



Departamento de Posgrados

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**Análisis Estructural de Familias de mujeres embarazadas con controles prenatales
inadecuados, Centro de Salud Nabón, Junio 2017 a Junio del 2018.**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Mayra Esthela Sanango Alvarado

Directora: Dra. Luci Amparito Matailo Montenegro

Cuenca, Ecuador, 2019

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a mi familia, de manera especial a mi madre, que con su ejemplo de fortaleza y superación siempre me ha impulsado y motivado a salir adelante, quien me ha enseñado, que pese a los obstáculos que se presentan siempre hay una solución y que “Querer es poder”.

A mis hijos Sebastian, Jared y Antonio, por su sacrificio y comprensión, al soportar mis ausencias y ser mi apoyo cuando me he sentido abatida.

Mayra Sanango Alvarado

Agradecimiento

Mi agradecimiento sincero a cada uno de los docentes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad del Azuay por los conocimientos impartidos dentro y fuera de las aulas, los mismos que han sido de gran ayuda tanto en mi vida profesional como personal, de manera especial a la Dra. Luci Matailo, tutora y directora de este trabajo, quien con su ejemplo me ha enseñado lo maravilloso y gratificante de esta especialidad, pero sobre todo por brindarme su amistad y consejos oportunos.

A las autoridades del Centro de Salud Nabón, quienes me brindaron la información necesaria para la realización de este trabajo.

A cada una de las gestantes que de manera voluntaria y desinteresada me permitieron visitarlas en sus hogares, y facilitaron la obtención de la información requerida para desarrollar esta tesis.

RESUMEN

El embarazo es un proceso fisiológico, psicológico y familiar de gran importancia para la mujer su atención debe tener como eje principal los cuidados necesarios para su evolución y culminación adecuados, de ahí que el control prenatal inadecuado conlleva a complicaciones generando un aumento en la morbimortalidad materno fetal.

Mediante el censo obstétrico del CS Nabón se identificó entre Junio del 2017 a Junio del 2018, 75 nuevas gestantes, de las cuales 12 tenían controles inadecuados, georeferenciadas como vulnerables, se aplicó el Genograma y la entrevista semiestructurada dentro de la consulta y la visita domiciliaria.

Con esta investigación cualitativa, descriptiva, no experimental se determinó que la estructura familiar no influyó en el control prenatal inadecuado, al contrario, los periodos largos de espera para obtener un turno, la poca importancia que se da al embarazo, hace que no dediquen el tiempo para acudir al control.

Palabras claves: estructura familiar, control prenatal, embarazo, control prenatal inadecuado.

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological, psychological and family process of great importance for women. Its treatment must have, as main axis, all the necessary care for its evolution and adequate culmination. Hence the inadequate prenatal control leads to complications and generates an increase in maternal and fetal morbidity and mortality. 75 new pregnant women were identified through the obstetric census of CS Nabón between June 2017 and June 2018. 12 of these women had inadequate controls, georeferenced as vulnerable, the Genogram and the semi-structured interview were applied within the consultation and the home visit. With this qualitative, descriptive and non-experimental research, it was determined that the family structure did not influence inappropriate prenatal control. On the contrary, the long periods of waiting to get an appointment and the little importance given to pregnancy cause that patients do not attend the controls.

Keywords: family structure, prenatal control, pregnancy, inadequate prenatal control.



Translated by
Ing. Paúl Arpi

Índice de Contenidos

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
1. INTRODUCCION	1
1.1. Objetivo General.	3
1.2. Objetivos específicos.	3
1.3. Hipótesis.....	4
1.4. Justificación.....	4
2. MARCO TEORICO	6
2.1.1. Embarazo.	6
2.1.2. Control prenatal.....	6
2.1.3. Barreras para el control prenatal efectivo:	9
2.1.4. Estrategias del Ministerio de Salud enfocada a grupos vulnerables con prioridad en embarazadas de riesgo:.....	10
2.1.5. Grupos Prioritarios y grupos Vulnerables.	10
2.1.6. La familia y su importancia dentro del embarazo.	11
2.1.7. Tipología de las familias según su estructura:	12
2.1.8. Caracterización de las familias:	14
3. CAPITULO 1 : MATERIALES Y METODO	17
4. CAPITULO 2: RESULTADOS.....	19
5. CAPITULO 3: DISCUSION	30
Conclusiones.....	32
Recomendaciones.	33
ANEXOS	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución según edad de las embarazadas entrevistadas por controles prenatales inadecuados.....	19
Figura 2. Nivel de Instrucción de las embarazadas entrevistadas por controles prenatales inadecuados.	20
Figura 3.: Estado Civil de las embarazadas con controles prenatales inadecuados.	20
Figura 4.: Ocupación de las embarazadas con controles prenatales inadecuados.	21
Figura 5.: Clasificación según estructura familiar (miembros) y subclasificación por cercanía de otros familiares.....	22
Figura 6.: Clasificación según estructura familiar (miembros) y subclasificación por el núcleo de hijos.	22
Figura 7.: Clasificación familiar según características.....	23
Figura 8. Captación de embarazadas con controles inadecuados.....	24
Figura 9.: Controles prenatales centro de salud Nabón y en el servicio de salud privado.....	26

Mayra Esthela Sanango Alvarado

Trabajo de Graduación

Dra. Luci Amparito Matailo Montenegro

Diciembre 2018

Análisis Estructural de Familias con mujeres embarazadas con controles prenatales inadecuados, Centro de Salud Nabón, Junio 2017 a Junio del 2018.

1. INTRODUCCION

La familia es” el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución”.(Minuchin y Fishman, 1985, p25)

La Teoría general de los sistemas indica que la familia es: (Bertalanffy, 1989, p. 146) “Sistema abierto es aquel que intercambia materia con medio circundante, que exhibe importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes (...)”.

En base a esto, se define que 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. Responsable de regir y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique”. (Medigraphic, 2005, p515-516)

Hernández (1998) comenta que “Cada núcleo familiar interpreta esta opinión proveniente del gran sistema social, lo modifica y lo concreta según su propia experiencia, en patrones de relación, rituales y celebraciones idiosincráticos que determinan su identidad como familia”.

Cada proceso se despliega en un contexto cambiante, dentro de cada etapa evolutiva familiar lo que permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento de cada miembro dentro del grupo familiar, llevándonos a la conclusión de que el funcionamiento satisfactorio de la familia, influye dentro de la salud de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social.

La familia tiene 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.

(Armas, 2007) Dentro de la familia es importante conocer los componentes de su dinámica, que son:

- Integrantes: Elementos que conforman los sistemas, la estructura equivale al “orden de sus integrantes”.
- Procesos: Red de interacciones que se dan entre los integrantes, que dinamizan y regulan permanentemente el sistema, la función equivale al “orden de los procesos”.
- Juego o dinamia entre estructura y función determina la jerarquía y funcionalidad dentro del sistema. (p25)

El proceso reproductivo (gestación) no sólo constituye una alta exigencia biológica psicológica y emocional a la mujer, que experimenta cambios importantes en su cuerpo y en su vida, también representa un acontecimiento vital dentro de la familia, donde las redes de apoyo y la resolución de los problemas asociados a la crisis, juegan un papel importante.

La gestante al sentirse comprendida busca información acerca de los cuidados prenatales y cuida de manera óptima su alimentación y su salud, lo que repercute en un desarrollo favorable de la gestación, es así que un análisis adecuado de la estructura familiar de la embarazada, podría orientar a mejorar los controles prenatales y de esta manera evitar complicaciones que pueden llevar a la muerte materna.

En tal sentido, este estudio tiene como propósito determinar la relación entre la estructura familiar y los controles prenatales inadecuados en el embarazo, con el fin de contribuir al mejor conocimiento de esta problemática.

1.1. Objetivo General.

Analizar la estructura familiar de las mujeres embarazadas y su relación con los controles prenatales inadecuados, del Centro de Salud Nabón, de junio 2017 a junio 2018.

1.2. Objetivos específicos.

Determinar el número de mujeres embarazadas con controles inadecuados atendidas en el centro de salud en el periodo de junio 2017 a junio 2018.

- Realizar los genogramas y entrevistas a las familias con mujeres embarazadas con controles inadecuados que se atienden en el centro de salud Nabón, durante el periodo de junio 2017 a junio 2018.

- Interpretar la estructura familiar de las mujeres embarazadas que acuden al control prenatal en el centro de salud Nabón durante el periodo de junio 2017 a junio 2018, mediante los genogramas y las entrevistas.
- Relacionar la estructura familiar de las mujeres embarazadas con los controles prenatales inadecuados.

