----|
| Marco teórico | 5 |
| II. Planteamiento del problema | 10 |
| II.1 Argumentación | 10 |
| II.2 Pregunta de Investigación | 10 |
| III. Justificación | 10 |
| III.1 Académica | 10 |
| III.2 Científica | |
| III.3 Social | 10 |
| III.4 Económica | 10 |
| IV. HIPOTESIS | 12 |
| IV.1 Elementos de la hipótesis | 12 |
| IV.1.1 Unidades de Observación | 12 |
| IV.1.2 Variables | 12 |
| IV.1.2.1 Dependiente | 12 |
| IV.1.2.2 Independientes | 12 |
| V. OBJETIVOS | 13 |
| V.1 General | 13 |
| V.2 Específicos | 13 |
| VI. MÉTODO | 14 |
| VI.1 Tipo de estudio | 14 |
| VI.2 Diseño del estudio | |
| VI.3 Operacionalización de variables | 15 |
| VI.4 Universo de trabajo | 17 |
| VI.4.1 Criterios de inclusión | 17 |
| VI.4.2 Criterios de exclusión | 17 |
| VI.4.3 Criterios de eliminación | 17 |
| VI.5 Instrumento de Investigación | 18 |
| VI.5.1 Descripción | 18 |
| VI.5.2 Validación | 18 |
| VI.5.3 Aplicación | 18 |
| VI.6 Desarrollo del proyecto | 20 |
| VI.7 Límite de espacio | 20 |
| VI.8 Límite de tiempo | 20 |
| VI.9 Diseño de análisis | 21 |

| | |
|-----------------------------|----|
| VII. IMPLICACIONES ÈTICAS | 22 |
| VIII.ORGANIZACIÒN | 23 |
| IX.RESULTADOS Y DISCUSIONES | 24 |
| X.CUADROS Y GRAFICOS | 27 |
| XI. CONCLUSIONES | 39 |
| XII.RECOMENDACIONES | 40 |
| XIII.BIBLIOGRAFIA | 42 |
| XIV. ANEXOS | 45 |

I.MARCO TEORICO

La Medicina Familiar, que por definición es la especialidad médica efectora de la Atención Primaria a la Salud, al igual que la mayoría de las demás especialidades médicas, posee un cuerpo de conocimientos que le es propio, así como instrumentos y habilidades que le permiten diferenciarse en el objeto de su práctica. Dado que el propósito y unidad funcional de los cuidados primarios es la familia y no el individuo, el abordaje de la atención de la salud para la Medicina Familiar se desarrolla dentro de este contexto micro social, evitando fragmentar el grupo familiar en distintos componentes, cada uno con un proveedor de salud diferente.¹

El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que, además, existe una mayor receptividad materna para las actividades de educación para la salud.²

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.³

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.^{3,4} Otro estudio como el de Molina (1988), citado por Faure (1993), describen la presencia de un apoyo familiar adecuado y la percepción de la familia frente al embarazo como un factor importante para la embarazada⁵, por lo que el embarazo actualmente 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 sólo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia. Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo 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, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral.⁶

La aparición de embarazo en la familia obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a

este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

Por lo que la familia juega un papel importante en la vida de una embarazada ya que la formación del individuo comienza desde el núcleo familiar, por lo que la familia es núcleo primario fundamental para promover la satisfacción de las necesidades básicas del hombre, y sobre todo de los hijos.

La premisa fundamental para comprender la multifactorialidad de los fenómenos que suceden en la familia a lo largo de su historia y evolución, está basada en la interrelación individuo-familia-sociedad, que se presenta como un proceso articulado, dinámico y de interacción permanente. Por lo que la familia es una organización social que ha transformado sus funciones permaneciendo como básicas: 1) la protección psicoactiva de sus miembros, la cual permite el desarrollo integral de los mismos; 2) la reproducción de la cultura, como agentes socializador por excelencia, que trasmite la estructura social.

La funcionalidad familiar en cuanto a la adaptabilidad y cohesión, definiendo la adaptabilidad o cambio como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo, es decir, la capacidad que posee el sistema conyugal o familiar para cambiar sus relaciones en respuesta a una situación o a una evolución estresante. La cohesión es la vinculación emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido, es decir, los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan.

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 influyen contundentemente sobre el desarrollo del individuo. En cuanto al clima social familiar, las dimensiones o atributos afectivos que se toman en cuenta para evaluarlo son: una dimensión de relaciones, una dimensión de desarrollo personal y una dimensión de estabilidad y cambio de sistemas⁷.

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 a un grupo de población en edad reproductiva⁸.

Actualmente se reconocen que las principales causas de mortalidad materna y perinatal, son prevenibles mediante atención prenatal temprana sistemática y de alta caída, que permita la identificación y el control de las principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

Embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.⁹

Embarazo de bajo riesgo: aquel carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen incremento del riesgo obstétrico o evidencia clínica de o implicación menor o mayor del embarazo. Las mujeres con esta condición recibirán el cuidado prenatal por parte de la enfermera materno-infantil.

Embarazo de riesgo intermedio: cuando existan condiciones o complicaciones menores de la gestación, las cuales puedan ser controladas con los recursos del primer nivel de atención. Estas mujeres quedarán bajo el cuidado prenatal del médico familiar

Embarazo de alto riesgo: embarazo de alto riesgo: 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.⁹

Se define la palabra Riesgo como “peligro, la contingencia de un daño

Riesgo materno: la contingencia de un daño, es decir de enfermar o morir en una madre y/o el feto o recién nacido, debido al proceso del embarazo, parto o puerperio¹⁰.

FACTORES DE RIESGO: Es aquella característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, parto, feto y/o neonato) o grupo de personas que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad. Se consideran cuatro grandes grupos:

Socio demográfico: se identifican en la consulta prenatal. Se debe interrogar a la paciente acerca de peligros ocupacionales que implican exposición a tóxicos, Es importante identificar riesgos en el hogar como exposición a toxoplasma o sustancias químicas tóxicas, tales como asbesto, plaguicidas. Si una mujer

utiliza agua de pozo, puede valorarla en relación a su acidez y contenido de plomo y cobre. La violencia familiar es un peligro en particular importante en casa y debe realizarse una valoración abierta, sin emitir juicios de valor¹¹. El problema de la violencia intrafamiliar no era objeto de dominio público, desde hace dos décadas este problema social empezó a cobrar visibilidad gracias a los movimientos sociales a favor de los derechos de las víctimas.¹²

De acuerdo a la Norma Oficial mexicana para la atención médica de la Violencia Familiar NOM-190-SSA1 se definió la Violencia Intrafamiliar como un acto u omisión único o repetitivo consistente en el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por un miembro de la familia en relación de poder en función del sexo, edad o la condición física, en contra de otro integrante de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra,199(SSA,2000)¹³.

El embarazo no libra a las mujeres de Violencia Intrafamiliar, en la actualidad constituye un problema de salud pública que trasciende la esfera social, puesto que va más allá de la agresión física y es causa de hemorragias, abortos, infecciones, anemias, partos prematuros y bajo peso del producto al nacer^{14,15} y en un estudio reciente Kuning M. Et al. Sugieren que las mujeres violentadas tienen un riesgo de 1.59 veces mayor de perder el producto y es riesgo se incrementa en grupos de edad de 15-19 años¹⁶.

Otro factor es que en la actualidad la mujer tiene que salir a trabajar para un sustento económico, identificando una serie de situaciones, bastantes extendidas en los lugares de trabajo, que pueden presentar algunos riesgos para la mujer trabajadora que esté embarazada. Si la situación es achacable a la existencia de un agente nocivo en el trabajo, riesgo específico, se debe valorar como riesgo durante el embarazo.¹⁷

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia identificable en una persona o grupo de personas que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o estar especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad.¹⁷

Embarazo de alto riesgo entonces se puede definir como:” 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”¹⁸

EPIDEMIOLOGIA

Según la OMS la Mortalidad Materna se define como “la muerte de una mujer mientras está embarazada, o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o gravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”¹⁹ (ver gaceta de mortalidad materna).

Según datos del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, dentro de los indicadores que resumen las pérdidas por salud en la Ciudad de México, la Violencia Intrafamiliar ocupa el tercer lugar, destacando dentro de estas pérdidas la Violencia intrafamiliar ejercida por el varón (violencia doméstica) el cual infringe daños físicos y no físicos que incluyen desde las agresiones verbales, el daño psicológico y el abandono¹⁹. Se ha estimado que las mujeres en edad reproductiva pierden entre 5 y 16% de años de vida saludable a causa de la violencia ²⁰.

