



Original

Relación del embarazo de alto riesgo con la dinámica familiar y el subsistema conyugal

Oswaldo García Torres^{a,*}, Reyna Lucero Caro Félix^a, Andrea Socorro Álvarez Villaseñor^b

^aHospital General de Zona + Medicina Familiar N° 1. ^bCoordinación Auxiliar Médico de Investigación de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. La Paz. Baja California Sur. México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de febrero de 2018

Aceptado el 28 de julio de 2018

On-line el 21 de diciembre de 2018

Palabras clave:

Embarazo de alto riesgo

Dinámica familiar

Subsistema conyugal

R E S U M E N

Introducción. El embarazo conlleva cambios fisiológicos y emocionales que pueden afectar a la dinámica familiar. Algunos aspectos psicosociales no favorecen la adaptación al embarazo, pueden causar cambios emocionales y generar manifestaciones ansiosas y depresivas.

Objetivo general. Conocer la relación del embarazo de alto riesgo con la dinámica familiar y el subsistema conyugal.

Material y método. Estudio observacional en 30 pacientes embarazadas con riesgo obstétrico alto que se encontraban viviendo con su pareja. Se evaluaron por medio del test APGAR familiar y el subsistema conyugal. Se utilizó estadística descriptiva para variables demográficas y χ^2 para asociación.

Resultados. De acuerdo con la tipología familiar, 73,3 % nucleares, 66,7 % modernas, 83,3 % integradas, 100 % urbanas y 50 % son empleadas. El 93,3 % de las familias son funcionales (APGAR) y según el subsistema familiar, 90 % fueron funcionales. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre riesgo obstétrico y APGAR familiar ($p=0,121$, IC 95 % 0,106-0,118). Tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre el riesgo obstétrico y el subsistema conyugal ($p=0,475$, IC 95 % 0,694-0,712).

Conclusión. No se encontró relación del embarazo de alto riesgo con la dinámica familiar ni con el subsistema conyugal.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Relationship of high risk pregnancy with familial dynamics and marital subsystem

A B S T R A C T

Introduction. Pregnancy leads to physiological and emotional changes that can affect family dynamics. Some psychosocial aspects do not favor the adaptation to pregnancy and can cause emotional changes, generating anxious and depressive manifestations.

Course objective. To know the relation of the high risk pregnancy with the family dynamics and the marital subsystem.

Keywords

High risk pregnancy

Family dynamics

Marital subsystem

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: osvaldo.garciat@prodigy.net.mx (O. García Torres).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.042>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Material and method. Observational study in 30 pregnant patients with high obstetric risk who were living with their partner. They were evaluated by the family APGAR test and the marital subsystem. Descriptive statistics were used for demographic variables and χ^2 for association.

Results. According to the family typology, 73.3% nuclear, 66.7% modern, 83.3% integrated, 100% urban and 50% are employed. 93.3% of the families are functional (APGAR) and according to the family subsystem, 90% were functional. No significance was found between obstetric risk and family APGAR ($p = 0.1.21$, 95% CI 0.106-0.118). As between the obstetric risk and the marital subsystem, no significance was found, finding $p = 0.475$, 95% CI 0.694-0.712.

Conclusion. No high-risk pregnancy relationship was found with family dynamics or with the marital subsystem.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A.

El embarazo es una condición fisiológica que trae cambios generales en la vida de la mujer embarazada y su familia, ya que la nueva condición exige cambios y modificaciones al grupo familiar en su estructura y funcionamiento interno, así como en las relaciones con otros sistemas sociales¹. En la mujer se presenta una disminución significativa del funcionamiento físico².

En el embarazo se presentan retos fisiológicos y psicológicos tanto para las mujeres, como para los médicos que las atienden. Además se ha demostrado que recibir apoyo de la pareja durante el embarazo predice una buena salud materna prenatal y durante la etapa post-parto³.