1.3.Hipótesis

Ciertos patrones estructurales familiares de una mujer embarazada conllevan a controles prenatales inadecuados.

1.4.Justificación.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo, parto y puerperio. La mayoría de esas complicaciones son prevenibles; otras pueden estar presentes antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no recibe la asistencia sanitaria adecuada.

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, parto y puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas generalmente puerperales, las infecciones: septicemia en la mayoría de los casos, los trastornos hipertensivos del embarazo y el parto distócico. Las complicaciones del aborto son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por el, mismo estado, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares (Naciones Unidas, 2000).

Es importante que todos los partos sean atendidos por profesionales de salud capacitados, la atención y el tratamiento a tiempo suponen para la mujer y el recién nacido la diferencia entre la vida y la muerte.

Con lo antes expuesto se ratifica la importancia de los controles prenatales inadecuados, debido a una particular estructura familiar, lo que le podría llevar a un riesgo de mortalidad materno-neonatal.

2. MARCO TEORICO

2.1.1. Embarazo.

El comité de aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de las mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en 1988 definió al “embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. Una vez iniciado el embarazo en la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura 40 semanas a partir del fin de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación”.

El embarazo es un proceso de cambios biológicos y psicológicos, por tanto, la atención proporcionada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del significativo papel que tiene la mujer en la toma de las decisiones que le afectan.

El pilar fundamental dentro de la atención prenatal es el respeto a la evolución natural del embarazo por lo que cualquier intervención debe ser aplicada solo si ha demostrado beneficio y es acorde a las necesidades y deseos de la mujer y debe considerar el aspecto intercultural.

2.1.2. Control prenatal

Según la OMS el cuidado del embarazo (control o consulta prenatal, asistencia prenatal, control del embarazo) en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento y disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita, con este antecedente se determina que el control óptimo en el embarazo de bajo riesgo es un mínimo de cinco controles, realizado por personal sanitario calificado (médico u obstetrix), con esto se busca abarcar: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

El Centro Latinoamericano de Perinatología – Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR-OPS/OMS, 2010) define el control prenatal como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas de la gestante con el equipo de salud, cuyo fin es el de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido.

Sin olvidar que la atención prenatal adecuada en calidad, cantidad, diferenciado (individualizado) por el riesgo contribuye en la salud familiar y de entorno en el que se desenvuelve.

Dentro del Componente Normativo Materno del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2008), la atención prenatal se basa en los siguientes enfoques:

Completo e Integral:

- Atención por personal de salud capacitado y calificado.
- Detección precoz y oportuna del embarazo.
- Control periódico e integral de la gestante.

Precoz:

El control prenatal debe iniciarse lo más pronto posible de ser posible dentro del primer trimestre.

Intercultural:

El conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural, con respeto de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural.

Periódico:

Toda embarazada de bajo riesgo deberá tener mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento), con el registro adecuado de todas las actividades realizadas y a ser registran en la Historia Clínica Materna Perinatal del MSP (HCU Form # 51).

El Nivel mínimo eficiente es de 5 controles prenatales (una en las primeras 20 semanas de gestación; uno entre las 22 y 27 semanas de gestación; uno entre las 28 y 33 semana de gestación; uno entre las 34 y 37 semanas de gestación y uno entre las 38 y 40 semanas de gestación).

Afectivo:

- Todas las embarazadas deben ser atendidas con calidad.
- Los horarios de atención deben facilitar la asistencia a la consulta prenatal.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las gestantes.
- Se deben realizar pruebas y exámenes que respondan a la necesidad inmediata y que sean beneficiosas para la embarazada.

El control prenatal tiene los siguientes componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo que tiene la gestante.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica de los problemas de salud que presenta la gestante.
- Las intervenciones médicas y psicosociales oportunas.

En general los objetivos del control prenatal son:

- Brindar información educativa para la salud de la madre y su entorno familiar.
- Capacitar a las mujeres para la toma de decisiones apropiadas con respecto a su embarazo, parto y puerperio.
- Prevenir, diagnosticar y manejar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el desarrollo y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la gestante física y psicológicamente para el parto.

Para un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones lujosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado; lo principal es el correcto y adecuado uso de la Historia Clínica que recoja y demuestre la información pertinente y el empleo de tecnologías sensibles y necesarias, que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado.

2.1.3. Barreras para el control prenatal efectivo:

- La pobreza, los costos altos de la atención prenatal en el servicio privado, (costo médico, gasto en transporte, etc.).
- Inaccesibilidad geográfica (distancia, falta de vialidad, etc.).
- Inadecuada capacidad y calidad del equipo de salud (falta de preparación del personal de salud, falta de tiempo, problemas servicios de salud inadecuados, etc.).
- Barreras de orden cultural.
- Falta de confianza en el sistema de salud.
- Falta de promoción en las comunidades (falta de información).

Por el contrario existe evidencia de que la salud de la familia tiende a mejorar cuando ambos miembros de una pareja actúan como socios para negociar las demandas conjuntas del cuidado de los niños y la participación social. Sin embargo, la mayoría de las parejas no alcanzan este ideal de “paternidad compartida” y se requieren importantes cambios culturales para lograrlo. También es cierto que existen muchos hombres, especialmente los jóvenes, que asumen cada vez más responsabilidades en el embarazo y el parto con un resultado positivo en la crianza de sus hijos.

El CLAP/SMR-OPS/OMS afirma que, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud brinda a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

2.1.4. Estrategias del Ministerio de Salud enfocada a grupos vulnerables con prioridad en embarazadas de riesgo:

El MSP durante el año 2018, implemento la Estrategia del Abordaje del Médico del Barrio, que busca garantizar la atención de salud a aquellas personas que hasta hace poco tiempo carecían de facilidad de acceso a los servicios.

De la misma manera se procura establecer de forma efectiva y un trabajo multisectorial basado en la comunidad, el barrio, la vecindad y principalmente en la familia, como eje integral de estos espacios, esta estrategia se basa en la búsqueda y georeferenciación (sistema de coordenadas geográficas que sirve para referenciar un punto en la superficie terrestre mediante dos coordenadas angulares (la longitud y la latitud) de pacientes prioritarios y vulnerables

2.1.5. Grupos Prioritarios y grupos Vulnerables.

Grupos prioritarios: corresponden usualmente a aquellos que históricamente, por su condición social, económica, cultural y política, edad, origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse adecuadamente al desarrollo y acceder a mejores condiciones de vida dentro de estos tenemos:

- Adultos mayores
- Mujeres embarazadas
- Niños menores de dos años
- Niños menores de cinco años con malnutrición
- Niños con esquema de vacunación incompleto
- Personas con discapacidad (física, auditiva, visual, intelectual, psicosocial).
- Personas con problemas de salud mental
- Personas privadas de la libertad
- Personas con enfermedades crónicas no transmisibles
- Personas con tuberculosis

- Personas con VIH
- Personas víctimas de violencia

Grupos vulnerables: Son personas que aparte de pertenecer a un grupo prioritario presentan condiciones particulares debilitantes o de riesgo y por lo tanto se incrementa su estado de exposición general, tienen la más alta prioridad para la atención dentro de los cuales esta:

- Mujeres embarazadas con riesgo.
- Niños menores de dos años con desnutrición aguda.
- Personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas.
- Personas que adolecen enfermedades o de alta complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos.
- Personas con riesgo genético y personas víctimas de violencia de género.

La OMS (2018), indica que las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Es así que la estrategia del médico del barrio busca, la identificación y captación oportuna de las mismas, para su seguimiento pertinente (controles prenatales), con el objetivo de reducir la morbi mortalidad materna y neonatal.

El objetivo fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones es mantener a la madre informada, educada y capacitada sobre aspectos importantes del control prenatal precoz y continuo; así como de los programas del MSP que las protegen y benefician.

2.1.6. La familia y su importancia dentro del embarazo.

Desde el punto de vista de medicina familiar la atención sanitaria a la embarazada debe ser integral (biopsicosocial), motivo por el cual resulta de gran importancia el estudio de la estructura familiar y como este beneficia o complica la asistencia de la mujer gestante a los controles prenatales.

Dentro de la historia se han dado diversos conceptos de familia, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”.

En el Ecuador, la constitución de la república en, el Art. 67 señala: “Se reconoce la familia en sus diversos tipos. El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Estas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes”.

La familia no solo es importante en nuestra vida como personas, sino que es una unidad fundamental en la organización social.