En México se presentan 2.1 millones de embarazadas cada año; cerca de 250 a 300 mil tienen complicaciones, 30 mil mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas. Fallecen, anualmente en promedio 1,100 mujeres. En 2009 fallecieron 1,207 mujeres. La meta es llegar a 417 en el 2015. La muerte materna es una tragedia que afecta en nuestro país a 1100 mujeres anualmente, a sus familias, y muy especialmente a sus hijos: se trunca el proyecto de vida de una mujer, se desintegra la familia, los huérfanos quedan expuestos a un elevado riesgo de enfermar y morir, la hija mayor asume las tareas maternas truncando su propio proyecto de vida, las hijas adolescentes quedan expuestas al acoso sexual y al incesto, deserción escolar: futuro pobre desempeño laboral (Langer A; y B Hernández SPM 1998)²¹.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación.

Es de todos bien conocido que las madres y los niños se encuentran entre los grupos más vulnerables en términos de morbilidad y mortalidad. Esta vulnerabilidad se debe a las condiciones especiales en que se encuentran ambos, durante las etapas del embarazo y de la infancia, relacionados con los procesos biológicos de la reproducción, crecimiento y desarrollo.

La población definida como materno-infantil incluye a las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad) y a los niños hasta los cinco años de edad.

En todas las unidades de medicina familiar del Instituto se realizan actividades para identificar los factores de riesgo para prevenir los eventos que, estando al alcance del médico familiar, disminuya la morbilidad de estos grupos y concomitantemente la mortalidad.

En todas las mujeres embarazadas pueden llevar a desarrollar un embarazo de alto riesgo principalmente las que cuentan con factores de riesgo, es bien sabido ya estos factores pero cuales son los que con mayor frecuencia se presentan en mujeres embarazadas que nos pueden llevar a definir el embarazo de alto riesgo. A pesar desde el inicio de diagnóstico de un embarazo se puede definir de alto riesgo por los factores, habrá mujeres que lleven un desarrollo de embarazo sin complicaciones y por el contrario habrá mujeres de embarazo de inicio de embarazo normal que puede llevar a desencadenar en el último trimestre un embarazo de alto riesgo, lo importante es cuales fueron las causas a desarrollar este embarazo de alto riesgo

Aunque existen factores biológicos, epidemiológicos y atribuibles al paciente, no se cuenta con información suficiente sobre los aspectos familiares como los factores de riesgo por lo que surge la duda.

II.2 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los factores familiares que contribuyen a un embarazo de alto riesgo de la UMF N°75 IMSS?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Académica

Lograr académicamente tener la titulación en la especialidad de Medicina Familiar desarrollando esta tesis.

III.2 Científica.

Identificación oportuna y controlar a tiempo enfermedades o factores que pueden complicar un embarazo, por lo que es de importancia investigar cuales son los factores de riesgo que causan un embarazo de alto riesgo desde el punto social, familiar: así poder prevenir y tomar medidas preventivas necesarias para disminuir o abatir la morbilidad en el universo que nos concierne: mujeres embarazadas que pertenecen a la Unidad de Medicina Familiar N° 75 turno matutino.

III.3 Social

A pesar de que en la actualidad existe el control prenatal adecuado en primer nivel de atención las complicaciones son de gran magnitud, por lo que se convierten en un fenómeno de morbilidad. Por lo que identificar factores de riesgo familiares, adicionales a los que actualmente se conocen para el control prenatal puede llegar a ser primordiales para mejorar riesgos a la salud, incluyendo aspectos familiares, y así mejorar el ambiente familiar.

IV.HIPÒTESIS

IV.1

Existen factores de riesgo familiares que contribuyen a un embarazo de alto riesgo.

IV.1.1 Unidades de Observación

Pacientes embarazadas con alto riesgo derechohabientes de la UMF N°75

IV.1.2 Variables

IV.1.2.1 Dependientes

Embarazadas con alto riesgo derechohabientes de la UMF N°75

IV.1.2.2 Independientes

- Edad
- Instrucción de la madre
- Ocupación
- Estado civil
- Funcionalidad familiar
- Nivel socioeconómico
- Violencia intrafamiliar

OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores familiares que contribuyen a un embarazo de alto riesgo en pacientes de la UMF N°75.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar a las pacientes con embarazo de alto riesgo adscritas a UMF 75 en el periodo de 1 de enero-31 de junio del 2013
- 2.- Medir la funcionalidad familiar en pacientes con embarazo de alto riesgo
- 3.- Describir los factores familiares del grupo en estudio
- 5.- Establecer los factores estudiados con el embarazo de alto riesgo

VI.MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio: Estudio descriptivo, prospectivo, trasversal, observacional

VI.2 Diseño de estudio

Se realizó en un periodo comprendido de 5 meses, conforme a los registros encontrados en la Unidad de Medicina Familiar N°75 Delegación Nezahualcóyotl, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de 1 de enero-30 de junio 2013.

Se tomo registro de pacientes de embarazo de alto riesgo derechohabientes de la UMF N°75 del IMSS, captadas en el periodo comprendido

Se aplico instrumentos de APGAR Familiar, Método de Graffar, Cuestionario de Violencia Intrafamiliar en la mujer.

VI.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| VARIABLE DEPENDIENTE | DEFINICION | OPERALIZACION | ESCALA DE MEDICION | INDICADOR |
|--------------------------------|---|------------------------|---------------------|-------------------|
| EMBARAZO DE ALTO RIESGO | 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 | Expediente electrónico | Cualitativa nominal | Historia Familiar |

| VARIABLE INDEPENDIENTE | DEFINICION | OPERACIONALIZACION | ESCALA DE MEDICION | INDICADOR |
|-----------------------------|--|-----------------------------|---------------------|--|
| 1.- EDAD | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta | Lo referido por la paciente | cualitativa | 1)15-20 años 2)21-25 años 3)26-30 años 4)31-35 años 5)36-40 años |
| 2.- INSTRUCCIÓN DE LA MADRE | Factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño(muerte, enfermedad y/o secuela). | Método de Graffar | Cualitativa nominal | 1)universitaria 2)técnica superior o secundaria completa 3)técnica inferior o secundaria incompleta 4) educación primaria 5)analfabeta |

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|---------------------|--|
| 3.- OCUPACION | Trabajo, oficio, empleo que desarrolla una persona | Cédula de identificación | Cualitativa nominal | 1)estudiante 2)hogar 3)empleada 4)comerciante 5)profesionista |
| 4.- ESTADO CIVIL | Es la situación de las personas físicas, determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes | Lo referido por el paciente | Cualitativa nominal | 1)soltera 2)unión libre 3)casada |
| 5.-FUNCIONALIDAD FAMILIAR | Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis que atraviesa | Apgar familiar | cualitativa | 1)altamente disfuncional 2)moderada disfunción familiar 3)familia funcional |
| 6.-NIVEL SOCIOECONOMICO | | Método de Graffar | Cualitativa | 1.- Alto 2.- medio alto 3.- medio bajo 4. obrera |
| 7.-Violencia intra familiar | Las diferentes formas de relación abusiva que caracterizan, de modo permanente o cíclico, al vínculo familiar. | Auto cuestionario de Violencia contra la mujer | Cualitativa | 0.- sin abuso 1.- relación abusiva 2.-primer nivel de abuso 3.- abuso severo 4.- abuso peligroso |

VI.4 Universo de Trabajo y tamaño de muestra

Embarazadas de Alto Riesgo derechohabientes de la UMF N°75, captadas en el periodo de 1 de enero.30 junio 2013.

Se captaron 138 pacientes de las cuales 92 cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de selección fueron los siguientes:

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

Embarazadas con núcleo familiar

Embarazadas de alto riesgo

Derechohabientes a la UMF N°75

VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

Embarazadas de Alto riesgo referidas a 2º y 3er nivel de atención

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

Muerte materna

Cambios de adscripción, residencia y turno

VI.5 Instrumentos de investigación

APGAR FAMILIAR

VI.5.1 Descripción

Test Apgar familiar, y la disfuncionalidad familiar se clasificó de acuerdo con los criterios del test APGAR de Smilkestein, que consta de cinco preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares de: 1. Adaptación: capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada. 2. Participación: distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones. 3. Crecimiento: logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo. 4. Afecto: relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia. 5. Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio, y dinero entre los integrantes de la familia.

La forma de abordar cada uno de los aspectos señalados es como a continuación se señala. Adaptabilidad o apoyo y solidaridad: ¿Está usted satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica? Participación o compañerismo: ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos? Gradiente de crecimiento: ¿Encuentra usted que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida? Afecto. ¿Está usted satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar? Resolución. Compartir tiempo y recursos ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos? Las iniciales del inglés, de cada una de estas categorías, determinan el nombre APGAR. Cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procedió a la clasificación de funcionalidad familiar: De 7 a 10 puntos: familia funcional, de 4 a 6 puntos disfuncionalidad moderada, de 0 a 3 puntos disfuncionalidad ²².