Diversos factores, como uso de fármacos o de drogas, patologías previas como diabetes, hipertensión arterial, asma, fenilcetonuria, enfermedad tiroidea, epilepsia, y exposición a enfermedades infecciosas y el estado de inmunización, pueden tener un efecto significativo sobre el curso de la gestación y constituyen factores que llevan a un embarazo de alto riesgo⁴. Por otro lado, el embarazo es un periodo de vulnerabilidad en el que puede surgir depresión y estrés emocional materno. Adicionalmente, después del nacimiento, los cambios emocionales representan un riesgo potencial para el bienestar de las madres y sus familias⁵.

La influencia de aspectos psicosociales, tales como los socioeconómicos (empleo, pobreza y trabajo doméstico), psicológicos (eventos de vida y aislamiento social), presencia de estrés por conflictos de pareja (eventos de la vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo o enfermedades), apoyo social (de la pareja, de amigos, familiares y número de amigos)⁶, dificultan la adaptación de la mujer en su nuevo estado y le causan conflictos, al incumplir las exigencias del exterior que impactan en su estado emocional, y generan manifestaciones ansiosas y depresivas^{6,7}.

En el entorno familiar se puede desencadenar violencia intrafamiliar y aumenta la probabilidad de tener complicaciones durante el parto y post-parto, con complicaciones como la amenaza de parto pre-término⁸, lo que es un problema de salud pública por su alta mortalidad neonatal y las elevadas tasas de secuelas neurológicas y pulmonares después del periodo prenatal⁹.

Las mujeres que presentan embarazos de alto riesgo con frecuencia padecen alteraciones psicológicas como respuesta a la necesidad de adaptarse a su nueva condición, lo que se manifiesta a través de sintomatología ansiosa¹⁰.

Muchas madres aceptan y disfrutan los cambios propios del embarazo; algunas no comparten estos sentimientos y con frecuencia padecen algún trastorno psicológico que puede incluir desde una grave angustia reactiva hasta problemas psicológicos, físicos y sociales^{6,7}. Ross y McLean estudiaron reportes acerca de embarazo y ansiedad (publicados entre 1996 y 2005), en que la prevalencia de ansiedad en el embarazo y post-parto se sitúa en 5-8 % de las mujeres¹¹. En este periodo de angustia no es solo asunto de la madre sino también de su pareja y demás miembros de la familia^{6,7}.

En la gestación de alto riesgo se considera que la madre, el feto y/o el neonato tienen mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes y después del parto^{12,13}. Cordero y González llaman la atención acerca de la gestación a edad muy temprana y después de los 35 años, que presenta un incremento del riesgo adicional del parto para la morbilidad materna; es importante en los países en desarrollo, donde las mujeres tienen con frecuencia numerosos hijos¹⁴, además de la falta de acceso a cuidados prenatales adecuados, consumo de tabaco, ingestión de alcohol y exposición a riesgos ocupacionales¹⁵.

La aparición de emociones, sentimientos de culpa y fallas pueden complicar la evolución y contribuir al nacimiento de un bebé antes del término, lo que puede llevar a un momento de crisis para la familia¹⁶, que produce cambios psíquicos en el hombre y la mujer que serán padres. Algunos autores sugieren que las parejas se vuelven más insatisfechas con su relación después tener hijos, porque la llegada de un nuevo miembro requiere la reorganización de la dinámica familiar, que puede experimentarse como una crisis¹⁷.

Al ser importante conocer la dinámica familiar durante el embarazo, en nuestro medio contamos con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y el subsistema conyugal. Estos instrumentos han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización. Tal es el caso del instrumento para evaluar el subsistema conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja¹⁸.

El subsistema conyugal en la familia se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia, que representa un refugio ante el estrés externo y la base para el contacto con otros sistemas sociales. El subsistema debe desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros siste-

Tabla 1 – Características de la dinámica familiar de las pacientes (n=30).

