

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## ESCUELA DE POST GRADO

### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**RELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES DE LA GESTANTE CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN LAS COMUNIDADES LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD (CLAS) DEÁN VALDIVIA – PROVINCIA ISLAY. AREQUIPA. 2014-2015.**

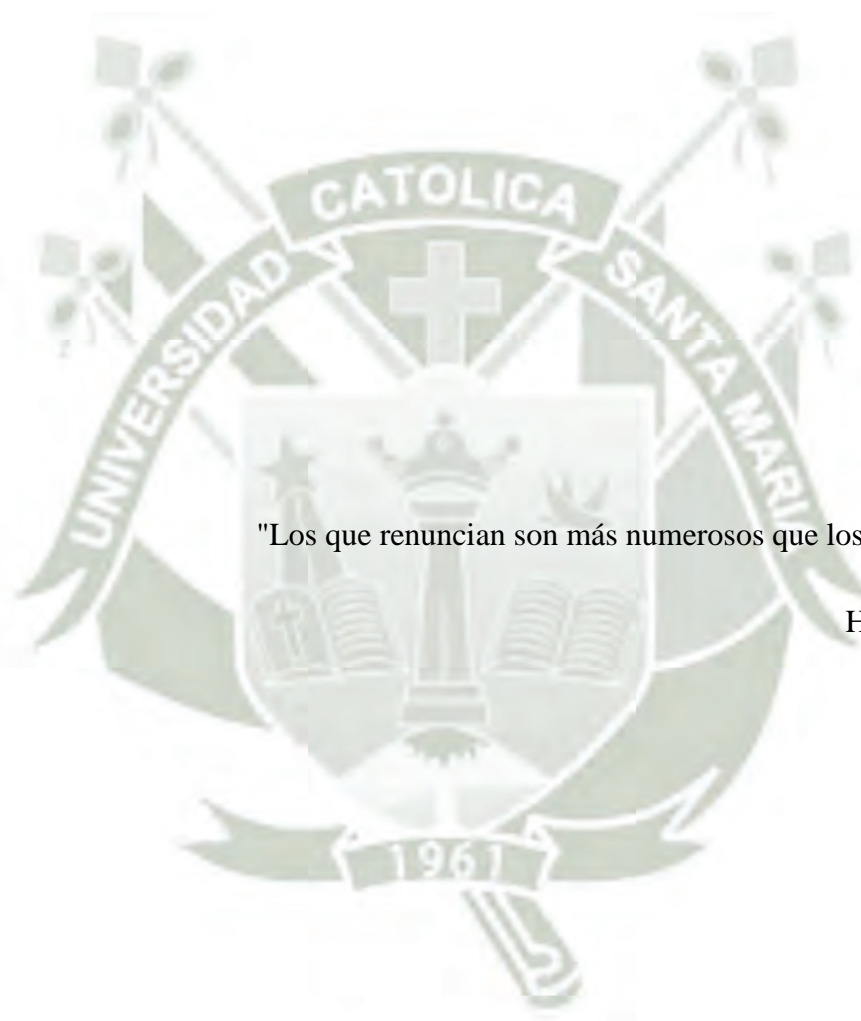
**Tesis presentada por la Magister:  
VERÓNICA FLORENCIA OVIEDO TEJADA**

**para optar el Grado Académico de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**Asesora: Dra. Águeda Muñoz del Carpio Toia**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2016**



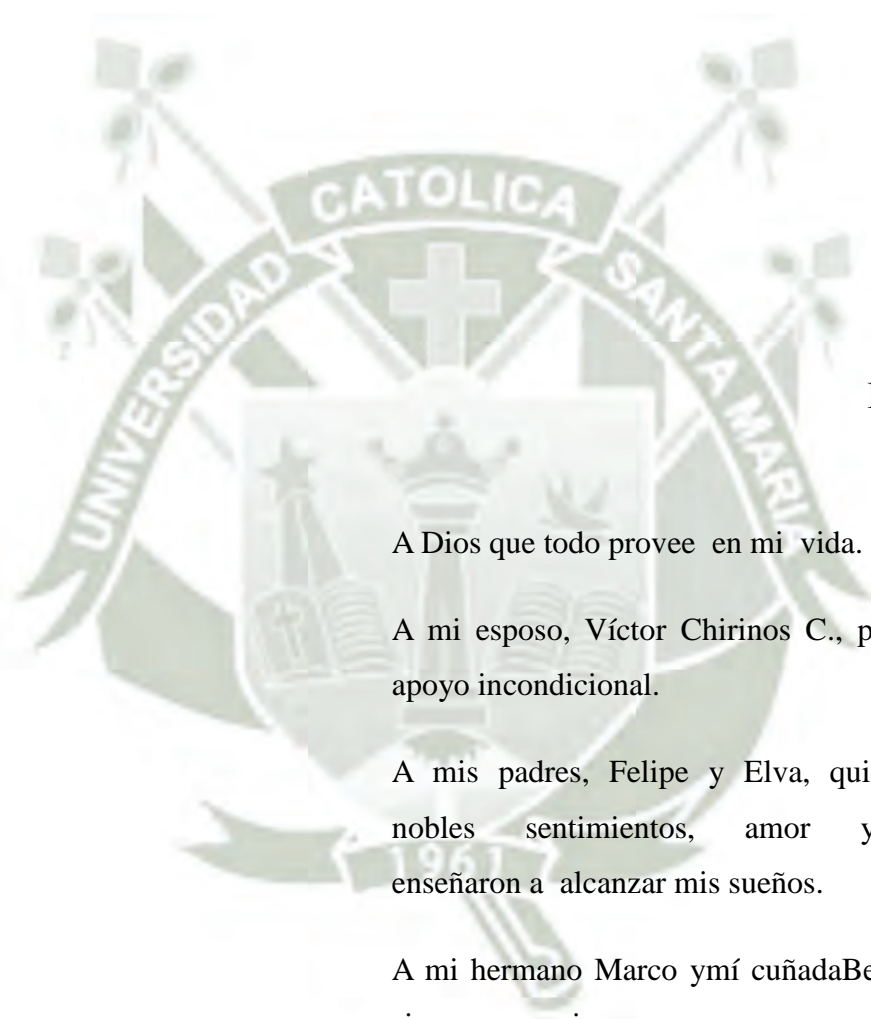
**Epígrafe**

"Los que renuncian son más numerosos que los que fracasan."

HENRY FORD



Mi agradecimiento a la Dra. Águeda Muñoz del Carpio Toia por brindarme su conocimiento científico como investigadora.



## **Dedicatoria**

A Dios que todo provee en mi vida.

A mi esposo, Víctor Chirinos C., por su amor y apoyo incondicional.

A mis padres, Felipe y Elva, quienes con sus nobles sentimientos, amor y trabajo me enseñaron a alcanzar mis sueños.

A mi hermano Marco y mi cuñada Betsy por estar siempre conmigo.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO ÚNICO: RESULTADOS .....	9
1. Funcionamiento familiar .....	9
2. Características sociofamiliares .....	11
3. Peso del recién nacido.....	14
4. Relación entre el funcionamiento familiar con el peso del recién nacido.....	16
5. Relación entre las características sociofamiliares con el peso del recién nacido.....	18
6. Discusión y comentarios.....	28
CONCLUSIONES .....	37
RECOMENDACIONES.....	38
PROPUESTA.....	39
BIBLIOGRAFÍA .....	43
ANEXOS .....	53
Nro.1 Proyecto de investigación .....	54
Nro. 2 Matriz de sistematización .....	108

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el funcionamiento y las características sociofamiliares de la gestante con el peso del recién nacido en las comunidades locales de administración de salud (CLAS) Deán Valdivia del Ministerio de Salud en la Provincia de Islay departamento Arequipa.

La población estudiada estuvo conformada por 67 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión planteados.

El tipo de investigación fue transversal, de campo y nivel relacional. Se aplicó la cédula de entrevista para consignar las características sociofamiliares y el Test de Apgar Familiar de Ramón Florenzano al evaluar el funcionamiento familiar. El peso del recién nacido se obtuvo del carnet de controles.

Los resultados evidenciaron lo siguiente:

Las gestantes presentaron alta funcionalidad familiar. Las características sociodemográficas más frecuentes fueron: grupo etáreo entre de 25 a 29 años, grado de instrucción secundaria, convivientes, procedentes de zonas rurales, amas de casa, segundigestas y no pobres. Respecto a la estructura familiar, tuvieron ciclo familiar en expansión y tipo nuclear. Los recién nacidos mayormente con peso promedio (2500 g a 3999 g).

Se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar, el ciclo familiar y el peso del recién nacido según la prueba de chi cuadrado.

Las características sociofamiliares como edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de procedencia, ocupación, número de gestaciones, nivel de pobreza y tipo de familia no presentaron relación estadísticamente significativa con el peso del recién nacido.

**Palabras clave:** Funcionamiento familiar, características sociofamiliares, peso del recién nacido, gestante.

## ABSTRACT

The study aimed to determine the relationship between performance and social and family characteristics of pregnant women with birth weight in local communities Health Administration (CLAS) Dean Valdivia Ministry of Health in the Province of Islay Arequipa department.

The study population consisted of 67 pregnant women who met the criteria for inclusion and exclusion raised.

The investigation Type was cross-sectional, field and relational level. The certificate of interview to record the social and family characteristics and family Apgar test to evaluate Ramon Florenzano family functioning was applied. The weight of the newborn was obtained from the card controls the newborn.

The results showed the following:

Pregnant women had high family functioning. The most common demographic characteristics were: age group between 25 to 29 years, high school degree, cohabiting, from rural areas, housewives, with second pregnancy and no poor. Regarding the family structure, family cycles were expanding and nuclear type. Mostly newborns with average weight (2500 g to 3999 g).

It was found that there is statistically significant relationship between family functioning, family cycle and newborn weight according to the chi-square test.

The social and family characteristics such as age, education level, marital status, place of origin, occupation, number of pregnancies, poverty and family type no statistically significant relationship with birth weight.

**Keywords:** family functioning, family member characteristics, birth weight, pregnant.

## INTRODUCCIÓN

El peso al nacimiento es una variable antropométrica de importancia como indicador de salud y sobrevivencia neonatal e infantil. Diversos estudios como el realizado por Ticona Rendón y Gustavo F. Gonzales, evidencian relación entre el peso al nacer y las características sociodemográficas, factores maternos, fetales y placentarios. Algunos autores mencionan la influencia del ambiente biopsicosocial en el peso del recién nacido como es el caso de Marisel Armas y colaboradores.

Entonces la vida biopsicosocial-familiar es importante, porque repercute en el proceso salud enfermedad especialmente en el binomio madre-niño por nacer.

Para evidenciar la vida psico-familiar, de las gestantes del Distrito de Deán Valdivia de la provincia de Islay, se empleó el Test de APGAR familiar de Ramón Florenzano y colaboradores que mide la satisfacción respecto al funcionamiento familiar. En los antecedentes investigativos nacionales y locales no se encontraron estudios que relacionen el funcionamiento y características familiares con el peso del recién nacido.

Según datos estadísticos consignados en el padrón nominal del Servicio de enfermería del CLAS Deán Valdivia, para el año 2013, los recién nacidos registraron peso promedio en un 88%, peso elevado 11% y peso bajo un 1%. Dichos hallazgos difieren de los reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- PpR (Presupuesto por Resultados), para el periodo 2007 y 2015, donde la proporción de nacidos con bajo peso al nacer fue de 6.3 y 4.3% respectivamente para los años citados.

En tal caso el peso adecuado de los recién nacidos del Distrito de Deán Valdivia estaría influenciado por múltiples variables que actuarían como protectores.

Por lo tanto se efectuó el presente estudio sobre la relación del funcionamiento y características sociofamiliares con el peso del recién nacido en el distrito de Deán Valdivia, provincia de Islay Arequipa

## **CAPÍTULO ÚNICO:**

### **RESULTADOS**

#### **1. Funcionamiento Familiar**



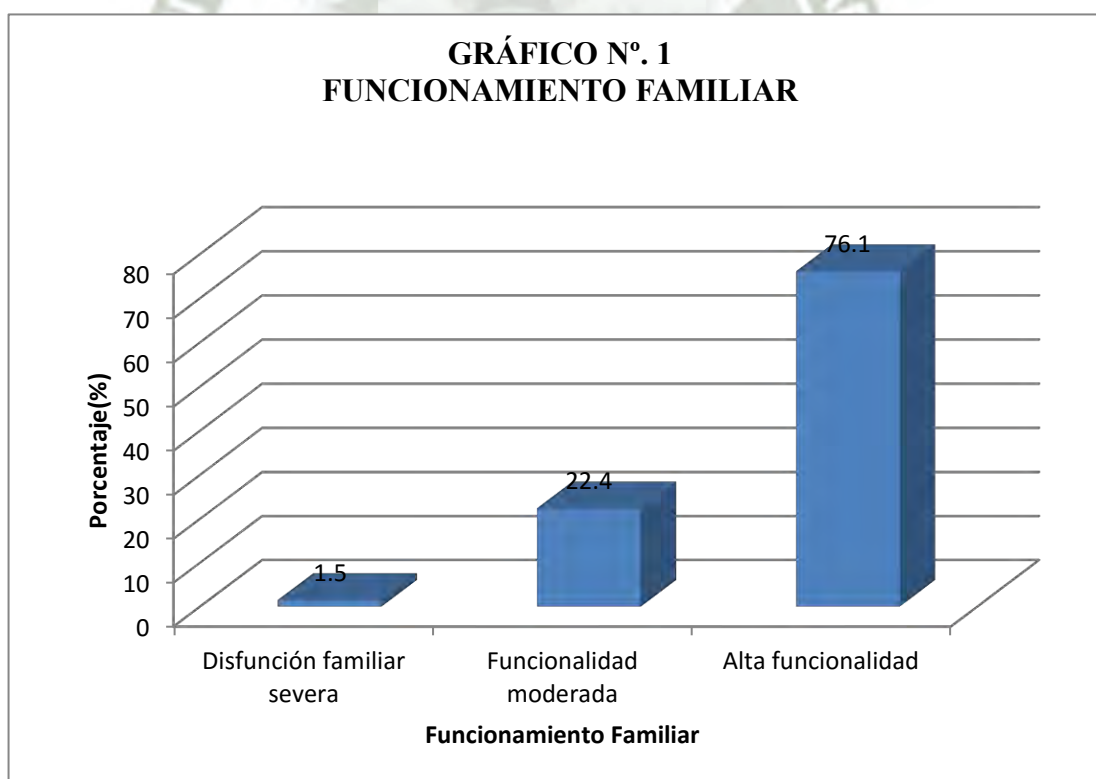
**TABLA N° 1**  
**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

<b>Funcionamiento Familiar</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Disfunción familiar severa	1	1.5
Funcionalidad moderada	15	22.4
Alta funcionalidad	51	76.1
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora (APGAR Familiar)

El Test de Apgar familiar de RamonFlorenzano califica el funcionamiento familiar en: disfunción familiar severa, funcionalidad moderada y alta funcionalidad.

Sobre el funcionamiento familiar: La Tabla N°1 muestra que el 76.1% de las gestantes en las Comunidades Locales de Administración de salud en el Distrito de Deán Valdivia-Islay, presentaron alta funcionalidad familiar; mientras que sólo el 1.5% calificaron con disfunción familiar severa.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora (APGAR Familiar)

## 2. Características sociofamiliares



**TABLA N° 2**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIALES**

<b>Características Sociales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Edad (años)</b>		
15-19	5	7.5
20-24	13	19.4
25-29	24	35.8
30-34	14	20.9
35-39	10	14.9
40-45	1	1.5
<b>Grado de Instrucción</b>		
Analfabeto	2	3.0
Primaria	25	37.3
Secundaria	31	46.3
Superior no universitaria	7	10.4
Universitaria	2	3.0
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	4	6.0
Conviviente	56	83.6
Casado	7	10.4
<b>Procedencia</b>		
Urbano	16	23.9
Rural	51	76.1
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	1	1.5
Ama de casa	52	77.6
Trabaja	14	20.9
<b>Gestaciones</b>		
1	13	19.4
2	30	44.8
>=3	24	35.8
<b>Niveles de Pobreza</b>		
No pobre	35	52.2
Pobre	23	34.3
Pobreza extrema	9	13.4
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N° 2 muestra que el grupo etáreo de 25 a 29 años fue el más frecuente con 35.8% de las gestantes en las Comunidades Locales de Administración de salud; el 46.3% de ellas con grado de instrucción secundaria; 83.6% de las gestantes, convivientes y el 76.1% proceden de zona rural. Asimismo se evidenció que el 77.6% fueron amas de casa, el 44.8% tuvieron ya 2 gestaciones y el 34.3% con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha.

**TABLA N° 3**  
**CARACTERÍSTICAS DE ESTRUCTURA FAMILIAR**

<b>Características de estructura familiar</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
<b>Ciclo familiar</b>		
Formación	10	14.9
Expansión	50	74.6
Dispersión	1	1.5
Evento Crítico familiar	6	9.0
<b>Tipo de familia</b>		
Nuclear	46	68.7
Extendida	17	25.4
Ampliada	1	1.5
Monoparental	2	3.0
Reconstituida	1	1.5
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 3, se aprecia que el 74.6% de las gestantes en las Comunidades Locales de Administración de salud tuvieron ciclo familiar en expansión y el 68.7% de ellas, familia de tipo nuclear.

### 3. Peso del recién nacido

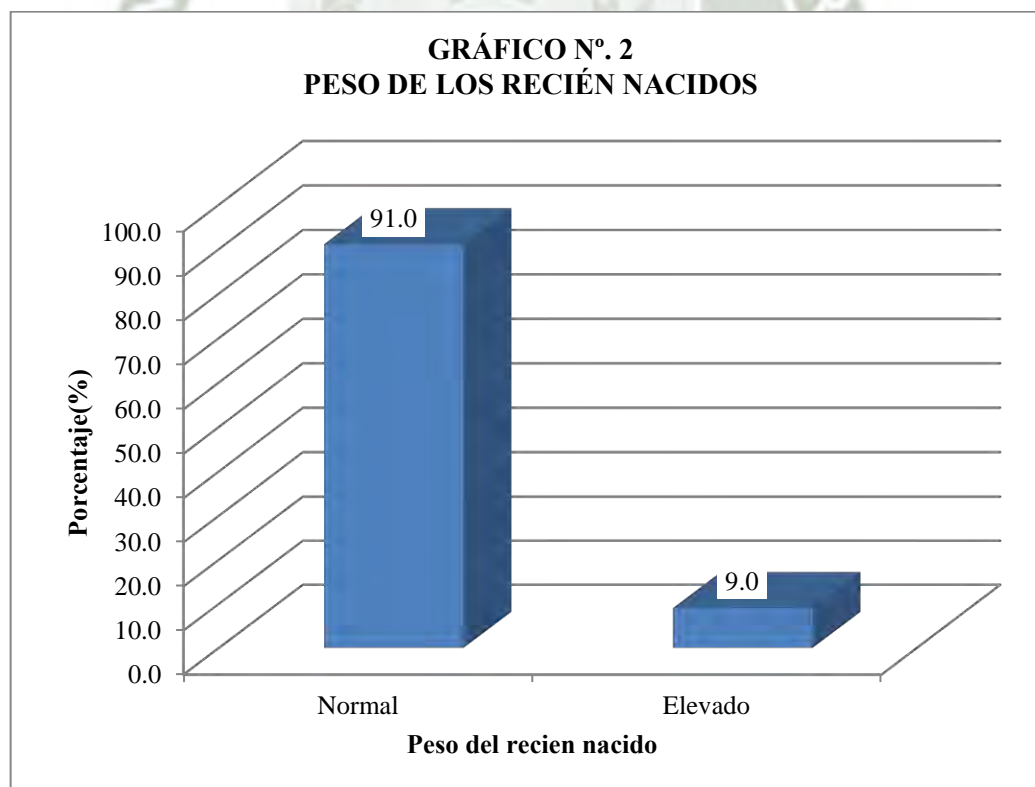


**TABLA N°. 4**  
**PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS**


<b>Peso del recién nacido</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Promedio (2500 g a 3999 g)	61	91.0
Elevado ( $\geq 4000$ g)	6	9.0
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de entrevista

Para el peso del recién nacido se empleó la clasificación dada por LubchencoBattaglia. La Tabla N° 4 muestra que el 91.0% de los recién nacidos en las Comunidades Locales de Administración de salud registraron peso promedio; mientras que el 9.0%, peso elevado. Durante el periodo de investigación no hubo recién nacidos de bajo peso, de muy bajo peso ni de extremadamente bajo peso.



