

11226
29
2/74



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DINAMICA FAMILIAR
Y EMBARAZO

TESIS RECEPCIONAL

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A

DRA. MA. TERESA IMELDA RUBIO GONZALEZ

ASESOR: DR. RODOLFO GOMEZ PANTOJA
MEDICO FAMILIAR

ENERO, 1985

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION.....	1
II. OBSERVACION.....	2
III. OBJETIVO GENERAL.....	2
IV/ OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	2
V. MARCO TEORICO DE REFERENCIA.....	3
GENERALIDADES DE EMBARAZO.....	3
ASPECTOS DE FAMILIA.....	5
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
VII. HIPOTESIS.....	9
VIII. UNIVERSO DE TRABAJO.....	10
IX. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	11
X. CRONOGRAMA.....	12
XI. CUESTIONARIO.....	14
XII. RESULTADOS Y GRAFICAS.....	19
XIII. CONTRASTACION DE HIPOTESIS.....	33
XIV. CONCLUSIONES.....	57
XV. BIBLIOGRAFIA.....	61
XVI. FE DE ERRATAS.....	62

INTRODUCCION

Es importante tomar en cuenta al embarazo dentro de la dinámica familiar, ya que puede influir en los sentimientos, comportamientos y expectativas de la familia, en forma positiva ó negativa, dado que existen pocas referencias de estudios relacionados con la dinámica familiar y el embarazo, se realizó la actual investigación, tomando a 200 pacientes embarazadas al azar, adscritas a la U.M.F. No 33 "El Rosario" del INSS, sin tomar en cuenta la edad, semanas de gestación ni número de gestas, ya que la finalidad era de relacionar - que modificaciones positivas ó negativas sufría en su dinámica familiar.

Conociendo previamente que el embarazo puede influir - por varios factores tales como: número de embarazos, cultura y económicamente. Lo cual se puede reflejar en el cumplimiento de las funciones básicas de la familia ó bien en el desempeño adecuado de cada uno de los roles de los integrantes de la familia.

También era importante tomar en cuenta la causa del -- embarazo actual, observando que en un porcentaje elevado se debía a que no utilizaban algún método de planificación familiar, lo cual nos indica que falta aún mayor difusión del Programa de Planificación Familiar.

Encontramos que en muchos de los casos del embarazo - fue por falta de educación sexual, siendo otro de los puntos primordiales que se debe tomar en cuenta, cuando se impartan las pláticas de planificación familiar y durante el control prenatal con su médico familiar.

Por lo tanto el médico familiar debe orientar en forma adecuada a las pacientes, explicándoles las múltiples contra indicaciones médicas del embarazo por razones de salud materna como infantil, que en muchas ocasiones el embarazo no deseado va a ocasionar desajustes emocionales en la estabilidad emocional de la familia, lo cual se debe prevenir.

DINAMICA FAMILIAR Y EMBARAZO

OBSERVACION:

La presencia del embarazo en la familia, planeado ó no, sea el primero ó subsecuente repercute en su dinámica.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar si la presencia del embarazo en la familia modifica su dinámica, de qué manera y buscar posibles soluciones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar cómo influye el embarazo planeado ó no, en el cumplimiento de las funciones básicas de la familia.
- 2.- Identificar cómo influye el embarazo planeado ó no en el desempeño del rol de cada uno de los integrantes.
- 3.- Identificar las causas del embarazo actual.

MARCO TEORICO DE REFERENCIA

EMBARAZO NORMAL.

Un embarazo se inicia con la fecundación que es la -- unión del óvulo con el espermatozoide, la cual se realiza normalmente en el tercio externo de la trompa, el óvulo fe cundado que de aquí en adelante va a llamarse huevo⁴.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que -- desde el punto de vista fisiológico, el embarazo no puede ser considerado como un simple crecimiento de un feto sobre añadido al metabolismo de la mujer⁵. El desarrollo del feto se acompaña de cambios importantes en la composición y me- tabolismo de la madre. Siendo importante el control prena- tal adecuado periódico, supervisado por el médico familiar y/o médico gineco-obstetra, ya que existen una multitud de factores que se alteran en la mujer embarazada a cualquier nivel del organismo, que se deben vigilar. Se recomienda -- que el control sea cada mes hasta las 32 semanas, cada 15- días hasta las 36 semanas y cada 7 días hasta el momento -- del parto. Las consultas incrementarán su frecuencia cuan- do la patología existente así lo haga necesario⁵. Porque es importante recordar que el embarazo es un proceso fisioló- gico susceptible de prēsentar patología en cualquier momen- to, para lo cual desde la primer consulta, es importante -- realizar una historia clínica completa, haciéndose indica- ciones generales como: a) Dieta: la cual es importante, ya que pacientes de bajos recursos, provocan que la deficien- cia en el aporte de nutrientes, en especial proteínas afec- te al feto.