Variable		Hombre		Mujer	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
APGAR familiar	Altamente disfuncional	0	0	1	3,3
	Moderada disfunción	3	10	2	6,7
	Funcional	27	90	27	90,0
Subsistema conyugal	Pareja funcional	27	90	28	93,3
	Pareja con disfunción moderada	3	10	2	6,7
	Pareja disfuncional	0	0	0	0

mas; por ejemplo, cuando hay hijos, deben poseer un territorio psicosocial que no afecte el funcionamiento del subsistema conyugal¹⁹.

Adicionalmente, aunque las pacientes en embarazo de alto riesgo asisten a consulta en las unidades de Medicina Familiar y Trabajo Social, no hay herramientas que permitan proporcionar apoyo psicológico a la paciente y su pareja, lo que puede conducir a agravar o modificar los factores de riesgo, teniendo en cuenta que la dinámica familiar es parte importante en el desarrollo del embarazo.

Objetivo

El propósito de este estudio fue conocer la relación del embarazo de alto riesgo con la dinámica familiar y el subsistema conyugal.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal y descriptivo en el Hospital General de Zona + Unidad de Medicina Familiar número uno (La Paz, Baja California Sur), en los meses de septiembre-diciembre de 2017.

Con un total de 128 pacientes embarazadas de alto riesgo atendidas en la unidad, se seleccionaron un total de 30 pacientes con sus parejas, de acuerdo con la fórmula de una sola proporción, mediante muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

Se definió como alto riesgo toda patología que ponga en riesgo el embarazo, codificada en el expediente clínico (SIMF). Para la dinámica familiar se utilizó el test de APGAR familiar, calificando como altamente disfuncional, moderadamente funcional y funcional. El subsistema familiar se calificó como gravemente disfuncional, disfunción moderada y funcional. También se analizaron otras variables demográficas como la edad y su tipología familiar.

Se excluyeron pacientes solteras, mujeres menores de 18 años embarazadas y que no presentasen riesgo obstétrico.

Para el análisis de variables numéricas y de razón utilizamos un análisis descriptivo con medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y dispersión (rango, desviación estándar). Para las variables cualitativas (dicotómicas y categóricas) se utilizaron frecuencias (%), con cálculo de intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %).

Para el caso de las variables evaluadas mediante frecuencias se utilizó la Chi cuadrada de Pearson. Para evaluar factores de riesgo se utilizó la razón de momios (Odds Ratio) con cálculo de IC 95 %. Un valor de "p" de hasta 0,05 fue considerado como significativo.

Una vez recolectados los datos se procedió a codificar las respuestas para efectuar el procesamiento de los datos y el análisis estadístico pertinente, usando el paquete Excel 2010 y SPSS 22. Se obtuvieron los datos más significativos para expresar los resultados, comentarios y conclusión.

Este proyecto de investigación fue autorizado por el comité local de investigación 301 y obtuvo el registro R-2017-301-127.

Resultados

Con el fin de determinar la posible relación entre el embarazo de alto riesgo y la dinámica familiar y el subsistema conyugal, se aplicó una encuesta a 30 mujeres embarazadas con factores de riesgo obstétrico y sus parejas. Las mujeres tenían una media de edad 32,67 años (DE 5,95).

La **tabla 1** representa las características de la dinámica familiar y el subsistema conyugal comparando el grado de funcionalidad según el sexo.

En la **tabla 2** se observan las características de la tipología familiar; cabe destacar que predominan las familias nucleares (73,3 %), las modernas (66,7 %) y la integradas (83,3 %).

La **tabla 3** muestra la asociación del embarazo de alto riesgo con las variables de la familia. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la tipología familiar (familia nuclear según su conformación), con una $p=0,023$ (OR 0,016; IC 95 % 0,014-0,019 %). En el resto de las variables no se encontró diferencia estadísticamente significativa.

