



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
SU ASOCIACION CON EL INICIO TEMPRANO DE
CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ASISTENTES
ACONTROL PRENATAL USUARIAS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO.1 DEL IMSS DELEGACION
AGUASCALIENTES
TESIS**

**PRESENTADA POR
Adriana Infanzón Bernal**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**ASESOR
Dra. Ana Hortesia López Ramírez**

Aguascalientes, Ags, Diciembre del 2016



AGUASCALIENTES, AGS. DICIEMBRE 2016

CARTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 1, AGUASCALIENTES

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E:**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

ADRIANA INFANZÓN BERNAL

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

“CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACION CON EL INICIO TEMPRANO DE CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ASISTENTES A CONTROL PRENATAL USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES”

Número de registro: **R-2016-101-13** del Comité Local de Investigación y Ética en investigación en salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Adriana Infanzón Bernal asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DRA. ANA HORTESIA LÓPEZ RAMÍREZ



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2017

DR. JORGE PRIETO MACIAS.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

P R E S E N T E:

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

ADRIANA INFANZÓN BERNAL

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

“CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACION CON EL INICIO TEMPRANO DE CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ASISTENTES A CONTROL PRENATAL USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES”

Número de registro: **R-2016-101-13** del Comité Local de Investigación en salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dra. Adriana Infanzón Bernal asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in black ink that reads 'Carlos a Prado a'.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

ADRIANA INFANZÓN BERNAL
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL INICIO TEMPRANO DE CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ASISTENTES A CONTROL PRENATAL USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 16 de Enero de 2017.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa del Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

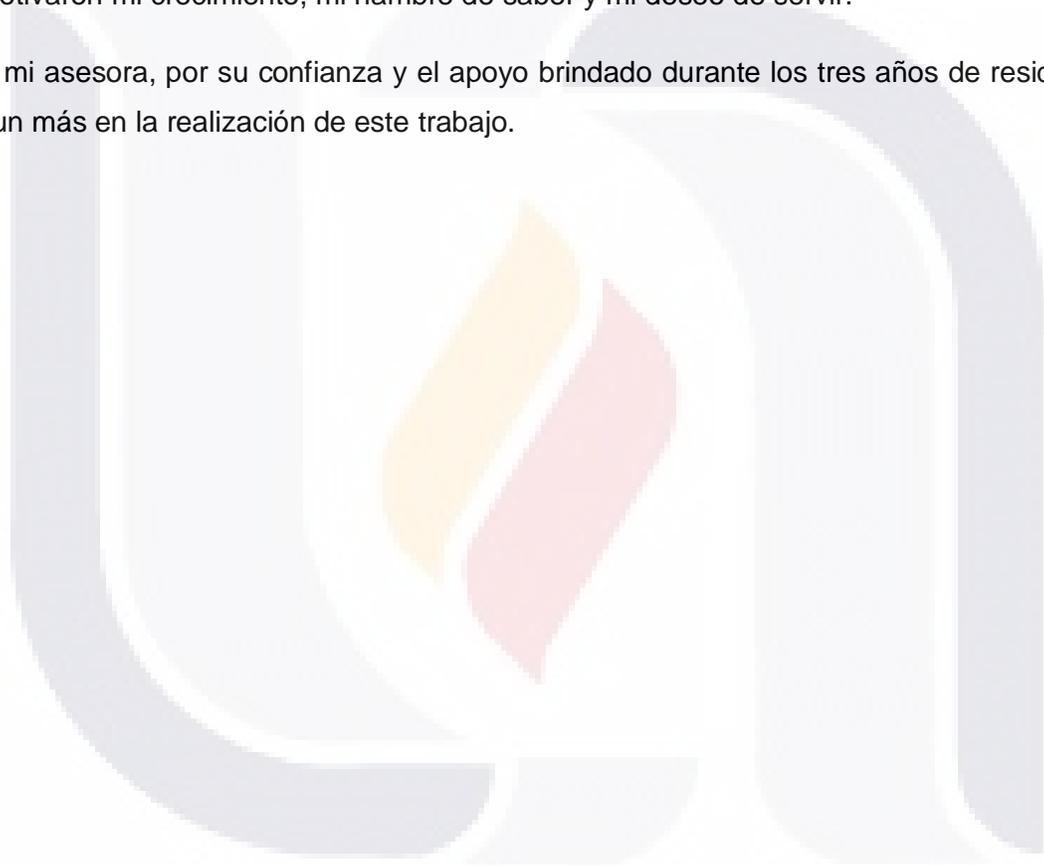
AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien guía e ilumina mis pasos y decisiones, me ha llenado de bendiciones, ha puesto pruebas en mi camino y me ha dado la fortaleza para afrontarlas.

A mi familia, por su cariño, paciencia, comprensión y por creer en mí.

A la UAA y al IMSS, instituciones que han sido mi segunda casa durante estos años, en donde he conocido a grandes maestros y amigos, quienes con sus enseñanzas motivaron mi crecimiento, mi hambre de saber y mi deseo de servir.

A mi asesora, por su confianza y el apoyo brindado durante los tres años de residencia y aun más en la realización de este trabajo.



DEDICATORIAS

A mi madre y mejor amiga Alejandra, por su amor infinito, por estar siempre a mi lado y ayudarme en todo lo que estaba en sus manos, por confiar en que si podía lograrlo.

Al amor de mi vida Alberto, por acercarme a Dios, por cuidarme, amarme y hacerme feliz; nuestros sueños son mi motivación de cada día.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE GRÁFICAS	4
ACRÓNIMOS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
I.- MARCO CONCEPTUAL	8
II.- MARCO TEÓRICO	9
II.A.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	9
II. B.- MODELOS Y TEORIAS QUE SUSTENTAN LAS VARIABLES.....	15
II.B.1.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	15
II.B.2.- CONTROL PRENATAL.....	24
III.- JUSTIFICACIÓN	29
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
IV.A.- CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	30
IV. B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD EN INSTITUCIONES DE SALUD, DELEGACION, MUNICIPIO, ESTADO.....	31
IV.C.- PANORAMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD.....	32
IV.D.- NATURALEZA DEL PROBLEMA.....	33
IV.E.- DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.....	34
IV.F.- GRAVEDAD DEL PROBLEMA.....	35
IV.G.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.....	36
IV.H.- ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE ARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO. .	37
IV.I.- DESCRIPCION DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA.....	38
IV.J.- DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.....	39
V.- OBJETIVOS	41

V.A.- OBJETIVO GENERAL.....	41
V.B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
VI.- HIPÓTESIS DELTRABAJO	42
VI.A.- HIPOTESIS GENERAL.....	42
VI.B.- HIPÓTESIS ALTERNAS.....	42
VI.C.- HIPOTESIS NULA.....	43
VII. MATERIAL Y MÉTODOS	44
VII.A.- TIPO DE ESTUDIO.....	44
VII.B.- POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	44
VII.B.1.- UNIVERSO DE TRABAJO.....	44
VII.B.2.- UNIDAD DE ANÁLISIS.....	44
VII.B.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	44
VII.B.4.- CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.....	44
VII.B.6.- TIPO DE MUESTREO.....	45
VII.C.- LOGÍSTICA.....	45
VII.C.1.- RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
VII.C.2.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	46
VII.D.- DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
VII.D.1.- VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	47
VII.E.- PLAN DE ANÁLISIS.....	48
VIII.- ASPECTOS ÉTICOS.....	48
IX.- RESULTADOS	51
X.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
XI.- CONCLUSIONES	74
XI.A.- RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.....	75
XI.B.- RECOMENDACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD.....	75
XII.- GLOSARIO	76
XIII.- BIBLIOGRAFÍA.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD. 51

TABLA 2. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL TURNO. 52

TABLA 3. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA ESCOLARIDAD..... 53

TABLA 4. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL ESTADO CIVIL. 54

TABLA 5. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA OCUPACIÓN..... 55

TABLA 6. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL NÚMERO DE GESTA. 56

TABLA 7. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL..... 57

TABLA 8. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA SEMANA DE GESTACIÓN DE INICIO DE CONTROL PRENATAL. 58

TABLA 9. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS (FRECUENCIA) DE LA SEMANA DE GESTACIÓN DE INICIO DE CONTROL PRENATAL. 59

TABLA 10. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL). 60

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR E INICIO DE CONTROL PRENATAL..... 62

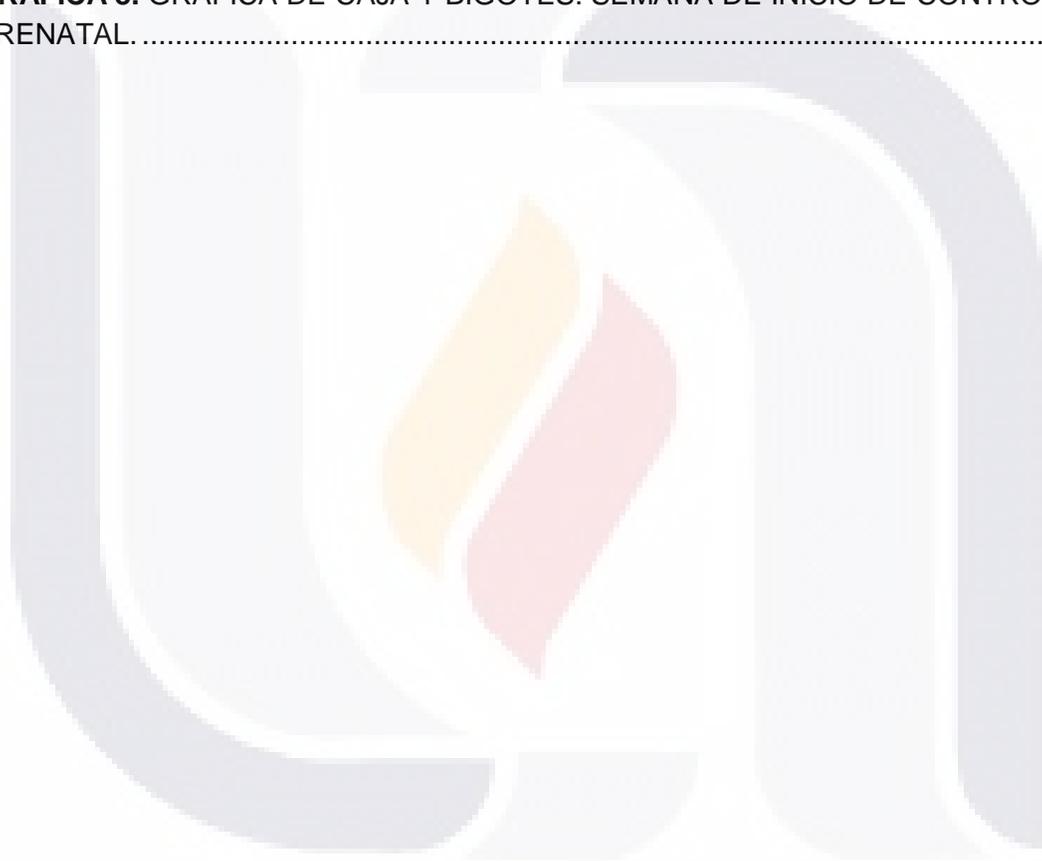
TABLA 12. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS Y EL INICIO TEMPRANO DE CONTROL PRENATAL..... 63

TABLA 13. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL INICIO TEMPRANO DE CONTROL PRENATAL. 64

TABLA 14. REGRESIÓN LOGÍSTICA. 66

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. GRÁFICA DE CAJA Y BIGOTES. EDAD.....	51
GRÁFICA 2. GRÁFICA DE ANILLOS. TURNO.....	52
GRÁFICA 3. GRÁFICA DE BARRAS. ESCOLARIDAD.....	53
GRÁFICA 4. GRÁFICA DE BARRAS. ESTADO CIVIL.....	54
GRÁFICA 5. GRÁFICA DE BARRAS. OCUPACIÓN.	55
GRÁFICA 6. GRÁFICA DE BARRAS. NÚMERO DE GESTA.	56
GRÁFICA 7. GRÁFICA DE BARRAS. TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.....	57
GRÁFICA 8. GRÁFICA DE CAJA Y BIGOTES. SEMANA DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.....	58



ACRÓNIMOS

CPN, Control prenatal.

DE, Desviación estándar.

ENAIID, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

ENSANUT, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

HGZ, Hospital General de Zona.

IC, Intervalo de confianza.

IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social.

NOM, Norma Oficial Mexicana.

OMS, Organización Mundial de la Salud.

OR, Odds ratio.

SDG, Semanas de gestación.

S.L.P, San Luis Potosí.

UMF, Unidad de Medicina Familiar.



RESUMEN

Fundamento: Estudios realizados en unidades médicas del IMSS y en la Secretaría de Salud reportan que menos del 50% de las pacientes inician su atención prenatal en el primer trimestre de embarazo, lo que reduce las posibilidades de cumplir con acciones de promoción de la salud. Se ha demostrado que el cuidado médico centrado en la familia se asocia con el mejoramiento del uso y acceso a los servicios de salud y mejores estándares de cuidado para algunas enfermedades. **Objetivo:** Determinar la asociación de las características de la funcionalidad familiar con el inicio temprano de control prenatal en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS delegación Aguascalientes. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal, analítico, utilizando un muestreo probabilístico aleatorio simple, se obtuvo una muestra de 317 pacientes a las cuales se les aplicó el Test de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). La información fue recabada y procesada a través de los programas Excel y SPSS. Se realizó un análisis bivariado de regresión lineal para correlacionar las características de la funcionalidad familiar y el inicio temprano de control prenatal y métodos de regresión logística para valorar la fuerza de asociación entre las variables. **Resultados:** Se obtuvo que la edad promedio de las gestantes es de 26.7 años, 43.2% tienen escolaridad secundaria, 58.7% son casadas y 51.1% se dedican al hogar; el 34.1% son primigestas y 33.1% cursan su segundo embarazo. El 49.2% perciben funcionalidad familiar. No se encontró asociación de la funcionalidad familiar con el inicio temprano de control prenatal (OR=1.4, IC95% .80—2.47, $\alpha=.14$). En la prueba de regresión logística se obtuvo que las pacientes menores de 24 años tienen 4.4 veces más probabilidad de no iniciar tempranamente su control prenatal, las gestantes que no perciben afectividad tienen 2.8 veces más probabilidad de no iniciar tempranamente su control prenatal y las que no perciben permeabilidad tienen 1.10 veces más probabilidad de no iniciar tempranamente su control prenatal. **Conclusión:** La edad de la madre y las características de afectividad y permeabilidad familiar se asocian con el inicio temprano de control prenatal.

Palabras claves: Funcionalidad familiar, familia, control prenatal, inicio temprano.

ABSTRACT

Background: Studies carried out in IMSS medical units and in the Ministry of Health report that less than 50% of the patients started their prenatal care in the first trimester of pregnancy, which reduces the chances of complying with actions to promote health. Family-centered health care has been shown to be associated with the improvement in use and access to health services and better standards of care for some diseases.

Objective: To determine association of the characteristics of the familial functionality with the early onset of prenatal care in patients attending to prenatal users of IMSS family medicine unit 1 delegation Aguascalientes.

Methods: A cross-sectional study, using a random sample and probabilistic, a sample of 317 patients was obtained and the Family Performance Perception Test (FF-SIL) was applied. The information was collected and processed through the Excel and SPSS programs. A linear regression bivariate analysis was performed to correlate the characteristics of the familial functionality and the early onset of prenatal control, and logistic regression methods to assess the strength of association between the variables. **Results:** The average age of pregnant women was 26.7 years, 43.2% have completed secondary schooling, 58.7% are married and 51.1% are housewives; 34.1% are in their first pregnancy and 33.1% are in their second pregnancy. 49.2% perceived familial functionality. There was no association of familial functionality with early onset of prenatal care (OR = 1.4, 95% CI 80-80, $\alpha = .14$). In the logistic regression test, it was obtained that patients younger than 24 years old are 4.4 times more likely not to start their prenatal care early, pregnant women who do not perceive affectivity are 2.8 times more likely not to start their prenatal care early, and who do not perceive permeability are 1.10 times more likely not to start their prenatal care early. **Conclusion:** The age of the mother and characteristics of affectivity and familial permeability are associated with the early onset of prenatal care.

Key words: Familial functionality, family, prenatal care, early onset.

INTRODUCCIÓN

Los estudios realizados en unidades médicas del IMSS y Secretaría de Salud reportan que menos del 50% de las pacientes inician en forma temprana su control prenatal (en el primer trimestre de embarazo), lo que reduce las posibilidades de cumplir con acciones de promoción de la salud debido a que una atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad permite poder prevenir, identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

La familia como núcleo social básico determina en el ser humano actitudes, conocimientos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud. Se ha demostrado que el cuidado médico centrado en la familia se asocia con el mejoramiento del uso y acceso a los servicios de salud, índices elevados de satisfacción con la atención médica y mejores estándares de cuidado para algunas enfermedades.

El estudio de salud familiar permite a través de instrumentos específicos identificar la funcionalidad de la familia; su conocimiento y abordaje podría complementar y optimizar los programas enfocados a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en México al aumentar la asistencia temprana de las pacientes a control prenatal.

I.- MARCO CONCEPTUAL

FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Para poder hablar de función familiar, primero tenemos que definir qué es familia, cuáles son sus funciones que ésta cumple ante una sociedad, las formas de determinar si presenta disfunción, y que tipos de escalas existen para la determinación de la misma.

DEFINICIÓN.

La Organización Mundial de la Salud señala que por familia se entiende, "a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."

El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe entender "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una ellas.

Minuchin define la familia como el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad e independencia, el primero de ellos influido por el hecho de sentirse miembro de un grupo y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares.(1)

Desde la perspectiva del médico familiar. La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.(2)

II.- MARCO TEÓRICO

II.A.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA PACIENTE EMBARAZADA.

Se realizó una revisión sistemática de la información en las plataformas Biblioteca Virtual en Salud, Ebsco, Jama, PubMed y Conricyt usando los descriptores Funcionalidad familiar, salud familiar, familia y embarazo, limitando la búsqueda a los resultados que presentaran los descriptores en título, resumen y asunto y que fueran texto completo en los idiomas Español e Inglés.

Rangel y Cols. (2004) Realizan un estudio descriptivo con el objetivo de determinar el grado de funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas mediante la aplicación del Apgar familiar. La población de estudio fueron 364 adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad, que acudieron a la consulta externa en la Ciudad de León Guanajuato, entre enero del 2001 y enero del 2002. El tipo de estudio fue descriptivo observacional, las pacientes recibieron el cuestionario Test Apgar familiar para evaluación de la disfunción familiar, el cual fue aplicado por residentes del tercer grado de Medicina Familiar. El cuestionario consta de cinco preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares de adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución. Los datos fueron tabulados y procesados por el método porcentual para cada categoría. Se encontró disfunción familiar moderada en el 27% de las pacientes, severa en un 6% y normalidad en un 67%. Los aspectos en los que se encontró mayor alteración fue en el crecimiento y afecto. Se concluye que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.(3)

Borda y Cols. (2013) Realizan un estudio descriptivo con el objetivo de determinar la prevalencia de factores de riesgo para depresión en embarazadas del Hospital Niño Jesús, en Barranquilla, en el primer semestre de 2012. Además de presentar la población de embarazadas en estudio según: características sociodemográficas, antecedentes psicológicos: apoyo social y funcionalidad familiar; antecedentes psiquiátricos y antecedentes ginecoobstétricos. La población de estudio fueron las pacientes embarazadas en cualquier trimestre, de entre 18 y 45 años que asistieron al servicio de control prenatal durante abril a mayo de 2012. Se empleó como técnica de muestreo el consecutivo. La muestra se estimó en 151 embarazadas. Los datos se tomaron de una fuente primaria constituida por las embarazadas, las técnicas de recolección fueron la entrevista y el autodiligenciamiento. Se emplearon como instrumentos de recolección el Cuestionario de Factores de Riesgo, el Apgar Familiar, el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 y el “Edinburgh Postnatal Depression Scale” (EPDS). En relación con la funcionalidad familiar y el apoyo social, el 82,2 % de las mujeres estudiadas según el Apgar Familiar pertenece a una familia normofuncional y el 89,4 %

refirió apoyo social. La presencia de algún grado de disfuncionalidad familiar (leve o grave) aumentó aproximadamente 3 veces el riesgo de padecer depresión en embarazadas, siendo significativo el intervalo de confianza al 95 % (OR: 2,78; IC 95: 1,087- 7,1072); asimismo la probabilidad del chi- cuadrado fue significativo ($p=0.029$).⁽⁴⁾

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE INICIO TEMPRANO DE CONTROL PRENATAL.