VI.5.2 Validación

VI.5.3. Aplicación

Fue aplicada por la tesista a pacientes con embarazo de alto riesgo derechohabientes de la UMF N°75 del IMSS.

METODO DE GRAFFAR

La prueba de método de Graffar con el que se mide la condición socioeconómica familiar y en la que utiliza cinco variables que toman un valor numérico basados en la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto donde la familia habita como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social. A cada una se le asignó un puntaje, cuya suma permitió definir cinco categorías para la condición socio – económica familiar. Se mide en alto, medio alto, medio bajo, obrero, marginal.²³

4-6.....Nivel alto
7-9.....Medio alto
10-12.....Medio Bajo
13-16.....Obrero
17-20.....Marginal
VI.5.2 Validación

VI.5.3.Aplicación

Fue aplicada por la tesista a pacientes con embarazo de alto riesgo derechohabientes de la UMF N°75 del IMSS.

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

VI.5.1 Descripción

El total te proporcionará el Índice de abuso a que estás expuesta.

De 0 a 11 puntos. Relación abusiva

Existencia de problemas en los hogares, pero que se resuelven sin violencia física.

De 12 a 22 puntos. Primer nivel de abuso

La violencia en la relación está comenzando. Es una situación de ALERTA y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.

De 23 a 34 puntos. Abuso severo

En este punto es importante solicitar ayuda institucional o personal y abandonar la casa temporalmente.

De 35 a 45 puntos. ¡Abuso peligroso!

Debes considerar en forma URGENTE e inmediata la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo, judicial y legal. El problema de violencia no se resuelve por sí mismo o conque ambos lo quieran.

Tu vida puede llegar a estar en peligro en más de una ocasión o tu salud física o mental puede quedar permanentemente dañada.²⁴

VI.5.2

Càceres Ana y otras Colaboradoras del Servicio Nacional de la MUJER Chile Programa estatal de la Mujer y Consejo para el Desarrollo Integral de la Mujer; Tamaulipas; Gobierno del Estado
http://www.tamaulipas.gob.mx/congreso_mujer/programa/resultados.asp

VI.5.3 Aplicación

Fue aplicada por la tesista a pacientes con embarazo de alto riesgo derechohabientes de la UMF N°75 del IMSS.

VI.6. Desarrollo del proyecto

Conforme a los registros en la Unidad de Medicina Familiar N°75 Delegación Estado de México Oriente, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del 1 de enero-30 de junio 2013. Se les aplica instrumentos de APGAR FAMILIAR, Método de Graffar, Cuestionario de Autoevaluación Intrafamiliar, se les explico en que consistía el estudio y se les pedio que diera lectura y firmara la carta de consentimiento informado.

Se elaboro una base de datos para el análisis, posteriormente se interpretaran, analizaran y graficaran los resultados obtenidos finalmente para realizar la discusión y conclusiones.

VI.7 Limite de espacio

Se realizo la captura de pacientes con embarazo de alto riesgo de la UMF N°75 del IMSS y se selecciono a las pacientes por los criterios de inclusión

VI. 8 Límite de tiempo

Del 1 de Enero al 30 de Junio del 2013

Unidad de Medicina Familiar N°75 ubicada en Av. Chimalhuacán Esquina Av. López Mateos S/N Colonia El Palmar C.P.57310, Nezahualcóyotl, Estado de México.

VI. 9Diseño de análisis

Para la descripción de la población se utilizo tablas de frecuencia y porcentajes.

La base de datos se formo en el programa EXCEL V11 y el análisis se realizará en el programa SSPS V20.

VII.FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Este trabajo de investigación cuenta con aspectos de factibilidad ya que es de bajo costo y no requirió de financiamiento externo.

El presente estudio se apega a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial que establece la investigación ética que establece a sujetos humanos, adoptada por la 18ª Asamblea General de la WMA, Helsinki Finlandia, junio de 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea de WMA, Tokio, Japón de octubre de 1975, 35ª Asamblea de WMA, Venecia, Italia, Octubre de 1983 41ª Asamblea general de WMA, Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea Somerset West, república de ciudad áfrica octubre de 1956, 52ª asamblea de WMA Edimburgo Escocia, octubre del 2000; 53ª asamblea general de la WMA Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de WMA, Tokio 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de WMA, Seúl , Octubre del 2008.

De acuerdo a la Ley de Salud de Investigación para la Salud, en su título Segundo, que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17; ésta investigación es considerada como una Investigación de Riesgo Mínimo; y de acuerdo al artículo 23 en caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. No obstante lo anterior, en la presente investigación consideramos la solicitud de consentimiento informado por escrito.

VIII.ORGANIZACIÓN

Para fines la organización será la siguiente:

Director de tesis: E.M.F. Imer Guillermo Herrera Olvera

Tesista:M.C Guadalupe Ramírez Flores

Para fines de publicación y/o presentación en foros,congresos o cartel.

Los créditos serán:

AUTOR:E.M.F. Imer Guillermo Herrera Olvera

COAUTORES:M.C.Guadalupe Ramírez Flores

IX.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este estudio el tamaño de muestra fue del mes de enero a julio del 2013 se captaron 138 pacientes, de las cuales solo 92 pacientes cumplieron los criterios de selección, se les aplicó la encuesta de Apgar familiar, método de Graffar, y autoevaluación de violencia contra la mujer.

Por lo que se obtuvieron los siguientes resultados.

En el estudio se observó que la edad de embarazadas con riesgo se encuentran con un 8.7% en edad de 15-20 años, 43.5% en edad de 21 a 25 años, 28.3% de 26 a 30 años, 13% de 31 a 35 años y un 6.5% de 36 a 40 años (ver tabla 1 y grafica 1).

En cuanto a su estado civil se encuentra un 2.2% son solteras, 52.2% viven en unión libre y un 45.7% son casadas.(ver tabla 2,grafica 2)

Por su nivel de Instrucción de la madre 4.3% educación primaria 8.7% tiene secundaria incompleta, 28.3% universitaria y 58.7% tienen secundaria completa o técnica superior.(ver tabla 3 y grafica 3).

En la ocupación de la madre un 2.2% son comerciantes, 4.3% son profesionistas, 8.7% estudiantes 34.8% se dedican al hogar y el 50%son empleadas (ver tabla 4 y grafica 4).

Por la funcionalidad familiar se encuentra 32.6% son disfuncional,67.4% son funcionales(ver tabla 5 y grafica5), con respecto al Apgar familiar 4.3% son altamente disfuncional,28.3% moderada disfunción familiar,67.4% son familias funcionales(ver tabla 6 y grafica 6).

En la ocupación de la madre y Apgar familiar se encuentra que estudiantes un 2.1% son altamente disfuncional,2.1% moderada disfunción familiar,4.34% familia funcional, las que se dedican al hogar 2.1 tiene alta disfunción,6.5% moderada disfunción familiar,26%familia funcional y las empleadas se encuentra un 19.5% moderada disfunción familiar y un 36.9% con familia funcional.(ver tabla 7 y grafica7).

En su nivel socioeconómico el 2.2% es alto, 19.6% medio alto, 65.2%medio bajo y un 13% es obrera (ver tabla 8 y grafica 8).

Por la encuesta de autodiagnóstico se encontró que hay un 41.35 sin violencia y un 58.7% (ver tabla 9 y grafica 9) entre ellos 43.5% son sin abuso,28.3%relacion abusiva,15.2% primer nivel de abuso,10.9% abuso severo,2.2% abuso peligroso.(ver tabla 10 y grafica 10).

Por el grado de violencia y ocupación de la madre se encuentra estudiantes:2.1%sin abuso,2.1%relacion abusiva,2.1% primer nivel de abuso,2.1% abuso severo ,las que se dedican al hogar 21.7% sin abuso,6.5% relación abusiva,2.1% primer nivel de abuso,4.3% abuso severo, empleadas(incluyendo profesionistas y/o comerciante) se encontró un 19.5% sin abuso,19.5% relación abusiva,10.8% primer nivel de abuso,4.3% abuso severo,2.1% abuso peligroso.(ver tabla 11 y grafica 11).

Se encontraron 40 pacientes con familia funcional y sin abuso, relación abusiva se encuentra 12 con moderada disfunción, 14 con familia funcional, en primer nivel de abuso hay 4 familias con altamente disfuncional, 6 moderada disfunción familiar, 4 familia funcional, con abuso severo hay 8 con moderada disfunción familiar,2 familia funcional y con abuso peligroso se encuentran 2 familias funcional.(ver tabla 12 y grafica 12).