En esta población fueron más frecuentes las familias de conformación nuclear y el porcentaje más alto de presentación de embarazos de alto riesgo. Por tanto, hay que poner mayor énfasis en este tipo de familias, en el seguimiento que realiza el médico de primer nivel y en evitar complicaciones futuras.

Comentarios

En la población estudiada la conformación de las familias encuestadas mostró mayor porcentaje de la tipología nuclear (73,3 %). El 66,7 % fueron familias modernas y en estas se encontró riesgo obstétrico alto en 36 %. Se encontró que

Tabla 2 – Características de la tipología familiar (n=30).

Variable			Frecuencia	Porcentaje
Tipología familiar	Conformación	Nuclear	22	73,3
		Extensa	4	13,3
		Compuesta	4	13,3
	Desarrollo	Tradicional	10	33,3
		Moderna	20	66,7
	Integración	Integrada	25	83,3
		Semi-integrada	4	13,3
		Desintegrada	1	3,3
	Ocupación de jefe de familia	Empleado	15	50
Profesional		14	46,7	
Obrero		1	3,3	
Demografía	Urbana	30	100	
	Rural	0	0	

Tabla 3 – Asociación de las variables (n=30).

Variable		Alto riesgo obstétrico			Valor de p* (OR; IC 95 %)	
		Medio	Alto	Muy alto		
APGAR familiar	Severa	0 (0 %)	1 (3,3 %)	0 (0 %)	0,121 (0,112; 0,106-0,118 %)	
	Moderada	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (6,7 %)		
	Normal	8 (26,7 %)	15 (50 %)	4 (13,3 %)		
Subsistema conyugal	Severa	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0,475 (0,703; 0,694-0,712 %)	
	Moderada	0 (0 %)	1 (3,3 %)	1 (3,3 %)		
	Normal	8 (26,7 %)	15 (50 %)	5 (16,7 %)		
Tipología familiar	Conformación	Nuclear	3 (10 %)	14 (46, %)	5 (16,7 %)	0,023 (0,016; 0,014-0,019 %)
		Extensa	2 (6,7 %)	2 (6,7 %)	0 (0 %)	
		Compuesta	3 (10 %)	0 (0 %)	1 (3,3 %)	
	Desarrollo	Tradicional	4 (13,3 %)	5 (16,7 %)	1 (3,3 %)	0,423 (0,461; 0,451-0,471 %)
		Moderna	4 (13,3 %)	11 (36, %)	5 (16,7 %)	
	Integración	Integrada	7 (23,3 %)	14 (46, %)	4 (13,3 %)	0,532 (0,677; 0,667-0,686 %)
		Semi-integrada	1 (3,3 %)	1 (3,3 %)	2 (6,7 %)	
		Desintegrada	0 (0 %)	1 (3,3 %)	0 (0 %)	
	Ocupación del jefe de familia	Empleado	5 (16,7 %)	8 (26,7 %)	2 (6,7 %)	0,417 (0,401; 0,391-0,411 %)
Profesional		3 (10 %)	8 (26,7 %)	3 (10,0 %)		
Obrero		0 (0 %)	0 (0 %)	1 (3,3 %)		

*p= prueba no paramétrica.

no existe relación entre el resultado de la conformación, el desarrollo y la integración de la familia de la paciente con el riesgo obstétrico, ya que se encontró que sin importar el riesgo obstétrico la gran mayoría de las pacientes presentan una funcionalidad normal. Se puede atribuir el alto porcentaje de familias nucleares a que esa es la tendencia del tipo de familia en nuestro país (97 %), como se demuestra en el estudio de Montalvo Reyna y cols²⁰.

En la conformación de la tipología familiar se encontró asociación estadísticamente significativa con el embarazo de alto riesgo (p=0,023; OR 0,016; IC 95 % 0,014-0,019 %).