A lo largo de la historia, la familia ha pasado por transformaciones ya sea por su convivencia o por los cambios sociales que se ha dado en estas últimas décadas, la familia es una de las instituciones sociales que influye, regula, canaliza e impone significado social y cultural a la vida de las personas las mismas que comparten un proyecto de vida generando sentimientos de dependencia, compromiso entre sus miembros y a la vez se establecen sentimientos de intimidad y reciprocidad. (Pillcorema, 2013, p11)

La familia desde el modelo sistémico estructural, es una totalidad donde sus miembros pueden interactuar entre si y ser interdependientes, la dinámica familiar cambia de acuerdo a la interacción e interrelación de sus integrantes (estructura), esto de acuerdo al nivel de unión o separación entre sus miembros.

2.1.7. Tipología de las familias según su estructura:

FAMILIA EXTENSA: llamada también familia extendida, es en la que conviven en el mismo hogar más de dos generaciones, a la vez que se subclasifica en:

- Abuelos/as con su/sus hijo/a (s) casados junto con su (s) pareja (s).

- Abuelos/as con su/sus hijo/a (s) casados junto con sus parejas y /o sus hijos.
- Abuelos con sus nietos.

FAMILIA NUCLEAR: Está formada por dos adultos de distinto sexo que ejercen el papel de padres y sus hijos, y está a la vez se subclasifica por:

La cercanía de parientes próximos:

- Familia nuclear con parientes próximos.- Es la familia nuclear que tiene a otros miembros familiares cercanos viviendo en el mismo pueblo o barrio, cuentan con una red familiar cercana para apoyarse en alguna necesidad.
- Familia nuclear sin parientes próximos: familia nuclear sin parientes viviendo cerca, carecen de una red familiar de apoyo.

Por los núcleos de hijos:

- Pareja sola: formada por los dos conyugues.
- Familia nuclear o Mononuclear: constituida por los padres y sus hijos (menos de cuatro hijos).
- Familia nuclear numerosa: constituida por los padres y más de cuatro hijos.
- Familia binuclear: o familia reconstituida, presencia de dos núcleos de hijos, cuando uno de los cónyuges se ha vuelto a unir con otra pareja y conviven en la misma casa los hijos de distinto progenitor.
- Familia trinuclear: familia reconstituida que tiene un núcleo de hijos del padre, de la madre y otro en conjunto es decir "tus hijos, mis hijos y nuestros hijos".

Por la presencia de los padres:

- Familia con padres ausentes: Familia integrada por los hijos, es decir, conviven los hermanos y sus padres viven lejos, familia de migrantes.
- Familia monoparental: Es la constituida por un solo progenitor (madre o padre) junto con sus hijos, cabe indicar que si los hijos son del mismo progenitor se denominara familia monoparental uninuclear, pero si los hijos son de distinto padre o madre se denomina Familia monoparental binuclear.

- Familia biparental: Familia formada por los dos padres con su núcleo común de hijos.

PERSONAS SIN FAMILIA: adultos solteros que viven solos.

EQUIVALENTES FAMILIARES: adultos que viven bajo el mismo techo sin constituir un núcleo familiar, aquí se incluyen las parejas homosexuales.

FAMILIA CORPORATIVA: grupos de personas que viven bajo el mismo techo y están organizados en actividades en común, por ejemplo: comunidades religiosas, educativas, etc.

FAMILIA AMPLIADA: incluyen: parientes con lazos de consanguinidad lejanos u persona sin lazos de consanguinidad, llamada también familia agregada.

2.1.8. Caracterización de las familias:

Es importante una vez realizado el análisis estructural de la familia, el proceder a una caracterización de la misma para lo cual seguiremos la siguiente clasificación:

Por la zona donde reside:

- Familia urbana.
- Familia urbano-marginal.
- Familia rural.

Por su integración

- Familia integrada.
- Familia semi-integrada: cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones.
- Familia desintegrada: separación, divorcio, migración.

Por la ocupación o profesión de los padres:

- Familia profesional.

- Familia obrera.
- Familia campesina
- Otras: Familia desempleada, subempleada, etc.

Por su desarrollo:

- Moderna: cuando la mujer trabaja y recibe salario.
- Tradicional: cuando la mujer trabaja en el hogar en labores domésticas y es el esposo el proveedor económico.
- Otras: familias indígenas con su propia organización familiar y social.

Por su funcionalidad:

- Familia Funcional.
- Familia Disfuncional.

Los instrumentos de medicina familiar nos dan una visión integral de la familia; para un análisis amplio del cumplimiento de sus funciones básicas, nos ayudan al entendimiento de sus procesos de salud-enfermedad y facilitan la comprensión de las relaciones interpersonales.

El genograma (familiograma, o árbol familiar): consiste en la representación gráfica de los integrantes de la familia y sus relaciones.

En este se detalla los nombres, nacimientos, separaciones, muertes, tipos de relaciones, antecedentes de enfermedades hereditarias, comportamientos sicosociales y todos los datos que se consideren importantes dentro de la familia.

El genograma se puede interpretar de manera estructural y funcional, este instrumento es útil da, una visión rápida de la familia mediante:

- El trazo de fronteras físicas y emocionales en el sistema familiar.
- Definición de características de los integrantes de la familia.

- Identifica los antecedentes familiares.
- Muestra patrones generacionales del sistema familiar.
- Permite elaborar un diagnóstico de familia.
- Recurso para articular patrones multigeneracionales.
- Ayuda a establecer una relación empática y armónica con los pacientes.

McGoldrick y Gerson han esquematizado seis categorías básicas para interpretar el genograma partiendo de la teoría de sistemas familiares:

- Estructura familiar;
- Adaptación al ciclo vital
- Repetición de pautas a través de generaciones
- Sucesos de la vida y funcionamiento familiar
- Pautas vinculares y triángulos
- Equilibrio y desequilibrio familiar.

3. CAPITULO 1: MATERIALES Y METODO

El presente trabajo se realizó en el cantón Nabón, que está ubicado al Sur-Este de la provincia del Azuay, a 71 km, de la ciudad de Cuenca, conectado por la vía Panamericana que va desde Cuenca a Loja, con una población de 15.892 habitantes según el censo del INEC, 2010.

Nabón se encuentra dividida en tres parroquias y el centro cantonal: Cochapata, Las Nieves, El Progreso y el Centro Cantonal (Nabón), la parroquia Nabón abarca a su vez el territorio indígena integrado por cuatro comunas jurídicas: Shiña, Chunazana, Morasloma y Puca,

El centro de salud Nabón, tipo “C” concentra la atención en salud de la población de las parroquias antes descritas, motivo por el cual se decidió realizar la presente investigación en esta institución, procurando establecer la relación existente entre la estructura familiar de las mujeres embarazadas y como esta influye en los controles prenatales inadecuados.

De acuerdo a la información brindada por el departamento de estadística del Distrito de Salud 01d05 Nabón – Oña, En el periodo comprendido entre Junio del 2017 a Junio del 2018 se registraron 75 embarazadas que acudieron a control prenatal en el Centro de Salud Nabón de los cuales mediante censo obstétrico del M.S.P , matriz de vulnerables de la estrategia del médico del barrio y tarjetero de enfermería se identificó y verifico que existían 12 gestantes con controles inadecuados (menos de 5 controles prenatales) de las cuales se pudo captar a 11 embarazadas, 1 gestante se negó a participar en el presente trabajo de investigación.

Para la realización de la entrevista se coordinó un cronograma de atención y uno de visitas domiciliarias, donde luego de la presentación correspondiente y la autorización mediante firma del consentimiento informado se procedió a la aplicación de preguntas enfocadas al trabajo de investigación (entrevista semi estructurada), la recolección de datos fue de manera manual (cuaderno

de campo más grabaciones de voz) y la aplicación del Genograma Estructural (Familiograma estructural), para su respectivo análisis.

De las 11 fueron excluidas 4, debido que, solo se les pudo hacer la entrevista de la primera etapa, cuando se procedió a la visita domiciliaria, 1 de las pacientes había tenido un aborto espontáneo, la segunda gestante no se encontraban en su domicilio, pese a los varios intentos de contactarla al teléfono indicado no contestó, las otras 2 pacientes cuando acudí a realizar la segunda etapa de la entrevista, ya se encontraban en el periodo posparto, quedando de esta manera excluidas del estudio.

Esta investigación es de tipo cualitativa, descriptiva, no experimental (investigación de estudio de caso).