Se realizó una revisión sistemática de la información en las plataformas Biblioteca Virtual en Salud, Ebsco, Jama, PubMed y Conricyt usando los descriptores atención prenatal, control prenatal, oportuno y adecuado. limitando la búsqueda a los resultados que presentaran los descriptores en título, resumen y asunto y que fueran texto completo en los idiomas Español e Inglés.

Alfaro y Cols. (2002) Realizan un estudio con el objetivo de determinar la oportunidad de la atención prenatal inicial, su continuidad y la frecuencia de cesáreas en embarazadas con bajo riesgo obstétrico. La población de estudio fueron mujeres gestantes calificadas con bajo riesgo obstétrico adscritas a siete unidades de medicina familiar enviadas para su atención a un hospital general regional del IMSS, en Guadalajara, Jalisco. El tipo de estudio fue transversal descriptivo. Se estudiaron 222 gestantes, considerando un nivel de confianza de 99 %, con una frecuencia esperada de cesáreas de 14 a 20 %. Para analizar la atención prenatal se compararon dos subgrupos: consulta prenatal oportuna (cuando la gestante hubiera asistido a su primera consulta en las primeras 12 semanas de embarazo) y consulta prenatal con continuidad (cuando las visitas subsecuentes se dieron al menos en cuatro ocasiones). La información se obtuvo a través de revisión de expedientes clínicos y un cuestionario específicamente diseñado para este proyecto aplicado a las madres. De la población estudiada, 93 mujeres (41.9 %) acudieron a su primera consulta prenatal en el primer trimestre de embarazo y en 86 (38.8 %) hubo informes de haberseles realizado las acciones mínimas de atención obstétrica establecidas. El análisis descriptivo de la atención prenatal permitió relacionar ésta con la frecuencia de cesárea y estimar el riesgo (OR) de nacer por cesárea y haber tenido atención prenatal. Las madres con consulta inicial oportuna y continuidad de la atención prenatal tuvieron mayor número de cesáreas. Concluye que debe establecerse una vigilancia estrecha de la atención prenatal y la atención del parto.⁽⁵⁾

Garza y Cols. (2003) Realizan un estudio con el objetivo de determinar el patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio, en una institución de seguridad social mexicana. La población de estudio fueron las mujeres con evento obstétrico atendidas en cuatro hospitales de segundo nivel con servicio de obstetricia de una institución de Seguridad Social al nordeste de México, en los meses abril a mayo de 2000. El tipo de estudio fue descriptivo. El tamaño de la muestra fue calculada de acuerdo a la fórmula para estimar proporciones en una población infinita, el número final de mujeres estudiadas fue de 403. La selección de éstas para cada hospital se realizó de manera aleatoria sistemática, utilizando como marco muestral la hoja de registro de productividad del Departamento de Tococirugía. La información fue recogida del expediente clínico, tanto en el hospital de segundo nivel como en medicina familiar. Se encontró que en las mujeres cuyo embarazo culminó en parto o cesárea un 48.6% inició su atención prenatal en el primer trimestre y un 27.3% de las mismas asistió por lo menos siete veces. Sólo el 22.4% presentó ambas características. El 10.9% no tuvo atención prenatal. Menos de la cuarta parte de la población estudiada acudió a la consulta de control prenatal de acuerdo a lo establecido, señalando áreas de oportunidad en la atención a la salud reproductiva.

(6)

Vega y Cols (2013) Realizan un estudio con el objetivo de evaluar el apego de la atención prenatal a la NOM 007 y su correlación con la morbilidad materna en una unidad de Salud de San Luis Potosí, México. La población de estudio fueron las pacientes embarazadas que acudieron a recibir atención en el periodo enero-diciembre del 2008, durante el cual ingresaron a control 619 embarazadas. Se delimitó la unidad de análisis a 571 expedientes que cumplieron los criterios de inclusión. El tipo de estudio realizado fue cuantitativo, descriptivo, correlacional. Para recolectar la información se estructuró un formato con base en el censo de seguimiento de pacientes embarazadas de la unidad de salud, se denominó: "Base de datos de pacientes embarazadas 2008". Los datos se capturaron y procesaron en los programas Excel 2007 y SPSS, versión 15. Se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias, porcentajes, media aritmética y medidas de dispersión como rango y desviación estándar. Para probar la hipótesis, se empleó la correlación lineal de Pearson, el signo positivo o negativo del valor de r indicó la dirección de la correlación. Se encontró que el promedio de la edad gestacional de ingreso a la atención prenatal fue de 17,9 semanas de gestación (sdg), un 44,3% lo hizo en el

segundo trimestre del embarazo y se registró un menor porcentaje de ingresos durante el tercer trimestre. Se concluye que el nivel de apego de la atención prenatal a la NOM 007 se calificó inadecuado en 97,4%, coincidiendo con morbilidad materna (87,5% -100%); esto podría relacionarse con consultas más frecuentes para algunas mujeres, el ingreso tardío a la atención y la consecuente reducción del tiempo para la realización de las acciones.(7)

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA PACIENTE EMBARAZADA Y SU ASOCIACIÓN CON EL INICIO TEMPRANO DE CONTROL PRENATAL.

Se realizó una revisión sistemática de la información en las plataformas Biblioteca Virtual en Salud, Ebsco, Jama, PubMed y Conricyt usando los descriptores Funcionalidad familiar, salud familiar, familia, control prenatal y atención prenatal limitando la búsqueda a los resultados que presentaran los descriptores en título, resumen y asunto y que fueran texto completo en los idiomas Español e Inglés.

Kugler y Cols (1993) Realizan un estudio con el objetivo de examinar las características del paciente que influyen en el uso de la atención prenatal. La población de estudio fueron las pacientes con ingreso obstétrico de primera vez en el hospital de la comunidad militar (N = 818) entre febrero y julio de 1989. De éstas, 368 pacientes dieron su consentimiento. Se realizó un estudio de cohorte. El protocolo consistió en la aplicación de una escala de funcionalidad familiar FACES III (Escala de evaluación de Adaptabilidad y Cohesión familiar) y una encuesta de la historia prenatal en el inicio de la atención que incluía información demográfica de la edad, la raza, el rango (medida de los ingresos), la paridad, la residencia (distancia desde el hospital), estado civil, la semana en que comenzó la atención prenatal, el número total de visitas prenatales, edad gestacional del bebé durante el parto, y la clínica en la que se recibió la atención, además de una revisión de los registros al término del embarazo. Se encontró que 174 pacientes (47%) tenían un nivel adecuado de utilización de la atención prenatal, 169 (46%) tenían un nivel medio de utilización, y 25 (7%) tenían un nivel inadecuado de utilización. Se analizó la correlación entre la funcionalidad de la familia y la utilización de la atención prenatal. El estudio reveló la correlación negativa entre éstas. Las variables que están altamente asociados con la baja utilización de la atención prenatal fueron: Bajo ingreso económico, dificultad en la

búsqueda de cuidado infantil, bajo nivel educativo y la dificultad para conseguir transporte. El método de la prestación de atención de salud, es decir, la atención en la clínica obstétrica vs clínica de medicina familiar, también se asoció significativamente con la utilización inadecuada. Parece haber asociación de las bajas puntuaciones de cohesión y de función familiar con el nivel de uso de la atención prenatal ($P < 0,05$). Se concluye que múltiples factores económicos influyen en el uso de la atención prenatal. La disfunción familiar está vinculada a la menor utilización del servicio de atención prenatal.(8)

Castillo y Cols. (2011) Realizan un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados al uso de control prenatal en mujeres embarazadas del Distrito de Cartagena. Para lo cual realizan un estudio transversal. A través de un muestreo por conglomerados de las tres localidades, se seleccionaron mediante un muestreo aleatorio los barrios, corregimientos y 726 unidades de análisis. La recolección de la información se realizó por medio de la aplicación de una encuesta diligenciada por personal capacitado la cual contempló factores sociodemográficos asociados al uso de control prenatal, aspectos relacionados con el uso, el APGAR familiar y la satisfacción del servicio. Los datos se expresaron mediante el uso de estadística descriptiva. La asociación entre las variables se hizo mediante el cálculo Odds Ratio (OR). Se consideraron variables explicativas del uso del servicio aquellas que resultaron en el modelo de regresión con un test de independencia de Chi cuadrada menor de 0.05. En cuanto a la funcionalidad familiar y el uso del control prenatal se encontró que 548 embarazadas pertenecen a familias funcionales y el 72.6% (398) uso adecuadamente el servicio (inscripción hasta la semana 14 y asistencia a o 8 o más consultas) ($OR=2.4$ (I.C. 95% (1,7-3.5)), mostrando relación significativa entre esta variable y el uso del servicio de control prenatal. Se concluye que la frecuencia del uso de control prenatal en su mayoría no cumple con lo señalado por la norma técnica. Algunas características familiares como la funcionalidad familiar favorecen el uso de este servicio.(9)

Miranda y Cols. (2014) Realizan un estudio con el objetivo de determinar los factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado de control prenatal en gestantes de dos Comunas de Sincelejo Colombia. Para lo cual realizan un estudio analítico de corte trasversal. Con base en la información contenida en el Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015 sobre la distribución de la población de cada comuna,

se estimó una población de referencia de 1.173 gestantes y se estimó una muestra probabilística de 266 mujeres embarazadas. Para la selección de la muestra se utilizó el diseño de muestreo estratificado. Los criterios de inclusión fueron gestantes mayores de 15 años de edad en cualquier mes de gestación y sin patologías asociadas con el embarazo. Se aplicó una Encuesta Sociodemográfica diseñada con base en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 y se integró el instrumento de Valoración de la funcionalidad familiar (APGAR Familiar). La encuesta fue aplicada en el sitio de residencia de la gestante previa prueba piloto de la misma y obtención del consentimiento informado. Para la selección de los barrios y de las manzanas se aplicó un procedimiento aleatorio. La información se sistematizó en el programa Microsoft Excel 2010, donde se organizó por variables para su posterior análisis estadístico. Se realizaron pruebas de Lambda, Chi-cuadrado de Pearson, Tau de Goodman y Kruskal y el coeficiente de incertidumbre, tomando como principal la Tau de Goodman y Kruskal para establecer la asociación estadística entre las variables involucradas. En la investigación se consideraron como factores predictores la edad, el estado marital, la educación, la ocupación, el empleo y el ingreso familiar. Respecto a la funcionalidad familiar como factor predictor del uso adecuado de Control Prenatal, se encontró que las familias funcionales hacen uso adecuado de control prenatal (123) en un 71.5%, porcentaje ligeramente superior a las familias disfuncionales (62) 66%; sin embargo, no se encontró asociación significativa entre esta variable y el uso adecuado de control prenatal (OR= 0,772; (IC: 0,450 - 1,325)). No se encontró relación estadísticamente significativa entre los factores predictores y de funcionalidad familiar con el uso adecuado de control prenatal.(10)

II. B.- MODELOS Y TEORIAS QUE SUSTENTAN LAS VARIABLES.

II.B.1.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

DINAMICA Y ESTRUCTURA FAMILIAR.

La dinámica es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.(2)

La estructura es la demanda funcional que organiza la manera en cómo interactúan los miembros de la familia y la cual consta de los siguientes parámetros:

- Jerarquía: Reglas que gobiernan la organización familiar, la familia como cualquier otro sistema debe de contar con diferentes niveles de autoridad.
- Límites: Son las reglas que definen quiénes y cómo participan en las transacciones interpersonales, mediante las cuales es posible establecer una diferenciación entre los individuos y los subsistemas
- Centralidad: Es el espacio que cada miembro de la familia ocupa en determinado contexto.
- Alianzas: Asociación abierta o encubierta de dos o más miembros de la familia con afinidad positiva entre ellos y resulta potencialmente neutra.(2)

FUNCIONES FAMILIARES.

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

Se reconocen las siguientes funciones:

- Socialización: Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: Provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad. (2)

CICLO VITAL FAMILIAR

Es la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución. Está constituido por etapas de complejidad creciente, variando las características sociales y económicas desde su formación hasta su disolución. Se han propuesto diferentes modelos:

- Duval: Consta de ocho etapas, la primera marca el comienzo de la familia y la última el de familias ancianas o “nido vacío”.

- OMS: Define un modelo dividido en seis etapas. Se inicia con la formación en el momento del matrimonio y caracteriza las sucesivas etapas en función de fenómenos de incremento (extensión por el nacimiento de los hijos) o disminución de los componentes de la familia (contracción por emancipación de los hijos o fallecimiento del cónyuge).(11)

ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR.

Salud familiar es la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social.(2)

Un elemento importante en el estudio de la familia es la funcionalidad familiar la cual se define como la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital familiar, por lo que para conocer esta capacidad de la familia es necesario medirla y los indicadores más utilizados son las funciones familiares, la estructura familiar, el ciclo vital familiar y las crisis familiares paranormativas o no transitorias.

EVALUACION DEL SISTEMA FAMILIAR.

El estudio de la funcionalidad familiar se ha hecho con base en varios modelos, como los siguientes:

TEORIA DE LOS SISTEMAS.

Concepto de sistema. Un sistema familiar se compone de un conjunto de personas relacionadas entre sí que forman una unidad frente al medio externo. Con objeto de definir quiénes pertenecen a un sistema son necesarios los límites, que funcionan como líneas de demarcación individualizando un grupo frente al medio y como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc. entre dos sistemas o subsistemas.

Los límites pueden ser extrasistémicos e intrasistémicos. Los primeros delimitan al sistema con el medio externo, mientras los segundos separan y relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema más amplio.

En un sistema familiar podemos observar principalmente las siguientes propiedades:

- Totalidad: La conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones existentes entre ellos. No puede deducirse el funcionamiento del grupo al que pertenecen, para ello es necesario obtener información de sus interacciones.
- Causalidad circular: Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas. Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten de forma pautada, lo cual no es patológico en sí mismo sino que facilita la vida cotidiana de sus integrantes.
- Equifinalidad: Alude al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.
- Equicausalidad: Se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.
- Limitación: Se adopta una determinada secuencia de interacción, disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.
- Regla de relación: En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.
- Ordenación jerárquica En toda organización hay una jerarquía, en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar qué se va a hacer. La organización jerárquica de la familia comprende también la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás. La relación jerárquica no sólo se observa entre las personas sino también entre los subsistemas a los que pertenecen.
- Teleología: El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros.(12)

Minuchin (1974) considera de gran importancia las propiedades del sistema:

- Una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio.

- El sistema familiar está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros.

. El sistema de la familia tiene propiedades de auto perpetuación y mecanismos de autorregulación preservando el cambio.

Minuchin postula que la familia no es una entidad estática, si no que está en continuo movimiento por lo que la evaluación debe centrarse en base a la interacción familiar, es decir, tanto en las pautas transaccionales como en las construcciones de la realidad que se conectan con las experiencias familiares por lo que es necesario tomar como guía una serie de hipótesis diagnosticas sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar y las conductas sintomáticas de los miembros individuales

La familia constituye el factor sumamente significativo, es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior, que se refleja en la protección psico-social de sus miembros y desde el exterior donde se permite la acomodación a una cultura y la transformación de esa cultura.

La figura central de este modelo es la estructura, la cual ha sido definida por Minuchin como "El conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia, es decir, que el sistema familiar se expresará a través de *pautas transaccionales* cuyo funcionamiento se da con base en reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quién y de qué forma. Cuando se da una desviación respecto al nivel de tolerancia del sistema, es decir, cuando se sobrepasan los índices de equilibrio familiar, es cuando puede presentarse el síntoma.

Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las pautas repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuando y con quien relacionarse, y estas pautas son marcadas por la familia. Las operaciones repetidas constituyen una pauta transaccional. Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia, son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico o implica reglas universales que gobiernan la organización familiar. El segundo es idiosincrático, e implica las experiencias mutuas de los diversos miembros de la familia, las expectativas se encuentran sepultados por años de negociaciones explicitas e implícitas entre los miembros de la familia, y están relacionados con los pequeños acontecimientos diarios.

(13)

MODELO DE MC MASTER DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (MMFF).

Refiere seis dimensiones que han resultado ser de utilidad en la evaluación de las familias en tratamiento, pues éstas logran una representación clara de lo que se puede considerar como una familia normal. Las dimensiones mencionadas son las siguientes:

- Resolución de problemas: Ésta dimensión considera la destreza de la familia para lograr la resolución de sus problemas en una forma que salvaguarde el funcionamiento familiar de una manera efectiva.
- Comunicación: Se refiere al intercambio de información en la familia. Propone evaluar dos vertientes de la comunicación: La precisión con que el contenido de la información es intercambiado (clara o confusa) y si el mensaje es dirigido a la(s) persona(s) adecuada(s) o si se desvía hacia otra (directa o indirecta).
- Roles: Ésta dimensión analiza los patrones de conducta, a través de los cuales la familia designa las funciones familiares a cada uno de sus integrantes, dichas funciones se clasifican en dos áreas: Instrumentales y afectivas, cada una de ellas se subclasifica en necesarias y no necesarias.
- Involucramiento afectivo: Valora, tanto en cantidad como en calidad el interés que muestra la familia, como un todo y en forma individual, en las actividades e intereses de cada miembro de la misma.
- Respuestas afectivas: Se refiere a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad como en cantidad.
- Control de conducta: Comprende los patrones que considera una familia para manejar el comportamiento de sus integrantes durante situaciones que involucran peligro físico, situaciones que exigen afrontar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas y situaciones que requieren sociabilización intrafamiliar y extrafamiliar.

El modelo describe los aspectos que debiera presentar una familia normal (además de los extremos de ese continuo donde se ubicarían las familias disfuncionales) en cada una de las dimensiones y ello involucra normalmente generar un juicio de valor.(14)

MODELO CIRCUNFLEJO.

Integra tres dimensiones de la vida familiar: Cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras se mantengan en niveles saludables. Este modelo propone que sus dos dimensiones principales presentan cuatro posibles grados o

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

niveles, de los cuales los dos intermedios son normales o balanceados, mientras que los niveles más altos y más bajos son extremos. La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tiene las familias para moverse dentro del modelo como resultado del efecto de factores de estrés normativo o no normativo. La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad.(15)

El Modelo Circunflejo de Olson y colaboradores dio origen a FACES III; instrumento de autoaplicación que permite evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Una vez identificado en la consulta al paciente es necesario utilizar instrumentos que permitan dar un salto cualitativo, para pasar de un enfoque individual a otro familiar y sistémico. Esto permitirá estudiar a la familia como un todo. Para elaborar hipótesis para conocer el juego relacional de los miembros de la familia, y para proponer sistemas de intervención, hay que utilizar los siguientes instrumentos de trabajo:(11)

Genograma: Es la representación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo. Facilita el abordaje sistémico familiar. Permite identificar la estructura familiar, las etapas del ciclo vital, las pautas generacionales repetitivas, los acontecimientos relevantes y los sistemas de comunicación e interacción de los componente de la familia.(11)

INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

El concepto de función familiar es múltiple, la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema es variable, compleja y los cuestionarios permiten catalogar aspectos parciales de su función.(11)

Para poder valorar el funcionamiento familiar se han descrito varias escalas, dentro de las cuales tenemos las siguientes:

EMMA ESPEJEL.