Fuente: Cédula de entrevista



#### 4. Relación entre el funcionamiento familiar con el peso del recién nacido

**TABLA N°. 5**  
**RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL PESO DEL**  
**RECIÉN NACIDO**

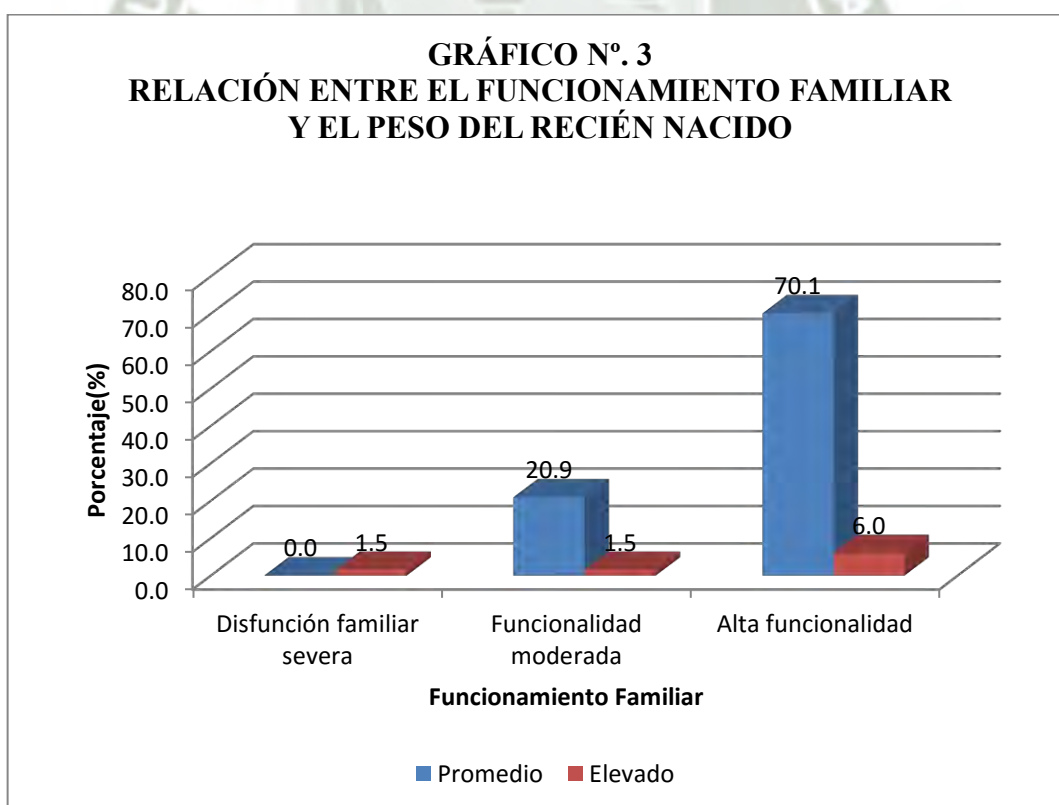
Funcionamiento familiar	Peso del recién nacido				TOTAL	
	Promedio		Elevado			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Disfunción familiar severa	0	0.0	1	1.5	1	1.5
Funcionalidad moderada	14	20.9	1	1.5	15	22.4
Alta funcionalidad	47	70.1	4	6.0	51	76.1
<b>TOTAL</b>	61	91.0	6	9.0	67	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos


$$X^2=10.34 \quad P= 0.006$$

En la tabla N°5, encontramos que 51 gestantes tuvo alta funcionalidad y 47 de ellas con recién nacidos de peso promedio entonces 47 de 67 hacen un 70.1%.

Se evidenció que existe relación entre el funcionamiento familiar y el peso del recién nacido ( $P < 0.05$ ).



Fuente: Matriz de sistematización de datos



## 5. Relación entre las características sociofamiliares con el peso del recién nacido

**TABLA N°. 6**  
**RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO**

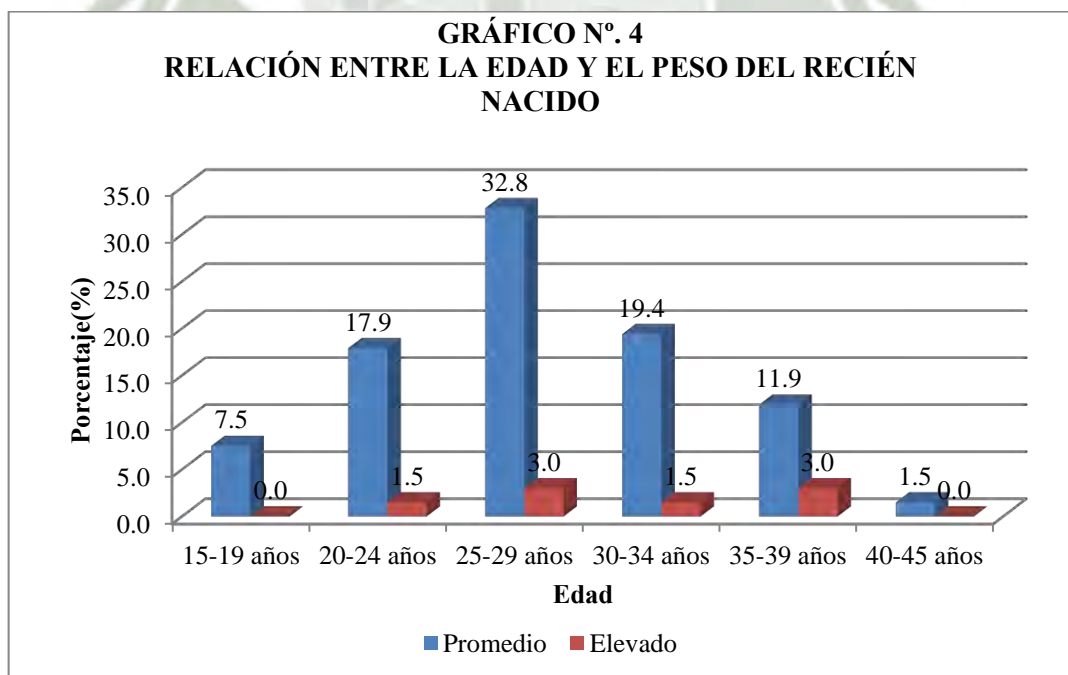
Edad	Peso del recién nacido				TOTAL	
	Promedio		Elevado			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
15-19 años	5	7.5	0	0.0	5	7.5
20-24 años	12	17.9	1	1.5	13	19.4
25-29 años	22	32.8	2	3.0	24	35.8
30-34 años	13	19.4	1	1.5	14	20.9
35-39 años	8	11.9	2	3.0	10	14.9
40-45 años	1	1.5	0	0.0	1	1.5
<b>TOTAL</b>	61	91.0	6	9.0	67	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X^2=2.18 \quad P=0.824$$

En la tabla N°.6 se observa que el 32.8% de los recién nacidos con peso promedio fueron de gestantes pertenecientes al grupo etáreo de 25-29 años.

El valor de la significancia estadística calculado, mayor a 0.05 por lo tanto no guarda relación la edad con el peso del recién nacido.



Fuente: Matriz de sistematización de datos

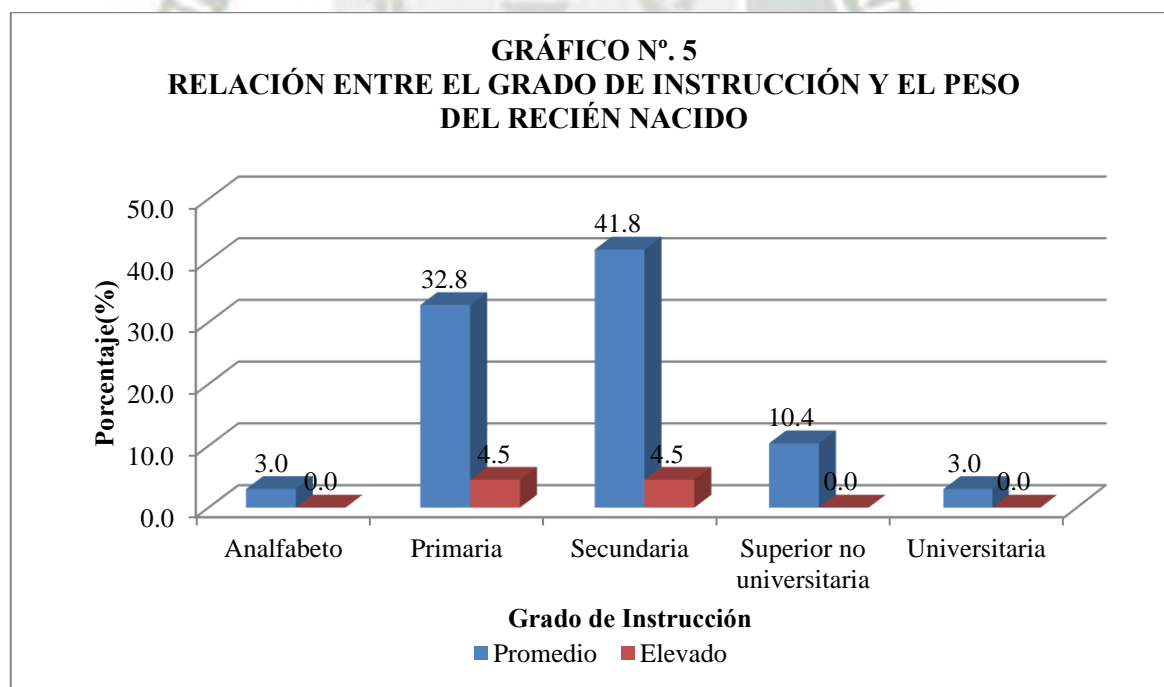
**TABLA N°. 7**  
**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO**

Grado de Instrucción	Peso del recién nacido				TOTAL	
	Promedio		Elevado			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Analfabeto	2	3.0	0	0.0	2	3.0
Primaria	22	32.8	3	4.5	25	37.3
Secundaria	28	41.8	3	4.5	31	46.3
Superior no universitaria	7	10.4	0	0.0	7	10.4
Universitaria	2	3.0	0	0.0	2	3.0
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>91.0</b>	<b>6</b>	<b>9.0</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X^2=1.38 \quad P=0.847$$

Respecto al grado de instrucción: En la tabla N°.7 se encontró que 31 gestantes con instrucción secundaria, 28 de ellas tuvieron recién nacidos con peso promedio. Notemos que el grado de instrucción y el peso del recién nacido no presentaron relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).



Fuente: Matriz de sistematización de datos

**TABLA N°. 8**  
**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO**

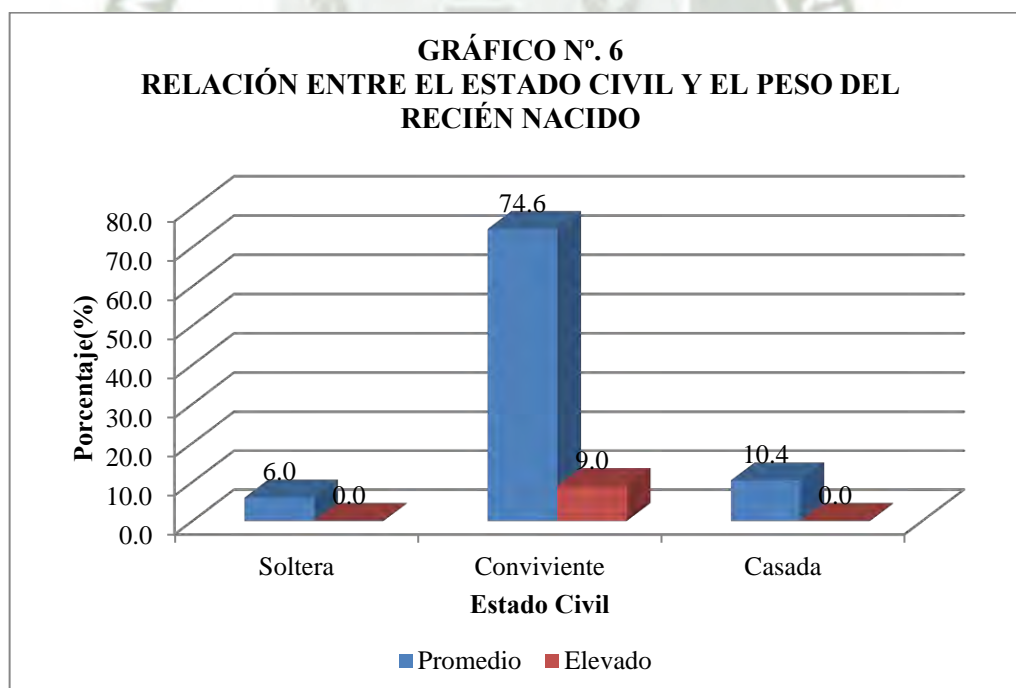
Estado Civil	Peso del recién nacido				TOTAL	
	Promedio		Elevado			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Soltera	4	6.0	0	0.0	4	6.0
Conviviente	50	74.6	6	9.0	56	83.6
Casada	7	10.4	0	0.0	7	10.4
<b>TOTAL</b>	61	91.0	6	9.0	67	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X^2=1.29 \quad P=0.523$$

En cuanto a la relación entre el estado civil y el peso del recién nacido: Se observó que el 74.6% de los recién nacidos con peso promedio fueron de gestantes convivientes, asimismo el 9.0%.

El valor de la significancia estadística fue mayor a 0.05 por lo tanto no guarda relación el estado civil con el peso del recién nacido.



Fuente: Matriz de sistematización de datos

**TABLA N°. 9**  
**RELACIÓN ENTRE EL LUGAR DE PROCEDENCIA Y EL PESO DEL**  
**RECIÉN NACIDO**

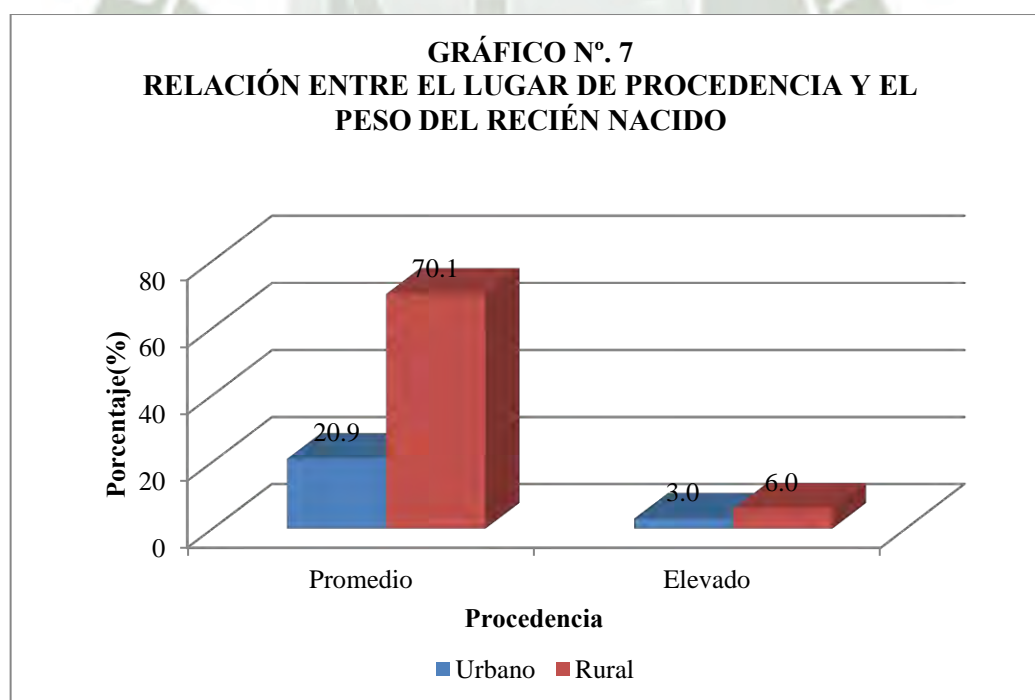
Procedencia	Peso del recién nacido				TOTAL	
	Promedio		Elevado			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Urbano	14	20.9	2	3.0	16	23.9
Rural	47	70.1	4	6.0	51	76.1
<b>TOTAL</b>	61	91.0	6	9.0	67	100

Fuente:Matriz de sistematización de datos

$$X^2=0.32 \quad P=0.569$$

En la tabla N°.9se observa que el 70.1% de los recién nacidos con peso promedio proceden de una zona rural; mientras que el 3.0% de los recién nacidos con peso elevado, de zona urbana.

Asimismo se encontró que no existe relación estadística significativa entre el lugar de procedencia y el peso del recién nacido ( $P>0.05$ ).



Fuente:Matriz de sistematización de datos

**TABLA N°. 10**  
**RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN DE LA MADREY EL PESO DEL**  
**RECIÉN NACIDO**

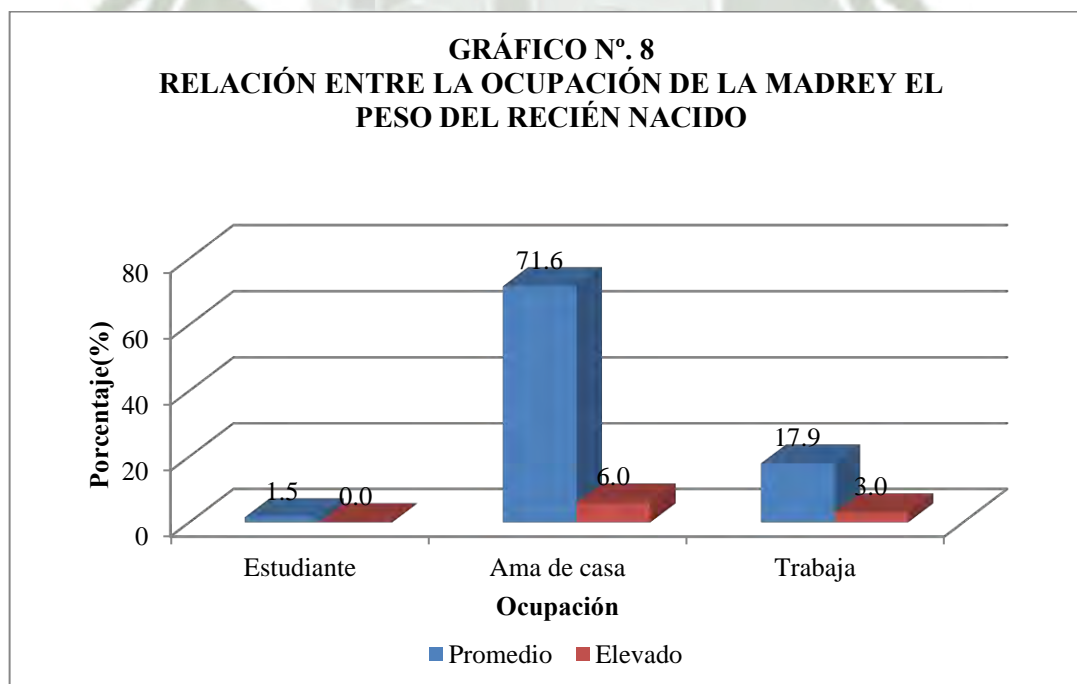
Ocupación	Peso del recién nacido				TOTAL	
	Promedio		Elevado			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Estudiante	1	1.5	0	0.0	1	1.5
Ama de casa	48	71.6	4	6.0	52	77.6
Trabaja	12	17.9	2	3.0	14	20.9
<b>TOTAL</b>	61	91.0	6	9.0	67	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X^2=0.68 \quad P=0.709$$

En cuanto a la relación entre la ocupación de las gestantes con el peso del recién nacido; 52 de las gestantes con ocupación de ama de casa y 48 de ellas tuvieron recién nacidos con peso promedio.

El valor de la significancia estadística mayor a 0.05, por lo tanto no guarda relación la ocupación con el peso del recién nacido.



Fuente: Matriz de sistematización de datos

**TABLA N°. 11**  
**RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE GESTACIONES Y EL PESO DEL**  
**RECIÉN NACIDO**

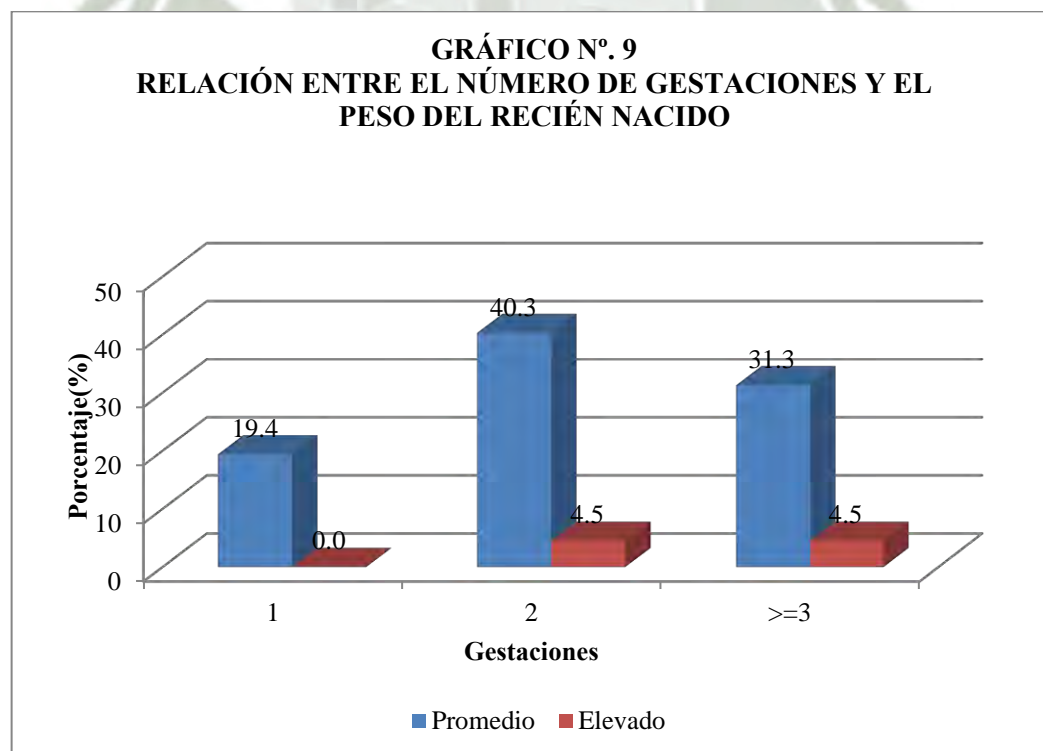
Gestaciones	Peso del recién nacido				TOTAL	
	Promedio		Elevado			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
1	13	19.4	0	0.0	13	19.4
2	27	40.3	3	4.5	30	44.8
>=3	21	31.3	3	4.5	24	35.8
<b>TOTAL</b>	61	91.0	6	9.0	67	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X^2=1.68 \quad P=0.430$$

Además se encontró que el 40.3% de las madres de los recién nacidos con peso promedio tuvieron 2 gestaciones anteriores; mientras que el 4.5% de las gestantes de recién nacidos con peso elevado, 2 o más gestaciones.

Al relacionar el número de gestaciones con el peso del recién nacido, en la tabla N°.11, se observó que no existe relación estadísticamente significativa ( $P>0.05$ ).