Los resultados del APGAR mostraron que 90 % de las pacientes tienen una familia funcional. Presentan riesgo obstétrico muy alto el 6,7 % de mujeres con moderada funcionalidad, mientras que en las familias funcionales es mayor (13,3 %). Sin embargo, no encontramos asociación entre el resultado del APGAR familiar de la embarazada y el riesgo obstétrico, aunque debe contarse con la limitación que supone la escasez de muestra (solo un caso con APGAR grave y dos con APGAR moderado).

Los resultados del subsistema conyugal mostraron que 93,3 % de las mujeres encuestadas tienen una pareja funcional.

Para la disfunción moderada se encontró un riesgo obstétrico muy alto en 3,3 %. En las parejas funcionales 16,7 % tenía el riesgo obstétrico muy alto. Sin embargo, se encontró que no existe relación entre el resultado del APGAR familiar de la paciente y el riesgo obstétrico, ya que se encontró que, sin importar el riesgo obstétrico, la gran mayoría de las pacientes presentan una funcionalidad normal.

A partir de los resultados de las encuestas, este estudio sugiere que la dinámica familiar encontrada en las familias de las mujeres embarazadas encuestadas no es un factor determinante del alto riesgo obstétrico en esta población. Las limitaciones del estudio incluyen que el total de muestra fueron familias urbanas, y esta variable de confusión no puede ser analizada en este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Herrera PM. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Rev Hum Med.* 2012; 12: 184-91.
- Tendais I, Figueiredo B, Mota J, Conde A. Physical activity, health-related quality of life and depression during pregnancy. *Atividade física, qualidade de vida e depressão durante a gravidez.* *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2001; 27: 219-28.
- Tyrlika M, Konecny S, Kukla L. Predictors of pregnancy-related emotions. *J Clin Med Res.* 2013; 5: 112-20.
- Donoso B, Oyarzún E. Embarazo de alto riesgo. *Medwave* 2012; 12. doi: 10.5867/medwave.2012.05.5429
- Stapleton LR, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ, et al. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *J Fam Psychol.* 2012; 26: 453-63.
- Currid TJ. Improving perinatal mental health care. *Nurs Stand.* 2004; 19: 40-3.
- Gómez ME, Aldana E. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud.* 2007; 17: 53-61.
- Zucchi M. Depressão na gravidez e prematuridade: Aspectos epistemológicos da investigação. *Cad. Saúde Pública.* 1999; 15: 89-98.
- Parada OJ, Guerra P, Vázquez A. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. *Rev Esp Med Quir.* 2012; 17: 39-43.
- Gómez ME, Aldana E, González G, Mota C, Sánchez MA. Psicoterapia de grupo para mujeres con embarazo de alto riesgo. *Terapia psicológica.* 2009; 27: 215-25.
- Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67: 1285-98.
- Ordaz KY, Rangel R, Hernández C. Factores de riesgo asociados con morbilidad materna en el estado de Morelos, México. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78: 357-64.
- Laza C, Quintero J, Jiménez HJ, Preciado JA. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. *Enfermería Global.* 2013; 12: 357-71.
- Cordero MZ, González GJ. Factores socio económicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna: una revisión. *Rev Cienc Biomed.* 2011; 2: 77-85.
- Arroyo S, Vite A, Córdova A. Evaluación de sintomatología psicológica en mujeres con embarazo de alto riesgo. *Aten Fam.* 2014; 21: 113-6.
- Mendoza ME, Amaya P, García G, Nava AA, Hurtado R, Toribio AJ, et al. Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Perinatol Reprod Hum.* 2010; 24: 236-41.
- Moreno C, Arnal B, Antequera R, Ramírez I. Anxiety and psychological wellbeing in couples in transition to parenthood. *Clínica y Salud.* 2016; 27: 29-35.
- Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza HF, Pérez C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en Atención Primaria. *Arch Med Fam.* 2006; 8: 27-32
- Herrera JL. *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad.* 5ª ed. México: Alfil S.A. de C.V.; 2005.
- Montalvo J, Espinosa MR, Pérez A. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología.* 2013; 28: 73-91.