Las variables involucradas en el presente trabajo son: residencia, edad, estado civil, ocupación, primer embarazo o número de embarazos anteriores, meses de gestación al momento de la captación, número de controles prenatales recibidos a la fecha, nivel de escolaridad, factores de riesgo y síntomas de alarma dentro del embarazo, a la vez que se analizara el discurso obtenido en cada una de las entrevistas semi-estructuradas (Anexo 1), dicha entrevista fue validada en una prueba piloto con las gestantes que tenían 5 controles prenatales de la comunidad de Charqui.

4. CAPITULO 2: RESULTADOS

En el periodo comprendido entre Junio del 2017 a Junio del 2018 en el centro de salud Nabón se registraron 75 primeras atenciones de control prenatal (captación) , de las cuales 12 constaban como gestantes con controles inadecuados y se encontraban georeferenciadas como pacientes con embarazo de alto riesgo (pacientes vulnerables), de las cuales se realizó 7 entrevistas completas con su genograma y análisis correspondiente tanto en la primera como en la segunda etapa, obteniéndose los siguientes resultados:

Según el grupo de edad, las embarazadas están comprendidas por edades entre 18 y 28 años, como podemos observar en el la figura Nro.1.

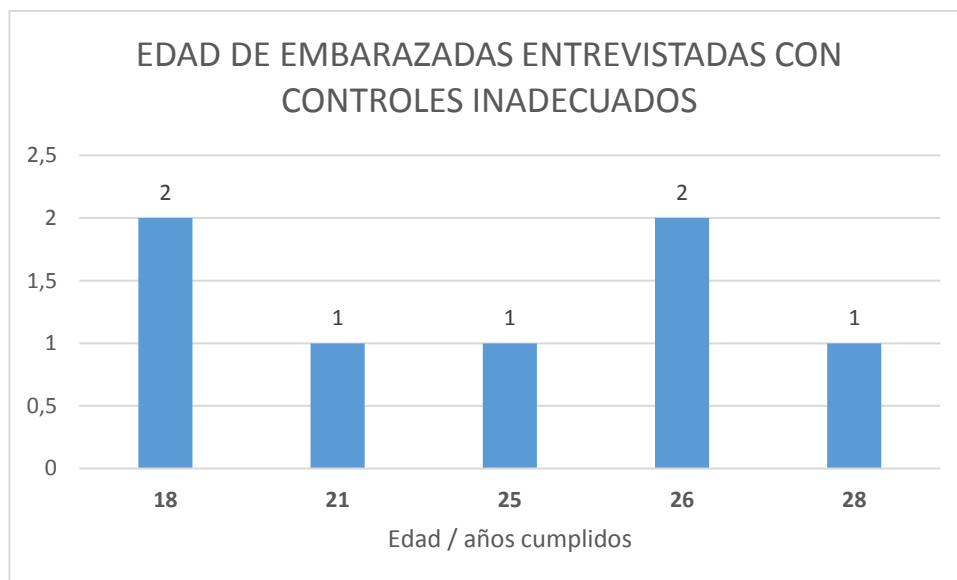


Figura 1. Distribución según edad de las embarazadas entrevistadas por controles prenatales inadecuados.

Fuente: Consulta externa / Entrevista de Campo / cédula de ciudadanía.

Elaborado por: Md. Mayra Sanango Alvarado. (Autora)

Del grupo de embarazadas con controles prenatales inadecuados se puede observar que dos cuentan con secundaria incompleta las mismas que según la entrevista realizada indicaron que el motivo de deserción fué su embarazo.

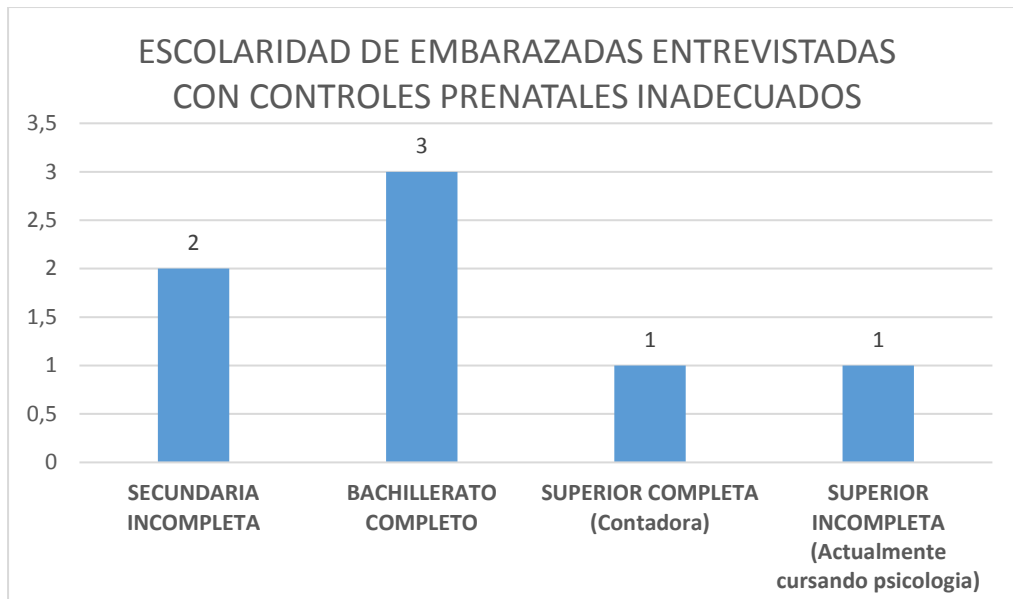


Figura 2. Nivel de Instrucción de las embarazadas entrevistadas por controles prenatales inadecuados.

Fuente: Consulta externa / Entrevista de Campo

Elaborado por: Md. Mayra Sanango Alvarado. (Autora)



Figura 3.: Estado Civil de las embarazadas con controles prenatales inadecuados.

Fuente: Consulta externa / Entrevista de Campo

Elaborado por: Md. Mayra Sanango Alvarado. (Autora)

En cuanto a la ocupación que mantienen las embarazadas con controles prenatales inadecuados la mayoría (cuatro) se dedica al trabajo doméstico, 3 del total se encuentran dentro de actividades fuera del hogar.

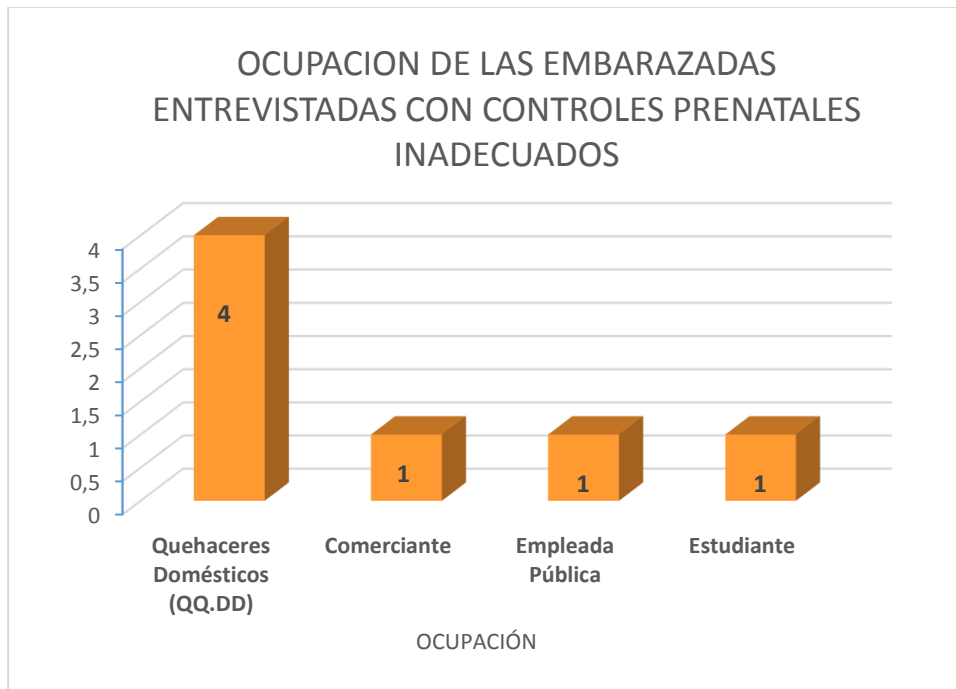


Figura 4.: Ocupación de las embarazadas con controles prenatales inadecuados.

Fuente: Consulta externa / Entrevista de Campo

Elaborado por: Md. Mayra Sanango Alvarado. (Autora)

Con referencia a la etnia de las mujeres entrevistadas la totalidad de la muestra se autoidentifican como mestizas.