Fuente: Matriz de sistematización de datos

**TABLA N° 12**  
**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE POBREZA Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO**

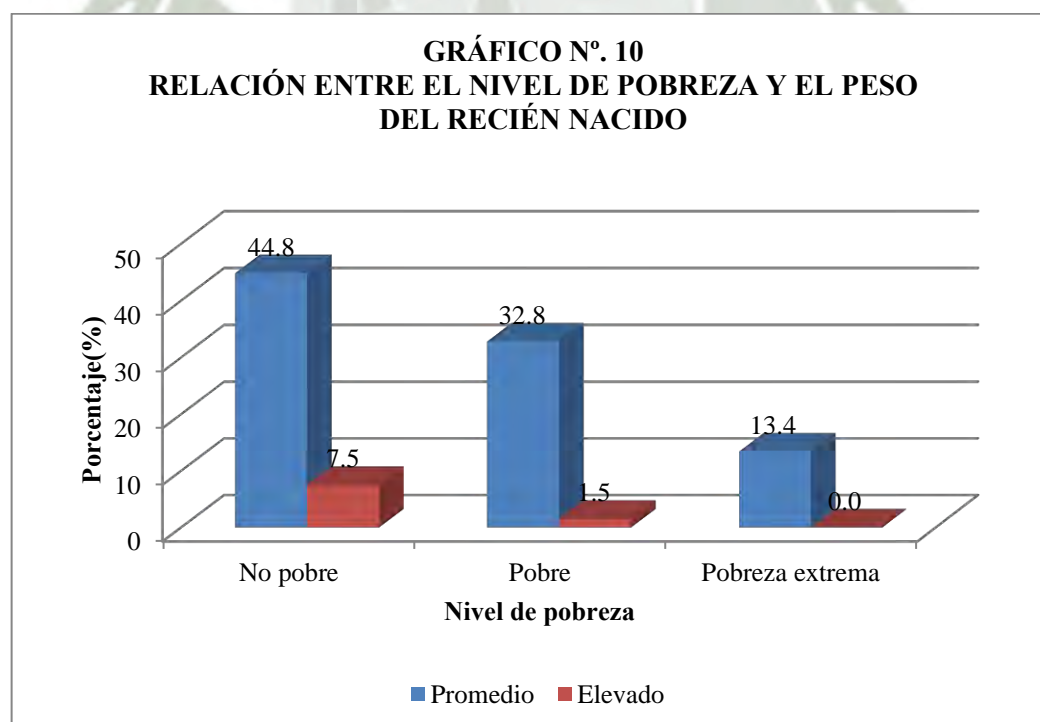
Niveles de pobreza	Peso del recién nacido				TOTAL	
	Promedio		Elevado			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
No pobre	30	44.8	5	7.5	35	52.2
Pobre	22	32.8	1	1.5	23	34.3
Pobreza extrema	9	13.4	0	0.0	9	13.4
<b>TOTAL</b>	61	91.0	6	9.0	67	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X^2=2.70 \quad P=0.259$$

Para clasificar el nivel de pobreza se empleó el Método de las Necesidades Básicas Insatisfechas. En la tabla N°.12, se observa que el 44.8% de las gestantes no pobres registraron recién nacidos con peso promedio y 7.5% peso elevado.

Al relacionar los niveles de pobreza con el peso del recién nacido, no se encontró relación estadísticamente significativa ( $P>0.05$ ).



Fuente: Matriz de sistematización de datos

**TABLA N°. 13**  
**RELACIÓN ENTRE EL CICLO FAMILIAR Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO**

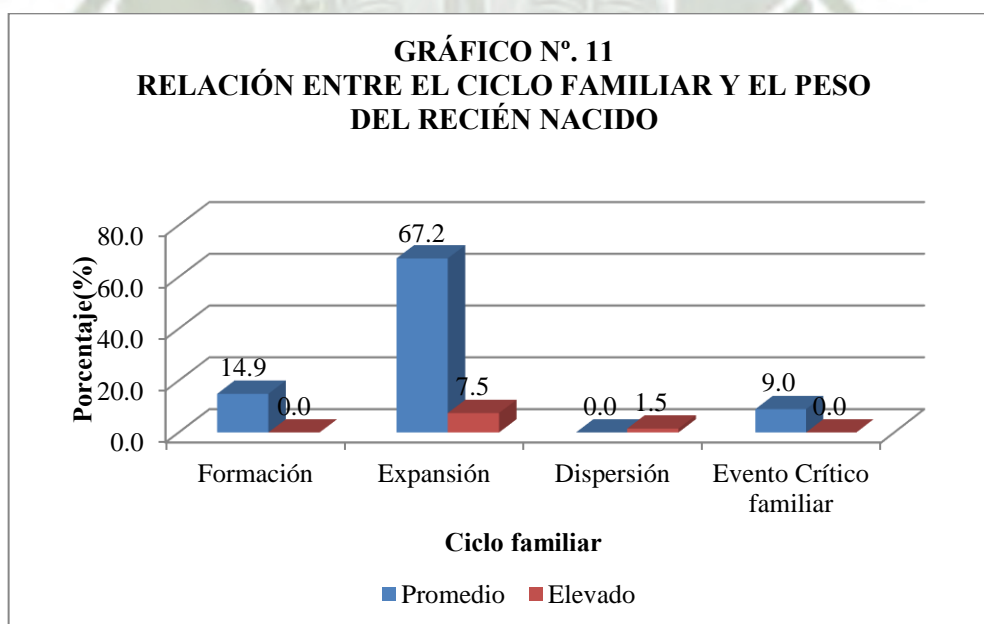
Ciclo Familiar	Peso del recién nacido				TOTAL	
	Promedio		Elevado			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Formación	10	14.9	0	0.0	10	4.9
Expansión	45	67.2	5	7.5	50	74.6
Dispersión	0	0.0	1	1.5	1	1.5
Evento Crítico familiar	6	9.0	0	0.0	6	9.0
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>91.0</b>	<b>6</b>	<b>9.0</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X^2=11.80 \quad P=0.008$$

En la tabla N°.13 encontramos que 50 gestantes de las 67 tuvieron ciclo familiar en expansión; de ellas 45 tuvieron recién nacidos con peso promedio al nacimiento y 5 con peso elevado.

El valor de la significancia estadística menor a 0.05 por lo tanto existe relación entre el ciclo familiar y el peso del recién nacido.



Fuente: Matriz de sistematización de datos

**TABLA N° 14**  
**RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE FAMILIA Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO**

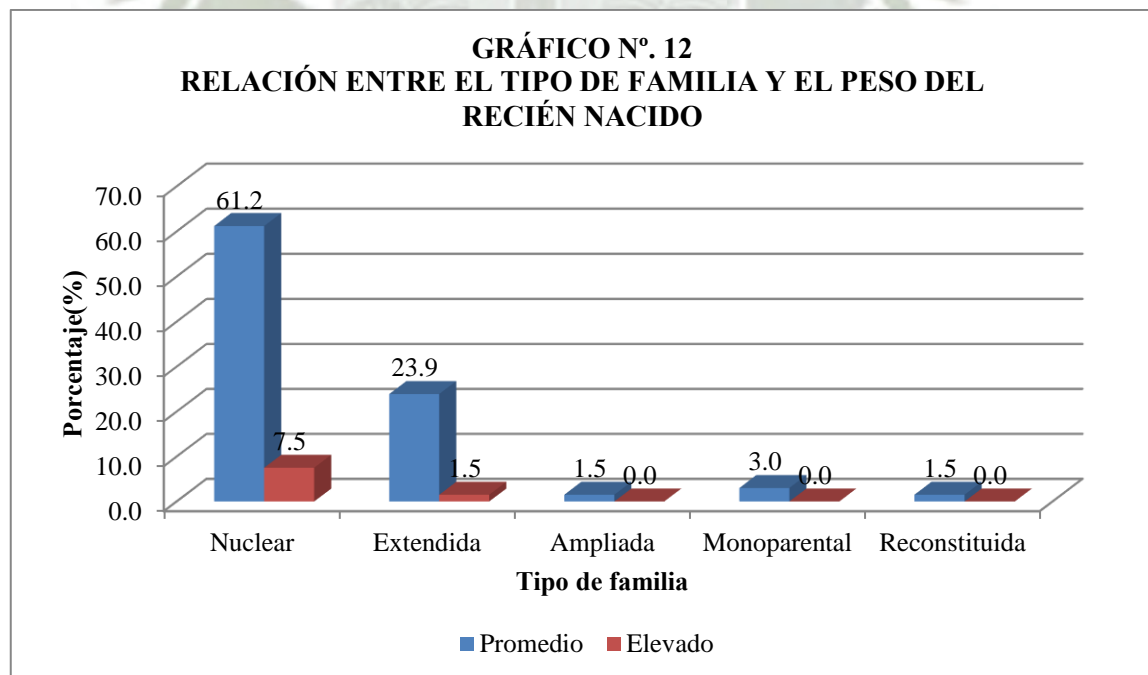
Tipo de familia	Peso del recién nacido				TOTAL	
	Promedio		Elevado			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Nuclear	41	61.2	5	7.5	46	68.7
Extendida	16	23.9	1	1.5	17	25.4
Ampliada	1	1.5	0	00.0	1	1.5
Monoparental	2	3.0	0	0.0	2	3.0
Reconstituida	1	1.5	0	0.0	1	1.5
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>91.0</b>	<b>6</b>	<b>9.0</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X^2=0.79 \quad P=0.939$$

Respecto a la relación entre el tipo de familia de las gestantes con el peso del recién nacido, se encontró que el 61.2% de las madres con tipo familia nuclear tuvieron recién nacidos con peso promedio.

No existe relación entre el tipo de familia y el peso del recién nacido ( $P>0.05$ ).



Fuente: Matriz de sistematización de datos

## 6. Discusión



## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La presente investigación tuvo como objetivo relacionar el funcionamiento familiar y las características sociofamiliares con el peso del recién nacido; participaron gestantes que acudían a controles prenatales en establecimientos del Ministerio de Salud como son: Centro de Salud La Curva, Puesto de Salud el Arenal y Puesto de Salud Alto Ensenada todos ubicados en la jurisdicción del Distrito de Deán Valdivia provincia de Islay departamento Arequipa durante los años 2014 y 2015.

El número de gestantes programadas en el Programa Estratégico Materno Neonatal para el año 2014 y 2015, en el Distrito de Deán Valdivia, fue de 118 y 83 respectivamente, según datos estadísticos del Ministerio de Salud. Las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión fueron 67.

Seguidamente se contrastarán cada uno de los resultados obtenidos, sean estos similares u opuestos a lo descrito en la literatura y en trabajos de investigación nacional e internacional. Además se discutirán probables explicaciones que contribuyan al entendimiento de por qué de la relación entre el funcionamiento y el ciclo vital familiar con el peso del recién nacido.

Respecto a la caracterización de la población estudiada; la edad más frecuente fue de 25 a 29 años con un 35.8%; con estudios secundarios en un 46.3%; analfabetas en un 3% y primaria en 37.3%. El 83.6% eran convivientes, procedentes de zonas rurales con mayor frecuencia 76.1%, amas de casa en el 77.6% y el 44.8% tuvieron ya 2 gestaciones. El 34.3% tuvo al menos una Necesidad Básica Insatisfecha y el 13.4%, dos o más.

Si comparamos el porcentaje de hogares pobres y de extrema pobreza reportados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, los cuales fueron 20,3% y 4,4% respectivamente en el año 2013; vemos que estas cifras son inferiores a lo encontrado en el 2014 y 2015 durante la ejecución

de la investigación donde el 34.3% eran pobres y el 13.4% con extrema pobreza y a pesar de ello no se tuvo casos de recién nacidos con bajo peso.

Sobre las características de estructura familiar, el 68.7% de las gestantes tuvieron familia de tipo nuclear y el 74.6%, ciclo familiar en expansión.

El paso de una etapa a otra etapa en el ciclo vital familiar produce crisis normativas, porque los miembros de la familia deben asumir nuevas tareas; el contar con una familia nuclear y en expansión, es decir, con la presencia del conyugue e hijos le permite a la gestante contar con apoyo social.

Y la característica familiar que presentó relación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ) en la población estudiada fue el ciclo familiar. Según el Censo Nacional del 2007, el tipo de hogar nuclear es el más numeroso, constituyendo el 53,0% de todos los hogares del país. Respecto al ciclo familiar, el 72,9% está en ciclo en expansión; dichos reportes coinciden con nuestros hallazgos.

Para determinar el funcionamiento familiar se aplicó el Test de APGAR Familiar obteniéndose los siguientes resultado: un 76.1% de las gestantes de la Comunidad de Administración en Salud (CLAS) Deán Valdivia-Islay, tuvieron familias con alta funcionalidad mientras que sólo el 1.5% de ellas con disfunción familiar severa. En el estudio realizado por Marissa Elsa Urreta Palacios (2008), titulado “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho Lima 2008, evidenció que de 78 (100%), 40 (51.3%) poseen un funcionamiento familiar funcional y 38 (48.7%) disfuncional”. Rangel y colaboradores (2002) estudiaron la “Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar; y encontraron 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”. Nuestro estudio no registró gestantes adolescentes.

En el trabajo de investigación “Inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria: características socio-familiares” realizado por Morera Llorcaa (2012) y colaboradores en gestantes adultas se observó un grado de estrés potencialmente patógeno, apoyo social deficiente y normofunción familiar. . En relación al funcionamiento familiar en gestantes adultas sólo una presentó disfunción familiar severa y según la significancia estadística si se encontró relación entre el funcionamiento familiar y el peso del recién nacido en las gestantes de la Comunidad Local de Administración en Salud (CLAS) Deán Valdivia.

Otro hallazgo a resaltar es el siguiente, el peso de los recién nacidos oscila entre 2500 a 3999g en el 91%, 9.0% tuvo peso elevado y ninguno registró peso bajo. La media de peso al nacer fue de 3 443 g en el Distrito de Deán Valdivia (85 m de altitud). Dicho resultado coincide con lo reportado por Villamonte (2011) en la investigación titulada “Peso al nacer en recién nacidos a término en diferentes niveles de altura en el Perú donde la media del peso al nacer a nivel del mar fue 3 384+/- 434g, mayor que en ciudades de altura; esto se puede explicarse porque la hipoxia hipobárica se presenta aproximadamente a los 2 000 m de altitud, siendo la presión atmosférica alrededor de 590 mmHg o una presión parcial de oxígeno inspirado (PIO<sub>2</sub>) de 114 mmHg”.

Por otro lado si comparamos estos resultados con lo obtenido por Manuel Ticona-Rendón y Diana Huanco-Apaza (2005) en la investigación “Curva de referencia peruana del peso de nacimiento para la edad gestacional y su aplicación para la identificación de una nueva población neonatal de alto riesgo” podemos observar que los pesos de los niños nacidos en la costa fueron mayores a los recién nacidos de la sierra y selva, en todas semanas de gestación siendo el promedio para la costa 3 463g.

Cabe señalar que para el presente estudio empleamos la clasificación del peso al nacimiento dada por la Dra. Battaglia Lubchenco la cual difiere de los pesos promedio de los recién nacidos peruanos según la curva de peso al

nacimiento elaborada por Manuel Ticona Rendón; dicho autor señala que las curvas de referencia del peso según edad gestacional elaboradas por la Dra. Battaglia Lubchenco han sido confeccionadas para una población estadounidense ubicada a una altitud distinta y con características raciales y económicas también diferentes a las nuestras. Por lo tanto sugiero que en posteriores investigaciones se tomen en cuenta las curvas de referencia elaboradas por Ticona Rendón para población peruana. De otra parte, el estudio efectuado por Gustavo Gonzales (2012) denominado “Impacto de la altura en el embarazo y en el producto de la gestación evidencia que la frecuencia de malformaciones congénitas es elevada en la altura; que las tasas de mortalidad fetal tardía, nacidos pequeños para su edad gestacional, y preeclampsia se encuentran incrementadas en la altura, asociadas a valores altos de hemoglobina materna ( $>14,5$  g/dL); ya que una gestante expuesta de forma aguda, intermitente o permanente a grandes alturas, genera mayores riesgos en comparación a otra que reside a nivel del mar”.

De acuerdo a lo planteado por algunos investigadores, el peso al nacimiento está influenciado por el crecimiento intrauterino a nivel del mar, el sexo del recién nacido, paridad y talla materna.

En cuanto al crecimiento intrauterino tanto Goretti Moran López (2006) y Manuel Ticona Rendón (2005) señalan que la curva de crecimiento intrauterino como patrón antropométrico debe ser establecida para cada país y según región geográfica de procedencia. También Manuel Ticona (2008) indica que para clasificar a los recién nacidos es necesario incorporar factores de corrección como sexo del recién nacido, paridad y talla materna.

Por lo tanto no es posible contrastar los resultados obtenidos con dichas investigaciones, porque se trabajó con la curva de referencia de Battaglia Lubchenco al no existir otra validada para el Perú y en los criterios de inclusión de las unidades de estudio se tomó en cuenta el índice de masa corporal materno y la ganancia de peso adecuada más no de manera independiente la variable talla materna ni sexo del recién nacido.

Según datos estadísticos extraídos del padrón nominal del servicio de enfermería de la Comunidad Local de Administración en Salud (CLAS) Deán Valdivia, anteriores a la investigación, los recién nacidos registraron peso promedio en un 88%, peso elevado 11% y peso bajo un 1%. El Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- PpR (Presupuesto por Resultados), para el periodo 2007 y 2015, reportó que la proporción de nacidos con bajo peso al nacer fue de 6.3 y 4.3% respectivamente para los años citados. Sin embargo, durante nuestro estudio no encontramos casos con bajo peso.

Es importante señalar que el peso es un indicador de salud individual y poblacional por ello el estado peruano implementa programas de salud para proteger al binomio madre niño por nacer. Entonces el bajo registro de recién nacidos con bajo peso en el ámbito de la aplicación de la investigación estaría reflejando el trabajo sostenido realizado por los profesionales de la salud en especial del obstetra como responsable de la implementación de los programas que a continuación describiré: El Programa presupuestal Materno Neonatal prioriza intervenciones en salud que repercutirán en el peso al nacimiento como es la consejería y evaluación nutricional a la gestante; la suplementación con ácido fólico, sulfato ferroso y calcio; la solicitud de exámenes completos de laboratorio para descartar anemia, proteinuria; diabetes gestacional; entre otras patologías. También el Modelo de atención integral basado en la familia y comunidad se basa en la ejecución del plan de atención integral individual y familiar de esta manera todos los participantes, según el riesgo en salud identificados, son incluidos en los programas que brinda el Ministerio de Salud; la obstetra capacitada en salud familiar identifica a las familias de las gestantes, evalúa integralmente, diagnostica y hace el seguimiento respectivo al plan de salud planteado para las gestantes de su jurisdicción. El Programa de familias y viviendas saludables incide sobre los estilos de vida, el entorno saludable y las redes de apoyo social, así mismo la obstetra lidera todas estas actividades en promoción de la salud con el fin de disminuir la morbimortalidad materno perinatal.

Uno de los resultados más importantes en la presente investigación fue la relación encontrada entre el funcionamiento familiar y el peso del recién nacido; observando que familias con recién nacido con peso promedio o elevado pertenecían a familias con funcionalidad moderada y alta funcionalidad. Según lo descrito por Marisel Armas (2006) encontró que “las familias de los recién nacidos de bajo peso no fueron funcionales (60,0 %), y se clasificaron según el tipo familiar en medianas (56,0 %), ampliadas (54,0 %) y en extensión (58,0 %)”.

Las características socio-familiares planteadas para nuestro estudio como edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de procedencia, ocupación, número de gestaciones, el nivel de pobreza y el tipo de familia no presentaron relación estadísticamente significativa con el peso del recién nacido.

En torno a la edad materna diversos autores como Cortes Castell (2011) y Ramos Pérez (2005) identificaron que la gestación en edades extremas (madres adolescentes y mayores de cuarenta) poseen mayor riesgo de tener hijos prematuros o con bajo peso al nacimiento. En el caso de las gestantes añosas, esto se explica por el incremento de patologías relacionadas a la rigidez tisular, trastornos de implantación y vascularización que repercuten en el crecimiento fetal; y en las adolescentes se debería a la presencia de factores biológicos y sociodemográficos. En algunas investigaciones no se encontró relación entre la edad y el peso del recién nacido como lo observado por Fernández Perezi (2013) quien halló que la sepsis vaginal y la hipertensión arterial fueron los factores de riesgo relevantes en las madres con niños con bajo peso al nacimiento. En nuestro caso excluimos a gestantes con patologías.

Respecto al grado de instrucción, Guigliana, Ayllon Bulnes y colaboradores encontraron en su estudio “Factores asociados recién nacidos de bajo peso que no hubo diferencias significativas en factores como edad materna, grado de instrucción y estado civil; en tanto si hubo diferencia en la presencia del

control prenatal en los prematuros ( $p < 0.001$ ) no así en los recién nacidos con retardo de crecimiento intrauterino”. Manuel Ticona y Diana Huanco Apaza (2005) señalan que al aumentar la escolaridad materna, aumenta el peso promedio de los recién nacidos en todas las regiones del Perú debido a que la educación influye en el conocimiento sobre el cuidado materno y del recién nacido. Al contrastar con nuestros resultados vemos que solo dos gestantes fueron analfabetas y tuvieron recién nacidos con peso promedio.

En cuanto a la ocupación Elena Ronda (2009) en su estudio “Ocupación materna, duración de la gestación y bajo peso al nacimiento halló riesgos mayores en relación al bajo peso al nacer en las trabajadoras del sector servicios, las dedicadas a las labores del hogar, las que trabajaron en la agricultura y las trabajadoras manuales en industria y construcción”.

Sin embargo, nuestros resultados no se evidenciaron que las gestantes con ocupación de ama de casa presenten recién nacidos con bajo peso; posiblemente al realizar un estudio multivariado y/o de regresión múltiple multivariado podríamos encontrar relación entre la variable peso del recién nacido y todas las variables independientes.

La influencia de la paridad, por sí sola, sobre el peso del recién nacido es controversial como lo señalado por Ticona Rendón (2005) y Lozano Romero (2012). Para el primero es probable que el descenso del peso promedio a partir de la quinta gestación esté relacionado a condiciones económicas desfavorables más que con la paridad. Además la presencia de diabetes gestacional se relaciona con el peso elevado y es muy frecuente en multíparas. Y según Lozano Rendón el ser gestante añosa es una decisión personal condicionada por el desarrollo de la mujer en la sociedad y otros determinantes; sin tener en cuenta las consecuencias de ello sobre el recién nacido por lo tanto es importante la educación y promoción de la salud pre-concepcional con enfoque de riesgo individual y familiar.