DISCUSIÓN

Los factores contribuyentes de un embarazo son diversos tales como factores de historia obstétrica, sociodemográficos entre ellos exposición de riesgo a solventes, violencia intrafamiliar, nivel socioeconómico Actualmente se reconocen que las principales causas de mortalidad materna y perinatal, son prevenibles mediante atención prenatal temprana sistemática y de alta caída, que permita la identificación y el control de las principales factores de riesgo obstétrico y perinatal

No se encuentra información reciente con respecto a información sobre factores familiares que contribuyen a un embarazo de alto riesgo; por lo que no se realiza comparación de resultados obtenidos de este estudio con alguno similar. Se obtuvieron datos con respecto a la edad, estado civil, ocupación, instrucción de la madre, funcionalidad familiar e índice de violencia.

Por lo que en este estudio se encontró que la funcionalidad familiar varia dependiendo del grupo etario, escolaridad, estado civil y ocupación. Con mayor frecuencia en edad de nuestra población entre 21-25 años de edad, con escolaridad de secundaria completa o carrera técnica superior, la mayoría en unión libre, la mitad de ellas son empleadas, con funcionalidad familiar la mayoría.

En este estudio se observo que entre los factores familiares se encuentra como factor familiar de riesgo es la violencia por lo que el embarazo no libra a las mujeres de Violencia Intrafamiliar, en la actualidad constituye un problema de salud publica que trasciende la esfera social, puesto que va más allá de la agresión física y es causa de hemorragias, abortos, infecciones, anemias, partos prematuros y bajo peso del producto al nacer ^{14,15} y en un estudio reciente Kuning M.Et al. Sugieren que las mujeres violentadas tienen un riesgo de 1.59 veces mayor de perder el producto y es riesgo se incrementa en

grupos de edad de 15-19 años.¹⁶. Encontrando nosotros en nuestra población la edad que sufre violencia es de 21-25 años en un 33.3% . Según datos del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, dentro de los indicadores que resumen las pérdidas por salud en la Ciudad de México, la Violencia Intrafamiliar ocupa el tercer lugar, destacando dentro de éstas pérdidas la Violencia intrafamiliar ejercida por el varón (violencia doméstica) el cual infringe daños físicos y no físicos que incluyen desde las agresiones verbales, el daño psicológico y el abandono¹⁷. Se ha estimado que las mujeres en edad reproductiva pierden entre 5 y 16% de años de vida saludable a causa de la violencia ¹⁸.

Observamos que si hay factores familiares que ponen en riesgo a un embarazo encontrando chi cuadrada con un 31.3% tienen violencia de todos los pacientes estudiados. El impacto de la violencia intrafamiliar en las mujeres también alcanza a las embarazadas que son golpeadas, abusadas psicológica y sexualmente durante este período altamente vulnerable, lo cual pone en riesgo la integridad de la mujer y su producto. El embarazo de alto riesgo entonces se puede definir como: "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.

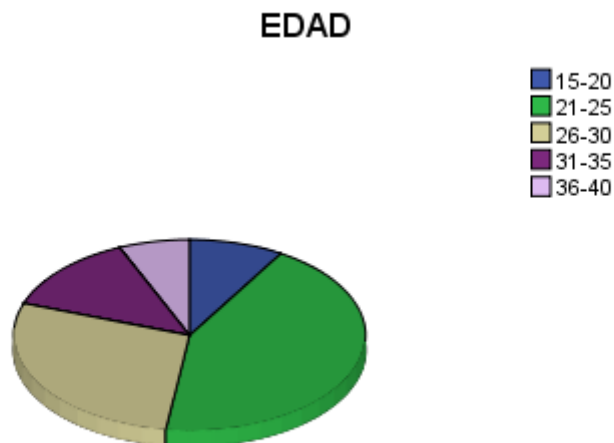
X. CUADROS Y GRAFICOS

Tabla 1: Tabla de frecuencias y porcentaje de la edad de pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina familiar N° 75 Nezahualcóyotl 2013

| FRECUENCIA POR EDAD | | |
|---------------------|------------|------------|
| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| DE 15 A 20 AÑOS | 8 | 8.7 |
| DE 21 A 25 AÑOS | 40 | 43.5 |
| DE 26 A 30 AÑOS | 26 | 28.3 |
| DE 31 A 35 AÑOS | 12 | 13.0 |
| DE 36 A 40 AÑOS | 6 | 6.5 |
| Total | 92 | 100.0 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 1: Representación gráfica del porcentaje de los rangos de edad del total de pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013.



Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

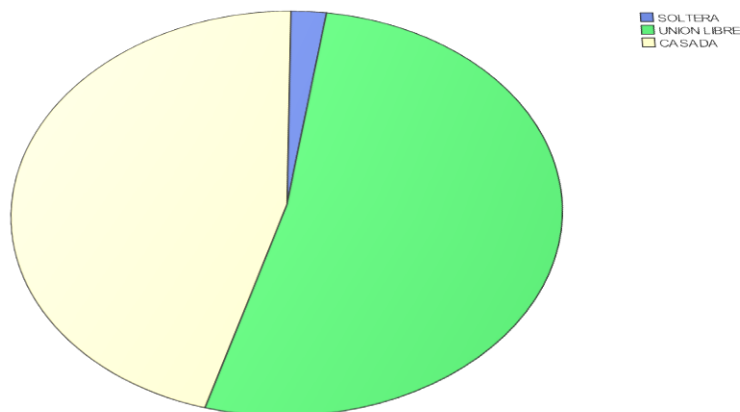
Tabla 2: Tabla de frecuencias y porcentaje del estado civil de pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina familiar N° 75 Nezahualcóyotl 2013.

| FRECUENCIA POR ESTADO CIVIL | | |
|-----------------------------|------------|------------|
| Estado civil | Frecuencia | Porcentaje |
| SOLTERA | 2 | 2.2 |
| UNION LIBRE | 48 | 52.2 |
| CASADA | 42 | 45.7 |
| Total | 92 | 100.0 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 2: Representación gráfica del porcentaje del estado civil del total de pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013.

GRAFICA POR ESTADO CIVIL



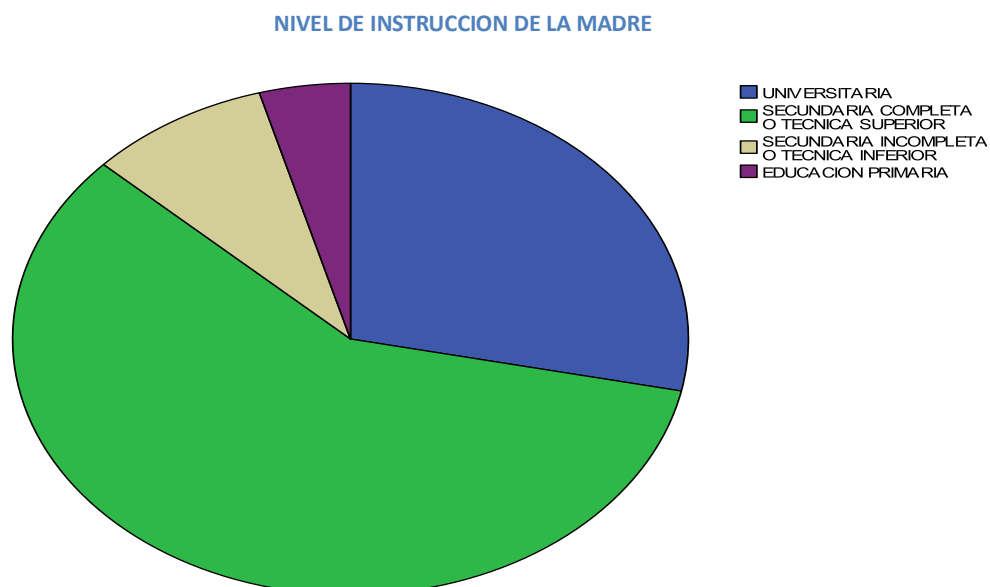
Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Tabla 3: Tabla de frecuencias y porcentaje del nivel de instrucción de la madre de pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina familiar N° 75 Nezahualcóyotl 2013.

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| UNIVERSITARIA | 26 | 28.3 |
| SECUNDARIA COMPLETA O TECNICA SUPERIOR | 54 | 58.7 |
| SECUNDARIA INCOMPLETA O TECNICA INFERIOR | 8 | 8.7 |
| EDUCACION PRIMARIA | 4 | 4.3 |
| Total | 92 | 100.0 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 3: Representación gráfica del porcentaje de instrucción de la madre del total de pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013



Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo.