La Escala de Funcionamiento Familiar es un instrumento mexicano para evaluar familias; surge en el año de 1981 como una entrevista abierta, constaba de 67 preguntas que abarcaron doce áreas correspondientes a la estructura y a la dinámica de la familia. Se convirtió en un cuestionario cerrado; éste instrumento fue aplicado en tres tipos de población: Abierta, clínica y escolar. Se obtuvo confiabilidad de 0.75 con Alpha Cronbach.

Éste instrumento permitió diferenciar a las familias funcionales de las que presentaban disfuncionalidad.(16)

Ésta escala fue desarrollada en 1985, en ella se agrupan la áreas originales de estudio en 9 factores que se utilizan para el formato de calificación y el perfil de funcionamiento familiar.(17)

Las nueve áreas a valorar por la escala de funcionamiento familiar son las siguientes: Territorio, roles, jerarquía, límites, alianzas, comunicación, modos de control de conducta, afectos y psicopatología.(16)

La aplicación de la Escala de Funcionamiento hoy consta de 40 ítems, responde al enfoque epistemológico y metodológico que está dentro del paradigma sistémico, dinámico-integrativo.(17)

FUNQUI.

Éste instrumento fue diseñado en México en el año de 2010 por Quijada Fragoso y Cols., es de autoaplicación y consta de 29 ítems. Tiene un tiempo de resolución de 5 minutos 56 segundos. Fue evaluado por expertos mexicanos (Médicos especialistas en medicina familiar adscritos a UMF). y extranjeros de Venezuela.

Las áreas que se incluyeron en las tres esferas en éste instrumento fueron:

- Esfera biológica conformada por las siguientes áreas: 1) Cuidados en la Enfermedad, 2) Violencia, 3) Sexualidad y 4) Cuidados de la salud.
- Esfera psicológica conformada por las siguientes áreas: 5) Límites, 6) Jerarquías, 7) Tareas en casa y 8) Afecto.
- Esfera social conformada por las siguientes áreas: 9) Socialización interna y 10) Socialización externa.(18)

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN LA DINÁMICA DE LAS RELACIONES INTERNAS. FF-SIL.

El funcionamiento familiar como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia se produce en forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. Ésta puede medirse a través de la aplicación de la prueba FF-SIL (Test de percepción del funcionamiento familiar).(19)

La prueba FF – SIL se diseñó en 1994; permite diagnosticar el funcionamiento familiar. Para el diseño de ésta prueba se siguió el principio de que fuera un instrumento sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que pudiera ser aplicado por el personal que labora en las áreas de salud en general.(19,20)

Éste instrumento evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros y su aplicación se realiza al miembro de la familia que a criterio del equipo de salud tenga capacidad para responderla.

Las categorías que se deben evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

1. Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
2. Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
4. Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
5. Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
6. Rol: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
7. Permeabilidad: Capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Ésta prueba evalúa siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar.

El resultado del diagnóstico de la funcionalidad familiar podrá ser: Familia funcional, familia con riesgo de disfuncionabilidad y familia disfuncional.(19)

El instrumento FF-SIL constituye una prueba de alta confiabilidad de 0.94 por su estabilidad y consistencia interna con un coeficiente global de 0.88, con alta validez de contenido, de criterio con una concordancia de 0.88 y de construcción. Mide la percepción del funcionamiento familiar, en tanto dinámico, relacional y sistémico.(20,21)

II.B.2.- CONTROL PRENATAL.

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". OMS

El embarazo 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.

El Control Prenatal son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.(22)

Consta de una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido, acciones que se deberán registrar en el expediente clínico.(23)

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son: Elaboración de historia clínica, identificación de signos y síntomas de alarma, medición y registro de peso, talla y presión arterial, riesgo obstétrico, crecimiento uterino y estado de salud del feto; determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL, determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, examen general de orina, detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH, prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, prescripción de medicamentos, aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico, orientación nutricional, promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, promoción de la lactancia materna exclusiva, promoción y orientación sobre planificación familiar, medidas de autocuidado de la salud y establecimiento del diagnóstico integral.(23)

Con el control prenatal se persigue: La detección de enfermedades maternas subclínicas, la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo, la vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal, la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo, la preparación psicofísica para el nacimiento, la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.(24)

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- Precoz: La primera visita debe realizarse temprano; en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.
- Periódico: La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles que las de alto riesgo.
- Completo: Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Amplia cobertura: En la medida que el porcentaje de población controlada es más alto mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.(24)

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 las 22 – 24 semanas.
- 3a consulta: Entre las 27 – 29 semanas.
- 4a consulta: Entre las 33 – 35 semanas.
- 5a consulta: Entre las 38 -40 semanas.(25)

NUEVO MODELO DE CONTROL PRENATAL DE LA OMS.

Los programas de control prenatal comenzaron a existir a principios del siglo veinte. Desde entonces, el control prenatal se ha puesto en práctica ampliamente en todo el mundo y presenta tasas de cobertura más altas en relación con la atención especializada al momento del parto y el control posnatal. Durante la última década, después de la publicación de un estudio clínico de la OMS, se produjo una reevaluación mundial de la manera en que se ofrece el control prenatal de rutina.(16)

El Programa Especial del Banco Mundial/OMS/UNFPA/UNDP para Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (HRP)

implementó un estudio clínico aleatorizado multicéntrico; éste estudio comparó el modelo occidental estándar de control prenatal con un nuevo modelo de la OMS que limita el número de consultas a las clínicas y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado por medio de sólida evidencia, que mejoran los resultados maternos y/o perinatales.(26)

El enfoque del estudio clínico de la OMS fue ofrecer un control efectivo a través de un menor número de consultas con objetivos establecidos. Se revisó la evidencia disponible al momento de introducir el nuevo enfoque en una revisión Cochrane bajo el título «Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo». Ésta revisión demostró que los resultados de salud con el nuevo enfoque eran comparables con los alcanzados con el modelo de control prenatal estándar, que implica un mayor número de consultas. Luego se integró el nuevo enfoque a las directivas de Atención Integrada del Embarazo y el Parto de la OMS y se utiliza en programas nacionales. El nuevo enfoque se ha reconocido como el modelo de «Cuatro consultas» y en la actualidad se usa en muchos países de todo el mundo. Se utiliza la proporción de mujeres que visitan un centro de salud, al menos cuatro veces durante el embarazo como indicador para monitorear el avance hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio número cinco.(27)

El nuevo modelo de control prenatal de la OMS divide a las mujeres embarazadas en dos grupos: Aquéllas elegibles para recibir el CPN de rutina (llamado componente básico) y aquéllas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. La elegibilidad de las mujeres para el componente básico se determina a través de criterios pre-establecidos. Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. A las mujeres restantes se les brinda el cuidado correspondiente a su patología o factores de riesgo detectados. Las mujeres que necesitan cuidados especiales representarán, en promedio, aproximadamente un 25% de todas las mujeres que inician el control prenatal. (26)

COMPONENTE BÁSICO DEL NUEVO MODELO DE CPN DE LA OMS.

Las actividades incluidas en el componente básico se dividen en tres áreas generales:

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumenten la posibilidad de resultados adversos específicos.
 - Intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas.
 - Educación de las mujeres embarazadas sobre las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas.

Las actividades distribuidas durante las cuatro visitas se presentan en la lista de control del componente básico. Ésta lista debe utilizarse para registrar las intervenciones realizadas en cada visita de CPN y debe ser incorporada a las historias clínicas de cada paciente.(26)

LA PRIMERA VISITA.

Lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las embarazadas que llegan a la clínica de CPN serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes. Se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos. Como se dijo anteriormente, es importante determinar los antecedentes clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo evaluar la elegibilidad de la mujer para seguir el componente básico del nuevo modelo de la OMS. En promedio, se espera que un 75% de las mujeres sigan el componente básico. En esta visita, mientras la confección de la historia del caso cumple con los estándares tradicionales e incluso los supera, los exámenes físicos y los análisis bioquímicos son pocos y exigen menos recursos que aquéllos comúnmente recomendados en los programas estándar.(26)

LA SEGUNDA VISITA.

La segunda visita debería programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración aproximada de 20 minutos. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea y la altura uterina y a realizar la prueba de tira reactiva múltiple para bacteriuria. La prueba de proteinuria sólo se debería realizar en mujeres nulíparas y en quienes tengan antecedentes de hipertensión o pre-eclampsia/eclampsia. Se debería realizar un análisis de sangre para determinar la hemoglobina, si corresponde clínicamente. La derivación basada en la evaluación actualizada de riesgo se limita a aquellas mujeres que hayan desarrollado signos o síntomas significativos desde la

primera visita. Dependiendo de los síntomas y signos, en algunas mujeres se podría arreglar una visita anterior a la tercera visita. Tener en cuenta que un útero de mayor tamaño que el correspondiente a la edad gestacional (descubierto a través de la palpación abdominal y la medición de la altura uterina), puede indicar embarazo gemelar o un trastorno patológico y, por consiguiente, la mujer debería ser derivada a un nivel superior de atención.(26)

LA TERCERA VISITA.

La tercera visita debería tener lugar a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración se estima en 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea, la altura uterina, realizar un análisis de tira reactiva múltiple para detectar bacteriuria y hemoglobina de rutina. Las pruebas para proteinuria sólo deberían realizarse en las mujeres nulíparas y aquéllas con antecedentes de hipertensión, pre-eclampsia o eclampsia. Se debería prestar especial atención a la detección de gemelares durante el examen abdominal y la medición de la altura uterina. (26)

LA CUARTA VISITA.

La cuarta debería ser la visita final que tendría lugar entre las semanas 36 y 38. En esta visita, es extremadamente importante detectar aquellas mujeres con fetos en presentación podálica para su derivación a un nivel superior para evaluación obstétrica y versión cefálica externa. Se debe intentar una versión cefálica externa en el hospital pero cuando se sospecha una desproporción céfalo-pélvica, se debe considerar la realización de una cesárea electiva. Toda la información sobre qué hacer, a quién llamar y dónde ir (a qué servicio de salud) cuando comienza el trabajo de parto o en caso de otros síntomas, se confirmará por escrito y se comunicará no solo a la paciente, sino también a los miembros de su familia y/o amigos.

La ficha prenatal debe completarse durante la cuarta visita y debe ser entregada nuevamente a la mujer. También se debe enviar una copia al hospital donde se realizará el parto. Durante esta visita se debe informar nuevamente a la paciente sobre los

beneficios de la lactancia y la anticoncepción así como sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el consultorio para púerperas.(26)

III.- JUSTIFICACIÓN

Con el presente estudio se desea conocer si las características de la funcionalidad familiar de las pacientes que acuden a control prenatal se asocian al inicio temprano de su atención. Si se confirma esta asociación podríamos utilizar el estudio de salud familiar como una herramienta útil en el abordaje integral de la paciente en edad reproductiva que acude a consulta preconcepcional.

El estudio de salud familiar permite a través de instrumentos específicos identificar la funcionalidad de la familia y así identificar las acciones de intervención para el mejoramiento de la misma.

La funcionalidad de la familia podría complementar y optimizar los programas enfocados a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en México, al aumentar la asistencia temprana de las pacientes a control prenatal.

Cada día fallecen mujeres mexicanas que se encuentran cursando un embarazo, lo que pone en peligro la vida de la mujer y de los recién nacidos. Muchas de las madres, así como los recién nacidos, quedan con secuelas de complicaciones del parto, que determinan discapacidad, disminución de su potencial de desarrollo y la reducción de años de vida futura.

La defunción materna está considerada como la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva a nivel global y principalmente de los países en desarrollo, por lo que se le ha calificado como una problemática de salud pública.

Se han implementado diversos programas en materia de salud de carácter nacional, con los cuales se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que son reducir la mortalidad neonatal y materna. En México en el 2012 las muertes maternas pasaron de 2 mil 156 en 1990 a 43 muertes por cada 100 mil

nacidos vivos. Lo que representa un avance de 68.8% con respecto a la meta comprometida en reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes. Se ha logrado un descenso promedio anual menor de 4% siendo menor e insuficiente al requerido de 5% para alcanzar esa meta.(28,29)

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsible mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad.(22)

La NOM-007-SSA2-1993 para la ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO, el componente básico del nuevo modelo de CPN de la OMS y la OPS, y la Guía de Práctica Clínica de Control prenatal con enfoque de riesgo, establecen que el programa de atención prenatal inicie desde el primer trimestre de embarazo; con el objetivo de identificar en forma temprana los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal; y con ello organizar las acciones preventivas y terapéuticas de atención para su control.(22,25,26)

Los estudios realizados en unidades médicas del IMSS y Secretaría de Salud reportan que menos del 50% de las pacientes acuden a atención prenatal en el primer trimestre de embarazo, lo que reduce las posibilidades de cumplir con acciones de promoción de la salud.(5,6)

Por lo anterior la atención a la salud materno infantil es una prioridad para los servicios de salud.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV.A.- CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) a través de Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2014) informan, que el monto de la población residente en el país es de 119.9 millones de habitantes, de los cuales 51.3% son mujeres y 48.7% son hombres.(30)

De acuerdo con el INEGI y la Encuesta Intercensal 2015 informan que en el estado de Aguascalientes el monto de la población residente es de 1 184 996 habitantes, de los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuales, 608 358 son mujeres (52% de la población total) y 260 185 de ellas se encuentran en edad fértil (15 a 49 años).

El municipio de Aguascalientes cuenta con una población de 877 190 habitantes.(31)

En la UMF 1 la población asegurada es de 63,057 derechohabientes. La oportunidad de inicio de vigilancia prenatal durante el primer trimestre de gestación en el año 2015 fue de 63.3%.

La tasa global de fecundidad (total de hijos que en promedio tendrá una mujer al final de su vida reproductiva) actualmente es de 2.21 hijos, estimada para el trienio 2011 a 2013.

La tasa global de fecundidad en el estado de Aguascalientes durante el año 2014 fue de 2.26.(30)

Las tasas específicas de fecundidad (por edad), indica que en el trienio de 2011 a 2013, el grupo de mujeres de 20 a 24 años es el que presenta el nivel más alto de fecundidad, con 126 nacidos vivos por cada 1 000 mujeres, seguido por el grupo de mujeres de entre 25 y 29 años, con 113 nacimientos por cada 1 000 mujeres en ese rango de edad.(30)

La situación actual de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) indica que en su mayoría se encuentran casadas (37.5%), le siguen las solteras (32.8%) y las que están en unión libre (20.4%), la proporción de adolescentes (de 15 a 19 años) unidas representa 15 de cada 100.(30)

IV.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD EN INSTITUCIONES DE SALUD, DELEGACION, MUNICIPIO, ESTADO.

La especialidad de medicina familiar desde su surgimiento plantea dentro de los principios básicos la inclusión de la perspectiva de familia en la práctica de cuidado primario, pues este enfoque es una de las piedras angulares en el abordaje integral. Hallazgos recientes han demostrado que el cuidado médico centrado en la familia se asocia con el mejoramiento del uso y acceso a los servicios de salud, índices elevados de satisfacción con la atención médica y mejores estándares de cuidado para algunas enfermedades.(1)

El programa de Acción Especifico de Salud Materna y Perinatal (2013-2018) es el instrumento de la política nacional de salud con el que se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que el Gobierno de México

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

junto con 189 países más, adoptaron con la Declaración del Milenio en el año 2000. Los ODM establecen metas para verificar y evaluar los avances en la reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años y en el mejoramiento de la salud materna. (28)

IV.C.- PANORAMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD.

El artículo 4° de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** establece el derecho de toda persona a la protección de la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.(23)

La **Ley General de Salud** en su artículo 3° fracción IV establece que se considera a la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61 del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.(23)

La **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**, establece los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales. En ella se menciona las actividades que se deben realizar durante el control prenatal y que éste debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo. Así mismo 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.(25)

La **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA**

MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA, tiene por objetivo establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida. Establece que la atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica. Promueve que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo.(23)

La **Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo** IMSS-028-08 forma parte de las Guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre: Propiciar la atención prenatal de rutina en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar y aumentar su efectividad, estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales.(22)

IV.D.- NATURALEZA DEL PROBLEMA.

Se han realizado estudios descriptivos de la funcionalidad familiar en el embarazo a través de la aplicación del APGAR familiar. Rangel en México en el 2004 encontró en las pacientes adolescentes disfunción familiar moderada en el 27%, severa en un 6% y normalidad en un 67%. Borda en Barranquilla Colombia en el 2013 aplica esta misma escala a pacientes embarazadas de 18 a 45 años de edad, encontró que el 82,2 % de las mujeres estudiadas pertenece a una familia normofuncional. Cabe mencionar la discrepancia entre estos dos estudios y la diferencia en la población de estudio.(3,4)

Estudios descriptivos en México demostraron que no hay discrepancias en la oportunidad de inicio de vigilancia prenatal. Alfaro en el 2002 encontró que el 41.9 % de su población de estudio acudió a su primera consulta prenatal en el primer trimestre de embarazo,

Garza en el 2008 refiere un 48.6 %. Con resultados similares Vega en el 2013 encontró que el promedio de la edad gestacional de ingreso a la atención prenatal fue de 17,9 semanas de gestación, un 44,3% lo hizo en el segundo trimestre del embarazo y se registró un menor porcentaje de ingresos durante el tercer trimestre.(5,6,7)

En cuanto a la funcionalidad familiar y el uso de control prenatal los estudios analíticos muestran discrepancias. Kugler en 1993 aplica la escala FACES III y encontró correlación entre la funcionalidad de la familia y la utilización de la atención prenatal, observó asociación entre bajas puntuaciones de cohesión y de función familiar con el nivel de uso de la atención prenatal ($P < 0,05$). Castillo en el 2011 aplica la escala de APGAR familiar y encontró que el 75% de las pacientes percibió familia funcional y el 72.6% uso adecuadamente el servicio (inscripción hasta la semana 14 y asistencia a 8 ó más consultas) con un $OR=2.4$ (I.C. 95% (1,7-3.5)), mostrando relación significativa entre estas variables. Mientras que Miranda en el 2014 no demostró la asociación entre las variables, aplicando la escala de APGAR familiar encontró que las familias funcionales hacen uso adecuado de control prenatal (número de controles prenatales acordes con la edad gestacional en meses e inicio del primer control antes de la semana 12 de embarazo) en un 71.5% en un porcentaje ligeramente superior a las familias disfuncionales (66%); sin embargo, no se encontró asociación significativa entre esta variable y el uso adecuado de control prenatal ($OR= 0,772$; (IC: 0,450 - 1,325)).(8,9,10)

IV.E.- DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.

El embarazo es una crisis normativa evolutiva de la familia que está relacionada con el tránsito de las etapas del ciclo vital, ésta situación demanda cambios en el sistema, que generalmente significan contradicciones, desacuerdos, separación de viejos modelos de interacción, o asimilación de nuevas formas organizacionales. Éste tipo de crisis está relacionada con acontecimientos normales del desarrollo familiar, si la familia es capaz de asimilar estas reestructuraciones puede ser fuente de crecimiento y desarrollo familiar y no de disfunción.(32)

En el año 2010 se realizó un estudio descriptivo en cuatro hospitales de segundo nivel del IMSS en Monterrey y sus UMF correspondientes, se encontró que el 48.6% de las pacientes iniciaron su control prenatal en el primer trimestre de embarazo.(6)

La ENADID (2014) reporta que aproximadamente el 80% de las mujeres de 15 a 49 años con embarazo en el periodo de enero de 2009 a septiembre de 2014, tuvieron su primera revisión prenatal durante el primer trimestre del embarazo; las mujeres de 45 a 49 años son quienes tienen el porcentaje más bajo (78.4%) y destaca que en ese mismo grupo, 10.3% no tuvieron revisión prenatal; por su parte, las adolescentes presentan el porcentaje más alto (17.6%) de entre las mujeres que acuden a revisión después del primer trimestre.(30)

IV.F.- GRAVEDAD DEL PROBLEMA. MAGNITUD.

Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así como también una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.(33)

La muerte materna es considerada entre los principales problemas de salud pública, ya que solo ciertos sectores padecen esta problemática, por lo que representa una violación a los derechos humanos de las mujeres, particularmente a sus derechos sexuales y reproductivos.(29)

La OMS informó en Noviembre 2015 que cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y ésta es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.(34)

La mayoría de las complicaciones que aparecen durante la gestación son prevenibles o tratables. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.(34)

En México las muertes maternas por complicaciones del embarazo, parto o puerperio pasaron de 2 mil 156 en 1990 a 971 en 2011, lo cual implica que se redujo en un 51.1%, al pasar de 88.7 a 43.0 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Según datos de la

Secretaría de Salud la razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos) en el año 2013 fue de 38.2 muertes.

La razón de mortalidad materna (defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos) en el estado de Aguascalientes en el año 2015 fue de 25.7.(29)

TRASCENDENCIA.

El programa de atención prenatal con inicio desde el primer trimestre de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia e infecciones sistémicas (VIH y otras) y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada en el momento oportuno; lo que significa un costo menor en su atención posterior y mejora la calidad de la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos.(35)

El enfoque de riesgo es un instrumento para identificar los problemas prioritarios que contribuyen a la mortalidad materna y perinatal en los diferentes niveles de atención y cobertura, y a partir de ello crear y distribuir en forma racional los recursos que se requieran, proponiendo estrategias que muestren beneficios en la población obstétrica, así como en la disminución de la mortalidad perinatal.(35)

Otro aspecto que se debe contemplar de la mortalidad materna son las consecuencias que trae este acontecimiento en las familias que la sufren, se identifican tres repercusiones: Problemas económicos, orfandad y la reconstrucción de la pareja.(36)

IV.G.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.

La salud familiar hay que verla en una relación individuo-familia-sociedad. Esto quiere decir que la salud de la familia va a depender de la interacción de:

- Factores personales (psicológicos, biológicos, sociales): La salud individual se desarrolla en el contexto de una familia con la formación de hábitos, estilos de vida, sistemas de valores, normas, actitudes y comportamientos hacia la salud y con aquellos problemas de predominio biológicos. Con estos elementos, tanto biológicos como psicosociales, se construye la salud individual.
- Factores propios del grupo familiar: Funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento a las crisis.

- Factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad): El modo de vida familiar constituye parte integrante del modo de vida de la sociedad. La familia como grupo social encarna y desarrolla, mediante la ejecución de sus actividades vitales y la estructuración de sus relaciones sociales, el modo de vida de la sociedad.(37)

En una revisión sistemática para identificar y analizar los principales factores que afectan la utilización de la atención prenatal en los países en desarrollo los más frecuentes fueron: La educación materna, la educación del esposo, el estado civil, la disponibilidad o falta de seguros, el vivir en zonas urbanas, el costo, nivel socioeconómico, ingreso de los hogares, el empleo de las mujeres, tener una historia de complicaciones obstétricas, el desconocimiento de la importancia del CPN, un ambiente inadecuado de la consulta y creencias culturales e ideas sobre el embarazo también tuvieron influencia sobre el uso de la atención prenatal. Otro factor importante fue la paridad, la edad (edad materna adolescente) y la religión de las mujeres.(37, 38)

La atención prenatal es una estrategia clave para reducir la mortalidad materna.

La OMS precisa las principales causas que han dado lugar a la mortalidad materna entre ellas: Condiciones médicas preexistentes agravadas por el embarazo (Diabetes, paludismo, obesidad, VIH), hemorragias graves, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones, complicaciones del parto y aborto y embolias.(29)

Si bien las anteriores causas señaladas se consideran como las principales, existen otros factores que influyen en esta problemática, como son: La edad a la que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos, el intervalo entre los nacimientos, el número total de embarazos a lo largo de la vida, las circunstancias socioculturales y económicas en que viven las mujeres, la etnicidad, el nivel de educación y la seguridad social.(29)

IV.H.- ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO.

Analizamos diversos estudios en los cuales se ha demostrado los factores psicológicos, biológicos y sociales que participan como principales causas de mortalidad materna. Y existen otros sobre la funcionalidad familiar y su relación con la presentación o control de patologías crónicas; sin embargo no se cuenta con estudios que analicen la funcionalidad familiar como factor predictivo para inicio temprano del control prenatal en México.

Se puede prever, identificar y controlar los factores de riesgo obstétrico y perinatal causantes de su mortalidad mediante atención prenatal temprana. Los estudios realizados en unidades médicas del IMSS y Secretaría de Salud, reportan que menos del 50% de las pacientes acuden a atención prenatal temprana. De ésta forma el control prenatal no cumple por completo sus objetivos y en México a pesar de las políticas y programas enfocados a la salud paterna y perinatal, no se ha podido alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

IV.I.- DESCRIPCION DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA.

Miranda y Cols (2014) Determinaron los factores predictores y de funcionalidad familiar, relacionados con el uso adecuado de control prenatal en gestantes de Colombia. Se encontró que el 71.5% de las familias funcionales hacen uso adecuado de control prenatal El 83,1% de las pacientes iniciaron el control prenatal en el primer trimestre. No se encontró asociación significativa entre estas variables.(10)

Alfaro y Cols (2002) En Guadalajara, determinó la oportunidad y continuidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo y la frecuencia de cesáreas. Observó que 41.9 % de las pacientes acudieron a su primera consulta prenatal en el primer trimestre de embarazo. La mortalidad perinatal ha sido reducida por las intervenciones realizadas en la consulta prenatal.(5)

Vega y Cols (2008) En San Luis Potosí evaluaron el apego de la atención prenatal a la NOM 007 y su correlación con la morbilidad materna. Encontraron que el 44.3% de las pacientes ingresaron a atención prenatal en el segundo trimestre del embarazo. La mayoría de las adolescentes no iniciaron su atención prenatal en el primer trimestre del embarazo. (7)

Como podemos observar existen discrepancias en cuanto al porcentaje de pacientes que acuden en el primer trimestre de embarazo a control prenatal; en los estudios realizados en México la asistencia temprana es menor al 50%. Esto reduce las posibilidades de cumplir con las acciones de promoción de la salud señaladas en la NOM 007, por lo que creemos necesaria la realización de ésta investigación. Es preciso conocer si la

funcionalidad familiar es un factor asociado a la asistencia temprana a control prenatal, y de ser así considerarla una estrategia útil que complemente los programas enfocados a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en México.

IV.J.- DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Se desea conocer las características socioeconómicas de la población de estudio y el porcentaje de pacientes que acuden en forma temprana a su control prenatal.

El interés principal es determinar si las características de la funcionalidad familiar de las pacientes que acuden a control prenatal están asociadas al inicio temprano de su atención.

Si identificamos a la funcionalidad familiar como un factor que influye en el control prenatal, motivará la integración del estudio de salud familiar; como una herramienta indispensable del abordaje integral de la paciente en edad reproductiva que acude a consulta preconcepcional.

Lo anterior podría mejorar la funcionalidad de la familia e incrementar la asistencia temprana a control prenatal y de ésta forma, cumplir con el objetivo del programa de CP que es la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

LISTA DE LOS CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.(25)

Control Prenatal: Son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.(22)

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.(25)

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.(25)

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.(25)

Emergencia obstétrica: Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal. (25)

Muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.(25)

Mortalidad: Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales.(29)

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: Dilatación, expulsión y alumbramiento.(25)

Perinatal: Etapa comprendida entre la semana 22 de gestación hasta los 28 días posnatales.(28)

Puerperio: Periodo que inicia al terminar tercer periodo del parto y concluye con la involución de los órganos genitales maternos. Su duración de 6 o 42 días.(28)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Las características de la funcionalidad familiar se asocian con el inicio temprano de control prenatal en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS delegación Aguascalientes?

V.- OBJETIVOS

V.A.- OBJETIVO GENERAL.

Objetivo general: Determinar la asociación de las características de la funcionalidad familiar con el inicio temprano de control prenatal en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.

V.B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Valorar la asociación de la cohesión familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.
3. Valorar la asociación de la armonía familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.
4. Valorar la asociación de la comunicación familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.
5. Valorar la asociación de la adaptabilidad familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.
6. Valorar la asociación de la afectividad familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.
7. Valorar la asociación del rol familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.

8. Valorar la asociación de la permeabilidad familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes

VI.- HIPÓTESIS DELTRABAJO

VI.A.- HIPOTESIS GENERAL.

Existe asociación de las características de la funcionalidad familiar con el inicio temprano de control prenatal en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.

VI.B.- HIPÓTESIS ALTERNAS.

- Existe asociación de la cohesión familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.
- Existe asociación de la armonía familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.
- Existe asociación de la comunicación familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.
- Existe asociación de la adaptabilidad familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes
- Existe asociación de la afectividad familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.
- Existe asociación del rol familiar con el inicio temprano de control prenatal. en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

- Existe asociación de la permeabilidad familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes

VI.C.- HIPOTESIS NULA.

- No existe asociación de la cohesión familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.

- No existe asociación de la armonía familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.

- No existe asociación de la comunicación familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.

- No existe asociación de la adaptabilidad familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes

- No existe asociación de la afectividad familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.

- No existe asociación del rol familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.

- No existe asociación de la permeabilidad familiar con el inicio temprano de control prenatal, en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.A.- TIPO DE ESTUDIO.

Transversal analítico de asociación, en el que se determinará la asociación que existe entre las características de la funcionalidad familiar de las pacientes asistentes a control prenatal y el inicio temprano de control prenatal.

VII.B.- POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la UMF. 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

VII.B.1.- UNIVERSO DE TRABAJO.

Pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

VII.B.2.- UNIDAD DE ANÁLISIS.

Paciente de 15 a 49 años de edad que asiste a control prenatal usuaria de la UMF No. 1 del IMSS Turno Matutino y Vespertino delegación Aguascalientes.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

VII.B.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes embarazadas de 15 a 49 años de edad.

Pacientes que acudan a consulta de control prenatal.

Pacientes usuarias de la UMF 1 turno matutino y vespertino delegación Aguascalientes.

Pacientes que acepten participar de forma voluntaria en el estudio.

VII.B.4.- CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

Pacientes que tengan algún tipo de discapacidad intelectual.

Pacientes que no deseen participar de forma voluntaria en el estudio.

Pacientes que no firmen la carta de consentimiento informado.

VII.B.5.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes que no respondan en forma completa el Test de Funcionamiento familiar FF-SIL.

VII.B.6.- TIPO DE MUESTREO.

El tipo de muestreo que se realizó fue probabilístico aleatorio simple a partir de una lista nominal.

El tamaño de la muestra se calculó en base a la población total de pacientes que asistieron a cita de primera vez de vigilancia prenatal durante un año. Cifra que es de 1777 pacientes de acuerdo al censo de la UMF No. 1 Turno Matutino y Vespertino.

El tamaño de la muestra se determinó en base a la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Donde

n: Es el tamaño de la muestra.

Z: Es el nivel de confianza.

p: Es la variabilidad positiva.

q: Es la variabilidad negativa.

E: Es la precisión o error.

Con un margen de error permitido de un 5% y un nivel de confianza de 95% se obtuvo el resultado de 317. Por lo tanto el tamaño de la muestra fue de 317 pacientes.

VII.C.- LOGÍSTICA.

Posterior a la autorización de este protocolo se solicitó permiso al director de la UMF 1 delegación Aguascalientes para la realización de éste trabajo de investigación. El tesista solicitó al servicio de ARIMAC la lista nominal de las pacientes asistentes a control prenatal, se seleccionó a las pacientes en forma aleatoria simple y de esta forma se obtuvo la muestra, en el SIMF se localizó a las pacientes para conocer la fecha en que acudirían a su siguiente consulta. Cuando la pacientes acudió a su cita, al término de ésta el tesista informó a la paciente que fue seleccionada para participar en el presente trabajo de investigación, en el aula asignada por la UMF1 para la realización de este proyecto se otorgó la aceptación a través del llenado del consentimiento informado y se aplicó el cuestionario de características sociodemográficas y Test FF-SIL. Una vez aplicados todos los cuestionarios al total de la muestra, se procedió a su captura para su análisis a través del programa estadístico SPSS y se interpretaron los resultados obtenidos.

VII.C.1.- RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se seleccionó el Test FF-SIL que aborda siete características de la funcionalidad familiar y es de auto aplicación. Éste instrumento se aplicó a las pacientes seleccionadas aleatoriamente para la conformación de la muestra. El tiempo para responder el cuestionario fue aproximadamente de 15 min, el cual se aplicó al término de su consulta de control prenatal. El Test FF-SIL consta de 14 ítems, valorados con una escala de tipo Likert con respuestas que van de casi nunca (con valor de 1 punto) a casi siempre (con valor de 5 puntos), consta de 2 ítems para valorar la cohesión, 2 ítems para valorar la armonía, 2 ítems para valorar la comunicación, 2 ítems para valorar la adaptabilidad, 2 ítems para valorar la afectividad, 2 ítems para valorar el rol y 2 ítems para valorar la permeabilidad.(ANEXO A)

VII.C.2.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

En el SIMF se localizó la fecha en la cual las pacientes seleccionadas para la muestra acudieron a su cita de control prenatal. Al finalizar su consulta se les informó que fueron seleccionadas para participar en el estudio, el objetivo de éste y las actividades a realizar. Las pacientes aceptantes acudieron al aula asignada en compañía del tesista, ahí se llevó a cabo el llenado del consentimiento informado, la Sección I del cuestionario, que corresponde a las características sociodemográficas, fue contestada por el tesista a través de una entrevista cara a cara con la paciente, mientras que el Test FF-SIL fue respondido por la propia paciente ya que es un instrumento de auto aplicación. Para mejorar la calidad de la recolección de datos se realizó un manual operacional el cual sirvió al tesista para estandarizar los procedimientos de recolección de datos. (ANEXO E)

VII.D.- DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizó el Test de funcionamiento familiar (FF-SIL). Este instrumento fue construido en 1994 por Pérez, De la Cuesta, Louro y Bayarreen, policlinicos docentes de Municipio Playa. Ciudad de La Habana, Cuba.

Este instrumento permite diagnosticar el funcionamiento familiar a través de la percepción de uno de los miembros. Es sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y puede ser aplicado por el personal que labora en las áreas de salud

en general (médico, enfermera, trabajadora social etc). Su aplicación se realiza al miembro de la familia que a criterio del equipo de salud tenga capacidad para responderla.(20,21)

Con la aplicación de FF-SIL se evalúan siete categorías que son: Cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. Cada una de éstas se explora en dos ítems; por lo tanto la prueba FF-SIL se compone de 14 situaciones que pueden ocurrir o no en la familia. A cada una de estas situaciones se asigna un valor del 1 al 5, según la frecuencia en que se presente. La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por ítems lo que permite la nominación cualitativa que va desde la expresión positiva de las categorías que definen el funcionamiento familiar, hasta la expresión negativa de la siguiente forma: De 70 a 57 puntos familia funcional, de 56 a 43 puntos, familia moderadamente funcional, de 42 a 28 puntos familia disfuncional, de 27 a 14 puntos familia severamente disfuncional.(20,21)(ANEXO A)

VII.D.1.- VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.

CONFIABILIDAD.

El estudio de la confiabilidad con relación al tiempo se reanalizó a través del cálculo del coeficiente de confiabilidad α del que se obtuvo un coeficiente igual a 0.94. La determinación se realizó a través del "Test-retest"

Consistencia interna: Se obtuvo un coeficiente global de 0.88. Los Alfa de Cronbach por categorías parciales (destacándose la categoría Adaptabilidad con un α de Cronbach = 0,26 y Permeabilidad con un α = 0,36) se encontraron por debajo del α de Cronbach global. lo que habla a favor de una homogeneidad intraítems con independencia del carácter multidimensional del instrumento. Se evaluó a través de los coeficientes de determinación R^2 y de consistencia interna π

VALIDEZ.

Validez de contenido: Se aplicó el instrumento a 30 expertos. La mayoría de los expertos consignó los ítems del instrumento en la categoría mucho del aspecto "razonable y comprensible", solo en los ítems 1, 2 y 13 hubo un experto que consideró que éstos eran poco razonables y comprensibles. La totalidad de los expertos ubicó correctamente el ítem en la categoría concebida por los autores del instrumento.

Validez de criterio: Se utilizó la prueba de Kappa de concordancia con un resultado 0.88, que expresa una concordancia intensa.

Validez de construcción: El método de los componentes principales aportó los valores propios y varianzas de los componentes retenidos. Se obtuvo 4 factores o componentes cuya varianza acumulada asciende a 63,759, resultado que se considera aceptable para este tipo de validez, es decir estos factores reproducen de forma bastante adecuada la estructura original de los datos.(20,21)

VII.E.- PLAN DE ANÁLISIS.

La información fue recabada en una base de datos en el programa de Microsoft Excel y exportada para su análisis a través del programa SPSS.

Para caracterizar a la población de acuerdo a las variables estudiadas tanto sociodemográficas como antecedentes ginecoobstétricos se realizó un estudio univariado mediante el uso de estadística descriptiva, para lo anterior se empleó medidas de frecuencia y proporciones (variables cualitativas) y medidas de medidas de tendencia central y dispersión: media y desviación estándar (variables cuantitativas); se representó los resultados en tablas y gráficos.

En el análisis bivariado se realizó regresión lineal para correlacionar las características de la funcionalidad familiar y el inicio temprano de control prenatal y métodos de regresión logística para valorar la fuerza de asociación entre éstas variables mediante el cálculo de Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza de 95%, la prueba de significancia estadística chi-cuadrada y su probabilidad aceptándose la asociación significativa de $p < 0.05$.

VIII.- ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con los lineamientos de la Ley general de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme a lo siguiente:

TITULO SEGUNDO. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

CAPITULO I

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
 - Artículo 14 Fracción V: Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.
 - Artículo 14 Fracción VI: Deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
 - Artículo 16: Se protegerá la privacidad del individuo.
 - Artículo 17 Fracción I: Investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

CAPITULO IV. De la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida

Así mismo este estudio se formuló de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada recientemente por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se realizó una carta de consentimiento informado en la cual las pacientes confieren su participación de manera anónima, voluntaria y confidencial en la aplicación del cuestionario, donde se especifica que su participación no tiene repercusiones adversas y se menciona el problema beneficio de éste estudio.(ANEXO C)

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

RECURSOS HUMANOS

Personal participante en la investigación:

Investigador principal (Médico residente de medicina familiar) y su asesor.

RECURSOS MATERIALES

La UMF 1 proporcionó un aula en dónde se aplicó el cuestionario de características sociodemográficas y el Test de funcionamiento familiar FF-SIL. Para su contestación se otorgó a cada paciente lápiz y bolígrafo.

Se utilizó una computadora para la realización del protocolo de investigación, misma que se empleó para realizar el análisis estadístico de los datos a través de programas de software del paquete de Office y SPSS.

Otros de los materiales que se utilizaron fueron: Hojas blancas, copias, impresora, y bolígrafos.

RECUROS FINANCIEROS

Los recursos necesarios para la realización de esta investigación fueron proporcionados por los investigadores participantes.