Finalmente, Manuel Ticona Rendón y Diana Huanco Apaza (2008) evidenciaron en su estudio “Factores maternos que influyen en el peso al

nacer en los Hospitales del Ministerio de Salud en el Perú” que la edad materna, escolaridad y paridad influyen significativamente en el peso del recién nacido, lo cual difiere de lo encontrado. Asimismo el estado civil “soltera” se asoció con un incremento del bajo peso al nacer en la investigación realizada por Sotero Salgueiro (2006).

Como se mencionó anteriormente no se encontró relación estadísticamente significativa entre la paridad y el estado civil con el peso del recién nacido.



## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** El 76.1% de las gestantes en las Comunidades Locales de Administración de salud del Distrito de Deán Valdivia-Islay, tuvieron alta funcionalidad familiar; sólo el 1.5% de ellas con disfunción familiar severa.

**SEGUNDA:** Las características sociodemográficas de las madres gestantes: edad más frecuente fue de 25 a 29 años con un 35.8%; el 46.3% con grado de instrucción secundaria; el 83.6%, convivientes; procedentes de zonas rurales el 76.1%; amas de casa el 77.6%; el 44.8% segundigestas y el 34.3% reportaban al menos una Necesidad Básica Insatisfecha. Sobre las características de estructura familiar, el 74.6% de las gestantes presentaron un ciclo familiar en expansión y el 68.7% de ellas de tipo nuclear.

**TERCERA:** Sobre el recién nacido, el 91.0% de los recién nacidos tuvo peso Promedio entre 2500 g a 3999 g, el 9.0% con peso elevado mayor o igual a 4000 g.

**CUARTA:** Se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familia y el peso del recién nacido.

**QUINTA:** Las características sociofamiliares como edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de procedencia, ocupación, número de gestaciones, el nivel de pobreza y el tipo de familia no presentaron relación estadísticamente significativa con el peso del recién nacido. Entre el ciclo familiar y el peso del recién nacido si se encontró relación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ).

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Los directivos del Ministerio de Salud llámese directores de red, gerentes de micro red o CLAS incorporen de manera rutinaria en Salud Familiar la aplicación del Test de APGAR Familiar a la gestante y otros integrantes adultos de la familia para conocer la percepción del funcionamiento familiar en conjunto.

**SEGUNDA:** A las profesionales de la salud, especialmente las obstetras reforzar el seguimiento multidisciplinario, a las familias que presente disfunción, a fin de prevenir daños en el binomio madre-niño.

**TERCERA:** A los investigadores se sugiere emplear otra metodología como un estudio de casos y controles donde se tengan seleccionados los casos de disfunción familiar con el fin de determinar la asociación entre las variables. También considerar otras variables que influyan en el peso al nacimiento como talla materna, sexo del recién nacido, el crecimiento intrauterino a nivel del mar, impacto de la altitud y tiempo de residencia en determinada zona geográfica.

## PROPUESTA

### PROGRAMA PROMOVRIENDO EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN GESTANTES DE LAS COMUNIDADES LOCALES DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD (CLAS) DÉAN VALDIVIA-PROVINCIA ISLAY

#### 1. Introducción

El funcionamiento familiar es definido por Smilkstein como el grado de satisfacción del integrante de la familia con su vida familiar; la familia de la gestante brinda el microambiente que dará las condiciones necesarias para el desarrollo de estilos de vida saludable que repercutirán en ella y en el niño por nacer. Diversos investigadores como Morera, Marisel Armas y José Luis Rangel señalan como factor protector el funcionamiento familiar.

El presente programa tiene por finalidad promover el funcionamiento familiar en gestantes a través de la participación de todos los integrantes en sesiones educativas en habilidades de comunicación y técnicas de solución de problemas. Para ello es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario para realizar la intervención en el contexto de salud familiar en la atención primaria en salud.

#### 2. Justificación

La evaluación integral a la gestante es importante, en la actualidad no se cuenta en el Ministerio de Salud con un instrumento de uso rutinario que evalúe el funcionamiento familiar. A raíz de dicha necesidad, la implementación del presente programa se justifica.

También contribuirá a operativizar el Modelo de atención integral basado en la familia y comunidad ya que considerará a la familia como la unidad de análisis en cuanto al aspecto psico familiar.

### **3. Población objetivo**

- Gestantes adscritas a los establecimientos de salud de la CLAS Deán Valdivia.
- Familiares de las gestantes que acepten participar del programa “Promoviendo el funcionamiento familiar”.

### **4. Objetivos**

- Evaluar el funcionamiento familiar de la gestante y su familia utilizando el Test de Apgar familiar de Ramón Florenzano.
- Mejorar el funcionamiento familiar a través del aprendizaje de habilidades de comunicación y técnicas de solución de problemas.

### **5. Formulación y evaluación**

#### **a. Formulación de actividades**

- Captación intramural de la gestante y/o sus familiares durante la consulta en los diferentes servicios.
- Captación extramural de la gestante y/o familiares al momento de realizar las visitas de salud familiar.
- Sensibilización: Se presentará el programa en una reunión de sensibilización donde la gestante y/o sus familiares decidirán libremente participar en el programa mencionado firmando el consentimiento informado. Sobre todo conocerán el beneficio del programa en la salud del binomio madre niño por nacer.
- Planificación: Se realizará el diagnóstico del funcionamiento familiar a la gestante y familiares adscritos al programa. El instrumento de evaluación será el Test de Apgar familiar de Ramón Florenzano, el cual se adjuntará a la carpeta familiar existente en el establecimiento de salud. En el caso de la gestante, dicho test constituirá parte de la consulta prenatal y se adjuntará a la historia clínica materno perinatal para realizar el respectivo seguimiento en caso de detectar disfunción familiar.

Se explicará el número de sesiones educativas donde los participantes aprenderán habilidades de comunicación y técnicas de solución de problemas. El horario se acordará de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de las familias participantes.

- Ejecución: Participación de la gestante y familiares en las sesiones educativas planificadas anteriormente. En el caso de existir menores de edad se realizaran sesiones diferenciadas. En caso de existir disfunción familiar severa se derivará a los participantes al servicio de psicología.

**b. Evaluación de actividades**

- El monitoreo de las actividades anteriormente propuesta será constante.

**c. Recursos**

- Infraestructura: se cuenta con los ambientes del Centro de Salud La Curva, Puesto de Salud El Arenal y Puesto de Salud Alto Ensenada.
- Personal asistencial del CLAS Deán Valdivia: Médicos, obstetras y psicólogo.

**6. Presupuesto**

Recursos directamente recaudados por cada establecimiento de salud de la CLAS Deán Valdivia.

## 7. Instrumento

### PROGRAMA PROMOVRIENDO EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN GESTANTES DE LAS COMUNIDADES LOCALES DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD (CLAS) DÉAN VALDIVIA-PROVINCIA ISLAY

#### Participantes:

Nombre de la gestante: \_\_\_\_\_

Nombre del esposo: \_\_\_\_\_

Otros Familiares: \_\_\_\_\_

#### Calificación del funcionamiento familiar:

1	Disfunción familiar severa: 0 a 3	
2	Funcionalidad moderada: 4 a 6	
3	Alta funcionalidad: 7 a 10	

#### Intervenciones realizadas:

1	Sesiones educativas	
2	Terapia familiar	

#### APGAR FAMILIAR

#### INDICACIONES:

Le pedimos a Ud. Que se sirva leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente marcando con una (X) las alternativas según Ud. Refleja cómo vive con su familia.

Cuando nos referimos a Familia, hablamos de esposo (a) e hijos, en caso que no los tuviera considere hermanos, madre o padre.

Preguntas	Nunca	A veces	Siempre
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de su familia cuando tienes un problema?	0	1	2
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?	0	1	2
¿Los fines de semana son compartidos por todos en casa?	0	1	2
¿Sientes que tu familia te quiere?	0	1	2

## BIBLIOGRAFÍA

1. ESPINAL, I, GIMENO, A. GONZALES, F. El enfoque sistémico en los estudios sobre familia. 2012. Universidad Autónoma de Santo Domingo. [acceso 07 de Noviembre 2016] Disponible en:  
<http://www.uv.es>
2. Estudios Jurídicos crecer compartiendo conocimiento [Internet]. [acceso 15 de Febrero 2016] Disponible en:  
<http://juridicoestudios.blogspot.com/2012/03/primer-tema-familia.html>
3. LINTON, Ralph. Estudio del hombre. Ed. F.C.E. Bogotá – Colombia 1976.
4. LINTON, Ralph. Historia Natural de la Familia. Bogotá – Colombia 1988
5. CORNEJO, CH., Héctor. Derecho de familia peruano. Ed. Studium. Lima 1985.
6. GIDDENS, Anthony. Sociología. Ed. Alianza. Madrid 2002.
7. «Artículo 16. 3». Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). «La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.».
8. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. Vol. 7 Supl. 1 2005 pp 15-19 [acceso 21 de Febrero 2016] Disponible en:  
[http://cursoespmefam.bligoo.com.mx/media/users/23/1193033/files/340034/conceptos\\_b\\_sicos\\_del\\_estudio\\_de\\_la\\_fam\\_tf-----SEDESOL...-----pdf](http://cursoespmefam.bligoo.com.mx/media/users/23/1193033/files/340034/conceptos_b_sicos_del_estudio_de_la_fam_tf-----SEDESOL...-----pdf)
9. Estrella Sinche E. y Suárez M. Introducción a la dinámica familiar. RAMPA, 2006. 1(1):38-47 [acceso 21 de Febrero 2016] Disponible en:

<http://es.scribd.com/doc/51277699/familiograma-Y-TEST-DE-APGAR-FAMILIAR-LIC-ADRI#scribd>

10. Herramientas utilizadas en un taller de salud familiar [Internet]. [acceso 23 de Marzo 2016] Disponible en:  
[http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/taller\\_herramientas\\_utilizadas\\_en\\_un\\_estudio\\_de\\_salud\\_familiar1.pdf](http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/taller_herramientas_utilizadas_en_un_estudio_de_salud_familiar1.pdf)
11. SMILKESTEIN G. The family Apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians. J FamPract 1978; 6: 1231-9
12. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. En el Camino a Centro de Salud Familiar. 2008.  
Disponible en:  
<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/En-el-Camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
13. BAHSAS, F. Instrumentos en ejercicio de medicina familiar. Consejo de publicaciones (CDCHT). Universidad de los Andes. Mérida. 1999.
14. VARGAS P. Ciclo Vital Familiar. Centro Privado de Medicina Familiar asociado al Departamento de Medicina Familiar de la Universidad del Sur de California. (USC - University of Southern California) [Internet]. [acceso 21 de Febrero 2016] Disponible en:  
[http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/ciclo\\_de\\_vida\\_familiar.pdf](http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/ciclo_de_vida_familiar.pdf)
15. DIDONI Marisa, JURE Humberto, CIUFFOLINI Beatriz [Internet]. [acceso 21 de Febrero 2016] Disponible en:  
<http://ecaths1.s3.amazonaws.com/cursopami/148478073.familia.pdf>

16. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC -- Lima: Ministerio de Salud; 2011. 124 p.; ilus., tab.
17. BOLTVINICK, J. Pobreza y necesidades básicas. Concepto y métodos de medición. Caracas:PNUD. 1999.
18. FERES, Juan Carlos y MANCERO Xavier. El Método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. CEPAL [Internet]. [acceso 21 de Febrero 2016] Disponible en:  
<http://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER5/8.pdf>
19. REYES MOYANO, Jorge. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).Lima. [Internet]. [acceso 21 de Febrero 2016] Disponible en:  
<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0068/pob00003.htm>
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil de la pobreza por dominios geográficos 2004-2013.  
Disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1169/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1169/libro.pdf)
21. POLETTI,Q. y BARRIOS L. Estudio de prevalencia de talla baja y factores de riesgo relacionados en escolares de Corrientes (Argentina). Anales Españoles de Pediatría vol. 55, no 4, 2001. [acceso 21 de Febrero 2016] Disponible en:  
<http://www.analesdepediatria.org/es/pdf/S1695403301776898/S300/>
22. R.M. 555-2013-MINSA. Definiciones operacionales.

23. BATTAGLIA FC Lubchenco LO practical clasification of Newborn infants by Weight and Gestacional Age, Journal of pediatrics. Vol. 71, N° 2, Pages 159-163, August 1967
24. PEREZ S., Alfredo. Obstetricia. Ed. Mediterráneo. Santiago. 2011
25. VORHERR, H. 1982. Factors Influencing Fetal Growth. Am J. Obstet Gynecol. 142: 577.
26. LUCAS MAZARIEGOS R.b. Estudio descriptivo – transversal sobre el manejo conservador del pequeño para edad gestacional en embarazo a término en el departamento de Gineco obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ( I.G.S.S,) durante el mes de Julio del 2001. [acceso 21 de Febrero 2016] Disponible en:  
[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_3057.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_3057.pdf)
27. CERÓN MIRELES P. Et al. Condiciones de Trabajo materno y bajo peso al nacer en la ciudad de Mexico. Salud Publica Mexico 1997; 39 (2): 2-10
28. COUCEIRO M, Passamai M, Contreras N, Zimmer M, Cabianca G, Mayorga M, et al. Variables biológicas y sociales de embarazadas y pesos al nacer de sus hijos, controladas por el primer nivel de atención (Salta, Argentina). Antropo 2009; 19: 7-21. [www.didac.ehu.es/antropo](http://www.didac.ehu.es/antropo)
29. HENRIKSEN T. Nutrition, weight and pregnancy. TidsskrNorLaegeforen. 2007 Sep 20; 127 (18): 2399-401.  
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17895947>
30. SOTERO SALGUEIRO, Gonzalo A. y colaboradores. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. Rev. Medicina [revista en internet] Uruguay 2006; 22: 59-65.  
Disponible en:<http://www.rmu.org.uy/revista/2006v1/art9.pdf>

31. BOR W, McGee TR, FAGAN AA. Early risk factors for adolescent antisocial behaviour: an Australian longitudinal study. [revista en internet] Aust N Z J Psychiatry 2004; 38(5): 365-72.  
Disponibile en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144516>
32. PENALOZA D. Efecto de la exposición a grandes alturas en la circulación pulmonar. Rev. Esp. Cardiol. [Internet] 2012 [acceso 17 Ene 2013];65:1075-8 - Vol. 65 Núm.12.  
Disponibile en: <http://www.revespcardiol.org/es/efectos-exposicion-grandes-alturas-circulacion/articulo/90165276/>
33. YUCRA S, TAPIA V, STEENLAND K, NAEHER LP, GONZALES GF. Association between biofuel exposure and adverse birth outcomes at high altitudes in Peru: A matched case-control study. International Journal of Occupational and Environmental Health. 2011 Oct-Dec; 17: 307-13  
Disponibile en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22069928>
34. RONDA Elena, HERNÁNDEZ-MORA Amparo, GARCÍA Ana María, REGIDOR Enrique. Ocupación materna, duración de la gestación y bajo peso al nacimiento. GacSanit [revista en internet] vol.23 no.3 Barcelona may./jun. 2009  
Disponibile en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009003300003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009003300003)
35. TICONA RENDON, Manuel y HUANCO APAZA, Diana. Características del Peso al nacer en el Perú. Perú. 2012  
Disponibile en:  
<http://www.unjbg.edu.pe/revista-medica/pdf/20140505-LibroCaracteristicasPesoNacerPeru.pdf>
36. LEAL SOLIGUERA María del Carmen. Bajo peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales. Revista Cubana [revista en internet] Salud Pública. 2008,34(1).

- Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_1\\_08/spu16108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu16108.htm)
37. HYTTEN F and LEITCH I. Birth weight. In the Physiology of Human Pregnancy pp. 240259. Blackwell Scientific Publication, Oxford London 1964.
38. MARGERISON-ZILKO CE, Shrimali BP, Eskenazi B, Lahiff M, Lindquist AR, Abrams BF. Trimester of maternal gestational weight gain and offspring body weight at birth and age five. *Matern Child Health J.* 2012;16(6):1215-23.  
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735140>
39. PACHECO J. Manual de Obstetricia. Lima, Perú: Imaggio SAC, 2011.
40. SHAH PS, Zao J, Ali S, Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births. Maternal marital status and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Matern Child Health J.* 2011;15(7):1097-109.  
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20690038>
41. MORTENSEN LH1, Diderichsen F, Davey Smith G, Nybo Andersen AM. Time is on whose side? Time trends in the association between maternal social disadvantage and offspring fetal growth. A study of 1 409 339 births in Denmark, 1981-2004. *J Epidemiol Community Health.* 2009 Apr;63(4):281-5  
Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19147631>
42. MITTENDORFER-RUTZ E1, Rasmussen F, Wasserman D. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *Lancet.* 2004 Sep 25-Oct 1;364(9440):1135-40. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15451220>
43. ASLING-MONEMI K, Naved RT, Persson L A. Violence against women and the risk of fetal and early childhood growth impairment: a cohort study in rural Bangladesh. *Arch Dis Child.* 2009 Oct;94(10):775-9  
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19224891>

44. CRANFORD JA, Floyd FJ, Schulenberg JE, Zucker RA. Husbands' and wives' alcohol use disorders and marital interactions as longitudinal predictors of marital adjustment. *J Abnorm Psychol.* 2011;120(1):210-222.  
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3205965/>
45. PERAZA ROQUE Georgina J., PÉREZ DELGADO Silvia de la C. y FIGUEROA BARRETO Zoe de los A. . Factores asociados al bajo peso al nacer. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(5):490-6. Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_5\\_01/MGI14501.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI14501.htm)
46. REGLAMENTO DE LA LEY N° 29124, que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las regiones decreto supremo N° 017-2008-SACLAS
47. TICONA-RENDÓN, Manuel; HUANCO-APAZA, Diana. Curva de referencia peruana del peso de nacimiento para la edad gestacional y su aplicación para la identificación de una nueva población neonatal de alto riesgo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2007, vol. 24, no 4, p. 325-335.
48. TICONA-RENDÓN, Manuel; HUANCO-APAZA, Diana. Curvas de crecimiento intrauterino propias del Perú y su efecto en la identificación de una nueva población neonatal de alto riesgo nutricional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2007, vol. 24, no 2.  
Disponible:  
[http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc%20informes\\_tecnicos/73.pdf](http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc%20informes_tecnicos/73.pdf)
49. TICONA-RENDÓN, Manuel; HUANCO-APAZA, Diana. Crecimiento fetal del recién nacido peruano según su sexo, región geográfica, paridad y talla materna. *Revista de Ginecología Obstetricia México*, 2008, vol. 76, no 9, p. 512-9.  
Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089d.pdf>

50. TICONA-RENDÓN, Manuel; HUANCO-APAZA, Diana Crecimiento fetal según paridad, talla y región natural maternas y sexo del recién nacido peruano. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2008, vol. 54, no 1, p. 38-43.  
Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187009>
51. URRETA PALACIOS, Marissa Elsa. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. Lima 2008
52. VILLAMONTE W., JERÍ M., LAJO L., MONTEAGUDO Y., DIEZ G. Peso al nacer en recién nacidos a término en diferentes niveles de altura en el Perú. Rev. [revista en internet] Perú. ginecol. obstet. v.57 n.3 Lima 2011.  
Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322011000300003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322011000300003&lng=es&nrm=iso).
53. GONZALES, Gustavo F. Impacto de la altura en el embarazo y en el producto de la gestación. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2012, vol. 29, no 2, p. 242-249.  
Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342012000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342012000200013&script=sci_arttext)
54. RANGEL, José Luis; VALERIO, L.; PATIÑO, J.; GARCÍA, M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 53, León Guanajuato
55. ARMAS LÓPEZ, Marisel; BORGES ESCANDÓN, Luisa ; ELÍAS ARMAS, Sucel.; HABER MOLINA, Yasser ; ELÍAS SIERRA, Reinaldo. Recién nacidos con bajo peso al nacer su relación con el ambiente biopsicosocial de la familia.  
Disponible en:  
<http://hdl.handle.net/10401/4739>

56. NAVA BRISEÑO, Sandra; D´AVILA, María C.; QUINTERO, Olga. Funcionalidad familiar en madres adolescentes y su relación con el bajo peso del recién nacido. Hospital universitario de los andes. Mérida. 2005
57. MORÁN-LÓPEZ, Goretti Soledad, y colaboradores. Curvas de crecimiento intrauterino a nivel del mar. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 2006, vol. 63, no 5, p. 301-306.  
Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166511462006000500003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166511462006000500003&script=sci_abstract)
58. MORERA LLORCAA Miquel, FOLCH MARÍN Blanca, GINER ESPARZAC Miguel Ángel, SELLAMID Khadija. Inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria: características sociofamiliares. Revista Clínica Medicina Familiar 2012; 5 (2): 81-88. Disponible en:  
[http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/taller\\_herramientas\\_utilizadas\\_en\\_un\\_estudio\\_de\\_salud\\_familiar1.pdf](http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/taller_herramientas_utilizadas_en_un_estudio_de_salud_familiar1.pdf)
59. CASTELL, E. Cortes y colaboradores. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean area. Nutr Hosp, 2013, vol. 28, no 5, p. 1536-1540  
Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/3092/309230208025.pdf>
60. RAMOS, María Yulexis, y colaboradores. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido. Revista Archivo Médico de Camagüey, 2014, vol. 10, no 6.  
Disponible en:  
[http://www.redalyc.org/pdf/2111/Resumenes/Resumen\\_211117906006\\_1.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/2111/Resumenes/Resumen_211117906006_1.pdf)
61. FERNÁNDEZ PÉREZI, Zonia y LÓPEZ, Lázaro. Caracterización clínico epidemiológica del bajo peso al nacer. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2014, vol. 31, no 1, p. 27-34.  
Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol31\\_1\\_15/mgi05115.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol31_1_15/mgi05115.htm)

62. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares 2007.

Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0870/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0870/libro.pdf)

63. LUO ZC, Wilkins R, KRAMER MS. Disparities in pregnancy outcomes according to marital and cohabitation status. *ObstetGynecol* 2004; 103(6): 1300-7.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15172868>

64. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Sistema de Información para toma de decisiones.

Disponible en: <http://webinei.inei.gob.pe:8080/SIRTOD/inicio.html#>

65. AYERZA A., SAMPERM.P., RODRÍGUEZ G., ARIÑO I., VENTURAP. Desarrollo neurológico en prematuros de muy bajo peso tras ser dados de alta de la Unidad Neonatal. *RevEspPediatr* 2008;64(6):426-431.