De la población muestra mediante el familiograma estructural realizado tanto en la consulta externa (en el centro de salud) como en la visita domiciliar se pudo obtener los siguientes resultados, los mismos que se exponen a continuación.

Según la estructura familiar (miembros) encontramos la siguiente tipología:

De la totalidad de gestantes entrevistadas (siete), tres familias son extensas y cuatro familia son nucleares.

En la figura Nro.4 las familias nucleares subclasificadas por la cercanía de parientes, se aprecia que 2 familias cuentan con familiares cercanos, que se considera una red de apoyo, mientras realizan actividades fuera del hogar como en el caso de las embarazadas que trabajan y estudian.

Mientras que dos familias no cuentan con familiares cercanos, y las embarazadas de estas familias se dedican a las actividades domésticas.

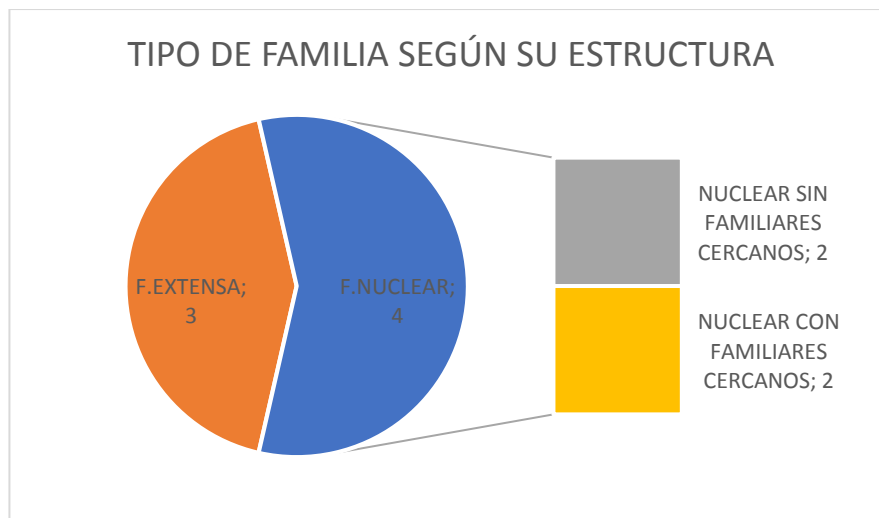


Figura 5.: Clasificación según estructura familiar (miembros) y subclasificación por cercanía de otros familiares.

Fuente: Consulta externa / Entrevista de campo / famiolograma estructural.

Elaborado por: Md. Mayra Sanango Alvarado. (Autora).

Dentro de las 4 familias nucleares las 3 familias son reconstituidas por parte materna y cuentan con hijos de un anterior compromiso.

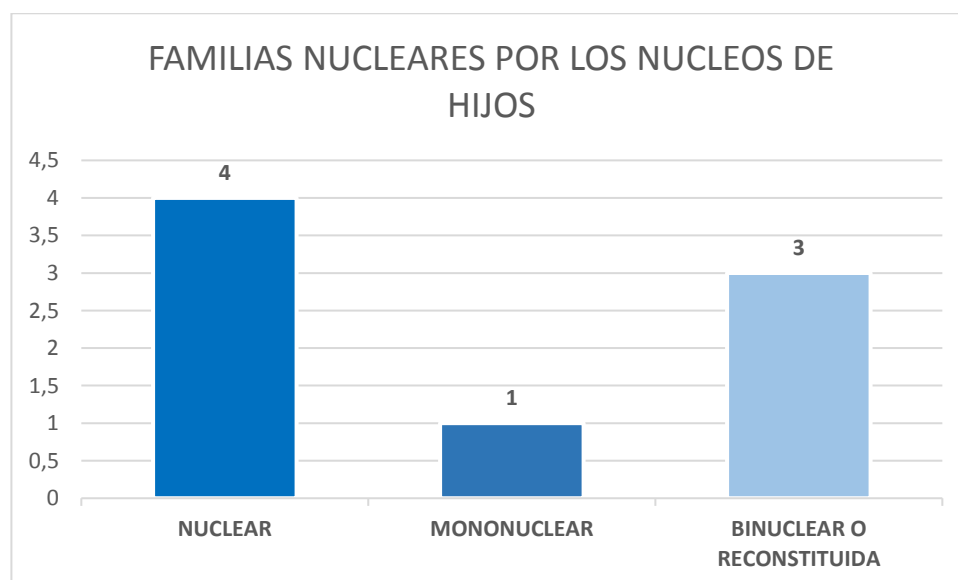


Figura 6.: Clasificación según estructura familiar (miembros) y subclasificación por el núcleo de hijos.

Fuente: Consulta externa / Entrevista de Campo / Familiograma estructural.

Elaborado por: Md. Mayra Sanango Alvarado. (Autora).

Según la subclasificación de las familias nucleares por la presencia de los padres, el presente estudio da como resultado que la totalidad de las embarazadas y sus familias son biparentales.

El análisis estructural de las familias de esta investigación se hizo en conjunto con la siguiente caracterización: por residencia, integración, profesión y desarrollo, figura Nro. 6, obteniendo los siguientes resultados:

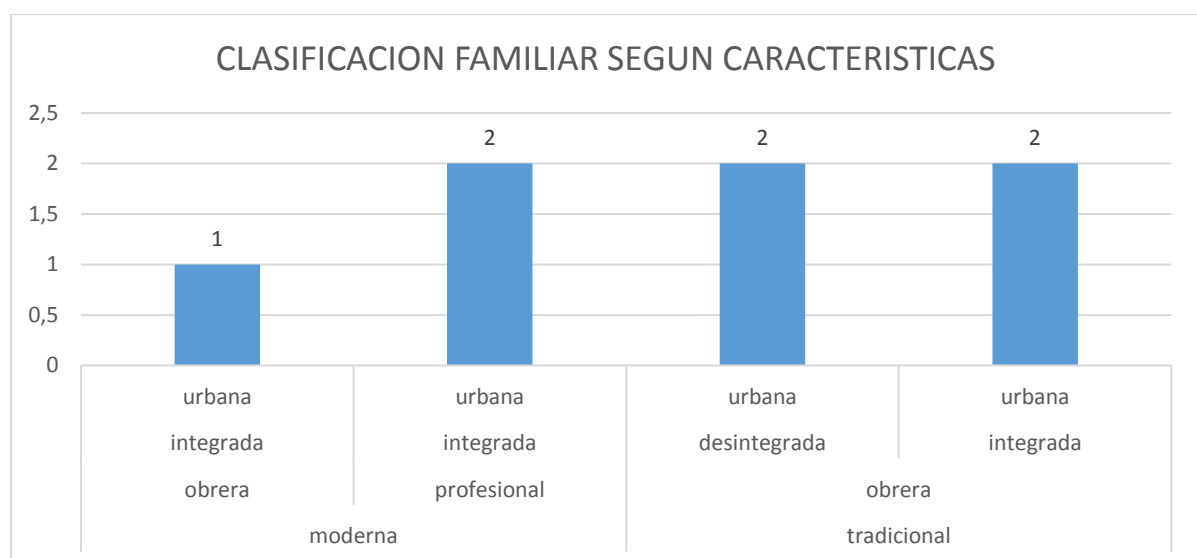


Figura 7.: Clasificación familiar según características

Fuente: Consulta externa / Entrevista de Campo / Familiograma estructural.

Elaborado por: Md. Mayra Sanango Alvarado. (Autora).

Por la zona donde residen: la totalidad de las familias investigadas se clasifican como urbanas porque sus viviendas se encuentran dentro de la cabecera cantonal, en tres de los casos se encuentran en la vía principal aledañas al parque central, las otras cuatro se encuentran en los barrios colindantes del centro de salud.

Por su integración: encontramos en nuestra la investigación que cinco son familias integradas y dos desintegradas (las parejas de las embarazadas al momento laboran fuera de Nabón, en la ciudad

de Cuenca y retornan al hogar cada 3 a 7 días pues se desempeñan en cargos de albañilería y de chofer).

De igual manera encontramos que de acuerdo a la ocupación o profesión de los padres: hay un predominio de familias obreras (cinco) y dos profesionales.

En la investigación se determinó que de las familias entrevistadas de mujeres embarazadas con controles prenatales inadecuados por su desarrollo se clasifican la mayoría (cuatro) en familias tradicionales y tres en familias modernas.