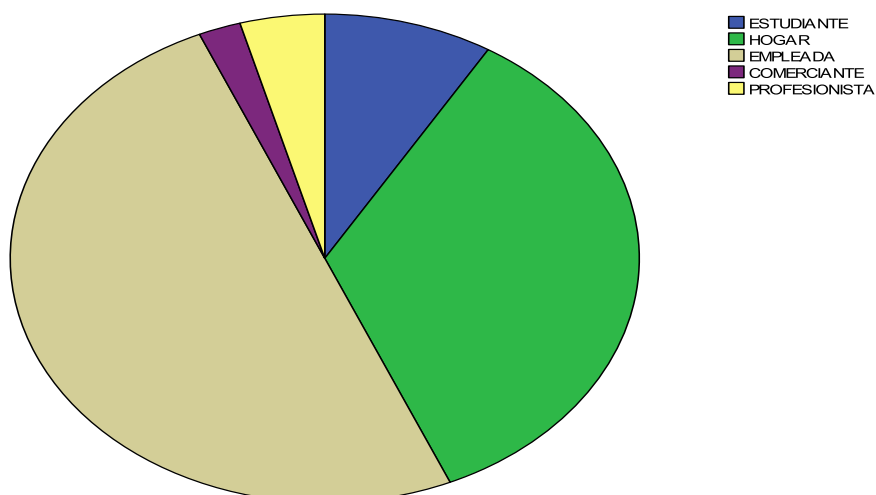
Tabla 4: Tabla de frecuencias y porcentaje de la ocupación de la madre de la madre de pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina familiar N° 75 Nezahualcóyotl.

OCUPACION DE LA MADRE

| OCUPACION DE LA MADRE | | |
|-----------------------|------------|------------|
| OCUPACION | Frecuencia | Porcentaje |
| ESTUDIANTE | 8 | 8.7 |
| HOGAR | 32 | 34.8 |
| EMPLEADA | 46 | 50.0 |
| COMERCIANTE | 2 | 2.2 |
| PROFESIONISTA | 4 | 4.3 |
| Total | 92 | 100.0 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 4: Representación gráfica del porcentaje de la ocupación de la madre del total de pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013.



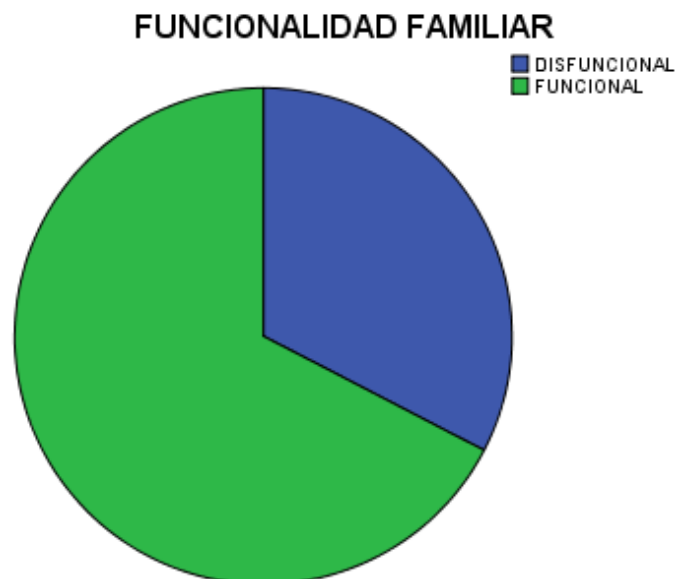
Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo.

TABLA 5: Tabla de frecuencias y porcentaje de Funcionalidad Familiar de pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl.

| FUNCIONALIDAD FAMILIAR | | |
|------------------------|------------|------------|
| Frecuencia | Frecuencia | Porcentaje |
| DISFUNCIONAL | 30 | 32,6 |
| FUNCIONAL | 62 | 67,4 |
| Total | 92 | 100,0 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 5: Representación gráfica del porcentaje de la funcionalidad de pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013.



Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

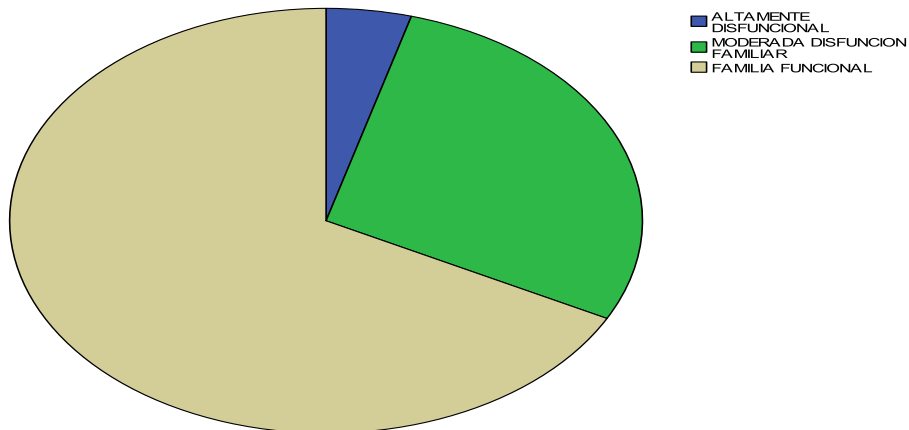
Tabla 6: Tabla de frecuencias y porcentaje del Apgar Familiar de pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina familiar N° 75 Nezahualcóyotl.

| APGAR FAMILIAR | | |
|------------------------------|------------|----------------|
| GRADO DE FUNCIONALIDAD | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| ALTAMENTE DISFUNCIONAL | 4 | 4.3 |
| MODERADA DISFUNCION FAMILIAR | 26 | 28.3 |
| FAMILIA FUNCIONAL | 62 | 67.4 |
| Total | 92 | 100.0 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 6: Representación gráfica del porcentaje del Apgar Familiar del total de pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro.

APGAR FAMILIAR



Fuente:Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

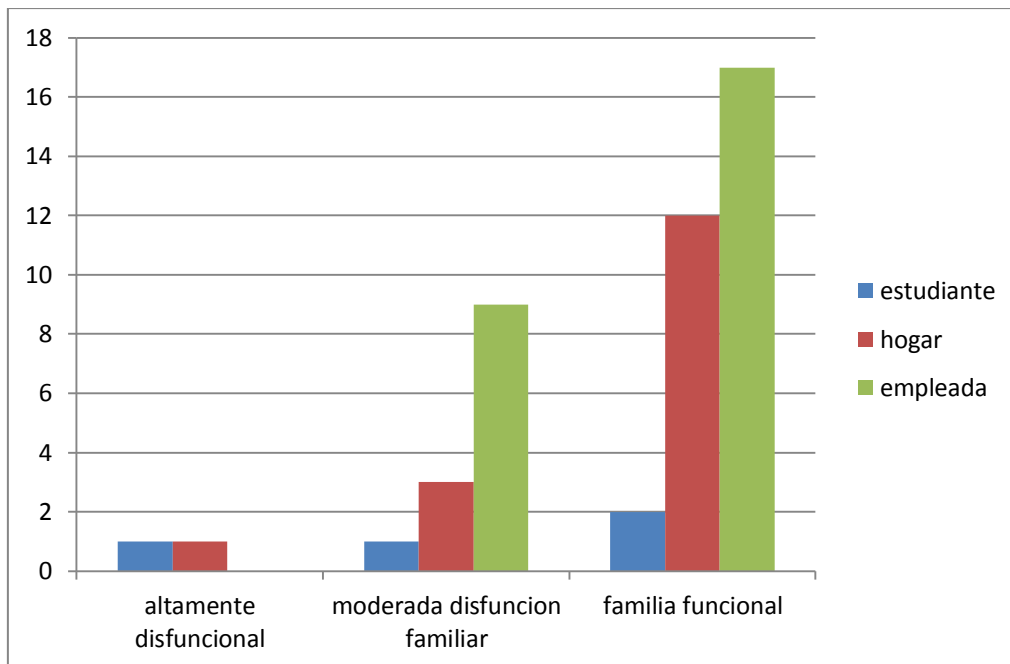
Tabla 7: Tabla de frecuencias y porcentaje de la ocupación de la madre y el Apgar Familiar de pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina familiar N° 75 Nezahualcóyotl.

| | FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y OCUPACION DE LA MADRE | | | | | |
|------------------------------|--|------------|-------|------------|----------|------------|
| | Estudiante | porcentaje | hogar | porcentaje | empleada | porcentaje |
| Altamente disfuncional | 2 | 2.1 | 2 | 2.1 | 0 | 0 |
| Moderada disfunción familiar | 2 | 2.1 | 6 | 6.5 | 18 | 19.5 |
| Familia funcional | 4 | 4.34 | 24 | 26 | 34 | 36.9 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 7: Representación gráfica del porcentaje de la ocupación de la madre y Apgar familiar del total de pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y OCUPACION DE LA MADRE



Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

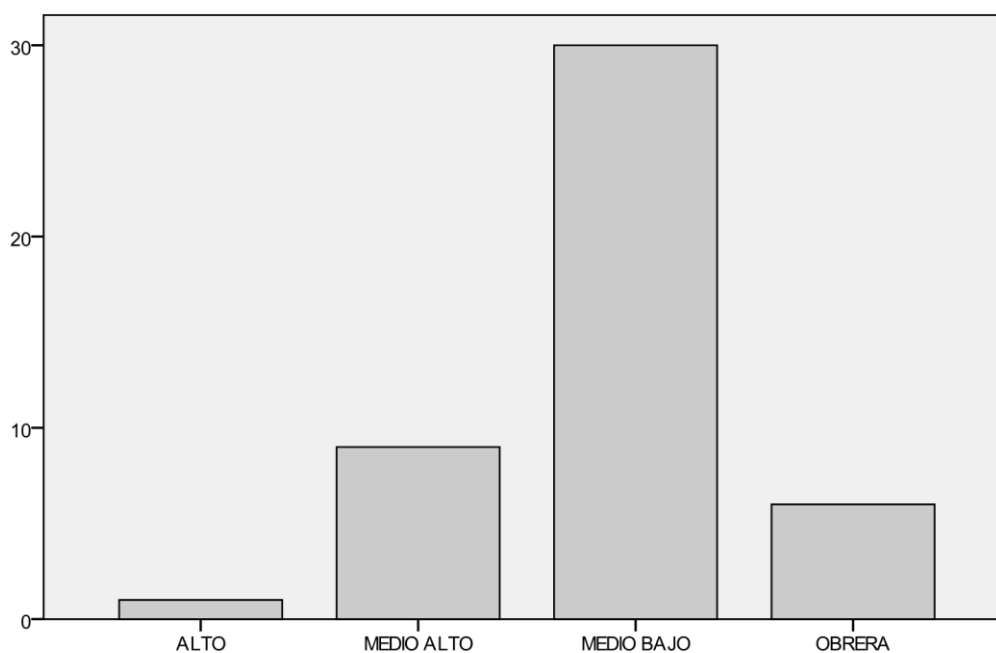
Tabla 8: Tabla de frecuencias y porcentaje del Nivel socioeconómico de pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina familiar N° 75 Nezahualcóyotl.

| METODO DE GRAFFAR | | |
|----------------------|------------|--------------|
| Nivel socioeconómico | Frecuencia | Porcentaje |
| ALTO | 2 | 2.2 |
| MEDIO ALTO | 18 | 19.6 |
| MEDIO BAJO | 60 | 65.2 |
| OBRERA | 12 | 13.0 |
| Total | 92 | 100.0 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 8: Representación gráfica del porcentaje del nivel socioeconómico del total de pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro.

METODO DE GRAFFAR



Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

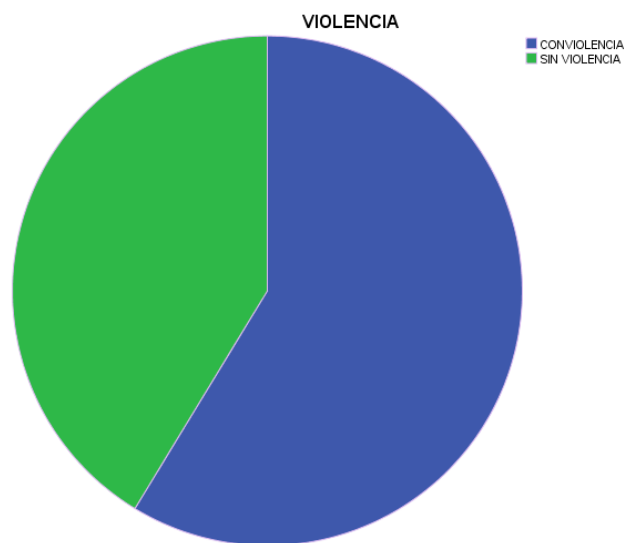
TABLA 9 Tabla de frecuencias y porcentaje de violencia en pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina familiar N° 75 Nezahualcóyotl.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| CONVIOLENCIA | 54 | 58,7 |
| SIN VIOLENCIA | 38 | 41,3 |
| Total | 92 | 100,0 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 9: Representación gráfica del porcentaje de violencia en pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro.

DE VIOLENCIA



Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

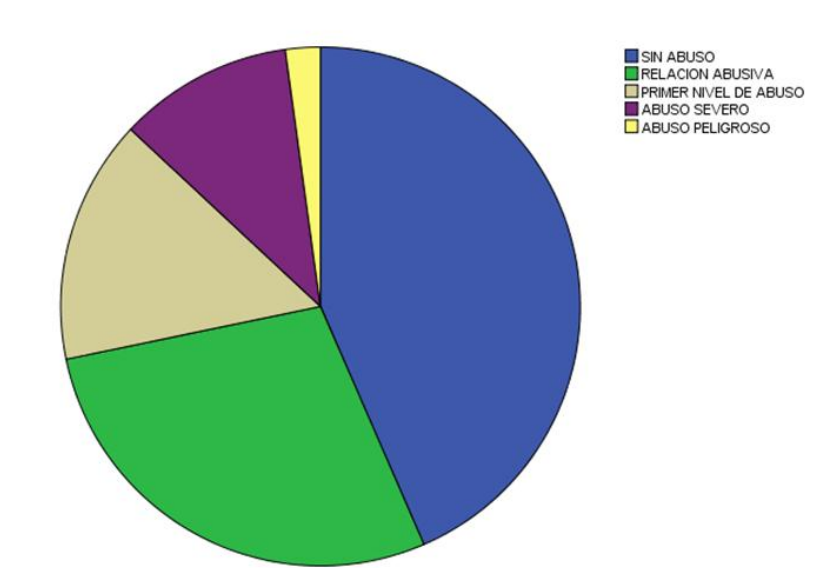
Tabla 10: Tabla de frecuencias y porcentaje de abuso de violencia de pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina familiar N° 75 Nezahualcóyotl.

| INDICE DE VIOLENCIA | | |
|-----------------------|------------|------------|
| Abuso de violencia | Frecuencia | Porcentaje |
| SIN ABUSO | 40 | 43.5 |
| RELACION ABUSIVA | 26 | 28.3 |
| PRIMER NIVEL DE ABUSO | 14 | 15.2 |
| ABUSO SEVERO | 10 | 10.9 |
| ABUSO PELIGROSO | 2 | 2.2 |
| Total | 92 | 100.0 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 10: Representación gráfica del porcentaje de abuso de violencia en pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro.

INDICE DE VIOLENCIA



Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo.

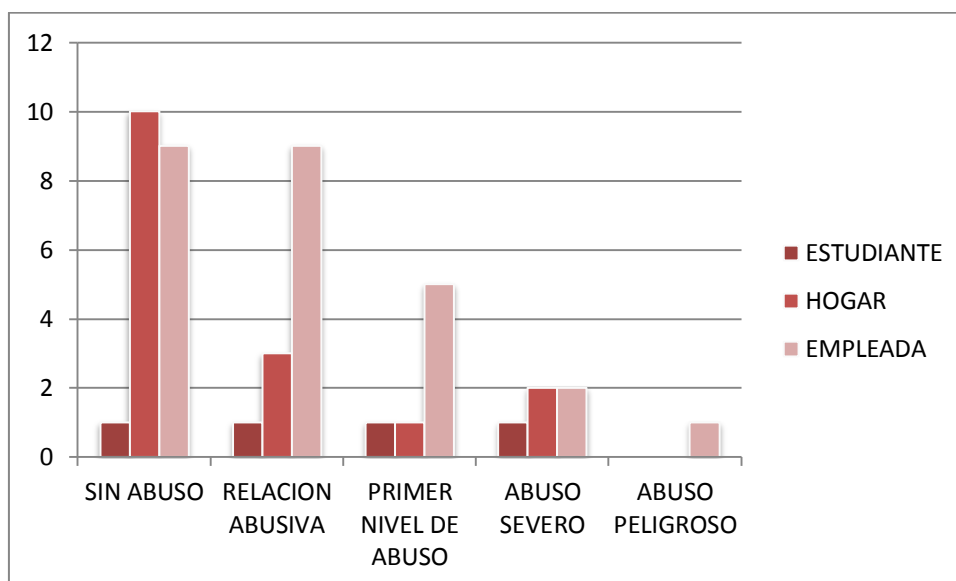
Tabla 11: Tabla de frecuencias y porcentaje del abuso de violencia y ocupación de la madre en pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina familiar N° 75 Nezahualcóyotl.

| Abuso de violencia | INDICE DE ABUSO Y OCUPACION DE LA MADRE | | | | | |
|-----------------------|---|------------|-------|------------|----------|------------|
| | ESTUDIANTE | PORCENTAJE | HOGAR | PORCENTAJE | EMPLEADA | PORCENTAJE |
| SIN ABUSO | 2 | 2.1 | 20 | 21.7 | 18 | 19.5 |
| RELACION ABUSIVA | 2 | 2.1 | 6 | 6.5 | 18 | 19.5 |
| PRIMER NIVEL DE ABUSO | 2 | 2.1 | 2 | 2.1 | 10 | 10.8 |
| ABUSO SEVERO | 2 | 2.1 | 4 | 4.3 | 4 | 4.3 |
| ABUSO PELIGROSO | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2.1 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 11: Representación gráfica del porcentaje del abuso de violencia y ocupación de la madre del total de pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro.