CRONOGRAMA

La investigación se realizó en un periodo de doce meses, constó de la selección del tema de investigación, la búsqueda bibliográfica de información, la presentación y aceptación del protocolo por el Comité Local de Investigación, así como la planeación y recolección de datos; posteriormente el procesamiento, análisis de la información obtenida y el reporte final de resultados. (ANEXO B)

-

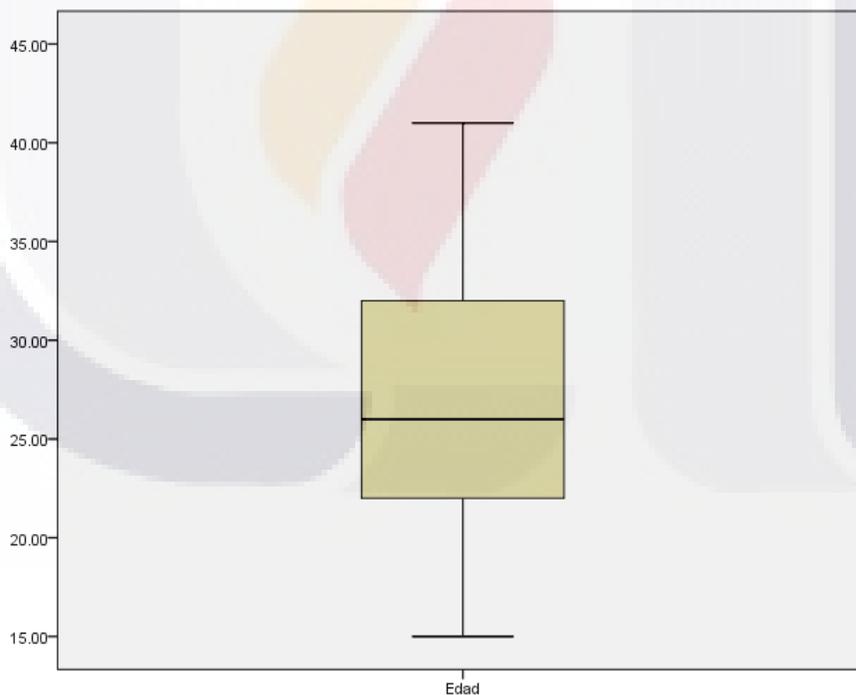
IX.- RESULTADOS

A continuación se describen los resultados de las variables sociodemográficas de las mujeres embarazadas entrevistadas; se obtuvo una edad promedio de 26.7 años con una desviación estándar de 6.25, las edades se dispersaron en un rango desde los 15 años a los 41 años de edad. **(Tabla 1, Gráfica1)**

TABLA 1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD.					
Edad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	317	15.00	41.00	26.70	6.25

Fuente: Encuesta directa.

GRÁFICA 1. GRÁFICA DE CAJA Y BIGOTES. EDAD.

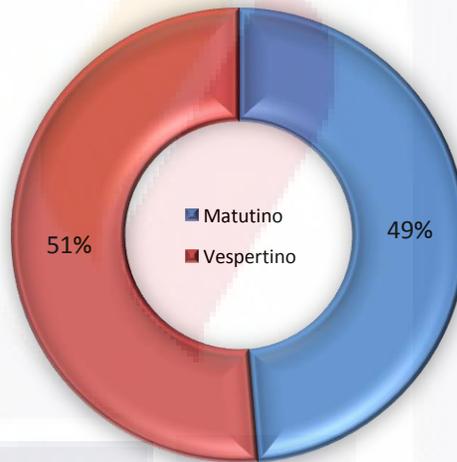


La **Tabla 2** muestra la distribución de las pacientes entrevistadas de acuerdo al turno en el que acuden a consulta, se obtuvo una distribución homogénea entre ambos, siendo ligeramente mayor la proporción de mujeres que acuden en turno vespertino con un 51.7% (164).

TABLA 2. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL TURNO.		
Turno	Fr.	%
Matutino	153	48.3%
Vespertino	164	51.7%
Total general	317	100.0%

Fuente: Encuesta directa.

GRÁFICA 2. GRÁFICA DE ANILLOS. TURNO.



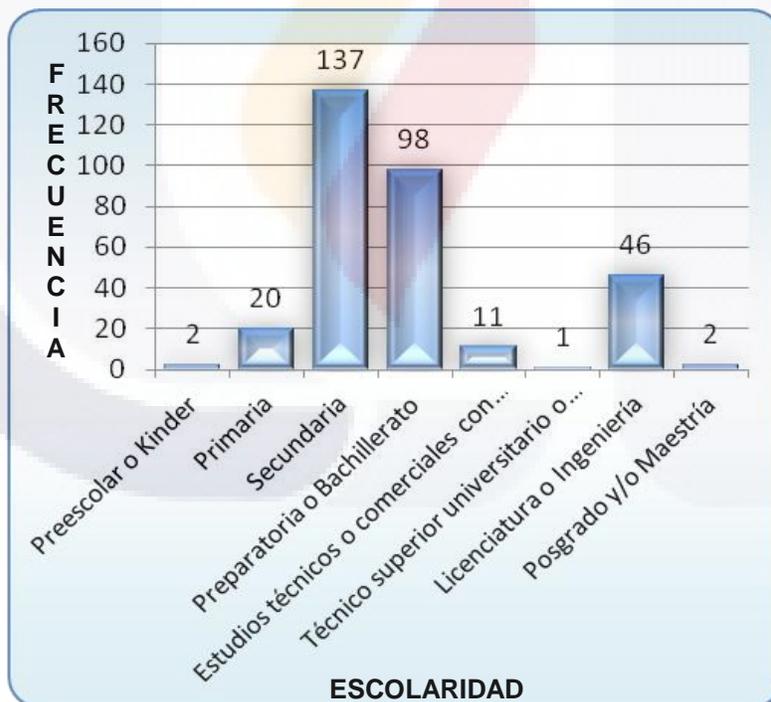
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES ASISTENTES A CONTROL PRENATAL.

La **Tabla 3** muestra la distribución de las frecuencias de acuerdo al nivel de estudios que tienen las mujeres entrevistadas, se obtuvo que el nivel de escolaridad más frecuente fue la secundaria con un 43.2%, seguida por las mujeres que estudiaron hasta la preparatoria o bachillerato con un 30.9%, en tercer lugar las mujeres con un grado de licenciatura con un 14.5% y en cuarto las que estudiaron hasta la primaria con un 6.3%

TABLA 3. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA ESCOLARIDAD.		
Escolaridad	Fr.	%
Preescolar o Kinder	2	0.6%
Primaria	20	6.3%
Secundaria	137	43.2%
Preparatoria o Bachillerato	98	30.9%
Estudios técnicos o comerciales con preparatoria o bachillerato terminado	11	3.5%
Técnico superior universitario o profesional asociado	1	0.3%
Licenciatura o Ingeniería	46	14.5%
Posgrado y/o Maestría	2	0.6%
Total general	317	100.0%

Fuente: Encuesta directa.

GRÁFICA 3. GRÁFICA DE BARRAS. ESCOLARIDAD.

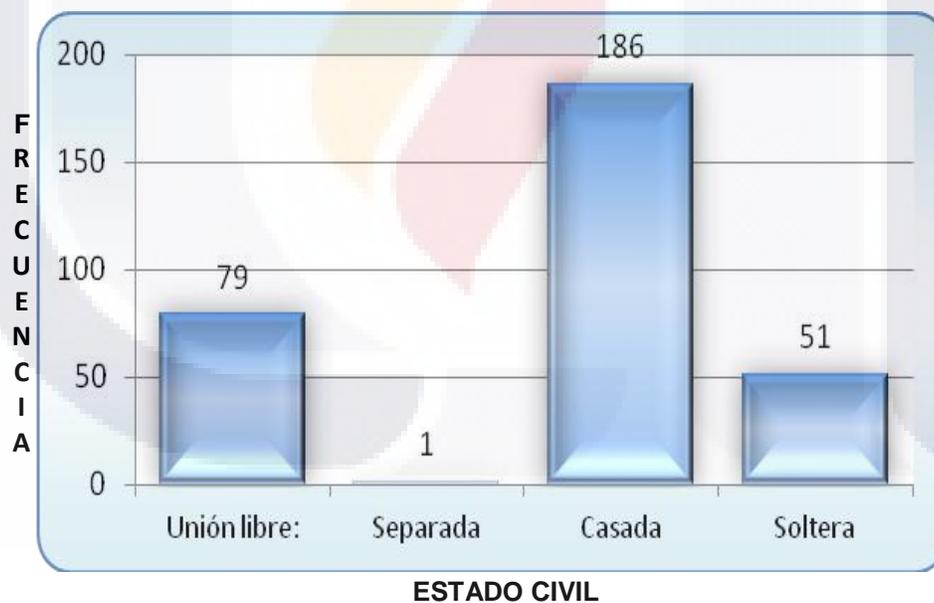


La **Tabla 4** describe la distribución del estado civil, se encontró que las mujeres en su mayoría están casadas con un 58.7%, seguidas por las mujeres que están en unión libre con un 24.9%, en tercer lugar las que están solteras con un 16.9% y por ultimo solo el 0.3% están separadas de su pareja.

TABLA 4. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL ESTADO CIVIL.		
Estado civil	Fr.	%
Unión libre	79	24.9%
Separada	1	0.3%
Casada	186	58.7%
Soltera	51	16.1%
Total general	317	100.0%

Fuente: Encuesta directa.

GRÁFICA 4. GRÁFICA DE BARRAS. ESTADO CIVIL.



La **Tabla 5** muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de la ocupación de las pacientes entrevistadas asistentes a control prenatal, se obtuvo que las mujeres en su mayoría se dedican al hogar con un 51.1%, seguidas por las mujeres estudiantes con un

12.0%, en tercer lugar las mujeres que son trabajadoras en servicios personales y vigilancia con un 10.4% y en cuarto lugar las profesionales con un 7.9%.

TABLA 5. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA OCUPACIÓN.		
Ocupación	Fr.	%
Funcionarios, directores y jefes	4	1.3%
Estudiante	38	12.0%
Profesionales y técnicos	25	7.9%
Trabajadores auxiliares en actividades administrativas	22	6.9%
Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	14	4.4%
Trabajadores en servicios personales y vigilancia	33	10.4%
Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte	19	6.0%
Hogar	162	51.1%
Total general	317	100.0%

Fuente: Encuesta directa.

GRÁFICA 5. GRÁFICA DE BARRAS. OCUPACIÓN.



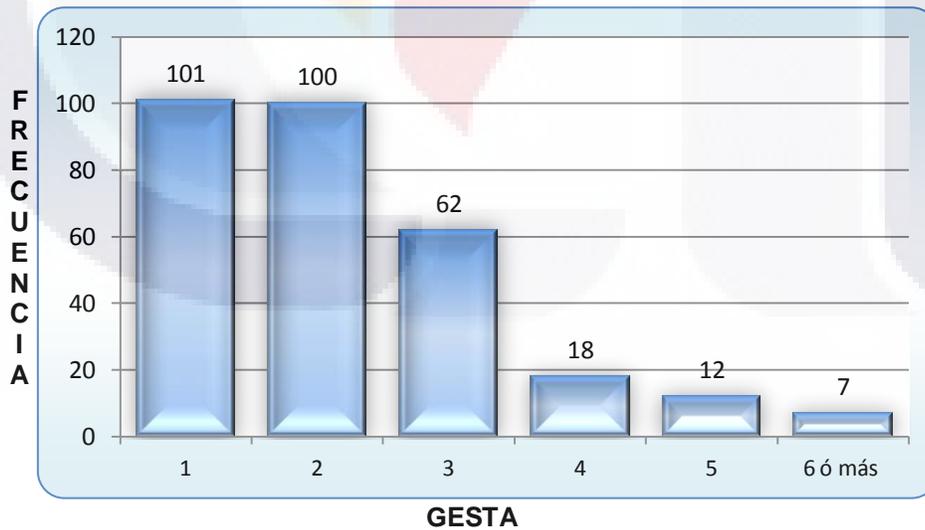
ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS DE LAS PACIENTES ASISTENTES A CONTROL PRENATAL.

La **Tabla 6** muestra la distribución del número de gesta, se encontró que en su mayoría las mujeres entrevistadas son primigestas (34.1%); seguidas de cerca por las mujeres que son secundigestas con un 33.1%; en tercer lugar con un 20.5% las mujeres que cursan con su tercer embarazo y por último el porcentaje restante se distribuye entre las mujeres que presentan su cuarto, quinto o sexto embarazo.

TABLA 6. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL NÚMERO DE GESTA.		
Número de embarazos	Fr.	%
1	108	34.1%
2	105	33.1%
3	65	20.5%
4	19	6.0%
5	13	4.1%
6 ó mayor	7	2.2%
Total general	317	100.0%

Fuente: Encuesta directa.

GRÁFICA 6. GRÁFICA DE BARRAS. NÚMERO DE GESTA.

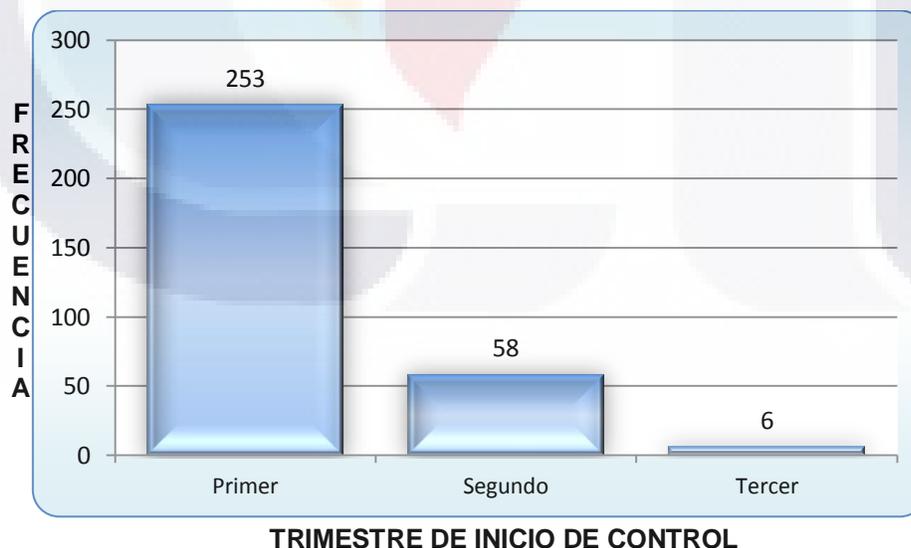


La **Tabla 7** muestra la distribución de la variable dependiente de este estudio, es decir el trimestre en el que acuden a su primer consulta de control prenatal; se encontró que el 79.8% de las pacientes iniciaron su atención en forma temprana durante el primer trimestre de gestación; seguidas por el 18.3% que acudieron a control prenatal en el segundo trimestre y en tercer lugar solo 6 mujeres (1.9%) que acudieron hasta el tercer trimestre.

TABLA 7. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.		
Trimestre	Fr.	%
Primer	253	79.8%
Segundo	58	18.3%
Tercer	6	1.9%
Total general	317	100.0%

Fuente: SIMF

GRÁFICA 7. GRÁFICA DE BARRAS. TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.

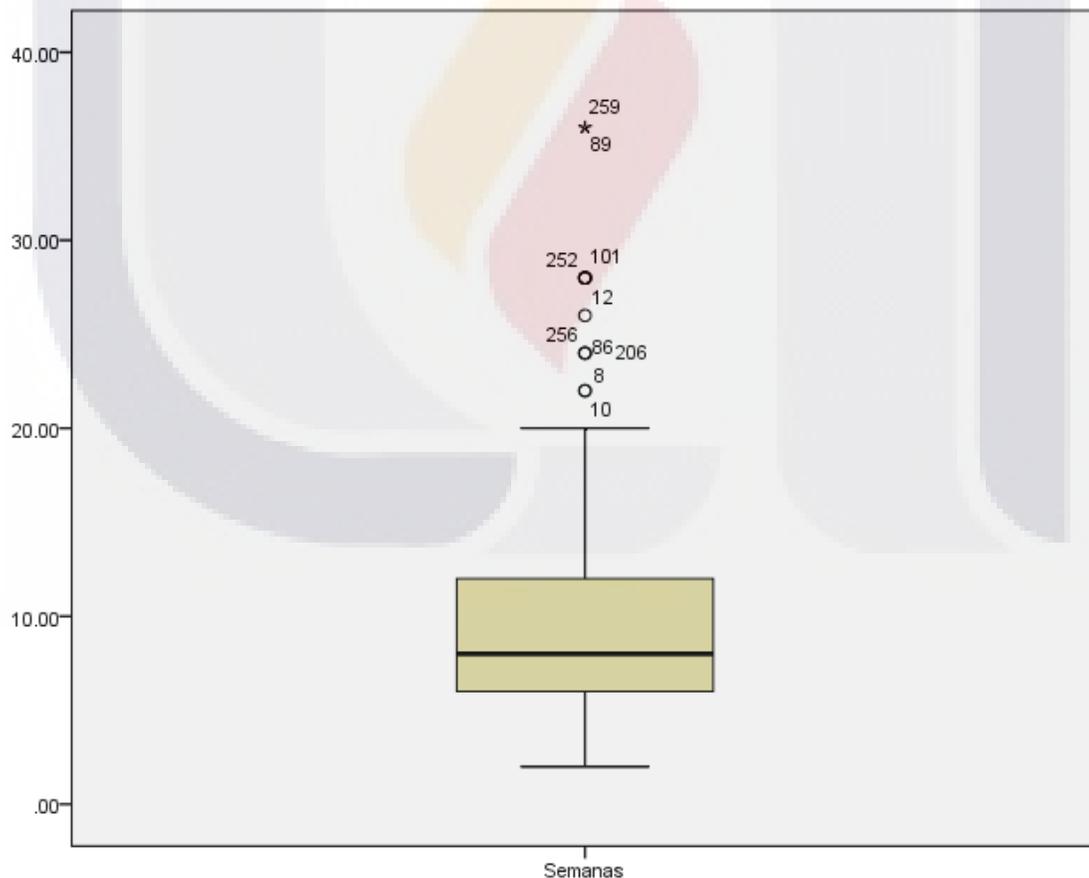


La **Tabla 8** muestra las estadísticas descriptivas de la semana de gestación en la cual se inicio el control prenatal, se obtuvo que la semana de gestación promedio es de 9.83 con una desviación estándar de 5.69 y un rango desde la semana 2 hasta la 36.

TABLA 8. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA SEMANA DE GESTACIÓN DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.					
Semana de gestación	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	317	2.00	36.00	9.83	5.69

En la **Gráfica 8** se observa que el tercer cuartil se encuentra dentro de las 20 semanas, esto refleja que la distribución de las frecuencias está cargada por debajo de las 20 semanas de gestación.

GRÁFICA 8. GRÁFICA DE CAJA Y BIGOTES. SEMANA DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.



La **Tabla 9** muestra la distribución de frecuencias, porcentajes y porcentajes acumulados, obteniendo que el 90.9% de las pacientes iniciaron su control prenatal antes de las 17 semanas de gestación.