66. ROMERO, Alba Norys Lozano; MOLINA, Luz Mery Hernández. Significado de la primera gestación en mujeres mayores de 35 años. *Avances en Enfermería*, 2016, vol. 34, no 1, p. 8.

Disponible en:

<http://www.index-f.com/rae/341/r341008.php>



# ANEXOS

## 1. Proyecto de Investigación



# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## ESCUELA DE POST GRADO

### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**RELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES DE LA GESTANTE CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN LAS COMUNIDADES LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD (CLAS) DEÁN VALDIVIA – PROVINCIA ISLAY. AREQUIPA. 2014-2015.**

Proyecto de Tesis presentada por la Magister:  
**VERÓNICA FLORENCIA OVIEDO TEJADA**

para optar el Grado Académico de  
**DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Asesora: Dra. Águeda Muñoz del Carpio Toia

**AREQUIPA – PERÚ**

**2016**

## I. PREÁMBULO

La familia, es una de las instituciones sociales más antigua y fuerte; la cual influye en la salud de las personas y de la comunidad. Sus miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida. En el Perú, desde el año 2011 contamos con el Modelo de atención integral en salud basado en la familia y comunidad; porque procura identificar grupos vulnerables como son la madre –niño por nacer, factores protectores y factores de riesgo para prevenir el riesgo o daño en dicho binomio y en otros miembros de la familia con el fin de implementar planes de intervención.

Durante mi práctica profesional en el Primer Nivel de atención, específicamente en el ámbito del Distrito de Deán Valdivia de la Provincia de Islay, he observado que el peso promedio de los recién nacidos fluctúa entre 2400 y 4300g, lo cual puede estar relacionado a características sociodemográficas, factores maternos, fetales y placentarios como lo reportan estudios sobre las características del peso al nacer en el Perú realizado por el Dr. Manuel Ticona Rendón. Además otras investigaciones relacionan el peso del recién nacido con el funcionamiento familiar como la efectuada en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Agostinho Neto (Guantánamo, Cuba) del 2002 –2006, quien encontró que las familias de los recién nacidos de bajo peso no fueron funcionales (60,0 %), y se clasificaron según el tipo familiar en medianas (56,0 %), ampliadas (54,0 %) y en extensión (58,0 %). Se relacionó el RNBP y el hacinamiento, los factores de riesgo de RNBP, las inadecuadas condiciones socioambientales, de vivienda e la insatisfacción de las necesidades básicas.

Por lo tanto he decidido realizar la presente investigación que tiene por objetivo relacionar el funcionamiento familiar y las características sociofamiliares de la gestante con el peso del recién nacido de la zona rural, como son los del distrito de Deán Valdivia en la Provincia de Islay.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado del problema

“Relación entre funcionamiento y características socio familiares de la gestante con el peso del recién nacido en las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa. 2014-2015”.

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a. Área de conocimiento

Campo : Ciencias de la Salud

Área : Salud Pública

Línea : Salud Familiar

##### b. Análisis y operacionalización de las variables

Variable Independiente	Indicador	Valor	Escala
<b>Funcionamiento familiar</b>	Adaptabilidad Participación Crecimiento Afectividad Resolución	Disfunción familiar severa (0 a 3) Funcionalidad moderada(4 a 6) Alta funcionalidad (7 a 10)	Razón
<b>Características sociofamiliares</b>	Edad	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-45 años	Intervalo
	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior No Universitaria Universitaria	Ordinal
	Estado civil	Soltera Conviviente Casada Otro estado civil	Nominal
	Procedencia	Urbana Rural	Nominal
	Ocupación	Estudiante Ama de casa Trabaja	Nominal
	Gestaciones	Uno Dos Más de dos	Nominal
	Niveles de pobreza	Hogares no pobres Hogares pobres Hogares en pobreza extrema	Nominal
	Ciclo familiar	Formación Expansión Dispersión Contracción Evento crítico familiar	Nominal
	Tipo de familia	Nuclear Extendida Ampliada Monoparental Reconstituida	Nominal
Variable dependiente	Indicador	Valor	Escala
<b>Peso del recién nacido</b>	RN peso elevado: RN peso promedio RN bajo peso RN de muy bajo peso: RN de extremadamente bajo peso	>4000 g. 2500 a 3999g <2500g <1500 g. <1000 g	Razón

**c. Interrogantes básicas**

c.1 ¿Cómo es el funcionamiento familiar de las gestantes de la CLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa?

c.2 ¿Cuáles son las características socio familiares de las gestantes de la CLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa?

c.3 ¿Cómo es el peso de los recién nacidos de la CLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa?

c.4 ¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar con el peso del recién nacido de gestantes de la CLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa?

c.5 ¿Cuál es la relación entre las características socio familiares con el peso del recién nacido de gestantes de la CLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa?

**d. Tipo de investigación**

Transversal y de campo

**e. Nivel de investigación**

Relacional

### 1.3. Justificación

- **Conveniencia:**El presente trabajo de investigación reconoce la existencia de otras investigaciones en funcionamiento familiar de gestantes; pero insistiremos en lo estudiado con un enfoque diferente relacionando el funcionamiento familiar y las características sociofamiliares con el peso del recién nacido.
- **Relevancia contemporánea:**El problema responde a la problemática de Salud Familiar en el Perú, ya que en el país el porcentaje de hogares con jefatura femenina (25,7 por ciento) muestra un incremento de 6,5 puntos porcentuales respecto a la observada en la ENDES 2009 (1,9 por ciento), lo que demuestra que el tipo familiar está cambiando por lo tanto su funcionamiento también.
- **Relevancia científica:** Permitirá que los profesionales de la salud responsables de la atención integral conozcan el contexto familiar en el que se desarrollan las gestantes y de esta manera puedan realizar intervenciones en salud.
- **Relevancia social:**Las uniones tempranas han aumentado en los últimos años, predominando en las zonas rurales de la selva, seguidas por la sierra y la costa; lo cual podría afectar el funcionamiento familiar; así como la pobreza; las cuales están asociadas en forma significativa tanto con peso bajo como con talla baja al nacer, y con la edad gestacional.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. La Familia

La palabra familia procede del latín familia que significa grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe. La conceptualización puede tener diversos enfoque como el sistémico que “constituye un modelo explicativo, heurístico y de evaluación familiar, que también sirve para fundamentar la intervención familiar, cuya eficacia valida empíricamente el modelo teórico”. (1)

También se la ha vinculado al término famulus y raíces del termino famulus cuyo connotación es hambre para hacer referencia a las personas que se alimentan en la misma casa y a las cuales el padre de familia debe alimentar. (2)

A continuación citaremos diferentes definiciones del término familia:

Linton señala que la familia es la unidad básica conformada por padres e hijos, así como otras unidades sociales unidas por lazos de consanguinidad o matrimoniales. (3). El mismo autor en su obra Historia Natural de la familia indica que la familia empezó básicamente como una necesidad de reproducción humana para luego ser un fenómeno social condicionado por los integrantes del grupo. (4)

Para Héctor Cornejo, desde un punto de vista de Derecho de familia peruano, familia es un conjunto de personas vinculadas por la filiación, extensión en el caso de concubinas e hijos menores incapaces; así como la unión matrimonial. (5)

Anthony Giddens asume que en la familia los integrantes adultos son los responsables del cuidado de hijos menores y están unidos por nexos de parentesco llámese matrimonio o línea genealógica. (6)

En el artículo 16.3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se señala que la familia debe ser protegida por la sociedad y el Estado, ya que es elemento natural, universal y fundamental en la sociedad. (7)

Desde la conceptualización de familia para el médico familiar se dice 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 consanguíneos, legales y/o de afinidad. Concretamente, es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.” (8), (9)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, conceptualiza a la familia como “las personas que forman parte de un mismo lugar (durante el mes pasado permanecieron por lo menos la mitad de tiempo en el), entendido como un espacio físico delimitado y consumen los alimentos preparados de una misma fuente.” (10)

El autor del APGAR familiar, Smilkstein, señala que la familia es un grupo psicosocial integrado por el paciente y otras personas unidas por el deber de cuidarse, nutrirse física y emocionalmente, lo que se evidencia al compartir recursos de tiempo, espacio y dinero. (10), (11)

## **2.2. Funcionamiento Familiar**

Según Moorhead y Camacho “el funcionamiento familiar se orientaría a satisfacer las necesidades de los miembros durante la transición entre las diferentes etapas de su desarrollo, a la realización de las rutinas familiares, al desarrollo de los procesos familiares, al mantenimiento de un entorno seguro y protector, a adaptarse a los cambios en el ciclo vital familiar (CVF). Sería una dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar. Depende de la composición, la estructura, la organización familiar, el desempeño de roles, la adecuación de las reglas, el patrón de comunicación y relaciones y el mantenimiento de una línea clara de autoridad”. (10)

### **2.3. Cuestionario de Funcionamiento familiar (APGAR familiar de Smilkstein).**

Instrumento elaborado por Smilkstein en el año 1978 con el fin de que el médico familiar conociera como los pacientes percibían su relación con su familia. Concretamente, el Apgar familiar mide la satisfacción del integrante de la familia con su vida familiar y la percepción respecto los componentes de la función familiar. (11)

El Cuestionario de Funcionamiento familiar se emplea en pacientes gestantes, puérperas con depresión posparto, hipertensos, en estudios de promoción de la salud y atención primaria en salud con enfoque familiar.

Dicho instrumento fue validado en población norteamericana, asiática e hispana.

Cabe señalar que en la presente investigación se empleará el Test de Apgar familiar validado en castellano para una población chilena por Ramón Florenzano y colaboradores; en el contexto de la Salud Familiar en la Atención primaria en salud. (12)

El APGAR familiar se aplica en forma individual y puede ser auto administrado. Además de administrar el cuestionario al individuo en estudio, se puede aplicar a otros integrantes de la familia y en diferentes momentos de la intervención para evidenciar la variación de la percepción del funcionamiento familiar.

Al ser validado el APGAR familiar, en distintas realidades, se encontró índices de correlación que fluctúan entre 0.71 y 0.83.

Este cuestionario consta de 5 preguntas cerradas, las cuales pueden ser respondidas como “nunca”, “a veces”, “siempre” con una calificación que va de 0 a 2.

El puntaje final se obtiene de la sumatoria de las respuestas de las cinco preguntas teniendo la siguiente calificación:

0 a3 disfunción familiar severa.

4 a 6 funcionalidad moderada

7 a 10 alta funcionalidad (12)

APGAR familiar es el acrónimo de adaptación, participación, desarrollo o gradiente de crecimiento, afectividad y capacidad de resolución.

- “Adaptabilidad, es la capacidad de utilizar los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas o situaciones de crisis”. (12)

- “Participación, capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar fórmulas de resolución de estos. Cooperación en las responsabilidades del mantenimiento familiar y en la toma de decisiones”. (12)

- “(“Growth”) Desarrollo o gradiente de crecimiento, es la capacidad de apoyar y asesorar en las distintas etapas del ciclo vital familiar, permitiendo la individuación y separación de los miembros de la familia”. (12)

- “Afectividad, capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y demostrar distintas emociones como amor, pena o rabia”. (12)

- “Capacidad de Resolución, capacidad de instrumentalizar los elementos anteriores, entendida como compromiso de dedicar tiempo y atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociable al compromiso de compartir ingresos y espacios”. (12)

## APGAR FAMILIAR

Preguntas	Nunca	A veces	Siempre
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de su familia cuando tienes un problema?	0	1	2
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?	0	1	2
¿Los fines de semana son compartidos por todos en casa?	0	1	2
¿Sientes que tu familia te quiere?	0	1	2

Fuente Ramón Florenzano y colaboradores

Calificación:

1. 0 a 3 disfunción familiar severa
2. 4 a 6 funcionalidad moderada
3. 7 a 10 alta funcionalidad

### 2.4. Características familiares

#### 2.4.1 Ciclo Familiar

El ciclo vital familiar se refiere a los episodios secuenciales por los que atraviesa una familia respecto al crecimiento y desarrollo de sus miembros. El analizar la evolución de una familia desde que se forma hasta su disolución ayuda en las intervenciones en salud, ya que si alguna fase no se cumpliera podrían aparecer problemas de funcionamiento impactando sobre las siguientes etapas de evolución.

Muchos autores basan la clasificación del ciclo familiar por la entrada y salida de sus integrantes. (13), (14)

El ciclo vital familiar o las etapas del desarrollo evolutivo pueden atravesar por eventos críticos familiares, según lo citado por Marisa Didoni,

Humberto Jure, Beatriz Ciuffolini; pudiendo ser crisis normativas y paranormativas. (15)

El paso de una a otra etapa en el ciclo vital familiar produce las crisis normativas y las crisisparanormativas se ocurren cuando un evento adverso o inesperado experimenta la familia.

En la presente investigación emplearemos lo señalado en el Modelo de Atención Integral basado en la familia y comunidad, respecto a ciclo y tipo de familia y a continuación se detalla. (16)

Ciclo Vital:

- Familia en formación: es una pareja sin hijos, los conyugues pueden estar en el noviazgo, convivencia, matrimonio hasta el embarazo.
- Familia en expansión: principalmente es la pareja que cuenta con hijos, los cuales están en edad preescolar, escolar, ser adolescentes o adultos.
- Familia en dispersión: es aquella que experimenta la partida de un hijo y termina cuando se van todos los hijos.
- Familia en contracción: en esta oportunidad la familia está formada únicamente por los conyugues quienes ya son jubilados hasta la muerte de uno de ellos. (16)

#### **2.4.2 Tipo de Familia**

Clasificaremos el tipo familiar de acuerdo a su composición:

- Nuclear: conformada por los conyugues y sus hijos.
- Extendida: conformada por los conyugues, hijos y familiares (parientes) en la tercera generación.
- Ampliada: conformada por los conyugues, hijos y familiares cercanos o lejanos (sobrinos, cuñados, etc).
- Monoparental: Conformada por uno de los conyugues y los hijos.

- Reconstituida: Conformada por uno de los padres, la nueva pareja y los hijos.

## 2.5. Características Sociales

### 2.5.1 Niveles de Pobreza: Método de Necesidades Básicas Insatisfechas

Existen tres métodos para medir la pobreza: el de línea de pobreza, el método integrado y el de necesidades básicas insatisfechas. (17)

Nos referiremos al primer método; en el Perú se usa el *Método de la línea de pobreza*. Según esta medición tendremos pobres extremos, pobres no extremos y no pobres. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), los no pobres tienen un consumo superior a los S/. 315 mensuales. Para evaluar dicho rango, el INEI considera la canasta familiar, que además del indicador alimenticio, toma en cuenta el gasto de algunos servicios complementarios. Quienes se encuentren por debajo de los S/.169 mensuales, cifra que representa la canasta alimentaria familiar en el país, serán considerados pobres extremos. Dicha canasta alimentaria considera requerimientos calóricos: 2119 kilo calorías por día cuyo costo promedio mensual, en el año 2015, de S/. 169.

Entonces la línea de pobreza es un umbral o límite que expresa el costo promedio mensual de la canasta familiar.

La línea de pobreza extrema corresponde al valor per cápita de la canasta que contiene sólo rubros alimenticios.

La línea de pobreza total comprende el valor per cápita de los rubros alimenticios y no alimenticios. De esta manera consideramos pobres extremos a quienes tienen ingresos o gastos per cápita por debajo del valor de la canasta alimentaria familiar. Pobres no extremos quienes tienen

ingresos o gastos per cápita por debajo del costo promedio mensual de la canasta familiar fijada en S/. 315. Se considera no pobres a quienes tienen ingresos o gastos per cápita por arriba de la línea de pobreza.

El segundo método, denominado *Método Integrado* de medición de la pobreza, combina el de la línea de pobreza y el de necesidades básicas insatisfechas. Y se clasifica a la población en 4 grupos:

- a) Pobres crónicos que son los grupos más vulnerables porque tienen al menos una NBI (Necesidad básica insatisfecha) e ingresos o gastos por debajo de la línea de pobreza.
- b) Pobres recientes, es decir, aquellos que tienen sus necesidades básicas satisfechas pero que sus ingresos están por debajo de la línea de pobreza.
- c) Pobres inerciales, que son aquellos que tienen al menos una necesidad básica insatisfecha, pero sus ingresos o gastos están por encima de la línea de pobreza.
- d) Integrados socialmente, es decir los que no tienen necesidades básicas insatisfechas y sus gastos están por arriba de la línea de pobreza.

La principal limitación de este método es que el porcentaje total de pobres siempre resulta mayor que el que proporciona cualquiera de los dos métodos que integra.

En la presente investigación emplearemos el *Método de Necesidades Básicas Insatisfechas*; el cual es el método directo más utilizado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Dicho método emplea variables métricas que miden necesidades básicas insatisfechas del hogar como inasistencia escolar, hacinamiento crítico por habitación, vivienda inadecuada por sus materiales, falta de servicios para la eliminación de excretas y la capacidad económica del jefe del hogar que está relacionada

con el nivel educativo de este con la tasa de dependencia económica. (18),  
(19)

EL NBI emplea los censos de población y vivienda de América Latina como fuente de información.

Clasificación de los hogares según las necesidades básicas insatisfechas depende del número de indicadores presentes y es como sigue:

- Hogares no pobres: hogar con todas sus necesidades básicas satisfechas.
- Hogares pobres: hogares que presentan uno de los cinco indicadores asociados a carencias.
- Hogares en pobreza extrema: hogares que presentan dos o más de los indicadores asociados a carencias.

#### VARIABLES DEL INSTRUMENTO MÉTODO DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

Variable	Indicador	Definición
Inasistencia escolar	Asistencia a la escuela	Hogares con presencia de al menos un niño de 6 a 12 años que no asiste a un centro educativo.
Hacinamiento	Hogares que presentan más de tres personas por cuarto para dormir.	El hacinamiento resulta de relacionar el número de personas con el número total de habitaciones que tiene la vivienda, sin contar el baño, cocina ni pasadizo.
Viviendas con Características Físicas Inadecuadas	Material predominante en las paredes y pisos, así como al tipo de vivienda.	Hogares que habitan en viviendas cuyo material predominante en las paredes exteriores fuera de estera, a los hogares cuyas viviendas tuvieran piso de tierra y paredes exteriores de quincha, piedra con barro, madera u otros materiales y a los hogares que habitaran en viviendas improvisadas ( de cartón, lata,

		ladrillos y adobes superpuestos, etc.)
Viviendas sin Desagüe de ningún Tipo	Disponibilidad de servicio higiénico	Considera que el mínimo necesario está asociado con la disponibilidad de un sanitario; en tal sentido comprende a los hogares que no disponen de servicio higiénico por red de tubería o pozo ciego.
Alta dependencia económica	Nivel educativo del Jefe del Hogar y la carga económica (Número de dependientes del hogar).	-Nivel Educativo del Jefe del Hogar: El Jefe del Hogar es por lo general el único o el principal perceptor de ingresos del hogar, en tal sentido, se define un nivel crítico de educación, en el cual el Jefe del Hogar cuenta con primaria incompleta. -Nivel de Dependencia: Se considera como perceptores de ingresos a solo los ocupados, incluidos los trabajadores familiares no remunerados y a los hogares sin ningún miembro ocupado y se estableció como crítica la presencia de más de tres Personas por ocupado.

Fuente:

<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0068/POB00006.htm>

## VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MÉTODO NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

a. Ventajas:

- Emplea como fuente de información los censos nacionales y no solo el muestreo.
- Obtiene el perfil del hogar de acuerdo a la zona geográfica.
- Es el complemento de otros métodos como el método de línea de pobreza el cual es más consistente estadísticamente. (18)

b. Desventajas:

- No distingue el nivel de ingreso mínimo o máximo solo toma en cuenta la suma de las necesidades básicas insatisfechas.
- No puede ser empleado el método de NBI para medir la aplicación de una política de inversión en infraestructura y/o producción de ingresos; ya que también considera otras variables muy cambiantes como son escolaridad, hacinamiento, etc.
- No permite hacer comparaciones intertemporales porque las necesidades cambian en el tiempo.
- No evidencia las condiciones de vida de los hogares en situación de pobreza que estén condicionados por factores culturales. (18)

En el año 2013, el 20,3% de la población del país habitaba en hogares con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha y el 4.4% tiene dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas según lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el libro Titulado Perú: Perfil de la pobreza por dominios geográficos 2004-2013. (20)

Algunos estudios reportan que el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas presenta asociación estadísticamente significativa con el peso bajo, talla baja al nacer y la edad gestacional; como es el caso de la investigación realizada entre marzo de 1998 y marzo de 2000 en el Servicio de Tocoginecología del Hospital A.I. de Llano de Corrientes y sus Centros de Atención primaria (CAPS) de Argentina.

Poletti y Barrios (2001) realizan correlaciones entre el NBI y la talla, y lo hacen por grupos población, los que presentan NBI y los que no, observándose diferencias estadísticamente significativas entre los niños expuestos a factores de riesgo como son la presencia de las necesidades básicas insatisfechas, y el déficit de lactancia materna en comparación con

los no expuestos. La diferencia fue estadísticamente significativa con odds ratio de 2,35 para el primer factor y 1,27 para el segundo. (21)

## **2.6. Recién nacido normal**

Según las definiciones operacionales del Ministerio de Salud peruano vigentes, “es todo recién nacido, único o múltiple, cuya edad gestacional es igual o mayor de 37 semanas y menor de 42 semanas y es nacido de parto eutócico o distócico, que no presenta patología”. (22)

## **2.7. Clasificación del recién nacido según peso**

Se consideró lo señalado por Lubchenco Battaglia:

“RN peso elevado: superior a 4000 g.

RN peso promedio entre 2500 y 3999g

RN bajo peso: inferior a los 2500g

RN de muy bajo peso: inferior a los 1500 g.