INDICE DE ABUSO Y OCUPACION DE LA MADRE



Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

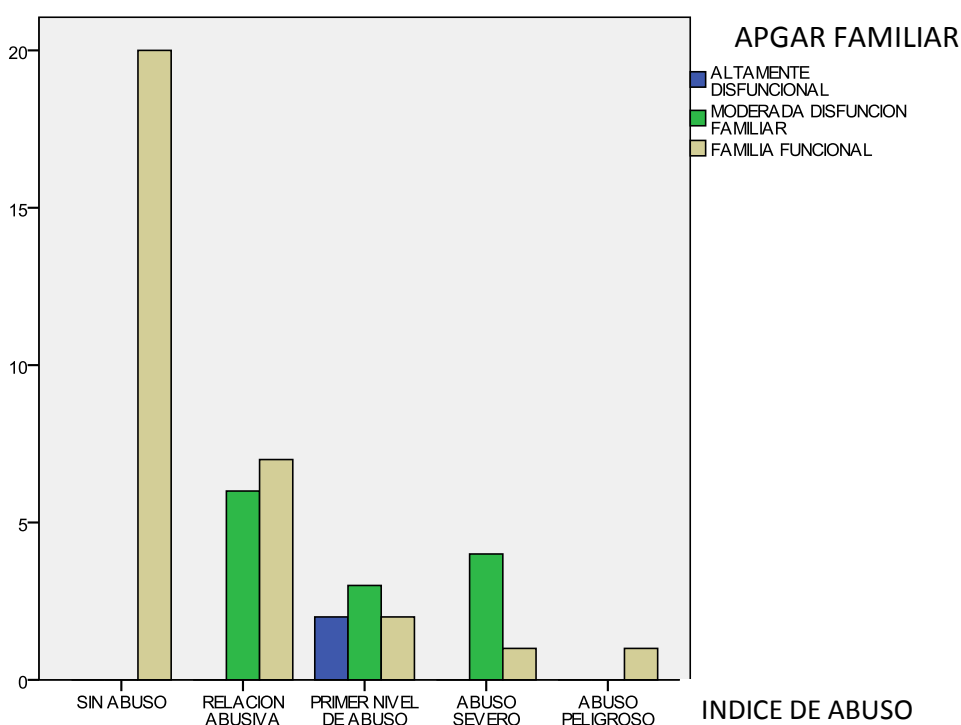
Tabla 12: Tabla de frecuencias y porcentaje del abuso de violencia y Apgar familiar en pacientes con embarazo de alto riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Unidad de Medicina familiar N° 75 Nezahualcóyotl.

| APGAR FAMILIAR E INDICE DE VIOLENCIA | | | |
|--------------------------------------|------------------------|------------------------------|-------------------|
| INDICE DE ABUSO | APGAR FAMILIAR | | |
| | ALTAMENTE DISFUNCIONAL | MODERADA DISFUNCION FAMILIAR | FAMILIA FUNCIONAL |
| SIN ABUSO | 0 | 0 | 40 |
| RELACION ABUSIVA | 0 | 12 | 14 |
| PRIMER NIVEL DE ABUSO | 4 | 6 | 4 |
| ABUSO SEVERO | 0 | 8 | 2 |
| ABUSO PELIGROSO | 0 | 0 | 2 |

Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

Gráfica 12: Representación gráfica del porcentaje de violencia y Apgar familiar del total de pacientes con embarazo de alto riesgo de la Unidad de Medicina Familiar N°75 Nezahualcóyotl del Instituto Mexicano del Seguro.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR E INDICE DE ABUSO



Fuente: Concentrado de datos factores familiares asociados a embarazo de alto riesgo

XI.CONCLUSIONES

Por lo que se observo que la funcionalidad es un factor protector cuatro veces mayor que en aquellas que no tienen disfunción familiar.

Lamentablemente, en nuestro país y a nivel estatal no contamos con estudios emitidos por instituciones oficiales que ofrezcan cifras confiables, actualizadas y que permitan establecer líneas de acción o implementar estrategias de tipo preventivo, de atención, manejo oportuno y adecuado de la violencia intrafamiliar, solo se cuenta con la afable e importante labor que realizan los Organismos no Gubernamentales como centros de atención especializada a mujeres mal tratadas que rigen sus funciones en algunas entidades federativas.

Se identifico a la violencia intrafamiliar como un problema presente en la mujer embarazada derechohabientes del IMSS UMF N°75 CON UN 31.3%, existen factores predisponentes a la violencia intrafamiliar como el nivel de educación, la ocupación materna.

XII. RECOMENDACIONES

El panorama presentado hace evidente la necesidad de considerar a la violencia familiar como un problema emergente de salud pública por su alta prevalencia, por el daño que produce a la salud, sin embargo, cabe insistir en que la violencia intrafamiliar sobrepasa los límites del ámbito de salud e involucra necesariamente el marco de los derechos humanos, pues cualquier acto de violencia en contra de una persona, es un hecho violatorio de los derechos y garantías individuales.

Esto significa que las estrategias para enfrentar a la violencia intrafamiliar deberán contemplar intervenciones multidisciplinarias y no sólo desde el ámbito de salud.

En el ámbito del sector salud se sugiere impulsar diferentes acciones:

a) Sensibilizar a las autoridades a nivel federal y local sobre la importancia de destinar recursos humanos y financieros, para el desarrollo de actividades que favorezcan la identificación y atención de los casos de violencia intrafamiliar en los servicios de salud.

b) verificar el cumplimiento de la N.O.M.-190 Y N.O.M-017-SSA2-1994 para la vigilancia Epidemiología con la convivencia de sistematizar la información implementando formatos únicos de aplicación en la detección y manejo de casos de violencia intrafamiliar (se recomienda el uso del cuestionario autodiagnóstico utilizado en el presente estudio por su sencillez, factibilidad y eficacia), y así paulatinamente obtener datos estadísticos reales originen el interés de las autoridades y refuercen las estrategias de prevención y atención de la violencia intrafamiliar.

c) Llevar a cabo programas de educación y capacitación continua entre el personal de salud que elabora en todos los niveles de atención apoyando proyectos de investigación en búsqueda de la mejora continua de la calidad y calidez de la prestación de los servicios de salud.

d) Incluir el tema de violencia intrafamiliar en la formación de pregrado y postgrado en las carreras del área de la salud (medicina, enfermería, psicología, trabajo social y áreas afines)

e) Identificar el embarazo entre mujeres que reportan incidentes de violencia y proporcionar a las mujeres salud y servicios sociales de información referente a violencia intrafamiliar, particularmente hacia programas de embarazo de alto riesgo.

Otro aspecto importante que no compete al sector salud, sino a la población en general y sociedad comprometida de estos los Servidores públicos, gobernantes y personas en el poder de decisión el crear condiciones reales

que de más y mejores empleos y adecuadamente remunerados, facilitar el ingreso a la mujer al ámbito productivo, sobre todo impulsar las acciones y estrategias que eleven el nivel de educación en la población, tanto de hombres como mujeres con la finalidad de abatir los niveles de violencia intrafamiliar.