En base a la entrevista semiestructurada se obtuvieron los siguientes resultados: cuatro embarazadas fueron captadas tardíamente es decir después de la décimo segunda semana de gestación, (semana 13 y 26 de gestación).

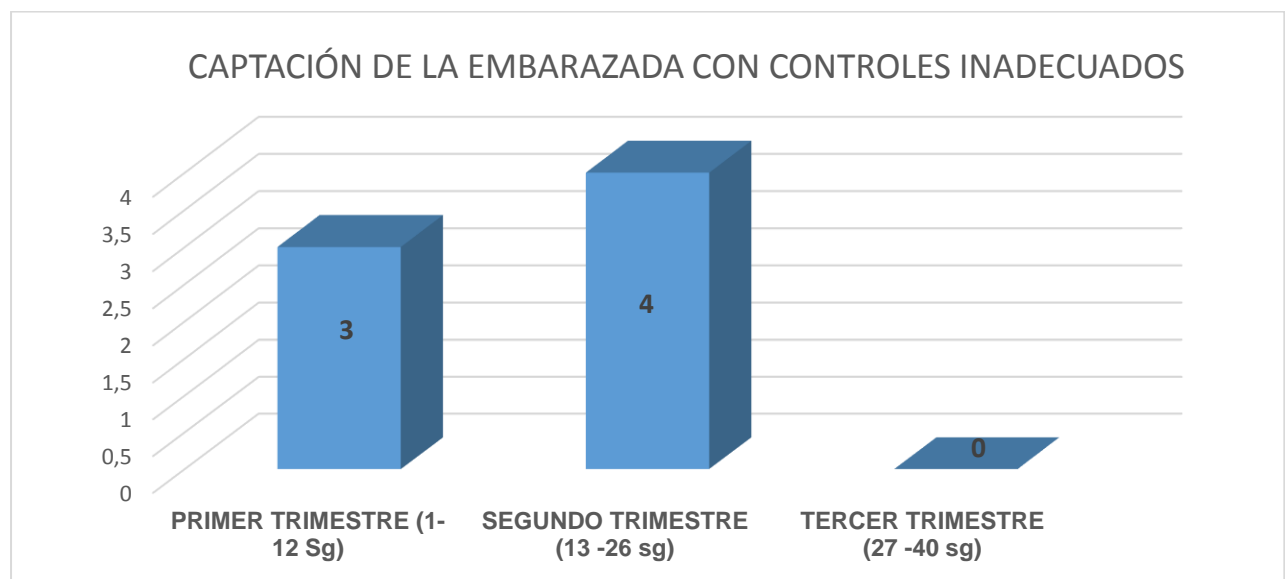


Figura 8. Captación de embarazadas con controles inadecuados.

Fuente: Consulta externa / Entrevista de Campo / Familiograma estructural.

Elaborado por: Md. Mayra Sanango Alvarado. (Autora).

En la pregunta **¿Acude o ha acudido usted a realizarse controles prenatales en el CS Nabón?**

Una vez analizado el discurso de las respuestas, estas muestran que la totalidad de las gestantes han acudido al centro de salud a realizarse el primer control prenatal.

“Si ahí mismo me hicieron el examen, para lo del embarazo”. E1

“Si ahí me hicieron los exámenes y una ecografía”. E2

“Si he ido, cuando estaba embarazada de mi primera hija también iba, ahora me estaba cuidando con las pastillas, deje de tomar porque me engordaban, estaba cuidándome así nomás... (risas) de ahí ya no me venía la regla, saque turno llamando y me dieron con la Dra. NN. ella me hizo los exámenes.” E3.

“ Siempre me hago atender en el centro de salud, a mi hija también le llevo, a veces no hay la medicación pero bueno aunque sea el nombre me saben decir para comprar este remedio para la garganta que no hay arriba..” E4

“Con la especialista, me he hecho atender, por la emergencia, por dolor en la parte baja del vientre, ese mismo rato me hicieron los exámenes y la ecografía”. E5

“Si, me vio el Dr. NN., el me mando a hacer los exámenes de sangre, yo ni creía cuando me dijo que estaba embarazada, como para avisarle a mi mami, y el que siempre baja a la casa a verle a mi abuelita.”E6.

“Si la Dra. NN me estaba controlando por 2 veces me vio, me mando las pastillas para la anemia y me hizo 2 ecografías, si me ha llamado cada mes pero por el tiempo no he alcanzado.” E7

Dentro de los controles realizados a las gestantes en el centro de salud se realizaron un mínimo de dos y máximo tres, determinándose que las embarazadas contaban con controles prenatales inadecuados, en relación a este resultado se realizó la siguiente pregunta **¿Acude o ha acudido usted a los controles prenatales con profesionales de la salud, de manera particular y porque?** De las siete embarazadas investigadas cuatro no han acudido a un servicio sanitario privado, refieren que no lo han hecho por: la falta de tiempo, por los costos, porque están conformes con la atención de los profesionales del centro de salud.

“No he ido, no hay tiempo ni para ir acá arriba, peor para ir a Cuenca, el carro demora y allá también es una pasadera de tiempo”. E4

“Para ser sincera no he ido, por el costo, además si es buena la Doctora del centro de salud, ella le atiende a mi cuñada”. E7

De las tres que han buscado atención médica privada, lo han hecho para confirmar el diagnóstico, por manejo preventivo de posibles complicaciones y por la falta de resolución de problemas de salud presentados

“Si, he salido a Cuenca, donde el Dr. NN de la Clínica NN, con él se hacía atender mi hermana, a ella se le complico la vesícula cuando estaba embarazada”. E3

“ La verdad Doctorcita, si he salido a Cuenca, con mi marido fui a esta Clínica por el rio NN por el dolor que no me pasaba, de ahí me mandaron unas pastillas y reposo, si me mejore, no me ha vuelto a doler, ...” E5

“ Si con mi esposo, como todavía éramos enamorados, le conté de los exámenes y nos fuimos a confirmar,ya de ahí toco avisar en la casa, mi esposo nervioso ya aviso a la mamá y vinieron a hablar con mi mami, ahorita estamos aquí viviendo con ella pero estamos pensando salir a Cuenca por el viaje que es cansado ”.E6

Una vez analizados los discursos se obtiene que de las siete gestantes solo cuatro entran como embarazadas con controles prenatales inadecuados, las otras tres cumplen los 5 controles prenatales, estimados por la OMS y la Guía de Control prenatal del MSP /Ecuador.

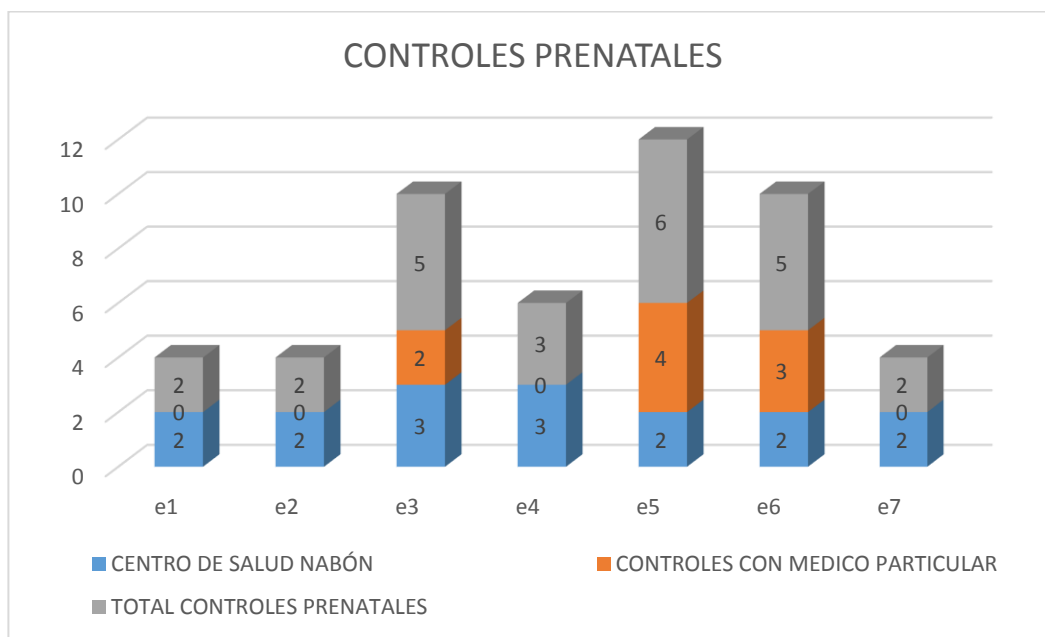


Figura 9.: Controles prenatales centro de salud Nabón y en el servicio de salud privado.