RN de extremadamente bajo peso, inferior a los 1000 g”. (23)

## **2.8. Bases del crecimiento fetal normal**

El crecimiento fetal no es constante sino que presenta diversos periodos de aceleración lo cual se evidencia en las medidas antropométricas y en el tamaño de los órganos. (24)

Si hablamos de crecimiento embrionario, este sucede por mitosis celular alcanzando el 10% de su peso al nacimiento. Durante el periodo fetal, el índice de mitosis desciende pero se incrementa el tamaño de las células porque contienen mayor cantidad de agua y grasas intracelulares completando el 90% del peso al nacimiento. (25)

El feto, a las 20 semanas, pesa aproximadamente 500g; a las 28, 1000g y a las 40, 3000g a más. Esta progresión grafica la velocidad del crecimiento fetal en la primera y segunda mitad de la gestación. (26)

El crecimiento fetal es multifactorial y se encuentra relacionado a factores maternos, placentarios y propios del feto.

El 20 al 50% del peso al nacimiento se explican por factores maternos no nutricionales y por factores genéticos. La hormona crecimiento maternosomatotropinano atraviesa la placenta y, por lo tanto, no ejerce efecto sobre el feto. (25)

El factor nutricional materno para el crecimiento fetal es relevante, ello se pudo notar en poblaciones desnutridas. (27)

Respecto al factor placentario si influye en el crecimiento fetal debido al aporte de flujo sanguíneo al feto, evidenciamos fetos pequeños para la edad gestacional en madres hipertensas; también es importante el área de superficie de vellosidades placentarias para el intercambio gaseoso y aporte de nutrientes, así como la inserción placentaria normal, la presencia de vasos umbilicales y la gemelaridad. En algunos casos, la concentración de nutrientes en la circulación intervillosa permanece constante a pesar de estar afectada la circulación útero placentaria y placentario fetal.

En cuanto al factor fetal se relaciona con el crecimiento la carga genética, el metabolismo fetal, factores ambientales y las hormonas fetales como la hormona de crecimiento, hormona tiroidea, la insulina, el cortisol y la catecolamina. La herencia genética está relacionada a múltiples genes y a la raza; los genes de origen materno adquieren mayor influencia que los paternos.

El metabolismo fetal; el feto necesita el 15.6% del oxígeno materno, la glucosa como fuente de energía y proteínas sintetizados a partir de las proteínas que pasan a través de la placenta.

La hormona de crecimiento interviene en la mitosis para el crecimiento de huesos, tejidos blandos y la utilización de ácidos grasos; la hormona tiroidea lo hace sobre el cartílago y la maduración del sistema nervioso. La

insulina favorece el depósito de lípidos, carbohidratos y proteínas en los tejidos y la captación de glucosa. La concentración materna y fetal de glucosa es la responsable de los niveles de insulina fetal (Shelly, 1973). Bajos niveles de insulina fetal están asociados con retraso del crecimiento intrauterino (Robinson y cols., 1978), así como una disminución del glucógeno en el hígado y corazón y una disminución del tejido adiposo subcutáneo (Oh, 1977). Por otra parte, la hiperglucemia materna aumenta la concentración fetal de insulina y se asocia con macrosomía fetal (Pedersen y cols., 1954).

El ambiente fetal intrauterino restringe la velocidad del crecimiento fetal y por último mencionaremos las enfermedades fetales como factores que intervienen en el crecimiento fetal.

## **2.9. Influencia de algunos factores en el crecimiento fetal:**

- **Edad Materna:** entre 18 y 35 años es una edad propicia para el embarazo, fuera de estos rangos el peso del recién nacido disminuye y aumenta la incidencia de recién nacidos prematuros. (28)

- **Grado de instrucción:** el conocimiento de la mujer sobre cuidados prenatales, alimentación adecuada mejora así como sus ingresos económicos; todo ello redundará en el peso del recién nacido. (29)

- **Estado civil:** “Variable incluida como marcador demográfico y que ha sido relacionada en el embarazo con los resultados perinatales. Diversos estudios evidenciaron una asociación entre aquellas mujeres que se identificaron como “solteras” o “sin pareja” y la presencia de efectos adversos negativos en el feto y en el neonato como bajo peso al nacer, parto pretérmino, pequeño para la edad gestacional, muerte fetal y bajo score de Apgar”. (30) “Para otros autores es una variable de proximidad ya que se deben considerar otras variables que han sido identificadas como posibles causas

de efectos adversos tales como nivel educacional, económico, social, etc”.  
(30, 31)

- **Lugar de Procedencia:** En un estudio realizado en el Perú por el Dr. Gustavo Gonzales y colaboradores observan que “el peso al nacer de los recién nacidos a término a nivel del mar y en altura menor de 1999 msnm siguen un patrón similar a la población general y con tendencia a aumentar hasta la semana 41; luego del cual, el peso promedio tiende a disminuir. En el caso de los recién nacidos a término en altura de 2000-2999 msnm y 3000-3999 msnm, los pesos al nacer son significativamente menores, pero con una tendencia a disminuir hasta la semana 42. Y el peso del recién nacido se incrementa a mayor tiempo generacional viviendo en altura”. (32), (33)

- **Ocupación:** La exposición a sustancias químicas, físicas o situaciones psicosociales incrementan el riesgo laboral de las gestantes. “Algunos estudios sugieren que las trabajadoras manuales y de servicios tendrían más riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer que las mujeres que se dedican a otras ocupaciones, y también las amas de casa respecto a las mujeres que tienen un trabajo remunerado. Sin embargo, otros estudios no encuentran asociación entre estas variables. Es evidente que algunas consideraciones de tipo metodológico pueden ser la causa de esta falta de consistencia entre las investigaciones. Muchos de los estudios utilizan datos primarios y en ocasiones presentan limitaciones como el tamaño muestral, que afecta a la precisión de los resultados”. (34)

- **Paridad:** “Las primíparas presentan pesos promedios de sus recién nacidos menores que las multíparas y grandes multíparas en todas las regiones naturales del Perú”. Algunos autores la consideran como variable en discusión. (35)

- **Niveles de pobreza:** “La desnutrición en las mujeres antes y durante el embarazo limita la capacidad del crecimiento fetal intrauterino y es una de las principales causas de la desnutrición fetal y el bajo peso al nacer en países subdesarrollados. La desnutrición fetal puede entre otras consecuencias provocar la muerte del producto de la concepción antes del nacimiento y si logra sobrevivir, las consecuencias serán vistas a largo plazo. Un gran número de ellos fallecen en los primeros siete días de edad. Los niños bajo peso que sobreviven pueden desarrollar enfermedades entre las que se destacan las diarreas, las neumonías y otras infecciones”. (36)

- **Estado nutricional pre gestacional materno:** cabe señalar que es difícil conocer cuan bien se nutre la gestante por lo cual los estudios varían, algunos estudios reportan que la malnutrición severa compromete el peso del feto y por ende del recién nacido.

La ganancia de peso materno en el primer trimestre de embarazo si modifica el peso fetal. (37, 38)

- **Factores psicológicos.** La madre soltera, nulípara y la gran multípara tienen un elevado nivel de tensión, y dichas variables se les incorpora entre los factores sociales como “estresores psicosociales” asociándose independientemente con malos resultados perinatales. (39, 40)

- **Factor social.** La restricción del peso al nacer se asocia a la violencia doméstica, abuso de alcohol y estado socioeconómico. (41, 42, 43, 44, 45)

## 2.10 Comunidades Locales de Administración de Salud.-

“Son organos de cogestión constituidos como asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica, de acuerdo a lo señalado por el Código Civil, en adelante CLAS”. (46)

Según el Reglamento de la ley N° 29124 y el Decreto Supremo N° 017-2008-SA; establece que:

“De la Organización Interna

Artículo 27.- Órganos La CLAS tiene los siguientes órganos de gobierno: a) Asamblea General b) Consejo Directivo, y c) Gerencia.

Artículo 28.- Funciones La Asamblea General tiene funciones de planeamiento y evaluación, en tanto el Consejo Directivo es el órgano ejecutor de las decisiones de la Asamblea General, y la Gerencia ejerce la gestión y organización de la prestación de los servicios de salud administrados por las CLAS”. (46)



### 3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.1 Antecedentes investigativos Nacionales

- a. **Título:** “Curva de referencia peruana del peso de nacimiento para la edad gestacional y su aplicación para la identificación de una nueva población neonatal de alto riesgo”. (47)

**Autor:** Manuel Ticona-Rendón, Diana Huanco-Apaza

**Fuente:** Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2007, vol. 24, no 4, p. 325-335.

**Resumen:**

“El peso de nacimiento en relación con la edad gestacional, tiene valor pronóstico y sirve para el manejo clínico del recién nacido. La OMS recomienda patrones de crecimiento fetal en los centros perinatológicos, pues se detecta diferencias según países y condiciones de vida.

**Objetivos.** Obtener una curva de referencia peruana del peso de nacimiento para la edad gestacional (CR-PNEG), de acuerdo con criterios propuestos por la OMS y analizar su influencia en la identificación de grupos de alto riesgo en comparación con las curvas de Lubchenco.

**Materiales y métodos.** Se enroló prospectivamente a todos los recién nacidos (RN) vivos durante el año 2005 en 29 hospitales del Ministerio de Salud que usan el Sistema Informático Perinatal 2000.

**Resultados.** 50 568 RN vivos fueron seleccionados de 99 439 nacimientos, su peso promedio fue 3011-3506 g y su percentil 10 fue 2435-3030 g a las 37 y 42 semanas respectivamente; que fueron significativamente mayores a los de Lubchenco. La multiparidad, talla materna alta, sexo fetal masculino y nacer en la costa estuvieron asociadas ( $p < 0.001$ ) con un mayor peso de nacimiento entre las semanas 36 a 42. La CR-PNEG peruana diagnosticó 10.1% neonatos pequeños para su edad gestacional (RN-PEG) frente a 4.1% identificados con la curva Lubchenco ( $p < 0.01$ ). Los nuevos RN-PEG identificados

presentaron mayor morbilidad (OR: 1,47;  $p < 0.05$ ) mortalidad (OR: 15,6;  $p < 0.01$ ) que los de peso adecuado.

**Conclusiones:** Se obtuvo CR-PNEG en población peruana seleccionada y factores de corrección por paridad, talla materna, sexo fetal y región natural. Se demostró que el uso de la curva Lubchenco subestima el número de PEG. Se recomienda el uso de la CR-PNEG peruana en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú”. (47)

**b. Título:** “Curvas de crecimiento intrauterino propias del Perú y su efecto en la identificación de una nueva población neonatal de alto riesgo nutricional”. (48)

**Autor:** Manuel Ticona-Rendón, Diana Huanco-Apaza

**Fuente:** Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2007, vol. 24, no2.

**Resumen:**

“El peso de nacimiento en relación a la edad gestacional tiene valor pronóstico y sirve para el manejo clínico del recién nacido. En el Perú se usa el patrón extranjero de Lubchenco. La hipótesis de este trabajo fue verificar que no era adecuado y obtener una familia de curvas de crecimiento intrauterino para el Perú, de acuerdo a los criterios propuestos por la OMS.

Metodología: Enrolamiento prospectivo de recién nacidos vivos sucesivos en 29 Hospitales del Ministerio de Salud nacidos en el año 2005, se utilizó técnicas antropométricas recomendadas por el CLAP-OPS/OMS, diagnóstico de edad gestacional por FUM; se seleccionó recién nacidos sin factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino; se usó Sistema Informático Perinatal (SIP2000), Visual Fox, Microsoft Excel y SPSS. Se obtuvo percentiles, medias, desviación estándar y test estadísticos necesarios.

**Resultados:** 50,568 RN vivos fueron seleccionados de 99,439 nacimientos, su peso promedio de nacimiento fue 3011-3506 g. y el percentil 10 de peso fue 2435-3030 g. a las 37 y 42 semanas

respectivamente; estos datos fueron significativamente diferentes a Lubchenco. La multiparidad, talla materna alta, sexo fetal masculino y nacer en la costa produjeron peso de nacimiento significativamente mayores entre las semanas 36 a 42. La Curva de Crecimiento Fetal obtenida diagnóstica 10.1% RN-PEG en riesgo VS 4.1% con la Curva Lubchenco ( $p < 0.01$ ). El 6% de los Nuevos RN-PEG identificados demostró mayor riesgo de morbilidad (1.47,  $p < 0.05$ ) y mortalidad (15.56;  $p < 0.01$ ), que los RN-AEG. Los principales riesgos asociados a RN-PEG fueron: trastornos metabólicos, malformaciones congénitas, infecciones, dificultad respiratoria y asfixia perinatal.

**Conclusión:** Se obtuvo familia de curvas de crecimiento fetal en población peruana seleccionada y factores de corrección por paridad, talla materna, sexo fetal y región natural. Se demostró diferencia con curvas de Lubchenco, identificando una nueva población de riesgo neonatal (RN-PEG) con mayor morbimortalidad, lo que hace inaplicable su uso, para clasificar el estado nutricional del RN peruano”. (48)

c. **Título:** “Crecimiento fetal del recién nacido peruano según sexo, región geográfica, paridad y talla materna” (49)

**Autor:** Manuel Ticona-Rendón, Diana Huanco-Apaza

**Fuente:** Revista de Ginecología y Obstetricia. México 2008, vol. 76, no 9, p. 512-9

**Resumen:**

**Objetivo:** conocer el crecimiento fetal del recién nacido peruano según su sexo, paridad, talla materna, y la región geográfica.

**Material y método:** estudio prospectivo y transversal. Se recabó la información de los recién nacidos vivos sucesivos de 29 hospitales del Ministerio de Salud del Perú, durante el año 2005, sin factores de retraso del crecimiento intrauterino. Mediante la prueba de la t de Student se compararon los promedios de peso de los recién nacidos masculinos y femeninos, de primíparas y multíparas, y de nacidos en la costa, sierra y selva (diferencia significativa:  $p < 0.05$ ). La talla materna se relacionó

con el peso, la talla, el perímetro cefálico y la edad gestacional del recién nacido.

**Resultados:** de los 50,568 recién nacidos vivos seleccionados, los hombres tuvieron peso promedio de 19 a 41 g mayor que las mujeres, y los hijos de multíparas tuvieron 22 a 53 g más que los de primíparas. La talla materna se relacionó directamente con el peso, la talla y el perímetro cefálico de los recién nacidos ( $p < 0.01$ ); los de la costa tuvieron un peso promedio 133 a 210 g mayor que los de la sierra, y 76 a 142 g mayor que los de la selva; los de la selva fueron 19 a 83 g mayores que los de la sierra. Las diferencias de peso por sexo, paridad y talla maternas, y región geográfica fueron significativas entre las 36 a 42 semanas de embarazo.

**Conclusiones:** el sexo, la paridad, talla materna y la región geográfica influyen en el peso al nacer. Se recomienda utilizar el peso y la edad gestacional como factores de corrección para la clasificación adecuada de los recién nacidos peruanos”. (49)

**d. Título:** “Crecimiento fetal según paridad, talla y región natural maternas y sexo del recién nacido peruano”. (50)

**Autor:** Manuel Ticona-Rendón, Diana Huanco-Apaza

**Fuente:** Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2008, vol. 54, no 1, p. 38-43

**Resumen:**

**Objetivo:** Conocer el crecimiento fetal según paridad, talla y región natural maternas y sexo del recién nacido peruano. Diseño: Estudio prospectivo, transversal. Lugar: Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Participantes: Recién nacidos. Intervenciones: Enrolamiento de recién nacidos (RN) vivos sucesivos, en 29 Hospitales del Ministerio de Salud del Perú, durante el año 2005, sin factores de restricción del crecimiento intrauterino. Se comparó promedios de peso de RN masculinos y femeninos -hijos de primíparas y multíparas, nacidos en la costa, sierra y selva-, mediante t de student, considerando diferencias

significativas cuando  $p < 0,05$ . La talla materna se relacionó con peso, talla, perímetro cefálico y edad gestacional del RN. Principales medidas de resultados: Influencia del sexo fetal, paridad, talla materna y región natural sobre la curva de crecimiento intrauterino.

**Resultados:** De los 50 568 RN vivos seleccionados, los varones tuvieron peso promedio 19 a 41 g mayor que las niñas y los hijos de multíparas superaron en 22 a 53 g a los de primíparas. La talla materna presentó relación directa con peso, talla y perímetro cefálico ( $p < 0,01$ ). Los RN de la costa tuvieron peso promedio superior en 133 a 210 g, en relación a los de la sierra, y 76 a 142 g, a los de la selva; los pesos promedio en los RN de la selva fueron superiores en 19 a 83 g a los de la sierra. Las diferencias por sexo, paridad, talla materna y región natural fueron significativas entre las 36 a 42 semanas de gestación.

**Conclusiones:** Existen diferencias de peso al nacer, según sexo fetal, y paridad, talla materna y región natural. Se recomienda utilizar estas diferencias como factores de corrección para la clasificación adecuada de los recién nacidos peruanos, según peso-edad gestacional”. (50)

- e. **Título:** “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. Lima 2008”. (51)

**Autor:** Marissa Elsa Urreta Palacios

**Fuente:** Tesis para optar el título académico de Licenciada en Enfermería Universidad Nacional Mayor de San Marcos

**Resumen:**

**“Objetivo:** determinar la relación entre funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes; e identificar las áreas principales.

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas usuarias del HSJL. La muestra fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple conformada

por 78. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario.

**Resultados** fueron que de 78 (100%), 40 (51.3%) poseen un funcionamiento familiar funcional y 38 (48.7%) disfuncional. Respecto al área estructura de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una estructura familiar funcional y 37 (47.4%) disfuncional. Acerca del área solución de conflictos de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una capacidad de solución de conflictos funcional y 37 (47.4%) disfuncional. Sobre el área ambiente emocional de 78 (100%), 47 (60.3%) tiene un ambiente emocional familiar disfuncional y 31 (39.7%) funcional.

**Conclusión:** El funcionamiento familiar de la mayoría de las adolescentes embarazadas es funcional representado por el área de estructura familiar y el área de solución de conflictos en la misma proporción y en menor porcentaje, aunque no distante, un funcionamiento familiar disfuncional vinculado al área de ambiente emocional seguido por las otras dos áreas en la misma proporción”. (51)

f. **Título:** “Peso al nacer en recién nacidos a término en diferentes niveles de altura en el Perú”. (52)

**Autor:** Wilfredo Villamonte; María Jerí; Lorenzo Lajo; Yohana Monteagudo; Guillermo Diez.

**Fuente:** Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia v.57 n.3 Lima 2011.

**Resumen:**

**“Objetivos:**Determinar el peso promedio al nacer en diferentes niveles de altura y su relación con el sexo del recién nacido.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo. Institución: Hospitales de EsSalud de Lima, Arequipa, Cusco, Puno y Cerro de Pasco.

Participantes: Neonatos normales nacidos a término. Intervenciones: Se evaluó el peso al nacer de 19 543 neonatos normales nacidos a término, provenientes de embarazos únicos registrados en el Sistema de Información Perinatal del EsSalud, de las ciudades de Lima (150 m),

Arequipa (2 340 m), Cusco (3 400 m), Puno (3 830 m) y Cerro de Pasco (4 340 m). Principales medidas de resultados: Peso y sexo de los recién nacidos.

**Resultados:** Hubo diferencia significativa en el peso al nacer a término entre las ciudades estudiadas ( $p < 0,05$ ). Hallamos resultados similares en los antecedentes de abortos y cesáreas, así como el sexo del recién nacido.

**Conclusiones:** La diferencia entre el peso promedio de los recién nacidos a término es alrededor de 55 g en las primeras 4 ciudades, pero se incrementa entre Puno y Cerro de Pasco a aproximadamente 250 g. Se observa una reducción significativa por encima de los 2 340 m y es mucho más marcado por encima de los 4 000 m. Los neonatos masculinos tienen más peso que los femeninos a diferentes niveles de altura”. (52)

g. **Título:** “Impacto de la altura en el embarazo y en el producto de la gestación”. (53)

**Autor:** Gustavo F. Gonzales

**Fuente:** Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012, vol. 29, no 2 p. 242-249.

**Resumen:**

“Esta revisión describe los procesos asociados con mantener un embarazo en mujeres nacidas al nivel del mar que cursan su embarazo en la altura; en aquellas que viajan intermitentemente, o las que nacen y residen en la altura. La literatura examinada demuestra que la frecuencia de malformaciones congénitas es elevada en la altura; que las tasas de mortalidad fetal tardía, nacidos pequeños para su edad gestacional, y preeclampsia se encuentran incrementadas en la altura, asociadas a valores altos de hemoglobina materna ( $>14,5$  g/dL). En conclusión, el embarazo en una mujer expuesta de forma aguda, intermitente o permanente a las grandes alturas, genera mayores riesgos en comparación con un embarazo desarrollado a nivel del mar”. (53)

### 3.2 Antecedentes investigativos Internacionales

**a. Título: “Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada”. (54)**

**Autores:** José Luis Rangel, L Valerio, J Patiño, M García

**Fuente:** Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 53, León Guanajuato

**Resumen**

**“Objetivo:** Determinar el grado de funcionalidad familiar en el caso de adolescentes embarazadas, mediante la aplicación del Apgar familiar.

**Método:** Se seleccionaron al azar 364 embarazadas entre 12 y 19 años de edad, de enero del 2001 a enero del 2002. Se aplicó a cada adolescente un formulario que consta de dos partes; ficha de identificación y APGAR familiar. Se clasificó como familia funcional, disfunción moderada y severa. A los resultados se les aplicó estadística descriptiva.

**Resultados:** El 55% fueron del grupo de edad de 18 y 19 años. El 40% tiene estudios de primaria. Casadas 85%, amas de casa 77%. Primigestas 78%. Disfunción familiar moderada se encontró 27%, severa 6% y normal en 67%. Los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto.

**Conclusiones:** 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”. (54)

**b. Título: “Recién nacidos con bajo peso al nacer. Su relación con el ambiente biopsicosocial de la familia”. (55)**

**Autor:** Marisel, Armas López; Luisa, Borges Escandón; Sucel.Elías Armas; Yasser, Haber Molina; Reinaldo, Elías Sierra

**Fuente:**<http://hdl.handle.net/10401/4739>

**Resumen:**

**“Objetivo:** Relacionar el ambiente biopsicosocial de la familia con la prevalencia de RNBP. Método: El estudio es tipo caso – control, en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Agostinho Neto (Guantánamo, Cuba) en el 2002 –2006. Se relaciona la funcionalidad familiar y los factores biopsicosociales registrados en las gestantes con el nacimiento de RNBP. Se estudian 150 RNBP (grupo estudio) y 150 con peso normal (grupo control). Se caracteriza la familia de acuerdo con: Funcionalidad: valorada con la prueba de la percepción del funcionamiento familiar de Cuesta Freijomil b- Tipo de familia de acuerdo con: número de miembros, ontogénesis, ciclo vital. Se aprecian los factores biopsicosociales: hacinamiento, factores de riesgo de RNBP, condiciones medioambientales y de vivienda, cultura sanitaria, y satisfacción de las necesidades básicas. Se relacionan las crisis familiares y los indicadores de funcionalidad de la familia.