XII.BIBLIOGRAFIAS

- 1.- INTRODUCCION A LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR. Aten, Fam. Vol 15(5)septiembre-octubre, 2008
- 2.- GUIA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARZO EN ATENCION PRIMARIA
- 3.-Maddaleno M. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. En: Florenzano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G et al, editores. Salud Familiar. 1ª. edición. División Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago; 1986: 125-141.
- 4.-Coates V. Transformaciones en la familia durante la adolescencia de los hijos. Adolescencia Latinoamericana. Abril/Junio 1997; 1(1): 40-46.
5. Smilkstein G. The Family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-1239.
- 6.-Marin Foucher Lauie Rionda, Gurza Villafañe Ana, Universidad Iberoamericana Ciudad de México; LA RELACION FAMILIAR COMO UN FACTOR QUE PREDICE EL EMBRAZO ADOLESCENTE, Universidad Nacional Autonoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala Vol. 9 Nº3, diciembre de 2006
- 7.- Dr. Cuitláhuac Ruiz Mateus. RETOS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO, Sociedad Mexicana de Salud Pública, SALUS, VERITA, LABOR.
- 8.- Revista de la Facultad de Medicina Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada, Vol 47, Num.1. Derechos RESERVADOS Copyright 2004, Facultad de Medicina.
- 9.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio
- 10.- Maddaleno M. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. En: Florenzano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G et al, editores. Salud Familiar. 1ª. edición. División Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago; 1986: 125-141.

- 11.- 4.-Coates V. Transformaciones en la familia durante la adolescencia de los hijos. *Adolescencia Latinoamericana*. Abril/Junio 1997; 1(1): 40-46
- 12.- Valdez-Santiago R,Hijar-Medina M.Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de Salud Pública.*Gac Med Mex* 2002;138:159-163
- 13.- Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Secretaria de Salud.México 1999.
- 14.- Kaye D. Mirembe F, Bantebya G.Risk factors,nature and severity of domestic violence among women attending antenatal clinic in Mulago Hospital,Kampala,Uganda *Cent Afr J Med* 2002;48;64-68
- 15.- Valdez-Santiago R./CIMAC. La violencia intrafamiliar,responsible de homicidios femeninos,semana del 23 al 29 de Noviembre de 1999,<http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal/s991104401.html>
- 16.- KuningM. Mcneil D,Chongsuvivatwong. Pregnancy loss in the Philippines.*Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003;34:433-442.
- UNIFEM(Fundación de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer,Banco Mundial). Violencia contra las mujeres alrededor del mundo 2001.<http://w.unifem.undp.org/campaing/violence/mediafac.htm>
- 17.- Sharader E, Sagot M. La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la Violencia Intrafamiliar.OPS/OMS.División de Salud y Desarrollo Humano.Programa Mujer,Salud y Desarrollo,Protocolo de investigación.Washington,DC:OPS,1998;144p.
- 18.- Heise.L. Violencia contra la mujer,la carga oculta a la salud. Washington,D.C.El Banco Mundial.Organización Panamericana de la Salud, 1994
- 19.- 17.- Sharader E, Sagot M. La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la Violencia Intrafamiliar.OPS/OMS.División de Salud y Desarrollo Humano.Programa Mujer,Salud y Desarrollo,Protocolo de investigación.Washington,DC:OPS,1998;144p.
- 20.- Landgrave IS, Ponce RER, Irigoyen CAE, Gómez CFJ, Baillet ELU, Jiménez GI. Líneas de investigación de los trabajos de tesis de los egresados del Curso de Especialización de Medicina Familiar en México: 1979-2004. *dpm* 2010; 3(1): 30-36.

21.- Gómez CFJ, Ponce RER. Propuesta metodológica para el análisis de instrumentos en sociomedicina. Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, unam. Julio de 2010.

22.- Pons AON, Flores MA. Abordaje integral de la salud familiar. En: Anzures CR, Chávez AV, García PMC, Pons AON. Medicina Familiar. Corinter México, 2008. pp 145-171.

23.- .- Gómez CFJ, Ponce RER. Propuesta metodológica para el análisis de instrumentos en sociomedicina. Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, unam. Julio

24.- Càceres Ana y otras Colaboradoras del Servicio Nacional de la MUJER chile
Programa estatal de la Mujer y Consejo para el Desarrollo Integral de la Mujer;Tamaulipas; Gobierno del Estado
http://www.tamaulipas.gob.mx/congreso_mujer/programa/resultados.asp

ANEXOS



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y Fecha: Estado de México a _____

Por medio de la presente yo:

Autorizo participar en el protocolo de investigación titulado: FACTORES FAMILIARES QUE CONTRIBUYEN A UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°75 IMSS

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es: IDENTIFICAR LOS FACTORES FAMILIARES QUE CONTRIBUYEN EN UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO
SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN: CONTESTAR LO MAS SINCERAMENTE POSIBLE EL CUESTIONARIO DIRECTO.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los objetivos del estudio, el cual no presenta ningún riesgo a mi integridad física y emocional, solo requiere contestar un cuestionario, así como los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Entiendo que conservo el derecho de no contestar el cuestionario si así lo deseo, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, así como las alternativas de tratamiento.

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADO
TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL

RAMIREZ FLORES GUADALUPE

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

MÉTODO DE GRAFFAR

CLASIFICACIÓN DEL ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO

MÉTODO DE GRAFFAR

A. Profesión del Jefe de Familia

1. Universitario, gran comerciante, gerente ejecutivo de grandes empresas, etc..
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc...
3. Empleado sin profesión, técnica definida o universitaria inconclusa.
4. Obrero especializado: tractorista, taxista, etc..
5. Obrero no especializad, servicio doméstico, etc..

B. Nivel de Instrucción de la Madre

1. Universidad o equivalente.
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
4. Primaria incompleta, analfabeta.

C. Principal fuente de ingresos

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (Médicos, abogados, etc.), deportistas, profesionales.
3. Sueldo quincenal o mensual.
4. Salario diario o semanal.
5. Ingresos de orden Público o privado (subsidios).

D. Condiciones de la Vivienda

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
2. Vivienda amplia, sin lujos, pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. Vivienda con espacios reducidos, pero confortable y buenas condiciones sanitarias.
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

TOTAL: 13

04-06 = alto

07-09 = medio alto

10-12 = medio bajo

13-16 = obrero

17-20 = marginal

APGAR

| PREGUNTA | |
|---|--|
| Adaptabilidad: ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica? | |
| Participación: ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos? | |
| Crecimiento: ¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida? | |
| Afecto: ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sea de bienestar o malestar? | |
| Resolución: ¿le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos? | |
| TOTAL | |

0 = casi nunca

1 = Algunas veces

1 = Casi siempre

0 – 3 = Familia altamente disfuncional

4 – 6 = Moderada disfunción familiar

7 a 10= Familia funcional

Cuestionario para el Autodiagnóstico de la Violencia Intrafamiliar

¿Vives violencia?

Para conocer si vives violencia o si te encuentras en una situación de riesgo te pedimos que respondas a las siguientes preguntas. Al terminar, suma el puntaje total y compáralo con el índice de abuso que se presenta al final.

1. ¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 2. ¿Te acusa de infidelidad o de que actúas en forma sospechosa?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 3. ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 4. ¿Te critica y humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 5. ¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 6. Cuando quiere que cambies de comportamiento, ¿te presiona con el silencio, con la indiferencia o te priva de dinero?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 7. ¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 8. ¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, él se irrita o te culpabiliza?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 9. ¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 10. ¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 11. ¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 12. Después de un episodio violento, él se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
- Leer más: <http://www.monografias.com/trabajos82/cuestionario-violencia-familiar-mujer/cuestionario-violencia-familiar-mujer.shtml#ixzz2dGjtpXWY>
13. ¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 14. ¿Es violento con los hijos/as o con otras personas?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____
 15. ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado al sentir que tu vida y la de los tuyos han sido puestas en peligro por tu pareja?
Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

Índice de abuso

| Tipo de respuesta | Valor de cada respuesta |
|-------------------|-------------------------|
| Sí | 3 puntos |
| A veces | 2 puntos |
| Rara vez | 1 puntos |
| Nunca | 0 puntos |

Suma los puntos de cada respuesta, y el total te proporcionará el Índice de abuso a que estás expuesta.

De 0 a 11 puntos. Relación abusiva

Existencia de problemas en los hogares, pero que se resuelven sin violencia física.

De 12 a 22 puntos. Primer nivel de abuso

La violencia en la relación está comenzando. Es una situación de ALERTA y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.

De 23 a 34 puntos. Abuso severo

En este punto es importante solicitar ayuda institucional o **personal** y abandonar la casa temporalmente.

De 35 a 45 puntos. ¡Abuso peligroso!

Debes considerar en forma URGENTE e inmediata la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo, judicial y legal. El problema de violencia no se resuelve por sí mismo o aunque ambos lo quieran. Tu vida puede llegar a estar en peligro en más de una ocasión o tu **salud** física o mental puede quedar permanentemente dañada