Tabla 9. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS (FRECUENCIA) DE LA SEMANA DE GESTACIÓN DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.			
Semanas de Gestación	Fr.	%	% Acumulados
2	2	0.6%	0.6%
3	3	0.9%	1.6%
4	61	19.2%	20.8%
5	5	1.6%	22.4%
6	18	5.7%	28.1%
7	13	4.1%	32.2%
8	83	26.2%	58.4%
9	10	3.2%	61.5%
10	15	4.7%	66.2%
11	3	0.9%	67.2%
12	40	12.6%	79.8%
14	8	2.5%	82.3%
15	3	0.9%	83.3%
16	22	6.9%	90.2%
17	2	0.6%	90.9%
18	3	0.9%	91.8%
20	14	4.4%	96.2%
22	2	0.6%	96.8%
24	3	0.9%	97.8%
26	1	0.3%	98.1%
28	4	1.3%	99.4%
36	2	0.6%	100.0%
Total general	317	100.0%	Fuente: SIMF

La **Tabla 10** muestra los estadísticos descriptivos de los ítems contenidos en la Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), escala que se aplicó para evaluar la funcionalidad familiar. Se obtuvo que la mayoría de las respuestas está concentrada en

las respuestas positivas a excepción de los ítems 7 y 10; respecto al ítem 7 que corresponde a la característica de permeabilidad, el 32.5 % de las familias encuestadas “A veces” toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles; por otra parte en el ítem 10 que corresponde a la característica de adaptabilidad, se observó que el 32.8 % de las pacientes respondió que “A veces” se pueden modificar las costumbres familiares ante determinadas situaciones.

TABLA 10. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL).												
Ítems	Casi nunca		Pocas veces		A veces		Muchas veces		Casi siempre		Total general	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	7	2.2%	9	2.8%	48	15.1%	78	24.6%	175	55.2%	317	1
2. En mi casa predomina la armonía.	6	1.9%	1	0.3%	44	13.9%	125	39.4%	141	44.5%	317	1
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.	3	0.9%	17	5.4%	41	12.9%	113	35.6%	143	45.1%	317	1
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	1	0.3%	5	1.6%	29	9.1%	121	38.2%	161	50.8%	317	1
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	11	3.5%	13	4.1%	62	19.6%	105	33.1%	126	39.7%	317	1
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	6	1.9%	7	2.2%	61	19.2%	114	36.0%	129	40.7%	317	1
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	13	4.1%	40	12.6%	103	32.5%	95	30.0%	66	20.8%	317	1
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.	3	0.9%	12	3.8%	36	11.4%	95	30.0%	171	53.9%	317	1

TABLA 10. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL).												
Ítems	Casi nunca		Pocas veces		A veces		Muchas veces		Casi siempre		Total general	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	8	2.5%	20	6.3%	53	16.7%	129	40.7%	107	33.8%	317	1
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	7	2.2%	31	9.8%	104	32.8%	107	33.8%	68	21.5%	317	1
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.	3	0.9%	8	2.5%	57	18.0%	93	29.3%	156	49.2%	317	1
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	4	1.3%	24	7.6%	82	25.9%	107	33.8%	100	31.5%	317	1
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	7	2.2%	9	2.8%	38	12.0%	120	37.9%	143	45.1%	317	1
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	2	0.6%	4	1.3%	20	6.3%	97	30.6%	194	61.2%	317	1

Fuente: Encuesta directa.

La **Tabla 11** muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de las características de la funcionalidad familiar de manera dicotomizada, obteniendo que un 82% de las familias tienen cohesión familiar; el 79% tienen armonía familiar; el 75% de las familias perciben comunicación familiar; el 61% tienen adaptabilidad familiar; el 90% perciben afectividad familiar, el 75% cumplen un rol familiar y el 50% de las familias son permeables a solicitar apoyo. Se observó que de acuerdo a la clasificación de funcionalidad familiar el 49% de las familias tienen una familia funcional. Así mismo, se obtuvo que en su mayoría (79.8%), las pacientes acudieron a su primera consulta de atención prenatal en forma temprana (en el primer trimestre de embarazo) y el restante 20.1% lo hizo en forma tardía.

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR E INICIO DE CONTROL PRENATAL.		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Cohesión familiar		
Sin Cohesión	56	17.67%
Con cohesión	261	82.33%
Armonía familiar		
Sin Armonía	66	20.82%
Con Armonía	251	79.18%
Comunicación familiar		
Sin Comunicación	78	24.61%
Con Comunicación	239	75.39%
Adaptabilidad familiar		
Sin Adaptabilidad	122	38.49%
Con Adaptabilidad	195	61.51%
Afectividad familiar		
Sin Afectividad	30	9.46%
Con Afectividad	287	90.54%
Rol familiar		
Sin Rol familiar	80	25.24%
Con Rol familiar	237	74.76%
Permeabilidad familiar		
Sin Permeabilidad	158	49.84%
Con Permeabilidad	159	50.16%
Funcionalidad familiar		
Disfuncional	161	50.79%
Funcionalidad	156	49.21%
Inicio del control prenatal		
Temprano	253	79.81%
Tardío	64	20.19%
Total general	317	100.0%

La **Tabla 12** muestra las tablas de contingencia con OR crudo, intervalo de confianza al 95% y el nivel de significancia estadística de las variables sociodemográficas, se obtuvo una asociación significativa al 95% entre el ser menor de 24 años con un OR de 3.8 (IC 95% 2.16—6.95) $\alpha=.000$; y con relación al estado civil se encontró que las mujeres que se encuentran con pareja tienen un OR protector de 0.447 (IC 95% .22-- .88) $\alpha=.018$.

TABLA 12. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS Y EL INICIO TEMPRANO DE CONTROL PRENATAL.							
Asociación entre la edad y el inicio temprano de control prenatal							
	Inicio Tardío	Inicio Temprano	Total general	OR	IC 95%	X ²	A
Menor a 24 años	34	59	93	3.8	2.16 -- 6.95	22.27	0.00
24 años o más	30	194	224				
Asociación entre la escolaridad y el inicio temprano de control prenatal							
Menos que preparatoria	30	129	159	0.891	.51 -- 1.55	0.162	0.39
Preparatoria o más	34	124	158				
Asociación entre el estado civil y el inicio temprano de control prenatal							
Con pareja	48	217	265	0.447	.22 -- .88	5.59	0.018
Sin pareja	16	36	52				
Asociación entre la ocupación y el inicio temprano de control prenatal							
Hogar	34	128	162	1.06	.60 -- 1.86	0.047	0.47
Trabaja o estudia	30	125	155				
Asociación entre la gesta y el inicio temprano de control prenatal							
Primigesta	22	86	108	1.107	.616 -- 1.98	0.116	0.42
No primigesta	42	167	209				
Asociación entre el desenlace de embarazos previos y el inicio temprano de control prenatal							
Aborto	43	170	201	1.04	.57 -- 1.89	0.019	0.5
Natural o cesárea	21	83	99				
Total general	64	253	317	Fuente: Encuesta directa			

La **Tabla 13** muestra la asociación entre las características de la funcionalidad familiar y el inicio temprano de control prenatal, encontrando asociación cruda entre la afectividad con un OR crudo de 2.48 (IC 95% 1.11—5.2) $\alpha=0.025$. Con respecto a la funcionalidad familiar se obtuvo un OR crudo de 1.4 (IC 95% .80—2.47) siendo no significativa con un $\alpha=0.14$.

TABLA 13. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL INICIO TEMPRANO DE CONTROL PRENATAL.							
Asociación entre la cohesión familiar y el inicio temprano de control prenatal							
	Inicio Tardío	Inicio Temprano	Total general	OR	IC 95%	X ²	A
Sin Cohesión	15	41	56	1.62	.82 -- 3.19	2.03	0.1
Con cohesión	49	212	261				
Asociación entre la armonía familiar y el inicio temprano de control prenatal							
Sin Armonía	14	52	66	1.12	.57 -- 2.20	0.118	0.42
Con Armonía	50	201	251				
Asociación entre la comunicación familiar y el inicio temprano de control prenatal							
Sin Comunicación	15	63	78	0.92	.48 -- 1.77	0.054	0.47
Con Comunicación	49	190	239				
Asociación entre la adaptabilidad familiar y el inicio temprano de control prenatal							
Sin Adaptabilidad	25	97	122	1.07	.606 -- 1.89	0.057	0.46
Con Adaptabilidad	39	156	195				
Asociación entre la afectividad familiar y el inicio temprano de control prenatal							
Sin Afectividad	11	19	30	2.48	1.11	5.2	0.025
Con Afectividad	53	234	287				
Asociación entre el rol familiar y el inicio temprano de control prenatal							
Sin Rol familiar	20	60	80	1.58	.85 -- 2.92	2.19	0.096
Con Rol familiar	44	193	237				
Asociación entre la permeabilidad familiar y el inicio temprano de control prenatal							
Sin Permeabilidad	37	121	158	1.63	.92 --2.88	2.92	0.058
Con Permeabilidad	27	132	159				
Asociación entre la funcionalidad familiar y el inicio temprano de control prenatal							
Disfuncional	36	125	161	1.4	.80 -- 2.47	1.41	0.14
Funcionalidad	28	128	156				

La **Tabla 14** muestra el análisis de regresión logística para ajuste de variables en 8 pasos, en el **Primer paso** se obtuvieron asociaciones significativas entre las variables Afectividad (OR=3.97 α =.010); Permeabilidad 2.14 (OR=2.14 α =0.48) y edad (OR=6.34 α =.000), el estado civil perdió asociación (OR=.441 α =.057) y la escolaridad (OR=.092 α =.092), ambas con un nivel de significancia menor a 0.10. En el **Segundo paso** se eliminó la variable de cohesión familiar por ser poco significativa, ajustándose el resto de las variables y manteniendo su significancia α <0.05 las variables de Afectividad (OR=3.97 α =.009); Permeabilidad (OR=2.14 α =0.046); y la edad (OR=6.34 α =.000). Con un nivel de significancia <0.10 se mantuvieron la escolaridad (OR=.55 α =.092) y el estado civil (OR=.441 α =.053). En el **Tercer paso** se eliminó la variable de funcionalidad (α =0.67) manteniéndose asociadas las variables de Afectividad (OR=4.16 α =.006); permeabilidad (OR=2.24 α =.026); y edad (OR=6.34 α =.000). En el **Cuarto paso** se eliminó la variable de adaptabilidad con una α =0.63, ajustando el OR de las variables significativas de la siguiente manera, Afectividad (OR=4.01 α =.007); Permeabilidad (OR=2.22 α =.027) y edad (OR=6.39 α =.000). En el **Quinto paso** se eliminó la variable de Rol familiar con un α =0.43 quedando las variables de la siguiente manera: Afectividad (OR=4.20 α =.005); Permeabilidad (OR=2.36 α =.015) y edad (OR=6.45 α =.000). En el **Sexto paso** se eliminó la variable de ocupación con una α =0.446 quedando las variables asociadas de la siguiente manera: Afectividad (OR=4.16 α =.005); Permeabilidad (OR=2.28 α =.018); edad (OR=5.97 α =.000) y estado civil (OR=.439 α =.046). En el **Séptimo paso** se eliminó la variable de desenlace del embarazos previos con una α =0.37, quedando la Afectividad (OR=4.34, α =.004); Permeabilidad (OR=2.29 α =.018), Edad (OR=5.55 α =.000) y Estado civil (OR=.43 α =.044). En el último paso, **Paso ocho** se eliminó la variable de Armonía con una α =0.36, quedando las variables de la siguiente manera en orden de significancia estadística, edad (OR=5.40 α =.000); Afectividad (OR=4.34 α =.004); Permeabilidad (OR=2.1 α =.027); estado civil (OR=.45 α =.051); escolaridad (OR=.52 α =.052) y número de gesta (OR=.51 α =.077).

TABLA 14. REGRESIÓN LOGÍSTICA.							
		B	E.T.	Wald	gl	α	Exp(B)
Paso 1 ^a	Cohesión	.002	.533	.000	1	.997	1.002
	Armonía	-.589	.536	1.210	1	.271	.555
	Comunicación	-.471	.466	1.020	1	.312	0.625
	Adaptabilidad	-.213	.398	0.285	1	.593	.808
	Afectividad	1.379	.533	6.700	1	.010	3.971
	Rol Familiar	.332	.437	0.579	1	.447	1.394
	Permeabilidad	.761	.385	3.914	1	.048	2.141
	Edad	1.847	.380	23.667	1	.000	6.342
	Escolaridad	-.595	.353	2.833	1	.092	0.552
	Estado civil	-.818	.429	3.636	1	.057	.441
	Ocupación	-.278	.366	.579	1	.447	0.757
	Número de gesta	-.620	.432	2.059	1	.151	.538
	Desenlace de embarazos	-.340	.403	.712	1	.399	0.712
	Funcionalidad	.184	.441	0.174	1	.677	1.202
Constante	-.232	1.520	.023	1	.879	0.793	
Paso 2 ^a	Armonía	-.589	.501	1.382	1	.240	.555
	Comunicación	-.470	.461	1.042	1	.307	0.625
	Adaptabilidad	-.213	.398	0.285	1	.593	.808
	Afectividad	1.379	.531	6.748	1	.009	3.971
	Rol Familiar	.332	.433	0.588	1	.443	1.394
	Permeabilidad	.761	.381	3.984	1	.046	2.141
	Edad	1.847	.377	24.010	1	.000	6.343
	Escolaridad	-.595	.353	2.833	1	.092	0.552
	Estado civil	-.818	.423	3.742	1	.053	.441
	Ocupación	-.278	.366	.579	1	.447	0.757
	Número de gesta	-.620	.426	2.118	1	.146	.538
	Desenlace de embarazos	-.340	.402	.716	1	.398	0.712
	Funcionalidad	.184	.438	0.176	1	.675	1.202
	Constante	-.231	1.485	.024	1	.876	0.794

TABLA 14. REGRESIÓN LOGÍSTICA							
		B	E.T.	Wald	gl	α	Exp(B)
Paso 3 ^a	Armonía	-.572	.502	1.301	1	.254	.564
	Comunicación	-.426	.450	.896	1	.344	0.653
	Adaptabilidad	-.190	.395	0.232	1	.630	.827
	Afectividad	1.426	.521	7.509	1	.006	4.164
	Rol Familiar	.376	.421	0.798	1	.372	1.457
	Permeabilidad	.809	.364	4.936	1	.026	2.246
	Edad	1.848	.377	24.033	1	.000	6.348
	Escolaridad	-.605	.353	2.941	1	.086	0.546
	Estado civil	-.798	.419	3.638	1	.056	.450
	Ocupación	-.269	.365	.543	1	.461	0.764
	Número de gesta	-.626	.426	2.162	1	.141	.535
	Desenlace de embarazos	-.339	.401	.714	1	.398	0.712
	Constante	-.351	1.452	0.058	1	.809	.704
Paso 4 ^a	Armonía	-.580	.502	1.336	1	.248	0.560
	Comunicación	-.487	.433	1.265	1	.261	.615
	Afectividad	1.389	.514	7.291	1	.007	4.012
	Rol Familiar	.312	.399	0.612	1	.434	1.366
	Permeabilidad	.802	.364	4.862	1	.027	2.229
	Edad	1.855	.377	24.161	1	.000	6.394
	Escolaridad	-.595	.352	2.856	1	.091	0.552
	Estado civil	-.792	.418	3.596	1	.058	.453
	Ocupación	-.289	.363	.635	1	.426	0.749
	Número de gesta	-.626	.426	2.162	1	.141	.535
	Desenlace de embarazos	-.342	.402	.727	1	.394	0.710
	Constante	-.344	1.452	0.056	1	.813	.709

TABLA 14. REGRESIÓN LOGÍSTICA							
		B	E.T.	Wald	gl	α	Exp(B)
Paso 5 ^a	Armonía	-.466	.478	.948	1	.330	0.628
	Comunicación	-.488	.434	1.264	1	.261	.614
	Afectividad	1.437	.510	7.942	1	.005	4.208
	Permeabilidad	.861	.354	5.904	1	.015	2.365
	Edad	1.865	.378	24.361	1	.000	6.458
	Escolaridad	-.588	.351	2.799	1	.094	.555
	Estado civil	-.778	.418	3.463	1	.063	0.459
	Ocupación	-.277	.363	0.581	1	.446	.758
	Número de gesta	-.610	.425	2.058	1	.151	0.544
	Desenlace de embarazos	-.374	.399	0.881	1	.348	.688
	Constante	-.235	1.442	.027	1	.871	0.790
Paso 6 ^a	Armonía	-.438	.476	0.848	1	.357	.645
	Comunicación	-.508	.433	1.374	1	.241	0.602
	Afectividad	1.425	.510	7.800	1	.005	4.160
	Permeabilidad	.828	.350	5.595	1	.018	2.288
	Edad	1.787	.362	24.326	1	.000	5.973
	Escolaridad	-.660	.339	3.782	1	.052	0.517
	Estado civil	-.824	.413	3.985	1	.046	.439
	Número de gesta	-.526	.411	1.640	1	.200	0.591
	Desenlace de embarazos	-.355	.398	0.795	1	.373	.701
	Constante	-.457	1.412	.105	1	.746	0.633

TABLA 14. REGRESIÓN LOGÍSTICA							
		B	E.T.	Wald	gl	α	Exp(B)
Paso 7 ^a	Armonía	-.434	.476	0.831	1	.362	.648
	Comunicación	-.550	.432	1.618	1	.203	0.577
	Afectividad	1.469	.510	8.291	1	.004	4.345
	Permeabilidad	.831	.350	5.633	1	.018	2.296
	Edad	1.714	.349	24.080	1	.000	5.550
	Escolaridad	-.632	.337	3.509	1	.061	0.532
	Estado civil	-.825	.410	4.051	1	.044	.438
	Número de gesta	-.664	.376	3.117	1	.077	0.515
	Constante	-.643	1.388	0.215	1	.643	.525
Paso 8 ^a	Comunicación	-.682	.413	2.729	1	.099	0.506
	Afectividad	1.347	.491	7.511	1	.006	3.845
	Permeabilidad	.742	.336	4.877	1	.027	2.101
	Edad	1.688	.347	23.681	1	.000	5.406
	Escolaridad	-.654	.337	3.771	1	.052	0.520
	Estado civil	-.796	.408	3.799	1	.051	.451
	Número de gesta	-.666	.376	3.132	1	.077	0.514
	Constante	-.783	1.380	0.322	1	.570	.457

Fuente: Encuesta directa

X.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se determinó la asociación de las características de la funcionalidad familiar con el inicio temprano de control prenatal, en 317 pacientes asistentes a control prenatal de la UMF No.1 del IMSS. Además se describieron las características sociodemográficas y antecedentes ginecoobstétricos de ésta población en estudio, y se identificaron posibles asociaciones con el inicio temprano de control prenatal.