Fuente: Consulta externa / Entrevista de Campo / familiograma estructural.

Elaborado por: Md. Mayra Sanango Alvarado. (Autora).

En la pregunta **¿Cuál cree usted que ha sido su mayor dificultad para acudir a los controles en el CS Nabón?** son: Los periodos de espera en cuanto a la asignación del turno , el tiempo de espera en el centro de salud para recibir la atención médica, al igual que, la poca importancia

que se da al embarazo y al control prenatal, lo que hace que no distribuyan su tiempo para acudir a los controles, la percepción de la paciente de que debe ir al control prenatal cuando presenta algún problema o complicación.

“El tiempo largo que dan para un turno”.E1

“El descuido, como no me he sentido mal, digo que voy a ir pero no me he dedicado a irme”. E2.

“El tiempo, ya desde que se amanece hay que hacer las cosas, ya de cocinar, ya de lavar, pasa rapidito el día, la otra vez llame a pedir turno pero me dieron para el 28 de este mes, ahí he de subir para hacerme la ecografía”E3.

“No he ido por mi negocio, y cuando he llamado a pedir turno me dan para fechas largas o para el domingo, que es el día que más se vende”E4

“No me he sentido enferma, ni he tenido molestias me he descuidado en ir, el turno también es complicado sacar”.E5

“La falta de tiempo, de Cuenca vuelvo noche, y como las doctoras solo atienden hasta las cinco, ya no alcanzo”. E6

“Una llega a las 8 y está saliendo pasado las 12, ahí ya se pierde todo el día, y en la casa enterito de hacer las cosas“. E7

¿Cómo se ha sentido con la atención prestada por el equipo de salud del CS Nabón?

De los discursos obtenidos, la totalidad de las participantes se sienten conformes con la atención prestada en el centro de salud Nabón, pese a ciertas dificultades, valoran el hecho de que haya especialistas, que la atención sea integral y que cuenta con exámenes complementarios para diagnóstico como ecografía y laboratorio.

“Bien, ahí me atendió la primera vez una doctora jovencita que me hizo los exámenes y ahí me dijo que estaba embarazada, después fui para cuando me llamo pero ya no me atendió ella mismo, me toco un doctor buenito, pero mejor a mí me gustara que me atienda una doctora”. E1

“Bien, las veces que le he llevado a mi hija me han dado los remedios, para mi si es difícil el turno por lo que ahora estoy embarazada, antes no”.E2

“Bien, cuando fui la última vez me mandaron al Psicólogo, a la Nutricionista y al Odontólogo, ahí me pase toda la mañana, pero bueno si me ayudaron”.E3

“Bien, es medio demorado, pero la Doctora Ginecóloga, es muy atenta y preocupada”.E4

“Si la atención es buena, ahí me hicieron la ecografía, ya no toco salir a Girón, yo por cuidar a mi mamita es que no puedo nomas ir”. E5

“Bien, conforme, hay varios médicos en el centro de salud, son amables. Cuando iba por los remedios de mi abuelita el Doctor Vicente V. siempre me ayudaba para que no se quede sin las pastillas de la presión y la diabetes.” E6

“Ahora que ya hay más médicos es buena la atención porque dicen que son especialistas, ya no le ven solo los médicos rurales”. E7

¿Se realiza controles de su embarazo con parteras / curanderos de la comunidad?

De las pacientes entrevistadas solo una gestante ha acudido a controlar su embarazo con una partera, las otras 6 niegan acudir a control con parteras o curanderos de la comunidad.

“Mi suegra me llevo donde Doña Rosa C. para que me de unas agüitas para los nervios, porque me he pasado mal, mis papas siguen bravos”.E2

En la pregunta ¿En el caso de algún problema de salud en su embarazo usted a quien acude primero, partera o centro de salud Nabón y por qué?

La totalidad de gestantes manifestó que acuden al centro de salud Nabón, pues cuentan con personal capacitado, al igual que con equipo y transporte, indispensable en el caso de requerirse traslado a otro centro de mayor complejidad.

“Al centro de salud de esta cerca y hay doctores”.E1

“Yo voy al centro de salud, ahora es como hospital, atienden todo el día, en un caso de emergencia es lo más cerquita, y no cuesta”. E2

“A los doctores del centro de salud”. E3

“Por emergencia al centro de salud”. E4

“Al centro de salud, en el caso de algo complicado ya tocaría salir a Cuenca”. E5

“Yo creo que al centro de salud, porque los médicos saben que hacer, en el caso de alguna emergencia. A mi prima ya le pasó tubo lo de la presión alta, se le hinchaba las piernas, de aquí del hospital le mandaron a Cuenca ahí paso internada”. E6

“Al centro de salud, en el caso de algo grave, ahí están atendiendo todo el día por emergencia, yo he ido con mi esposo cuando tuvo el accidente en la moto (Se acuerda NN, usted nos ayudó...) la doctorita de la ambulancia nos llevó a Cuenca, al Hospital ya cuando dieron cupo”. E7

De igual manera la totalidad de las gestantes entrevistadas, han decidido dar a luz en el Centro de Salud de Nabón, ya que cuentan con personal médico.

“Aquí en el Centro de Salud si no pasa nada grave”.E1, E3.

“En el Centro de Salud”.E2.E4, E6

“Aquí en Nabón mismo, en el centro de salud, ahora ya es más nuevo y atienden todo el día, incluso me han dicho que si me siento mal llame nomas, que la ambulancia puede venir” E5.

“En el centro de Salud, ahí nació mi primer hijo y todo salió bien”. E7.

5. CAPITULO 3: DISCUSION

El propósito de esta investigación fue analizar la estructura familiar de las mujeres embarazadas y su relación con los controles prenatales inadecuados.

Mediante el análisis de las entrevistas y famiogramas estructurales de las gestantes, se obtuvo que, la estructura familiar (por el número de sus miembros) no influye en la asistencia a los controles prenatales. Las familias extensas (abuelos que viven con sus hijos casados), y las familias nucleares, con parientes cercanos, pese a que cuenta con redes de apoyo, que permitan disponer de tiempo para ser utilizado en los controles prenatales, pero las embarazadas de esta investigación no lo hacen.

Independiente del tipo de familia las embarazadas no asisten a los controles prenatales.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos indica, que las gestantes de zonas rurales son el grupo que presenta mayor número de mujeres con controles inadecuados (menos de 5 controles, establecidos en la Guía de Control Prenatal del MSP) por la distancia de la comunidad hacia los servicios de salud, por la falta de transporte permanente, esto se contrapone a la realidad encontrada en este estudio, ya que de las familias investigadas siete en total, son familias urbanas que viven en sectores aledaños al centro de salud Nabón.

En el estudio de F.Shuguli y Mónica Buñay, 2017, se muestra como resultado que la falta de escolaridad, es un factor que influye en las familias de las embarazadas, a mayor nivel de instrucción, mayor conocimiento sobre la importancia de los controles prenatales, este estudio contradice el resultado de esta investigación, donde las siete participantes tienen un nivel de instrucción que va desde el segundo de bachillerato hasta instrucción superior.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) 2008 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales, mediante la investigación realizada se puede evidenciar que esta estadística se mantiene en la población de Nabón.

El análisis de las familias por su integración, en el estudio realizado por K. Minga, 2016 refiere que la presencia de una familia integrada por ambos padres es un factor positivo para acudir a los controles prenatales, en el presente estudio se observa que: 5 gestantes con controles inadecuados corresponden a familias integradas y 2 son familias desintegradas, concluyendo que la estructura familiar por su integración no influye para evitar las atenciones prenatales inadecuadas.

La clasificación de familias por su desarrollo, dentro de este estudio muestra un predominio de familias tradicionales donde el hombre es el proveedor económico, la mujer se dedica a las labores domésticas y cuidado de los niños, podemos ver que esto si influye en los controles prenatales inadecuados, debido a la sobrecarga de responsabilidades que cumple la mujer gestante, lo que limitaría el tiempo para acudir a la consulta médica.

Durante los últimos meses del estudio, se implementó en el centro de salud la estrategia Médico del Barrio / MSP, cuyo objetivo es dar una atención oportuna a los pacientes vulnerables, dentro de los cuales están las embarazadas con riesgo (gestante con menos de 5 controles), dicha estrategia identifica a las gestantes con controles inadecuados y prioriza la atención médica (consulta externa y visitas domiciliarias), generando controles prenatales sobre la norma, según el tarjetero de enfermería y Sistema Automatizado de Atención de Salud (SAAS), la mayoría de las gestantes sobrepasan entre los 12 controles prenatales llegando hasta en algunos casos 16 controles prenatales.