**Resultados:** Los grupos difieren ( $p < 0,05$ ): las familias de los RNBP no fueron funcionales (60,0 %), y se clasificaron como medianas (56,0 %), ampliadas (54,0 %) y en extensión (58,0 %). Se relacionó el RNBP y el hacinamiento, los factores de riesgo de RNBP, las inadecuadas condiciones socioambientales, de vivienda y la insatisfacción de las necesidades básicas. **Conclusiones:** Es preciso continuar laborando por controlar el impacto de los factores socioculturales en la prevalencia de RNBP”. (55)

- c. **Título:** “Funcionalidad familiar en madres adolescentes y su relación con el bajo peso del recién nacido. Hospital Universitario de los Andes. Mérida. 2005”. (56)

**Autores:** Sandra Nava Briseño, María C. D’Avila, Olga Quintero”.

**Fuente:** Médico de Familia 2007; 15(2):17-22

Revista Venezolana y Regional Andina de Atención Médica Primaria Vol. 15 - No. 2 Julio-Diciembre 2007

**“Resumen:** Con la finalidad de determinar la funcionalidad familiar en 167 madres adolescentes y su relación con el bajo peso del recién nacido,

se realizó una investigación de tipo descriptiva, orientada, de corte transversal, basada en el método estadístico, en adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes durante los meses de julio a septiembre del año 2005. El instrumento utilizado fue una encuesta diseñada para la investigación y el cuestionario FACES III.

Encontrándose como resultados: la mitad (52,0 %) pertenecían a la adolescencia tardía (18 y 19 años), la mayor parte provenían de la ciudad de Mérida (31,0 %), la mitad eran solteras (50,0 %) con un nivel de instrucción de secundaria incompleta, más de la mitad pertenecían a la clase obrera (61,7 %). De los recién nacidos de estas madres el 73 % fueron de peso normal y el 27 % de bajo peso. Se observó que el 84,4 % de las madres de los recién nacidos de peso normal se controlaron su embarazo, mientras que el 57,8 % de las madres con recién nacidos de bajo peso no lo controlaron. En cuanto a la funcionalidad familiar se observó que el 79,5 % de los recién nacidos con bajo peso provenían de familias disfuncionales”. (56)

**d. Título:** “Curvas de crecimiento intrauterino a nivel del mar”. (57)

**Autor:** Goretti Soledad Morán-López y colaboradores

**Fuente:** Boletín médico del Hospital Infantil de México, 2006, vol. 63, no 5, p. 301-306

**Resumen:**

**“Objetivo:** determinar las curvas de crecimiento intrauterino a nivel del mar.

Material y métodos. Estudio descriptivo y transversal realizado a 1 626 recién nacidos en el puerto de Veracruz. Se obtuvo somatometría en relación a edad gestacional y sexo.

**Resultados.** El grupo de mayor frecuencia fue de 38 a 40 semanas de gestación (65%), y el de menor fue de 41 a 43 semanas (9%). La mitad fue de sexo masculino. No se encontró diferencia significativa ( $P > 0.05$ ) entre ambos sexos respecto a peso, talla y perímetro cefálico. Los

resultados se expresaron en gráficas percentilares y tablas de valor promedio con medias de dispersión.

**Conclusión.** Las curvas de crecimiento intrauterino a nivel del mar tuvieron un comportamiento distintivo al compararlas con patrones de referencia utilizados en el hospital, lo que justifica el uso de percentilas propias”. (57)

e. **Título:** “Factores maternos que influyen en el peso al nacer en Hospitales del Ministerio de Salud en el Perú en el año 2008”. (35)

**Autores:** Manuel Ticona Rendón y Diana HuancoApaza

**Fuente:** <http://www.unjbg.edu.pe/revista-medica/pdf/20140505-LibroCaracteristicasPesoNacerPeru.pdf>

#### **Resumen**

**“Objetivo:** Determinar si la edad materna, escolaridad y paridad influyen en el peso del recién nacido en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, en 56 196 recién nacidos vivos de embarazo único de 37 a 42 semanas de gestación, sin factores que alteren el peso al nacer, nacidos en 29 hospitales del Ministerio de Salud del Perú en el año 2008. Se utilizó la base de datos del Sistema informático Perinatal (SIP2000). Se analizó relación de peso al nacer con edad materna, escolaridad y paridad. Se calculó peso promedio, desviación estándar, percentil 50 y proporción de categorías de peso del recién nacido (bajo, insuficiente, adecuado y alto). Se aplicó chi cuadrado y t de Student, para determinar asociación y comparación de medias respectivamente, considerando significativo cuando  $p < 0,05$ .

**Resultados:** 19,4% fueron madres adolescentes y 11,2% mayores de 35 años, con un promedio de 25,6 años. El promedio de peso de recién nacidos fue 3.207 g. + 437 g., incrementándose conforme aumenta la edad materna; los RN de adolescentes presentaron 101 g. de peso menos que la población general y las mayores de 35 años 67 g. más ( $p < 0.01$ ). La adolescencia se asocia a bajo peso y peso insuficiente y las mayores de

35 años a peso alto ( $p < 0.001$ ). El 18,1% de madres tuvieron educación superior y 1,3% fueron analfabetas; el peso de recién nacidos se incrementa conforme aumenta la escolaridad, las analfabetas tienen 131 g. menos que la población general. Las analfabetas presentaron mayor bajo peso al nacer y peso insuficiente, 5,6% y 28,2% respectivamente y las de educación superior alto peso 5,8%. El 61,9% de madres fueron primíparas; el peso de recién nacidos se incrementa conforme aumenta la paridad, hasta la paridad 5 y luego disminuyó. Los recién nacidos de primíparas presentaron 18 g. menos que la población general, las multíparas y grandes multíparas 27 y 45 g. mayor respectivamente ( $p < 0.01$ ), las grandes multíparas presentan mayor porcentaje de bajo y alto peso y las primíparas peso insuficiente. Existe asociación entre edad materna, escolaridad y paridad con categorías de peso del recién nacido ( $p < 0.01$ ).

**Conclusión:** La edad materna, escolaridad y paridad influyen significativamente en el peso del RN a término de hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Se recomienda tener en cuenta estos factores para determinar grupos de riesgo materno y neonatal”. (35)

f. **Título:** “Ocupación materna, duración de la gestación y bajo peso al nacimiento”. (34)

**Autores:** Elena Ronda y colaboradores

**Fuente:** [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0213-91112009000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112009000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

#### **Resumen**

**Objetivo:** Evaluar la relación de la ocupación materna durante el embarazo con el bajo peso en los recién nacidos y con los partos pretérmino.

**Método:** La muestra consistió en 1.341.686 nacimientos pretérmino y 1.217.897 con bajo peso, en España (1996-2000), con información válida sobre ocupación materna procedente del Registro Nacional de Nacimientos. La ocupación materna fue la variable principal codificada

por grupos de ocupación (CNO-79), y las de resultados fueron el bajo peso (< 2.500 gramos) y los partos pretérmino (< 37 semanas). Se calcularon las odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), crudas y ajustadas mediante el método no condicional de máxima verosimilitud.

**Resultados:** La mayor prevalencia de recién nacidos pretérmino se encuentra en las madres que se dedican a la agricultura (10,8%) y la menor en las profesionales (6,6%). Respecto al bajo peso, la prevalencia más alta se observa en las trabajadoras del sector servicios (3,5%) y del manual de industria y construcción (3,4%); las profesionales son las que muestran menor prevalencia (2,5%). En comparación con las mujeres profesionales, las agricultoras presentan un mayor riesgo de nacimientos pretérmino (ORa=1,68; IC95%: 1,57-1,80). En relación con el bajo peso, se observan riesgos mayores en las trabajadoras del sector servicios (ORa=1,36; IC95%: 1,30-1,42), las dedicadas a las labores del hogar (ORa=1,30; IC95%: 1,28-1,38), las que trabajaron en la agricultura (ORa=1,29; IC95%: 1,14-1,44) y las trabajadoras manuales en industria y construcción (ORa=1,29; IC95%: 1,21-1,36).

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio sugieren que pertenecer a determinados grandes grupos ocupacionales durante el embarazo puede tener un efecto en el riesgo de bajo peso al nacer y de parto pretérmino”.

(34)

**g. Título:** “Inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria: características sociofamiliares”. (58)

**Autores:** Miquel Morera Llorcaa, Blanca FolchMarínb, Miguel Ángel Giner Esparzac, KhadijaSellamid

**Fuente:** Revista Clínica Medicina Familiar 2012; 5 (2): 81-88

### **Resumen**

**“Objetivo:** Describir demografía, tipología familiar, apoyo social, estresores y función familiar en gestantes magrebíes de una Zona Básica de Salud.

**Diseño:** Estudio transversal.

**Emplazamiento:** ZBS 5 del Departamento de Salud La Ribera (Valencia).

**Participantes.** Gestantes magrebíes, captadas mediante muestreo consecutivo durante un año, que acepten ser encuestadas.

**Mediciones Principales.** Variables sociodemográficas (edad, años en España, nº de hijos, nº de convivientes, nivel de estudios, trabajo remunerado y tipo familiar), acontecimientos vitales estresantes, apoyo social y función familiar. **Instrumentos:** encuesta sociodemográfica, genograma, escala de reajuste social (SRRS), escala Duke.UNC-11 y cuestionario APGAR familiar.

**Resultados:** Se entrevistaron 45 mujeres (medias de 28,42 años de edad y 3,44 años en España). La mediana de número de hijos fue 1, y la de convivientes en el domicilio 3. Destaca un 26,7% con trabajo remunerado y 28,9% sin estudios; sólo 8,9% tenían estudios superiores. El 68,9% son familias nucleares íntegras y 26,7% nucleares ampliadas. En 36 pacientes se obtuvo el SRRS (media: 179,64) y la escala Duke-UNC-11 (33,22) y en 35 el APGAR familiar (8,09). Se observó una asociación estadísticamente significativa entre: años en España y APGAR familiar; tipo familiar y apoyo social, y número de convivientes y apoyo social afectivo.

**Conclusiones:** Destaca un alto porcentaje de personas sin estudios y predominio de familias nucleares. Se observa un grado de estrés potencialmente patógeno, apoyo social deficiente y normofunción familiar. Se precisan estudios más amplios y cuestionarios culturalmente adaptados”. (58)

**h. Título:** “Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean area”. (59)

**Autores:** E. Cortes Castell y colaboradores

**Fuente:** Nutrición Hospitalaria, 2013, vol. 28, no 5, p. 1536 -1540

**Resumen:** “Antecedentes: La edad materna es una variable preponderante en el análisis epidemiológico del nacimiento prematuro.

Los estudios muestran que en las edades extremas de la vida materna hay un riesgo de nacimiento prematuro que genera una tasa elevada de morbilidad neonatal.

**Objetivos:** Determinar el efecto de las edades extremas de mujeres residentes en la provincia de Albacete sobre de nacimientos prematuros.

**Método:** Se realizó un estudio explicativo, retrospectivo de casos-control durante el periodo de 1 de enero de 2008 a 31 de diciembre de 2011. El estudio se basó en la revisión de los registros de recién nacidos del Centro de Cribado Neonatal de la provincia de Alicante. Se incluyeron todos los recién nacidos pretérmino, es decir, entre las semanas 22 y 36 de gestación (5.295 de 78.391 recién nacidos, lo que representa un 6,75% de prematuridad), y una muestra aleatoria de los nacimientos con más de 37 semanas de gestación (grupo control). Se estudió la edad materna como variable independiente y la prematuridad como variable dependiente.

**Resultados:** El estudio muestra claramente un mayor riesgo de prematuridad entre las madres adolescentes en comparación con el siguiente grupo más cercano en edad, lo que se confirmó por una distribución significativamente distinta con el test Chi cuadrado ( $p < 0,0001$ ) con una OD para los grandes prematuros de 2,41 (1,51-3,24) y de 1,71 (1,32-2,19) para los prematuros. Esta probabilidad también fue mayor en madres con edades de más de 40 años con una OD de 1,86 (1,39-2,48) y de 1,66 (1,44- 1,91) para recién nacidos grandes prematuros y prematuros, respectivamente. **Discusión:** Los resultados muestran claramente que las madres adolescentes y las más mayores tienen mayor riesgo de hijos prematuros o con bajo peso al nacimiento, lo que motiva la necesidad de establecer intervenciones educativas para disminuir el problema, a partir de los resultados de esta investigación”. (59)

- i. **Título:** “Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido” (60)

**Autores:** María Ramos Pérez y colaboradores

**Fuente:** Revista Archivo Médico de Camagüey, 2014, vol. 10, no 6.

**Resumen:** “Se realizó un estudio descriptivo sobre la repercusión de la edad materna avanzada en el embarazo, el parto y el recién nacido, en el policlínico comunitario docente "Previsora" de Camagüey, desde el 1ro de junio de 2004 al 31 de mayo de 2005. Se incluyeron 32 de un total de 37 mujeres con edad materna avanzada, cuyos partos se produjeron en la fecha señalada, a las que se les aplicó una encuesta diseñada al efecto, que se convirtió en el registro primario de la investigación. Los datos fueron procesados de forma computarizada, se utilizó el sistema MICROSTAT. Predominaron las mujeres entre 35-39 años (75 %). El antecedente patológico personal que más se presentó fue la hipertensión arterial crónica (85.7 %). Las enfermedades propias del embarazo más frecuentes fueron la amenaza de parto pretérmino (73.3 %), la enfermedad hipertensiva del embarazo (50 %) y la amenaza de aborto (43.3 %). Se constató un por ciento significativo de grávidas con tiempo de gestación menor a 37 semanas (25 %), parto distócico (46.87 %) y recién nacidos menor de 2500g (21.87%). Se encontró de manera importante antecedentes patológicos personales y enfermedades propias del embarazo en el estudio. Las acciones de salud en la comunidad deben incrementarse para la que la edad materna avanzada sobre la gestación no constituya un problema para la población grávida”. (60)

j. **Título:** “Caracterización clínico epidemiológica del bajo peso al nacer”. (61)

**Autores:** Zonia Fernández Perezi y colaboradores.

**Fuente:** Revista Cubana de Medicina General Integral, 2014, vol. 31, no 1, p 27 -34.

**Resumen:**

“Introducción: el bajo peso al nacer es el índice más importante para determinar las posibilidades del recién nacido de sobrevivir y tener un crecimiento y desarrollo normal, constituye uno de los principales

problemas obstétricos actuales, pues está relacionado con más del 75 % de la morbilidad perinatal.

**Objetivo:** determinar la incidencia y los principales factores de riesgo asociados al bajo peso en el municipio San Antonio de los Baños.

**Métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en los recién nacidos con bajo peso al nacer del municipio de San Antonio de los Baños, provincia Artemisa, Cuba, en el período de enero a diciembre del 2013. El universo estuvo constituido por 564 recién nacidos vivos y la muestra por 29, con bajo peso al nacer. Se identificaron factores prenatales que pudieron constituir posibles causas del bajo peso.

**Resultados:** la incidencia del bajo peso al nacer fue de 5,9. El 58,62 % de ellos nacieron antes de la semana 37 de gestación. La edad materna más representada fue de 20 a 34 años (62,06 %). La sepsis vaginal estuvo presente en el 51,80 % de las madres con recién nacidos bajo peso.

**Conclusiones:** la prematuridad fue la causa más frecuente de recién nacidos con bajo peso al nacer, las edades extremas de la vida reproductiva no constituyeron causa del bajo peso al nacer, la sepsis vaginal y la hipertensión arterial fueron factores de riesgo relevantes en las madres con niños bajo peso”. (61)

k. **Título:** “Significado de la primera gestación en mujeres mayores de 35 años”. (62)

**Autores:** Alba Norys Lozano Romero, Luz Mery Hernández Molina

**Fuente:** Avances en Enfermería, 2016, vol.34, no 1, p. 8

**Resumen:**

“**Objetivo:** Describir el significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (ips) privada en Bogotá, captadas en el servicio de consulta externa entre los meses de octubre de 2011 y mayo de 2012.

**Metodología:** Se realizó un estudio de tipo cualitativo descriptivo. Se empleó la entrevista abierta y en profundidad para la recolección de la información a nueve participantes. El análisis de información se realizó con el método de análisis de contenido convencional.

**Resultados:** Se encontró que para las participantes la primera gestación significó una elección de vida, descubrirse a sí mismas, sentir miedos y preocupaciones. El tema se denominó Descubriendo la gestación.

**Conclusiones:** La maternidad para la mujer mayor de 35 años representa una elección de vida que surge a partir de una serie de factores determinantes, mezclados entre patrones tradicionales y las ideas innovadoras de la sociedad respecto a la maternidad y el desarrollo de la mujer en la sociedad. El miedo aparece con el proceso de la gestación, pero cuando se diagnostica alto riesgo obstétrico, aumenta de forma considerable. Esto implica para la enfermería actuar en el contexto de la educación y promoción de la salud pre-concepcional con enfoque de riesgo y familiar”. (62)

#### 4. OBJETIVOS

- 4.1 Determinar el funcionamiento familiar de las gestantes de la CLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa.
- 4.2 Identificar las características socio familiares de las gestantes de la CLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa.
- 4.3 Determinar el peso de los recién nacidos de la CLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa.
- 4.4 Relacionar el funcionamiento familiar con el peso del recién nacido de gestantes de la CLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa.
- 4.5 Relacionar las características socio familiares con el peso del recién nacido de gestantes de la CLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa.

#### 5. HIPÓTESIS

**Hipótesis Nula:** El Peso del recién nacido no está relacionado a las características sociofamiliares y funcionamiento familiar de las gestantes atendidas en la CLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa

**Hipótesis Alterna:** El Peso del recién nacido está relacionado a las características sociofamiliares y funcionamiento familiar de las gestantes atendidas en la ACLAS Deán Valdivia – Provincia Islay. Arequipa

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

<b>Variables Independientes</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>
Funcionamiento familiar	APGAR FAMILIAR	Cuestionario	Cédula de preguntas
Características sociofamiliares	- Sociales - Estructura familiar	Entrevista	Cédula de entrevista
<b>Variables dependiente</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>
Peso del recién nacido	RN peso elevado: superior a 4000 g. RN peso promedio entre 2500 y 3999g RN bajo peso: inferior a los 2500g RN de muy bajo peso: inferior a los 1500 g. RN de extremadamente bajo peso, inferior a los 1000 g	Observación	Observación documental (Carnet del recién nacido)

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1 Ubicación espacial

La investigación se realizará en el ámbito general del Distrito de Deán Valdivia en la provincia de Islay; en el ámbito específico del C.S La Curva, Puesto de Salud Alto Ensenada y El Arenal; a través de visitas domiciliarias a las gestantes participantes en la investigación.

Véase croquis situacional en anexos de la tesis.

### 2.2 Ubicación temporal

2.2.1 **Cronología:** 2014 a 2015

2.2.2 **Visión temporal:** Prospectivo.

2.2.3 **Corte temporal:** Transversal.

### 2.3 Unidades de estudio

#### a. Universo cuantitativo

Representado por todas las gestantes programadas para el año 2014 y 2015 en el Distrito de Deán Valdivia.

#### b. Universo cualitativo

Se trabajará con todas las gestantes que acudan a los establecimientos de salud de la CLAS Deán Valdivia durante el tiempo de estudio las cuales deben cumplir con los criterios de inclusión y exclusión.

#### c. Procedimiento de muestreo

Probabilística intencional, porque evaluará a todas las gestantes que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **d. Criterios de selección**

##### **Criterios de inclusión:**

- Edad entre 18 a 45 años
- Todas las gestantes que cursen el tercer trimestre de embarazo
- Mínimo cuatro controles prenatales
- Buen estado nutricional valorado con el IMC

##### **Criterios de exclusión**

- Gestantes que no deseen participar
- Gestantes fumadoras, alcohólicas.
- Gestantes que reciban antibióticos por lo menos de 15 a 30 días y en algunos periodos de su embarazo.
- Gestantes que cambien de domicilio y este fuera del ámbito de la ACLAS Deán Valdivia.
- Con patologías en su embarazo actual: preeclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias complicadas, patologías de la placenta, empleo de antibióticos de manera repetida, diabéticas, anemias, malformaciones congénitas mayores.
- Gestantes con embarazos múltiples
- Gestantes con dudas en Fecha de última menstruación

### **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.1 Organización**

Presentación del proyecto de tesis a la Escuela de Post Grado de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa solicitando dictamen. Seguidamente para la recolección de datos se pedirá autorización al Gerente de la CLAS Deán Valdivia.

Las gestantes que deseen participar en el estudio de investigación firmaran el consentimiento informado.

A continuación se efectuará una prueba piloto a diez gestantes que cumplan con los criterios de selección para determinar la comprensión de la cedula de entrevista.

El investigador aplicará y recolectará el Test de APGAR familiar y la cédula de entrevista. El peso del recién nacido se obtendrá del carnet de controles del recién nacido.

### **3.2 Recursos**

#### **a. Recursos Humanos**

Investigador: Mg. Obst. Verónica F. Oviedo Tejada

Asesor: Dra. Águeda Muñoz del Carpio Toia

#### **b. Recurso Físico**

Se cuenta con las salas de espera de los establecimientos de salud de la CLAS Deán Valdivia.

#### **c. Recurso Económico**

Proporcionado por la investigadora

### **3.3 Validación del instrumento**

Se aplicarán los instrumentos, como estudio piloto, para determinar el funcionamiento familiar y características sociofamiliares a diez gestantes del Centro de Salud La Curva que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de las unidades de estudio de investigación.