Respecto a las características sociodemográficas se generan las siguientes discusiones:

El promedio de edad de las pacientes fue de 26.7 años, cifra mayor a lo encontrado por Alfaro y Cols. en Guadalajara, Garza y Cols. en Monterrey y Vega y Cols. en San Luis Potosí quienes reportaron un promedio de edad en las gestantes de 23.6 años, esta variación se debe a que la población de estudio corresponde a otros estados y los estudios fueron realizados con anterioridad.(5-7) También se observó diferencia con lo reportado por la ENAID (2011-2013), describe que el grupo de mujeres con nivel más alto de fecundidad es de 20 a 24 años, esta variación es probable debido a que la población estudiada en la presente investigación, no representa al estado por completo y solo corresponde a algunas localidades.(30) En cuanto a la edad de la paciente menor de 24 años, se obtuvo una asociación significativa (OR crudo de 3.8 (IC 95% 2.16—6.95) $\alpha=.000$) (OR ajustado=2.10, $\alpha=.027$), éstas pacientes tienen mayor probabilidad de no iniciar su control prenatal en forma temprana, lo cual difiere con los resultados de Miranda y Cols. en Colombia, no encontró asociación significativa entre la edad menor a 25 años en las gestantes y el uso adecuado de control prenatal (OR=1,20; (IC: 0,673– 2,145)).(10)

No se encontró asociación del nivel de escolaridad con el inicio temprano de control prenatal, a diferencia de los resultados obtenidos por Castillo y Cols. quien sostiene que las pacientes con mayor grado de escolaridad tienen más probabilidad de un mayor uso de control prenatal (OR= 2,5 (I.C. 95% 1,8 – 3,6)), Kugler y Cols sostiene que la baja utilización de la atención prenatal está asociada al bajo nivel educativo. (8,9)

Haciendo referencia al estado civil, se encontró que las mujeres que se encuentran con pareja (en unión libre o casadas) tienen un OR protector de 0.447 (IC 95% .22--.88) $\alpha=.018$; similar a los resultados de Mianda y Cols quien también menciona que las gestantes que tienen pareja hacen mayor uso de control prenatal que aquellas que no tienen pareja; sin mostrar asociación significativa con el inicio temprano de control prenatal. (10)

Respecto a la ocupación, las pacientes que se dedican al hogar y las que trabajan, mostraron cifras similares de inicio temprano de control prenatal, no se encontró asociación significativa entre ésta variable y la ocupación, resultado similar fue reportado por Miranda y Cols. (10)

Respecto a los antecedentes ginecoobstétricos se generan las siguientes discusiones:

La mayor parte de las pacientes no eran primigestas, no se observó asociación entre el número de gesta y el inicio temprano de control prenatal, tampoco se observó asociación entre ésta variable y el haber presentado aborto, parto o cesárea en embarazos previos. Lo anterior difiere a los resultados de revisiones sistemáticas realizadas por Simkhada y Cols. y la OMSS, donde señalan que la paridad y el tener una historia de complicaciones obstétricas entre otros, se identifican como factores que afectan la utilización de la atención prenatal. (37, 38)

Se observó que el 79.8% de las pacientes asistentes a control prenatal iniciaron su atención en forma temprana, lo cual difiere a lo reportado por Alfaro y Cols. en Guadalajara, quienes reportaron en su estudio que el 41.9 % de las pacientes acudieron a su primera consulta prenatal en el primer trimestre de embarazo, similar a lo que obtuvo Garza y Cols. en Monterrey con un 48.6% de asistencia. (5,6)

Se obtuvo que la semana de gestación promedio de inicio de control prenatal es de 9.83, resultado diferente a lo encontrado por Vega y Cols. en San Luis Potosí quienes reportaron 17.9 semanas de gestación como promedio de inicio de control prenatal. (7)

Respecto a las características de la funcionalidad familiar se generan las siguientes discusiones:

En el presente estudio se aplicó la Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) para evaluar la funcionalidad familiar, se observó disfunción familiar en el 50.8% de las pacientes y funcionalidad familiar en el 49.2%, las características con mayor alteración fueron la Permeabilidad y Adaptabilidad, mientras que la Cohesión y Afectividad fueron las que mostraron una mayor frecuencia de respuestas positivas. Por otro lado Rangel y Cols. presenta resultados diferentes al aplicar el instrumento APGAR Familiar en pacientes embarazadas adolescentes en León Guanajuato, en su estudio encontró funcionalidad familiar alterada en el 33% de las pacientes y normalidad en un 67%. Los aspectos en los que se encontraron mayor alteración fueron el Crecimiento y Afecto. Borda y Cols. también aplica el instrumento APGAR Familiar para evaluar a pacientes embarazadas de entre 18 a 45 años y obtuvo que el 82,2 % de las mujeres estudiadas pertenecen a una familia normofuncional.(3,4) Éstas discrepancias pueden ser debido a que los instrumentos empleados para evaluar la funcionalidad familiar son diferentes y así

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mismo se componen de distintas dimensiones, lo que constituye una limitante para establecer las relaciones entre las características que otros autores han encontrado como significativas.

Con respecto a la funcionalidad familiar y el inicio temprano de control prenatal se obtuvo un OR crudo de 1.4 (IC 95% .80—2.47) $\alpha=0.14$, siendo no significativa esta asociación.

Se obtuvo que el no percibir Afectividad, está asociado con no acudir tempranamente a control prenatal (OR ajustado=3.84, $\alpha=.006$). Con respecto a la permeabilidad familiar, también se obtuvo asociación (OR ajustado=2.10, $\alpha=.027$), una familia cuya estructura familiar es permeable permite la conformación de redes de apoyo, tiene la capacidad para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Existen pocos estudios que han asociado la funcionalidad familiar y aspectos del embarazo, sus resultados difieren posiblemente debido a que la población de estudio pertenece a diferentes países, además de que las escalas empleada para evaluar el funcionamiento familiar y sus dimensiones muestran variaciones respecto al instrumento que usamos.

Kugler y Cols en Portugal aplicó la escala FACES III (Escala de evaluación de Adaptabilidad y Cohesión familiar), observó que ciertos factores económicos (bajo ingreso económico, dificultad en la búsqueda de cuidado infantil, bajo nivel educativo y la dificultad para conseguir transporte) están asociados con la baja utilización de la atención prenatal; respecto a la función familiar, bajas puntuaciones de cohesión están asociadas con el nivel de uso de la atención prenatal.(8)

Castillo y Cols. en Cartagena aplicó el instrumento de APGAR familiar, demostrando relación significativa entre la funcionalidad familiar y el uso del servicio de control prenatal. (OR=2.4 (I.C. 95% (1,7-3.5)). Aplicando el mismo instrumento pero con resultados distintos Miranda y Cols. en Colombia no encontró asociación significativa entre la funcionalidad familiar y el uso adecuado de control prenatal (OR= 0,772; (IC: 0,450 - 1,325)).(9,10)

Este estudio confirma que las características de la funcionalidad familiar y la edad de la paciente se asocian con el inicio temprano de control prenatal; se corrobora hallazgos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

anteriormente obtenidos en otras investigaciones realizadas en Cartagena (2011), donde se demuestra que la funcionalidad familiar favorecen la asistencia al servicio de control prenatal. (9) Esto nos permite integrar el estudio de salud familiar como una herramienta importante en el abordaje integral de la paciente en edad reproductiva, lo anterior podría incrementar la asistencia temprana a control prenatal y de ésta forma prevenir, diagnosticar y tratar de forma oportuna, los factores que pueden condicionar morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Las pruebas estadísticas utilizadas permitieron cumplir con los objetivos establecidos, para lo cual se obtuvieron asociaciones crudas y ajustadas de las características de la funcionalidad familiar, características sociodemográficas y antecedentes ginecoobstétricos con respecto al inicio temprano de control prenatal en el servicio de medicina familiar. El tamaño de la muestra permitió identificar asociaciones estadísticamente significativas ajustando el efecto de confusión.

La falta de otras asociaciones de las características de la funcionalidad familiar con el inicio temprano de control, podría deberse a la la homogeneidad de la muestra de las pacientes en estudio, y al tamaño de la muestra; consideramos que una muestra mayor pudo haber permitido encontrar más asociaciones ajustadas respecto a las características de la funcionalidad familiar.

Se encontraron algunas limitaciones durante la realización del estudio. No fue posible comparar los resultados con otros estudios realizados en el estado, debido a que no se han hecho estudios de esta índole en México. El nivel de escolaridad de la paciente puede dificultar la comprensión del instrumento de evaluación y ocasionar un sesgo en los resultados. Es conveniente incluir en el estudio otras características de la familia, Ej. Tipología familiar e ingreso económico, ya que podría ser de utilidad para futuras intervenciones, determinar su asociación con el inicio temprano de control prenatal.

Es necesario señalar que los resultados de este trabajo no se pueden adjudicar a la población general. La muestra utilizada en este estudio, aunque es representativa, no representa la población total del estado de Aguascalientes, ni tampoco la de las pacientes asistentes a control prenatal, ya que excluye a las derechohabientes de otras instituciones de salud.

XI.- CONCLUSIONES

En nuestra población de estudio se obtuvo que la edad promedio de las gestantes es de 26.7 años, 43.2% tienen escolaridad secundaria, 58.7% son casadas y 51.1% se dedican al hogar. En relación a sus antecedentes Ginecoobstétricos, el 34.1% es primigesta y el 33.1% cursa su segundo embarazo; el promedio de las semanas de gestación en que inician su control prenatal es de 10 semanas y el 79.8% lo hacen en forma temprana dentro del primer trimestre de embarazo. Acerca de las características de la funcionalidad familiar y su asociación con el inicio de control prenatal, un 18% manifestó no tener cohesión familiar con una asociación no significativa (OR=1.62 (IC95% .82—3.19, $\alpha=.10$)); un 21% manifestó no tener armonía y no se encontró una asociación estadísticamente significativa (OR=1.120 (IC95% .57—2.20, $\alpha=.42$)); el 25% no tienen comunicación en la familia, de la cual no se encontró una asociación significativa (OR=.92 (IC95% .48—1.77, $\alpha=.47$)); el 39% no manifestó adaptabilidad familiar, sin embargo no está asociada con el inicio oportuno de la atención prenatal (OR=1.07 (IC95% .606—1.89, $\alpha=.46$)); un 10% no tiene afectividad familiar y se obtuvo asociación significativa (OR=2.48 (IC95% 1.11—5.2, $\alpha=.025$)); el 25% no manifestó un rol familiar adecuado, sin embargo no se encontró una asociación significativa con un (OR=1.58 (IC95% .85—2.92, $\alpha=.096$)); y por último, el 50% de las pacientes manifestó no tener permeabilidad familiar, y no se encontró una asociación significativa (OR=2.92 (IC95% .92—2.88, $\alpha=.058$)). Con relación a la clasificación de funcionalidad familiar no se encontró una asociación estadísticamente significativa con el inicio temprano de control prenatal (OR=1.4, IC95% .80—2.47, $\alpha=.14$).

Por medio de una prueba de regresión logística por pasos se obtuvo un ajuste de asociaciones entre las variables sociodemográficas, antecedentes Ginecoobstetricos y características de la funcionalidad familiar que obtuvieron un OR crudo significativo, con la cual se fueron eliminando a través de los 8 pasos las variables que aportaron menor significancia estadística, obteniendo en el paso 8 el modelo definitivo con las asociaciones ajustadas y concluyendo que las pacientes menores de 24 años de edad tienen 4.4 veces más probabilidad de no acudir oportunamente a su control prenatal, en relación con las mujeres mayores de 24 años (OR ajustado= 5.406, $\alpha=.000$), se obtuvo que las gestantes que no perciben afectividad familiar tienen 2.8 veces más probabilidad de no acudir oportunamente a control prenatal, en relación con las mujeres que pertenecen a una

familia con afectividad (OR ajustado=3.84, $\alpha=.006$), así también las gestantes que no perciben permeabilidad familiar tienen 1.10 veces más probabilidad de no acudir a su control prenatal dentro del primer trimestre de gestación, en relación a las mujeres que pertenecen a una estructura familiar permeable (OR ajustado=2.10, $\alpha=.027$).

Los resultados de este estudio demuestran que la dinámica y funcionalidad de la familia, desencadenan conductas saludables en sus integrantes que pueden predecir la utilización de los servicios de salud. Por tal razón es imperativo el estudio de salud familiar en la consulta preconcepcional y de toda mujer en edad reproductiva.

XI.A.- RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.

Durante el desarrollo de este estudio se encontraron algunas limitaciones:

- Se recomienda incluir otras variables así como su asociación Ej. Tipología familiar, ingreso económico etc.
- Se recomienda elevar el estado del arte a través de estudios cuasi experimentales donde se diseñen estrategias para mejorar las características de la funcionalidad familiar asociadas al inicio temprano de control prenatal.

XI.B.- RECOMENDACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD.

Se recomienda integrar el estudio de salud familiar en la consulta preconcepcional y en la consulta médica de las pacientes en edad reproductiva, ya que de esta forma se favorece la funcionalidad familiar y el uso de los servicios de salud en forma oportuna.

XII.- GLOSARIO

Aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.

Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

Control Prenatal: Son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

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.

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.

Emergencia obstétrica: Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

Familia: Grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas.

Familia funcional: Familia que cumple con sus funciones como un sistema.

Mortalidad: Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales.

Muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

Perinatal: Etapa comprendida entre la semana 22 de gestación hasta los 28 días posnatales.

Permeabilidad: Capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Puerperio: Periodo que inicia al terminar el tercer periodo del parto y concluye con la involución de los órganos genitales maternos. Su duración de 6 a 42 días.

Rol: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

XIII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Alba L. Familia y práctica médica.Univ. Méd. Bogotá (Colombia). [serie en internet]. 2012 [acceso 16 de Marzo | 2016]; 53(2):166-185. Disponible en: <http://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/3187464/Familia+y+practic+a+medica.pdf/0e6cfaf5-0ad8-4e41-9106-80c3692de96f>
2. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. México, Organismo Internacional. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar [serie en internet]. 2005 [acceso 9 Abril 2016]; 7(1):15-19159.Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712789003>
3. Rangel , Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM [serie en internet]. 2004 [acceso 25 Septiembre 2016]; 24-26 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
4. Borda P, Forero, Cabarcas, Hinestrosa, Polo L, Staaden G et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) [serie en internet]. 2013 [acceso 26 Septiembre 2016]; 29 (3): 394-405. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4775>
5. Alfaro A, Maldonado A, Guzmán S, Mendoza R, Balcazar P, Valadez F. Oportunidad y continuidad de la atención prenatal en embarazos de riesgo bajo y frecuencia de cesáreas. Rev Med IMSS [serie en internet]. 2002 [acceso 21 de Marzo 2016]; 40(5): 415-419. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im025i.pdf>
6. Garza E, Rodríguez C, Villarreal R, Salinas M, Núñez R. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. Rev Esp Salud Pública [serie en internet]. 2003 [acceso 4 Febrero 2016]; 77 (2): 267-274. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17077209>

7. Vega R, Barrón A, Acosta L. Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí durante 2008. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [serie en internet]. 2013. [acceso 21 de Marzo 2016]; 30(3): 265-272. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12025369004.pdf>
8. Kugler P, Yeash J, Rumbaugh C. The impact of sociodemographic, health care system, and family function variables on prenatal care utilization in a military setting. Journal of Family Practice. [serie en internet]. 1993 [acceso 26 Septiembre 2016]; 37(2): 143. Disponible en: http://go.galegroup.com.etechnology.idm.oclc.org/ps/i.do?p=HRCA&u=ps&id=G_ALE|A13248749&v=2.1&it=r&sid=summon&userGroup=ps&authCount=1
9. Castillo A, Arias C, Cueto P, Ledesma B, Luna G, Morón M et al. *Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas del Distrito de Cartagena. 2011.* Trabajo de grado para obtener el título de enfermera. Universidad de Cartagena; 2011. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2304/1/Informe%20Final%20C.P.pdf>
10. Miranda M, Herazo T, Lombana P, Osorio V. Factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado de control prenatal en dos comunas de Sincelejo – Colombia. Revisalud Unisucre. [serie en internet]. 2015 [acceso 5 Febrero 2016]; 2 (2):4-14. Disponible en: <http://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/162/202>
11. Revilla A, Fleitas C. Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: El ciclo vital familiar. En: Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y prácticas. Edición española. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica;1999. p88-102
12. Ochoa D. Origen y conceptos básicos en terapia familiar sistémica. En: Ochoa D. Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona. Biblioteca de Psicología Textos Universitarios; 1997. P15-28
13. Anon. Maestría Terapia Familiar UNAM 2010-2012 [Internet]. Modelo Terapéutico Estructural, Salvador Minuchin. 's.f.' [consulta 3 de Febrero 2016]. Disponible en: http://maestriaterapiafamiliarunam.weebly.com/uploads/6/1/1/9/6119077/modelo_estructural_monografia.pdf

14. González G, González G. Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. REMO. [serie en internet]. 2008 [acceso 28 de Enero 2016]; 6(15):2-7. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/remo/v6n15/v6n15a02.pdf>
15. Gómez C, Irigoyen C, Ponce R. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. [serie en internet]. 1999 [acceso 6 de Marzo 2016]; 1(2):45-57. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_127-139.pdf
16. Espejel. La Escala de funcionamiento familia. Una aproximación a la investigación cuanti y cualitativa. En: Familia: Jiménez G. Naturaleza amalgamada. Tlaxcala. Departamento de Educación Especializada, Centro Universitario de Estudios para la Familia; 2000. p241-249.
17. Guerrero D. Correlación entre la funcionalidad familiar y el control glucémico de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. [tesis]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Medicina; 2013.
18. Quijada F, Pons Á, Solís V, Hernández J, García C. Flores M. Diseño y validación de un instrumento de funcionalidad familiar. Médico de familia. [serie en internet]. 2010 [acceso 21 Marzol 2016];18(2):89-96. Disponible en: http://www.sovemefa.com/revistas_sovemefa/medico_de_familia_18_2_2010.pdf
19. Louro B et al. Evaluación de la salud familiar. En: Manual para la intervención en la salud familiar. Grupo asesor metodológico, estudios de salud de la familia. La Habana. Editorial ciencias médicas; 2002. p26-30
20. Pérez G, De la Cuesta F, Louro B, Bayarre V. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. Ciencia Ergo Sum. [serie en internet]. 1997 [acceso 15 de Febrero 2016]; 4(1):63-66. Disponible en: <http://ergosum.uaemex.mx/index.php/ergosum/article/view/4004/3054>
21. Louro Bernal I. *Modelo teórico metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria*. Tesis doctoral. Escuela Nacional de Salud Pública; 2004. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_isabel_louro.pdf
22. Secretaria de Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. *Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo*. México.

CENTEC; 2009.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf

23. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *Diario Oficial*, 7 de Marzo de 2016. Primera sección. www.dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=5432287

24. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo humano. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. *Salud Reproductiva Materna Perinatal Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo*. 1321.01. Montevideo, Uruguay. 2001 http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201321.pdf (último acceso 22 de Febrero 2016).

25. 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. *Diario Oficial de la Federación*, 31 de octubre de 1994. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

26. Organización Mundial de la Salud. *Nuevo modelo de control prenatal de la OMS*. Ginebra, Suiza; 2003. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf (último acceso 3 de Agosto 2016).

27. Mathai, M. Paquetes alternativos de atención prenatal frente a estándar para el embarazo de bajo riesgo. [Página principal en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [actualizado 1 de Febrero de 2011; citado 3 de Agosto 2016]. P.e.: [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd000934_mathaim_com/es/index.html

28. Programa de Acción Específico Salud Materna Y Perinatal 2013-2018. Secretaría de Salud. Primera Edición. 2014:11-89. (último acceso 4 de Marzo 2014). Disponible en: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

29. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. Mortalidad materna en México. Marco conceptual, derecho comparado, políticas públicas, tratados internacionales, estadísticas y opiniones especializadas. [Monografía en Internet]. México, DF: Poder Legislativo Federal Cámara de Diputados; 2015. [accesado 28 de Junio 2016]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf>
30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta nacional de la dinámica demográfica 2014 [base de datos en Internet]. Aguascalientes, Ags. *Boletín de prensa* núm. 271/15; [fecha de actualización 9 de Febrero de 2015 ; fecha de consulta 20 de Abril 2015]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Intercensal 2015. [página principal en Internet]. Aguascalientes: c 2015. [citado 12 de Marzo 2016]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Ags/Poblacion/default.aspx?tema=ME&e=01>
32. González B. Las crisis familiares. *Rev Cuban Med Gen Integr. Childbirth* [serie en internet]. 2000 [acceso 28 de Abril 2016]; 16(3):280-285 Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_3_00/mgi10300.pdf
33. Herrera S. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.*[serie en internet]. 1997 [acceso 13 de Febrero 2016];13(6); Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm
34. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Mortalidad materna. Centro de prensa de la OMS: c2015 [citado 4 de Agosto 2016]. [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
35. Sánchez N, Pérez T, Pérez R, Vázquez N. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [serie en internet]. 2005 [acceso 16 de Marzo 2016]; 43(5): 377-380. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>
36. Romero P, Sánchez M, Romero L, Chávez C. Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. *Perinatol Reprod Hum* [serie en

internet]. 2010 [acceso 26 de Abril 2016]; 24(1): 42-50. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101f.pdf>

37. Simkhada, Teijlingen, Porter, Simkhada. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *JAN: Review Paper 2207*; 244-260.