Conclusiones.

- la estructura familiar por su número de miembros no influye en el control prenatal inadecuado.
- Las familias caracterizadas por su desarrollo, familias tradicionales, influyen en la inasistencia a los controles prenatales debido a la falta de tiempo y sobrecarga de tareas domésticas.
- Las barreras para el control prenatal inadecuado, son: la falta de concientización sobre la prevención de complicaciones en el embarazo.
- La implementación de nuevas estrategias por parte del Sistema de Salud, sin normativas claras e implementadas por periodos cortos, generan un sobre-registro de pacientes vulnerables (en este caso gestantes con controles inadecuados), lo que concibe acciones numerosas y de poca calidad (visitas domiciliarias deficientes, falta de identificación de riesgos deficiente educación y concientización sobre la importancia de cumplir con los controles prenatales).
- La adecuada dinámica familiar y apoyo constante benefician para que la gestante acuda a los controles prenatales.
- Las gestantes atribuyen la dificultad de acudir a los controles prenatales a factores como: la falta de organización del tiempo, a los largos tiempos de espera para la asignación del turno para el área de ginecología

Recomendaciones.

- Ampliar la muestra de gestantes participantes.
- Buscar participantes de las zonas rurales.
- Ampliar la guía de preguntas enfocadas a dificultades para acudir a controles prenatales en el centro de salud Nabón.
- Trabajar conjuntamente con parteras / agentes ancestrales de salud de las comunidades
- Promocionar la atención prenatal con el médico familiar para lograr un manejo integral con enfoque sistémico de la embarazada y su familia.
- Utilizar la matriz de georeferenciación de pacientes vulnerables que den prioridad a las gestantes de alto riesgo.
- Capacitar al personal de salud en la adecuada aplicación de la guía de Control prenatal del MSP.

ANEXOS

(Anexo Nro. 1)

PREGUNTAS GUIA DE LA ENTREVISTA

- Nombre
- Edad
- Sexo
- Instrucción
- Estado Civil
- Ocupación
- Etnia
- Zona de residencia urbana o rural
- ¿Cuántas personas y quienes viven con usted. (Genograma)?
- ¿Semanas de gestación en el momento de la captación del embarazo?(Historia Clínica)
- ¿Semanas de Gestación al momento de la entrevista (según FUM, o Eco-obstétrica)?
- ¿Ha presentado complicaciones en el embarazo actual, cuáles?(Historia Clínica)
- ¿Cuál fue su primer sentimiento al enterarse que estaba embarazada?
- ¿Se ha sentido apoyada por su pareja o padre del niño?
- ¿Se ha sentido apoyada por su familia directa?
- ¿Acude o ha acudido usted a realizarse controles prenatales en el CS Nabón?
- ¿Acude o ha acudido usted a realizarse controles prenatales con profesionales de la salud, de manera particular y porque?; Si la respuesta es positiva preguntar ¿Cuántos controles se ha realizado?
- ¿Cuál cree usted que ha sido su mayor dificultad para acudir a los controles en el CS Nabón?
- ¿Cómo se ha sentido con la atención prestada por el equipo de salud del CS Nabón?
- ¿Se realiza controles de su embarazo con parteras / curanderos de la comunidad?
- ¿En el caso de algún problema de salud en su embarazo usted a quien acude primero partera o CS Nabón y porque?
- ¿Dónde ha decidido usted dar a luz?

(Anexo Nro. 2)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nabón, Fecha: dd /mm/aa

Yo,con CI:....., mayor de edad, en uso de mis derechos, certifico que he sido informado(a), con claridad y veracidad sobre el estudio ***Análisis Estructural de Familias con mujeres embarazadas con controles prenatales inadecuados, Centro de Salud Nabón, junio 2017 a junio 2018.***

Acepto participar en forma consecuente, libre y voluntaria como colaborador contribuyendo a este procedimiento en forma activa. Soy consciente que mi aporte es para mejorar las condiciones de vida de este grupo población. Como también se me ha explicado con claridad que el estudio es únicamente de carácter científico, por cuanto reconozco que por mi aporte no tendré ningún tipo de compensación económica, por ser de interés general.

Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo para retirarme en caso que lo considere pertinente, sin que por ello, tenga ningún tipo de repercusiones sobre mi persona.

Se respetara la buena fe, la confiabilidad, privacidad de la información suministrada por mi persona en estas condiciones autorizo al estudiante de la Universidad del Azuay, Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria a realizar este estudio, durante un año a partir de la fecha.

Atentamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, J (2011). Control prenatal insuficiente y funcionalidad familiar en mujeres embarazadas que acuden al subcentro de salud de la parroquia Cumbe, en el año 2011. (Tesis de posgrado). Universidad del Azuay. Cuenca, Ecuador.
- Aguilera, S. & Peter Soothill, M. D. (2014a). Control Prenatal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 880-886. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0)
- Alejo, K. (s. f.). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC CONTROL PRENATAL con atención centrada en la paciente. Recuperado de https://www.academia.edu/37404238/GU%C3%8DA_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_GPC_CONTROL_PRENATAL_con_atenci%C3%B3n_centrada_en_la_paciente
- Armas, N, Díaz, L. (2007), ENTRE VOCES Y SILENCIOS: LAS FAMILIAS POR DENTRO. Quito, Ecuador: América
- Bedoya, R. (Ed.) (2016). Medicina Familiar. Reflexiones desde la práctica. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud
- Bertalanffy, L. V. (1976). Teoría general de los sistemas. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Castro Santoro, R., González Opazo, M., López Stewart, C., Chile, Ministerio de Salud, Departamento Ciclo Vital, ... Subsecretaría de Salud Pública. (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Santiago, Chile: Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital.
- Espinal, I. Gimeno, A y González, F. (s. f.). El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. Recuperado de https://www.academia.edu/9492209/El_Enfoque_Sist%C3%A9mico_En_Los_Estudios_Sobre_La_Familia
- Horwitz, N., & Ringeling, I. (1985). FAMILIA Y SALUD FAMILIAR. UN ENFOQUE PARA LA ATENCION PRIMARIA. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16959/v98n2p144.pdf?sequence=>

- I.Louro Bernal. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&tlng=es.
- Minga, K. (2016). Control prenatal insuficiente y su asociación con factores sociodemográficos y apoyo familiar. Centro de salud Nabón, 2014 (tesis de posgrado). Universidad del Azuay. Cuenca, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Guía de práctica clínica para el control prenatal. Quito, Ecuador:
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Norma para el cuidado obstétrico y neonatal esencial en el sistema nacional de salud. Quito, Ecuador:
- Ministerio de Salud Pública. (2017). Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud. Primera edición. Quito, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud: Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Minuchin, S. (1985). Familias y Terapia Familiar. Barcelona, España: Gedisa. Recuperado de <https://www.academia.edu/RegisterToDownload#RelatedPapers>
- Munares Garcia, F. (2005). Estudio de calidad sobre el control prenatal, en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marco, Perú.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Guías para el continuo de la atención de la Mujer y el recién nacido focalizadas en APS, 3da Edición, Montevideo, Uruguay: CLAP/SMR No. 1577 Recuperado de https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=list&slug=salud-materna&Itemid=219&layout=default&lang=es
- Pillcorema, B. (2013). TIPOS DE FAMILIA ESTRUCTURAL Y LA RELACIÓN CON SUS LÍMITES (Tesis de pregrado) Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador Recuperado de <https://www.google.com/search?client=firefox-b&q=%E2%80%9CTIPOS+DE+FAMILIA+ESTRUCTURAL+Y+LA+RELACI%C3%93N+CON+SUS+L%C3%8DMITES%E2%80%9D+>

Rojas Betancur, Mauricio, Álvarez Nieto, Carmen, & Méndez Villamizar, Raquel. (2016). El papel de la familia en la normalización del embarazo a temprana edad. *Encuentros*, 14(1), 139-150.

<https://dx.doi.org/10.15665/re.v14i1.674>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2010). Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Recuperado de <https://sego.es/>

UNICEF – UNDELAR (2003). Nuevas formas de familia. *Perspectivas nacionales e internacionales*.

Montevideo, Uruguay. Recuperado de <http://brd.unid.edu.mx/nuevas-formas-de-familia-perspectivas-nacionales-e-internacionales/>