### **3.4 Consideraciones éticas**

Se procederá a solicitar permiso al gerente de la CLAS Deán Valdivia; asimismo para acceder a las unidades de estudio se socializara con cada una de ellas el consentimiento informado. (Anexo Nro.2)

#### 4. CRITERIOS PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

##### a. A nivel de recolección

Se registrará la información manualmente en la matriz elaborada para el presente proyecto donde consignaremos las variables en estudio.

##### b. A nivel de sistematización

Se empleará una matriz sistematizada de acuerdo a las variables. El investigador asignará códigos a cada variable de interés. Los resultados se presentarán en tablas simples y de doble entrada.

#### 5. ESTRATEGIAS PARA MANEJAR RESULTADOS

##### 5.1 Plan de Procesamiento

**a. Tipo de procesamiento:** Los datos serán tabulados mediante un conteo de respuestas en cuadros estadísticos con la ayuda del software estadístico SPSS 20.0

##### b. Operaciones de sistematización:

Se hallará las medidas de tendencia central y serán representadas en tablas de frecuencia simple por variable.

Para su mejor interpretación se generarán gráficas porcentuales debidamente etiquetadas.

##### 5.2 Plan de análisis estadístico

Se hará uso de Estadística Descriptiva como frecuencias absolutas y relativas, promedios, desviación estándar, mediana. La prueba de CHI CUADRADO ( $X^2$ ) se aplicará para la asociación de las variables. El nivel de significancia al 5%.

##### 5.3 Plan de codificación

La investigadora asignará códigos a cada variable de interés.

#### IV. CRONOGRAMA

Tiempo 2013- 2014-2015 Actividades	Setiembre a Diciembre 2013	Enero a diciembre 2014	Enero a Diciembre 2015	Enero a Marzo 2016
Búsqueda de bibliografía	X			
Elaboración del proyecto	X			
Recolección de datos		X	X	
Análisis de resultados				X
Presentación de informe final				X

Anexo Nro. 1  
APGAR FAMILIAR

INDICACIONES:

Le pedimos a Ud. Que se sirva leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente marcando con una (X) las alternativas según Ud. Refleja cómo vive con su familia.

Cuando nos referimos a Familia, hablamos de esposo (a) e hijos, en caso que no los tuviera considere hermanos, madre o padre.

Preguntas	Nunca	A veces	Siempre
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de su familia cuando tienes un problema?	0	1	2
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?	0	1	2
¿Los fines de semana son compartidos por todos en casa?	0	1	2
¿Sientes que tu familia te quiere?	0	1	2

Calificación:

- 3 0 a 3 disfunción familiar severa
- 4 4 a 6 funcionalidad moderada
- 5 7 a 10 alta funcionalidad

Anexo Nro. 2

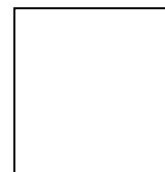
**FICHA DE CONSENTIMIENTO**

Yo,.....  
..con DNI.....y domicilio en.....  
.....acepto participar en la  
investigación titulada: Relación entre funcionamiento y características  
sociofamiliares de la gestante con el peso del recién nacido de la CLAS Deán  
Valdivia – provincia Islay. Arequipa 2014-2015; una vez que se me expliquen los  
objetivos, propósitos y beneficios que reporta dicha investigación desde el punto de  
vista social y humano. Se me ha comunicado que toda información brindada se  
utilizará únicamente con fines investigativos, teniendo la posibilidad de retirarme de  
la investigación en el transcurso de la misma, si lo considero necesario, sin que esto  
repercute en la atención.

Arequipa,.....

.....  
Firma del Investigador

.....  
Firma del participante



Anexo Nro. 3

CÉDULA DE ENTREVISTA

CARACTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES

1. Edad:\_\_\_\_\_
2. Grado de instrucción:
  - ( ) Analfabeta
  - ( ) Primaria
  - ( ) Secundaria
  - ( ) Superior No Universitaria
  - ( ) Superior Universitaria
3. Estado civil
  - ( ) Soltera
  - ( ) Conviviente
  - ( ) Casada
  - ( ) Otro estado civil
4. Procedencia
  - ( ) Urbana
  - ( ) Rural
5. Ocupación
  - ( ) Estudiante
  - ( ) Ama de casa
  - ( ) Trabaja
6. Nro. de Embarazos
  - ( ) Uno
  - ( ) Dos
  - ( ) Más de dos
7. Nivel de pobreza
  - ¿Hay niños en la vivienda de 6 a 12 años?
    - ( ) Si
    - ( ) No
  - ¿Asisten los niños a un centro educativo?
    - ( ) Si
    - ( ) No
  - ¿Cuántas personas viven en la casa?
    - ( ) Escribir el número de personas
  - ¿Cuántos cuartos para dormir tiene la casa?
    - ( ) Escribir el número de cuartos

¿De qué material está construida su casa?

PISO:

De parke, cerámico, otros.

Cemento

Tierra

PAREDES

Ladrillo, cemento

Madera

Piedra con barro

Adobe

Quincha

Esteras

Material viviendas improvisadas (de cartón, lata, ladrillos y adobes superpuestos, etc.)

¿En relación a la disposición de servicios higiénicos, la casa cuenta con?

Letrina

Pozo ciego

Sanitario conectado a red pública

No cuenta con ninguno

Nivel educativo de el/la jefe del hogar

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Superior No Universitaria

Universitaria

¿Cuántas personas dependen de el/la jefe de la familia?

Número de personas

Nivel de pobreza según Método NBI

Mínimo necesario	Total	No pobre	Pobre	Pobreza extrema
1 ó más niños de 6 a 12 que no asisten				
Más de tres miembros por habitación				
Paredes de estera o piso de tierra				
Sin servicio higiénico alguno				
Jefe con primaria incompleta y $\geq 4$ miembros por ocupado				

Clasificación de los hogares según las necesidades básicas insatisfechas:

- Hogares no pobres: todas sus necesidades básicas satisfechas.
- Hogares pobres: una de los cinco indicadores.
- Hogares en pobreza extrema: dos o más de los cinco indicadores.

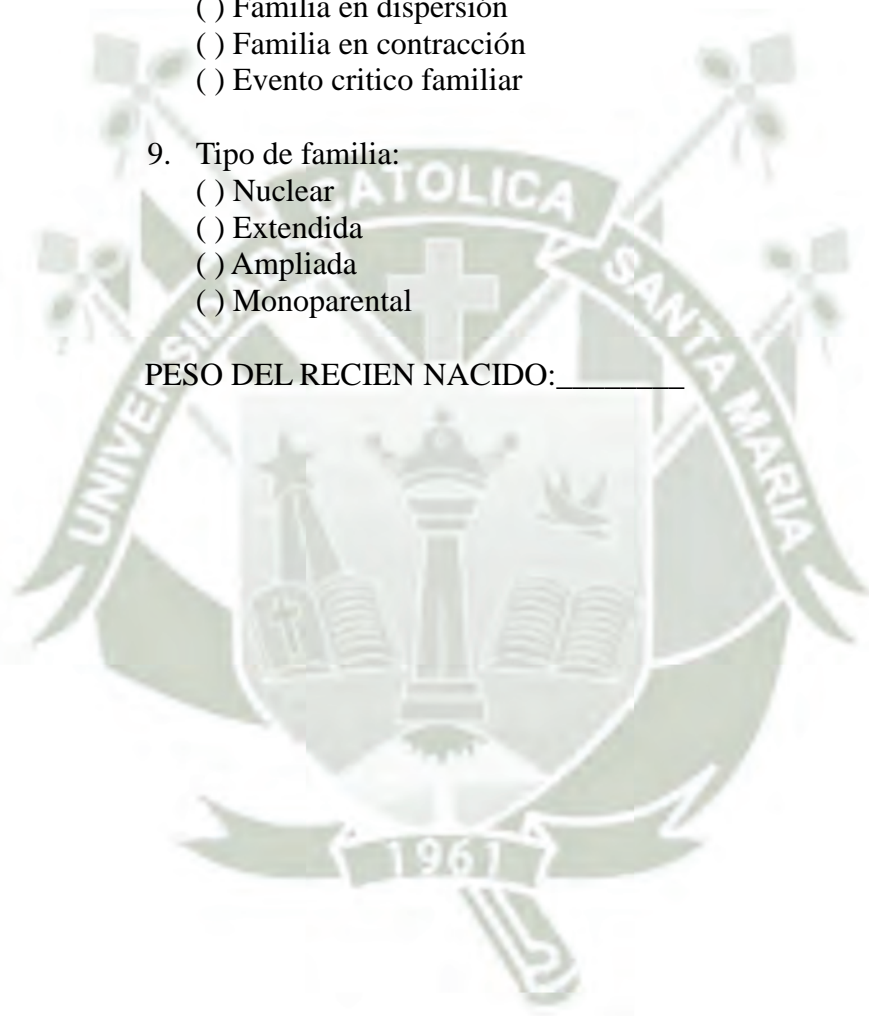
8. Ciclo vital familiar:

- Familia en formación
- Familia en expansión
- Familia en dispersión
- Familia en contracción
- Evento crítico familiar

9. Tipo de familia:

- Nuclear
- Extendida
- Ampliada
- Monoparental

PESO DEL RECIEN NACIDO: \_\_\_\_\_



## 2. Matriz de sistematización



## MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

I	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR			CARACTERÍSTICAS SOCIO FAMILIARES																							PESO DEL RECIEN NACIDO																											
				SOCIALES											FAMILIARES																																							
	Disfuncional	Moderada disfuncion	Funcional	Edad	Grado de instrucción					Estado civil			Procedencia		Ocupación			Nro. de Embarazos			Religion			Niveles de pobreza			Ciclo Familiar					Tipo de Familia																						
					Analf.	Prim.	Sec.	Sup. No U.	Univ.	soltera	Conviviente	casada	otro	Urbana	Rural	Estudiante	Ama de casa	Trabajadora	Uno	dos	Más de dos	Católica	Evangelica	Otra	No pobre	Pobre	En pobreza extrema	Formación	Expansión	Dispersión	Contracción	Evento crítico familiar	Nuclear	Extendida	Ampliada	Monoparental	Reconstituida	Equivalente familiar	Peso	Elevado	Promedio	Bajo												
0	1	2	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	5		0	1	2																	
1			2	18			3				1				1	1	0				0			0																3900			1											
2			2	29				4			1				1	1		1			0																			3400			1											
3			2	31			3				1				1	1		1			0																				3400			1										
4			2	36			3				1				1	1		1			2	0																				3550			1									
5			2	36			3				1				1		2	1			0																						3780			1								
6			2	27			3				1				1	1		1			1																							3400			1							
7			2	38				4			1				1		2		2	0																								3360			1							
8		1		30			2				1				1	1		1			0																								3800			1						
9			2	25			2				1				1	1		1			2																								3100			1						
10			2	26				3			1				1	1		0			2	1																								3446			1					
11		1		32	1						1				1	1				2	0																									3600			1					
12		1		23				3				0			1	1		1			0																										2970			1				
13		1		36				4			0				1	1		0			0																										3500			1				
14			2	36			2				1				1	1				2	0																											3520			1			
15			2	39				3				2			1	1				2	0																											3270			1			
16			2	37			2				1				1		2			2	0																											4100	0					
17		1		18				3			1				1	1		0			0																											2720			1			
18		1		34			2				1				1		2			2	0																											3060			1			
19			2	21				4			1				1	1		0			0																												3500			1		
20			2	24				3			1				1	1		0			0																												3500			1		
21		1		35			2				1				1		2			2	0																												3900			1		
22		1		33				3			1				1	1		1			0																												4130	0				
23		1		33				3				2			1	1		0			0																												2900			1		
24			2	25				3			1				1		2	0																																3500			1	





FRECUENCIAS VARIABLES=EdadcodginstrucciónEcivil Procedencia  
OcupacionngestacionReligion  
NpobrezaCiclofamiliarTipopobrezaPRNcod  
/ORDER=ANALYSIS.

## Frecuencias

		Notas
Salida creada		28-SEP-2016 05:31:02
Comentarios		
Entrada	Datos	C:\Users\Usuario\Desktop\Veronica\matriz.sav
	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	67
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos.
Sintaxis		FRECUENCIAS VARIABLES=EdadcodginstrucciónEcivil Procedencia OcupacionngestacionReligion NpobrezaCiclofamiliarTipopobrezaPRNcod /ORDER=ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00.03
	Tiempo transcurrido	00:00:00.08

Tabla de frecuencia

Edadcod

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15-19	5	7,5	7,5	7,5
	20-24	13	19,4	19,4	26,9
	25-29	24	35,8	35,8	62,7
	30-34	14	20,9	20,9	83,6
	35-39	10	14,9	14,9	98,5
	40-45	1	1,5	1,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

gins trucción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeto	2	3,0	3,0	3,0
	Primaria	25	37,3	37,3	40,3
	Secundaria	31	46,3	46,3	86,6
	Superior no universitaria	7	10,4	10,4	97,0
	Universitaria	2	3,0	3,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Ecivil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	4	6,0	6,0	6,0
	Conviviente	56	83,6	83,6	89,6
	Casado	7	10,4	10,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbano	16	23,9	23,9	23,9
	Rural	51	76,1	76,1	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Ocupacion

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Estudiante	1	1,5	1,5	1,5
	Ama de casa	52	77,6	77,6	79,1
	Trabaja	14	20,9	20,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

ngestacion

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	13	19,4	19,4	19,4
	2	30	44,8	44,8	64,2
	>=3	24	35,8	35,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Npobreza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No pobre	35	52,2	52,2	52,2
	Pobre	23	34,3	34,3	86,6
	Pobreza extrema	9	13,4	13,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Ciclofamiliar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Formación	10	14,9	14,9	14,9
	Expansión	50	74,6	74,6	89,6
	Dispesión	1	1,5	1,5	91,0
	Evento Crítico familiar	6	9,0	9,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Tipopobreza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nuclear	46	68,7	68,7	68,7
	Extendida	17	25,4	25,4	94,0
	Ampliada	1	1,5	1,5	95,5
	Monoparental	2	3,0	3,0	98,5
	Reconstituida	1	1,5	1,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

PRNcod

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	61	91,0	91,0	91,0
	Elevado	6	9,0	9,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

CROSSTABS

/TABLES=FuncionaFamiliarEdadcodEcivil Procedencia  
OcupacionngestacionReligionNpobreza  
CiclofamiliarTipopobreza BY PRNcod  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT TOTAL  
/COUNT ROUND CELL.  
Tablas cruzadas

Notas

Salida creada		28-SEP-2016 05:35:47
Comentarios		
Entrada	Datos	C:\Users\Usuario\Desktop\Veronica\matriz.sav
	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	67
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas para cada tabla se basan en todos los casos con datos válidos en los rangos especificados para todas las variables en cada tabla.
Sintaxis		CROSSTABS  /TABLES=FuncionaFamiliarEdadcodCivil Procedencia OcupacionngestacionReligionNpobrezaCiclofamiliarTipopobreza BY PRNcod /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ /CELLS=COUNT TOTAL /COUNT ROUND CELL.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00.06
	Tiempo transcurrido	00:00:00.08
	Dimensiones solicitadas	2
	Casillas disponibles	524245

FuncionaFamiliar \* PRNcod

Tabla cruzada

			PRNcod		Total
			Normal	Elevado	
FuncionaFamiliar	Disfuncional familiar severa	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,5%	1,5%
	Funcionalidad moderada	Recuento	14	1	15
		% del total	20,9%	1,5%	22,4%
	Alta funcionalidad	Recuento	47	4	51
		% del total	70,1%	6,0%	76,1%
Total	Recuento	61	6	67	
	% del total	91,0%	9,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,340 <sup>a</sup>	2	,006
Razón de verosimilitud	5,011	2	,082
Asociación lineal por lineal	1,796	1	,180
N de casos válidos	67		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09.

## Edadcod \* PRNcod

Tabla cruzada

		PRNcod		Total	
		Normal	Elevado		
Edadcod	15-19	Recuento	5	0	5
		% del total	7,5%	0,0%	7,5%
	20-24	Recuento	12	1	13
		% del total	17,9%	1,5%	19,4%
	25-29	Recuento	22	2	24
		% del total	32,8%	3,0%	35,8%
	30-34	Recuento	13	1	14
		% del total	19,4%	1,5%	20,9%
	35-39	Recuento	8	2	10
		% del total	11,9%	3,0%	14,9%
	40-45	Recuento	1	0	1
		% del total	1,5%	0,0%	1,5%
Total		Recuento	61	6	67
		% del total	91,0%	9,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,180 <sup>a</sup>	5	,824
Razón de verosimilitud	2,369	5	,796
Asociación lineal por lineal	,979	1	,322
N de casos válidos	67		

a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09.

Ecivil \* PRNcod

Tabla cruzada

			PRNcod		Total
			Normal	Elevado	
Ecivil	Soltera	Recuento	4	0	4
		% del total	6,0%	0,0%	6,0%
	Conviviente	Recuento	50	6	56
		% del total	74,6%	9,0%	83,6%
	Casado	Recuento	7	0	7
		% del total	10,4%	0,0%	10,4%
Total		Recuento	61	6	67
		% del total	91,0%	9,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,294 <sup>a</sup>	2	,523
Razón de verosimilitud	2,265	2	,322
Asociación lineal por lineal	,080	1	,777
N de casos válidos	67		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,36.

## Procedencia \* PRNcod

Tabla cruzada

			PRNcod		Total
			Normal	Elevado	
Procedencia	Urbano	Recuento	14	2	16
		% del total	20,9%	3,0%	23,9%
	Rural	Recuento	47	4	51
		% del total	70,1%	6,0%	76,1%
Total	Recuento	61	6	67	
	% del total	91,0%	9,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,324 <sup>a</sup>	1	,569		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,005	1	,946		
Razón de verosimilitud	,302	1	,582		
Prueba exacta de Fisher				,623	,443
Asociación lineal por lineal	,319	1	,572		
N de casos válidos	67				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,43.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

## Ocupacion \* PRNcod

Tabla cruzada

			PRNcod		Total
			Normal	Elevado	
Ocupacion	Estudiante	Recuento	1	0	1
		% del total	1,5%	0,0%	1,5%
	Ama de casa	Recuento	48	4	52
		% del total	71,6%	6,0%	77,6%
	Trabaja	Recuento	12	2	14
		% del total	17,9%	3,0%	20,9%
Total		Recuento	61	6	67
		% del total	91,0%	9,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,688 <sup>a</sup>	2	,709
Razón de verosimilitud	,714	2	,700
Asociación lineal por lineal	,676	1	,411
N de casos válidos	67		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09.

ngestacion \* PRNcod

Tabla cruzada

			PRNcod		Total
			Normal	Elevado	
ngestacion	1	Recuento	13	0	13
		% del total	19,4%	0,0%	19,4%
	2	Recuento	27	3	30
		% del total	40,3%	4,5%	44,8%
	>=3	Recuento	21	3	24
		% del total	31,3%	4,5%	35,8%
Total	Recuento	61	6	67	
	% del total	91,0%	9,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,689 <sup>a</sup>	2	,430
Razón de verosimilitud	2,811	2	,245
Asociación lineal por lineal	1,394	1	,238
N de casos válidos	67		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,16.

Npobreza \* PRNcod

Tabla cruzada

			PRNcod		Total
			Normal	Elevado	
Npobreza	No pobre	Recuento	30	5	35
		% del total	44,8%	7,5%	52,2%
	Pobre	Recuento	22	1	23
		% del total	32,8%	1,5%	34,3%
	Pobreza extrema	Recuento	9	0	9
		% del total	13,4%	0,0%	13,4%
Total		Recuento	61	6	67
		% del total	91,0%	9,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,704 <sup>a</sup>	2	,259
Razón de verosimilitud	3,466	2	,177
Asociación lineal por lineal	2,543	1	,111
N de casos válidos	67		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,81.

Ciclo familiar \* PRNcod

Tabla cruzada

			PRNcod		Total
			Normal	Elevado	
Ciclofamiliar	Formación	Recuento	10	0	10
		% del total	14,9%	0,0%	14,9%
	Expansión	Recuento	45	5	50
		% del total	67,2%	7,5%	74,6%
	Dispesión	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,5%	1,5%
	Evento Crítico familiar	Recuento	6	0	6
		% del total	9,0%	0,0%	9,0%
Total	Recuento		61	6	67
	% del total		91,0%	9,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,807 <sup>a</sup>	3	,008
Razón de verosimilitud	7,893	3	,048
Asociación lineal por lineal	,007	1	,933
N de casos válidos	67		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09.

Tipo familia \* PRNcod

Tabla cruzada

			PRNcod		Total
			Normal	Elevado	
Tipopobreza	Nuclear	Recuento	41	5	46
		% del total	61,2%	7,5%	68,7%
	Extendida	Recuento	16	1	17
		% del total	23,9%	1,5%	25,4%
	Ampliada	Recuento	1	0	1
		% del total	1,5%	0,0%	1,5%
	Monoparental	Recuento	2	0	2
		% del total	3,0%	0,0%	3,0%
	Reconstituida	Recuento	1	0	1
		% del total	1,5%	0,0%	1,5%
Total		Recuento	61	6	67
		% del total	91,0%	9,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,797 <sup>a</sup>	4	,939
Razón de verosimilitud	1,167	4	,884
Asociación lineal por lineal	,726	1	,394
N de casos válidos	67		

a. 8 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09.

## Grado de instrucción

Gradoinstruccion\*Peso tabulación cruzada

			Peso		Total
			promedio	elevado	
Gradoinstruccion	analfabeta	Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,8	,2	2,0
		% del total	3,0%	0,0%	3,0%
	primaria	Recuento	22	3	25
		Recuento esperado	22,8	2,2	25,0
		% del total	32,8%	4,5%	37,3%
	secundaria	Recuento	28	3	31
		Recuento esperado	28,2	2,8	31,0
		% del total	41,8%	4,5%	46,3%
	superior no universitario	Recuento	7	0	7
		Recuento esperado	6,4	,6	7,0
		% del total	10,4%	0,0%	10,4%
	universitario	Recuento	2	0	2
		Recuento esperado	1,8	,2	2,0
		% del total	3,0%	0,0%	3,0%
Total		Recuento	61	6	67
		Recuento esperado	61,0	6,0	67,0
		% del total	91,0%	9,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,386 <sup>a</sup>	4	,847
Razón de verosimilitud	2,343	4	,673
N de casos válidos	67		

a. 7 casillas (70,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.