38. United Nations Children's Fund (UNICEF). Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities: An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001 [Monografía en Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO); 2003. [accesado 28 de Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.unicef.org/media/files/antenatal.pdf>



B. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. ESCOLARIDAD:

1. Ninguno	
2. Preescolar o Kinder	
3. Primaria	
4. Secundaria	
5. Preparatoria o Bachillerato	
6. Estudios técnicos o comerciales con preparatoria o bachillerato terminado	
7. Técnico superior universitario o profesional asociado	
8. Licenciatura o Ingeniería	
9. Posgrado y/o Maestría	
10. Doctorado	

2. ESTADO CIVIL:

1. Unión libre:		4. Casada	
2. Separada		5. Soltera	
3. Divorciada			

3. OCUPACIÓN ACTUAL:

1. Funcionarios, directores y jefes.	
2. Profesionales y técnicos.	
3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas.	
4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas.	
5. Trabajadores en servicios personales y vigilancia	
6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca.	
7. Trabajadores artesanales.	
8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte.	
9. Hogar	
10. Jubilado o pensionado	
11. Estudiante	

C. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.

1. Número de embarazos previos que ha tenido la paciente:

0	1	2	3	4	5 ó más
---	---	---	---	---	---------

2. Desenlace de embarazos previos:

Parto

Cesárea

Aborto

D. CONTROL PRENATAL

1. Respecto al embarazo actual, trimestre en el cual inicio el control prenatal.

Primer

Segundo

Tercer

2. Semana de gestación en la cual inició el control prenatal.

--	--

SECCIÓN II

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe marcar con una "X" su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

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

ANEXO B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA ACTIVIDAD	D I C I E M B R E	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	O C T U B R E	N O V I E M B R E	D I C I E M B R E
	2015	2016											
ELECCION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	X												
REVISIÓN BILIOGRÁFICA		X	X	X									
DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN					X	X	X						
REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN								X	X				
REGISTRO DEL PROTOCOLO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN										X			
REVISIÓN Y MODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN										X			
ACEPTACIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN											X		
APLICACIÓN DEL TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL											X		
CAPTURA DE DATOS												X	
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS												X	
ELABORACION DE TESIS													X

ANEXO C

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: CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACION CON EL INICIO TEMPRANO DE CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ASISTENTES A CONTROL PRENATAL USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES.

Lugar y fecha: Aguascalientes, Ags a _____ de _____ de 2016.

Número de registro ante el Comité Local de Investigación en Salud: R-2016-101-13

Justificación y objetivo del estudio: Éste estudio ha sido diseñado para incrementar la asistencia temprana de las pacientes a control prenatal, aumentando la detección y control de los factores de riesgo que pudieran ser causa de mortalidad materna y perinatal. El objetivo es determinar la asociación de las características de la funcionalidad familiar con el inicio temprano de control prenatal en pacientes asistentes a control prenatal usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS delegación Aguascalientes.

Procedimientos: Responder un Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y una encuesta de características sociodemográficas.

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales con la aplicación del Test y la encuesta antes mencionada, la molestia en este caso solo sería la inversión del tiempo (minutos) requerido para su contestación.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Los beneficios directos pudieran no existir. Los resultados del presente estudio contribuirán a la utilización del estudio de la familia como una herramienta útil en el abordaje integral de la paciente que acude a consulta preconcepcional; y así complementar y optimizar los programas enfocados a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en México.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar las dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: Su participación en este estudio es completamente voluntaria, tiene el derecho de retirarse en cualquier momento y puede dejar de contestar alguna pregunta a la cual no quiera dar respuesta. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica otorgada por el IMSS, su decisión no afecta su relación con el instituto ni sus derechos a obtener los servicios de salud necesarios.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable asegura que no se dará a conocer información sobre su identidad en las publicaciones que se realicen de este estudio y sus datos serán tratados en forma confidencial; se compromete a proporcionarme información que se obtenga mediante el estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: Dra. Ana Hortensia López Ramírez. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 1 IMSS. Domicilio: Blvd. José María Chávez No. 1202 Col. Fraccionamiento Lindavista C.P. 20270, Aguascalientes, Aguascalientes. Teléfono: (449) 9139022, Correo electrónico: draanahortensia@hotmail.com y con la Tesista: Dra. Adriana Infanzón Bernal. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 1 IMSS, Domicilio: Blvd. José María Chávez No. 1202 Col. Fraccionamiento Lindavista C.P. 20270, Aguascalientes, Aguascalientes, Teléfono: (449) 9139022, Correo electrónico: ady_4_28@hotmail.com

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

Nombre y Firma del sujeto

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1. Nombre, relación, dirección y firma.

Testigo 2. Nombre, relación, dirección y firma

ANEXO D

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ÍTEMS	ÍNDICES
Características sociodemográficas.	Son el conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece cada individuo.	Características sociales: Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que las componen	Nivel de Estudios: Grados que el individuo ha aprobado en un establecimiento reconocido.	Años cumplidos de educación formal	Cualitativa Ordinal	B1.Escolaridad	1.Ninguno 2. Preescolar o Kinder. 3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria o Bachillerato 6. Estudios técnicos o comerciales con preparatoria o bachillerato terminado 7. Técnico superior universitario o profesional asociado 8. Licenciatura o Ingeniería 9. Posgrado y/o Maestría 10. Doctorado
			Estado civil actual: Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco.	Situación familiar o de parentesco	Cualitativa Nominal	B2.Estado civil	1.Unión libre 2. Separada 3. Divorciada 4. Casada 5. Soltera
		Características económicas: Estudia el comportamiento humano en relación a sus necesidades.	Ocupación actual	Tipo de ocupación según sectores	Cualitativa Nominal	B3.Ocupación actual.	1.Funcionarios, directores y jefes. 2. Profesionales y técnicos. 3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas. 4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de

							ventas. 5. Trabajadores en servicios personales y vigilancia. 6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca. 7. Trabajadores artesanales. 8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte. 9. Hogar. 10. Jubilado o Pensionado. 11. Estudiante.
--	--	--	--	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ÍTEMS	ÍNDICES
Antecedentes ginecoobstétricos.	Son el conjunto de antecedentes y características del funcionamiento del sistema reproductor femenino, embarazo, parto y posparto .	Gesta: Número de embarazos previos y desenlace de éstos	Número de gesta	Cantidad de embarazos previos	Cuantitativa discreta	C.1 Número de embarazos previos que ha tenido la paciente.	- 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 ó más
		Término del embarazo	Desenlace de embarazos previos	Parto Aborto Cesárea	Cuantitativa discreta	C.2 Desenlace de embarazos previos.	0,1,2,3,4,5...

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ÍTEMS	ÍNDICES
Control prenatal	Son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.	<p>Inicio de control prenatal: Momento de la primera consulta de control prenatal. -Inicio temprano de control prenatal: Primera consulta en las primeras 12 semanas de gestación o en el primer trimestre de gestación.</p> <p>-Inicio tardío de control prenatal: Primera consulta posterior a las 12 semanas de gestación o en el segundo y tercer trimestre de gestación.</p>	Trimestre de inicio de control prenatal.	Trimestre del embarazo en el cual la paciente inicio el control prenatal.	Cualitativa Nominal	D1. Respecto al embarazo actual, trimestre en el cual inicio el control prenatal.	-Primer (semana 1 a semana 12) -Segundo (semana 13 a semana 28) -Tercero (semana 29 a 42)
			Semana de gestación de inicio de control prenatal.	Número de semana de gestación de inicio de control prenatal	Cuantitativa discreta	D2. Semana de gestación en la cual inició el control prenatal.	1-42

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ÍTEMS	ÍNDICES
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.	A través de la puntuación final obtenida en el Test de Funcionamiento familiar (FF-SIL)	Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.	Cualitativa Ordinal	1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia. 8. Cuando	Escala de Liker de 5 puntos: Casi siempre: 5 Muchas veces: 4 A veces: 3 Pocas veces: 2 Casi nunca: 1

			de las tareas domésticas.			alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.	
		Familia funcional: Cuando la familia cumple con las funciones básicas y la puntuación obtenida en la escala FF-SIL sea de 57 a 70 puntos.	Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.	En casa predomina la armonía Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	Cualitativa Ordinal	2.En casa predomina la armonía. 13.Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	Escala de Liker de 5 puntos: Casi siempre:5 Muchas veces : 4 A veces: 3 Pocas veces:2 Casi nunca:1
		Moderadamente funcional: Cuando la familia cumple parcialmente con las funciones básicas y la puntuación obtenida en la escala FF-SIL sea de 46 a 56 puntos.	Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa	Se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa. Pueden conversar diversos temas sin temor.	Cualitativa Ordinal	5. Nos expresamos insinuaciones, de forma clara y directa. 11. Podemos conversar diversos temas sin temor.	Escala de Liker de 5 puntos: Casi siempre:5 Muchas veces : 4 A veces: 3 Pocas veces:2 Casi nunca:1
		Familia disfuncional: Cuando la familia no cumple con las funciones básicas y la puntuación obtenida en la escala FF-SIL sea de 28-42 puntos .	Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.	Pueden aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	Cualitativa Ordinal	6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	Escala de Liker de 5 puntos: Casi siempre:5 Muchas veces : 4 A veces: 3 Pocas veces:2 Casi nunca:1
			Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia para convivir y	Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana.	Cualitativa Ordinal	4.Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra	Escala de Liker de 5 puntos: Casi siempre:5 Muchas veces

			demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.	Se demuestran el cariño que se tienen		vida cotidiana. 14.Nos demostramos el cariño que nos tenemos	: 4 A veces: 3 Pocas veces:2 Casi nunca:1
		Familia severamente disfuncional: Cuando la familia no cumple con las funciones básicas y la puntuación obtenida en la escala FF-SIL sea de 14-27 puntos .	Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.	En casa cada uno cumple con sus responsabilidades. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	Cualitativa Ordinal	3.En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades. 9.Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	Escala de Liker de 5 puntos: Casi siempre:5 Muchas veces : 4 A veces: 3 Pocas veces:2 Casi nunca:1
			Permeabilidad: Capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones .	Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas.	Cualitativa Ordinal	7.Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. 12. Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas.	Escala de Liker de 5 puntos: Casi siempre:5 Muchas veces : 4 A veces: 3 Pocas veces:2 Casi nunca:1

ANEXO E

MANUAL OPERACIONAL

CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACION CON EL INICIO TEMPRANO DE CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ASISTENTES A CONTROL PRENATAL USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES.

MANUAL OPERACIONAL

El residente de tercer año de medicina familiar aplicará el cuestionario de “Características de la funcionalidad familiar y su asociación con el inicio temprano de control prenatal en pacientes asistentes a control prenatal de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS delegación Aguascalientes”.

La encuesta se compone de dos secciones, la Sección I consta de tres apartados que son: Ficha de Identificación, Características Sociodemográficas y Antecedentes Ginecoobstetricos; la Sección II corresponde a la Prueba de percepción del funcionamiento familia (FF-SIL).

1-A partir de la lista nominal de las pacientes asistentes a control prenatal se seleccionará en forma aleatoria a las pacientes que formarán parte de la muestra. Éstas pacientes serán localizadas en el SIMF con el objetivo de identificar la fecha en la cual acudirán a su cita de control prenatal.

2- Al finalizar su consulta se les informará que fueron seleccionadas para participar en el presente estudio, se dará a conocer el objetivo de éste y las actividades a realizar. Las pacientes aceptantes acudirán al aula asignada en compañía del tesista para contestar el cuestionario.

3- En el aula asignada se otorgará a cada paciente el consentimiento informado para su aceptación de participación en el proyecto, se aplicará el cuestionario de “Características de la funcionalidad familiar y su asociación con el inicio temprano de control prenatal en pacientes asistentes a control prenatal de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS delegación Aguascalientes”.

4. Se realizará una entrevista cara a cara para responder la Sección I, mientras que la Sección II será auto aplicada por la misma paciente.

SECCIÓN I

En ésta sección la información se obtendrá a través de interrogatorio directo; se confirmará la identidad del entrevistado a través del carnet de citas médicas.

A. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: El nombre se obtendrá del carnet de citas médicas del entrevistado perteneciente a la UMF 1 del IMSS. Ejemplo:

1. Nombre: Sara Elena Martínez Reyes

Edad: Se anotará la edad cumplida en años. Ejemplo:

2. Edad: 23 años

Número de Afiliación: Éste se obtendrá del carnet de citas. Ejemplo:

3. Número de Afiliación:

5	1	1	3	9	1	1	9	4	0	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2	F	9	3	O	R
---	---	---	---	---	---

Domicilio: En este apartado se preguntará directamente a la paciente la calle número, colonia donde está ubicada su casa y la ciudad donde radica. Ejemplo:

4. Domicilio: Madrid #202 España Aguascalientes
Calle y Número Colonia Ciudad

Teléfono: Se preguntará si cuenta con número telefónico fijo o móvil y si lo puede proporcionar. Ejemplo:

5. Teléfono: 449 123 45 67

Número de consultorio: Se anotará el número de consultorio al cual pertenezca la paciente entrevistada, este dato se obtendrá del carnet de citas médicas y se confirmará con la paciente. Ejemplo:

6. Número de consultorio:

Turno: Se seleccionará con una “X” la casilla correspondiente al turno en el cual acude la paciente a su control prenatal, este dato será proporcionado por la paciente. Ejemplo.

7. Turno: Matutino Vespertino

B. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Escolaridad : En esta sección se le preguntará a la paciente el nivel máximo de estudios alcanzado y se señalará con una “X” la casilla correspondiente a su respuesta. Ejemplo:

Si la respuesta es “Preparatoria” se indicará de la siguiente forma:

1. ESCOLARIDAD:

1. Ninguno	
2. Preescolar o Kinder	
3. Primaria	
4. Secundaria	
5. Preparatoria o Bachillerato	X
6. Estudios técnicos o comerciales con preparatoria o bachillerato terminado	
7. Técnico superior universitario o profesional asociado	
8. Licenciatura o Ingeniería	
9. Posgrado y/o Maestría	
10. Doctorado	

Estado civil actual: Se le preguntará a la paciente su estado civil actual y se señalará con una “X” la casilla correspondiente a su respuesta. Ejemplo:

Si la respuesta es “Casada” se indicará de la siguiente forma:

2. ESTADO CIVIL:

1. Unión libre:		4. Casada	x
2. Separada		5. Soltera	
3. Divorciada			

Ocupación actual: Se preguntará a la paciente la actividad a cual se dedica y se señalará con una “X” la casilla que mejor corresponda a su respuesta. Ejemplo:

Si la respuesta es “Ama de casa” se indicará de la siguiente forma:

3. OCUPACIÓN ACTUAL:

1. Funcionarios, directores y jefes.	
2. Profesionales y técnicos.	
3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas.	
4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas.	
5. Trabajadores en servicios personales y vigilancia	
6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca.	
7. Trabajadores artesanales.	
8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte.	
9. Hogar	X
10. Jubilado o pensionado	
11. Estudiante	

C. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.

Número de embarazos previos: Se preguntará a la paciente el número embarazos que haya presentado con anterioridad. Ejemplo:

Si la respuesta es 2 embarazos previos, se marcará con una “X” la casilla que corresponde al número 2.

1. Número de embarazos previos que ha tenido:

0	1	2	3	4	5 ó más
---	---	--------------	---	---	---------

Desenlace de embarazos previos: Se anotará en la casilla correspondiente el número de partos, cesáreas y abortos que la paciente haya presentado en embarazos previos. Esta información será proporcionada por la paciente. Ejemplo:

Si la respuesta es solo 1 cesárea y 1 aborto, se anotará el número 1 en la casilla correspondiente a cesárea y el número 1 en la casilla que corresponde a aborto.

2. Cuántos de ellos han terminado en:

Parto Cesárea Aborto

D. CONTROL PRENATAL

1. Respecto al embarazo actual, trimestre en el cual inicio el control prenatal: Esta información será obtenida a través de la revisión del expediente electrónico en el SIMF.

Se anotará una "X" en la casilla correspondiente al trimestre del embarazo en el cual la paciente haya acudido a su primer consulta de control prenatal. Ejemplo:

Si la respuesta es semana 20 de gestación se seleccionará la opción segundo de la siguiente forma.

Primer Segundo Tercer

2. Semana de gestación en la cual inició el control prenatal. Esta información será obtenida a través de la revisión del expediente electrónico en el SIMF.

En la casilla se anotará el número ordinal correspondiente a la semana de gestación en la cual la paciente haya acudido a su primer consulta de control prenatal. Ejemplo:

Si la respuesta es semana 20 de gestación se anotará en la casilla este número de la siguiente forma:

2	0
---	---

SECCIÓN II**PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIA (FF-SIL)**

Éste instrumento de auto aplicación evalúa el funcionamiento familiar según la dinámica de las relaciones internas de la familia, a partir de la percepción de uno de los miembros; su aplicación se realizará al miembro de la familia que a criterio del tesista tenga la capacidad para responderla.

Con la aplicación de FF-SIL se evalúa siete características de la función familiar a través de catorce ítems que plantean un grupo de situaciones las cuales pueden ocurrir o no en la familia; están distribuidas de la siguiente forma:

1-Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.

Ítems:

- 1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.**
- 8. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.**

2-Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Ítems:

- 2. En mi casa predomina la armonía.**
- 13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.**

3-Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

Ítems:

- 5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.**
- 11. Podemos conversar diversos temas sin temor.**

4-Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

Ítems:

6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

5-Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Ítems:

4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

6-Rol: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Ítems:

3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.

9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.

7-Permeabilidad: Capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Ítems:

7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.

12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

La paciente encuestada deberá identificar su respuesta según la frecuencia en que cada una de las situaciones se presenten. Y marcará con una "X" la casilla según corresponda.

Ejemplo:

Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
		X		

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado (frecuencia en que se presentan las situaciones); se codifica como se observa en la siguiente tabla.

VALORES DE LA ESCALA	
Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Ejemplo:

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.			X		

Si la respuesta es "A veces" se codificará 3 puntos.

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar.

Diagnóstico del funcionamiento familiar según la puntuación total de la prueba FF-SIL	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Se puede realizar un análisis cualitativo de las respuestas a los ítems de la prueba e identificar las características problema del funcionamiento familiar. Dichas características están distribuidas de acuerdo a los ítems que se exploran de la siguiente forma:

Se realiza la suma de los puntos obtenidos en la respuesta de ambos ítems correspondientes a cada característica.

Cohesión: Ítems 1 y 8

Armonía: Ítems 2 y 13

Comunicación: Ítems 5 y 11

Adaptabilidad: Ítems 6 y 10

Afectividad: Ítems 4 y 14

Roles: Ítems 3 y 19

Permeabilidad: Ítems 7 y 12

EJEMPLO:

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe marcar con una "X" su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

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

Codificamos los valores de la escala y obtenemos un total de 62 puntos; que corresponde a un diagnóstico de Familia Funcional.

Se realiza la suma de los puntos obtenidos en la respuesta de ambos ítems correspondientes a cada característica para identificar las áreas más afectadas.

1. Cohesión: Ítems 1 y 8 = $3 + 5 = 8$
2. Armonía: Ítems 2 y 13 = $5 + 5 = 10$
3. Comunicación: Ítems 5 y 11 = $4 + 4 = 8$
4. Adaptabilidad: Ítems 6 y 10 = $5 + 5 = 10$
5. Afectividad: Ítems 4 y 14 = $4 + 4 = 8$
6. Roles: Ítems 3 y 9 = $4 + 5 = 9$
7. Permeabilidad: Ítems 7 y 12 = $4 + 5 = 9$

Se determina que las características más afectadas son la Cohesión, la Comunicación y la Afectividad, ya que en éstas se obtuvo la menor puntuación.