b) Higiene donde incluye el tipo de ejercicio que puede -- realizar.

c) Factores ambientales se deberá detectar cualquier situa- ción ambiental que pueda dañar la buena evolución del --

embarazo.⁵

Se debe tener en cuenta que son bien conocidos los cu sos de contraindicación médica del embarazo por razones de salud materna y/o infantil, también se sabe que la gran -- multiparidad y embarazo en mujeres menores de 18 años y de más de 35 años, las gestaciones repetidas a intervalos fre cuentas, son factores desfavorables para la salud, aunados a las secuelas en los aspectos emocionales y de estabilidad social en la familia. Con observaciones internacionales, se abren Programas de Planificación Familiar en México en 1974, con los siguientes objetivos:

- 1.- Evitar riesgo de la salud de embarazos no deseados.
- 2.- Dar mejor atención materna y más prolongada al niño durante la primera infancia, al reducir la frecuencia de embarazos.
- 3.- Crear conciencia a la población de las ventajas de planificación para bienestar de la familia.
- 4.- Crear sentido de responsabilidad respecto a la natalidad y sus consecuencias.⁵

El éxito del Programa de Planificación Familiar depende de la motivación, inteligencia, fondo cultural, estado económico y estado de salud, así como las preferencias y prejuicios personales de los individuos. Lo que ha condicionado que vaya aumentando la variedad de métodos anticonceptivos desde los métodos mecánicos de diafragma, preservativos, tabletas y espumas que substituyeron otros más viejos como: la abstinencia, casamiento tardío, coito interrumpido, aborto y ritmo. Todos substituidos por anticonceptivos orales tipo hormonal hasta la esterilización de cualquiera de los dos participantes.⁶ Teniendo en mente que todos los métodos tienen un porcentaje de fracaso, el cual debe ser conocido por las pacientes y el médico, para que se haga una mejor elección del método y en caso de fracaso se acepte el embarazo en caso de presentarse.

ASPECTOS FAMILIARES

Se revisarán aspectos familiares, ya que la familia debe ser una unidad integral a pesar de las diversas tensiones psicológicas, sociales, ambientales, económicas y orgánicas que puedan influir en ellas.⁷ Veremos primero que, "familia proviene de la raíz latina *Famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico"⁸, según Palerm considera que la familia es un grupo social constituido por padre, madre, e hijos y circunstancialmente otro tipo de parientes consanguíneos que viven bajo el mismo techo y en caso de no ser así aportan condiciones que influyen en su interacción⁷ y *Dinámica Familiar* según Jackson, es un conjunto de fuerzas positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad.⁷

El embarazo puede influir en los sentimientos, comportamientos y expectativas, entre cada miembro de la familia,¹⁰ positiva ó negativamente, y en este caso se investigará su influencia en el desarrollo de las funciones básicas de la familia⁸.

Otro factor importante es analizar cómo influye en el cumplimiento de los roles, para que se lleve a cabo uno de los ciclos vitales de la familia como es el Matrimonio donde se establecen las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer⁸ y que consta de 3 etapas:

- 1) Ajuste sexual
- 2) Información sobre planificación familiar
- 3) Interacción de la personalidad⁸.

Esta fase termina con la llegada del primer hijo, iniciándose así la 2a. fase del ciclo vital, llamada de Expansión incluye el reconocimiento, los deberes y derechos de los padres hacia los hijos⁸. Todo esto es importante ya que es la familia donde transcurren los primeros años de vida del individuo, y en ella recibe la información y estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psico-

lógica, así como para su socialización.³

Es la fase de expansión donde se ve principalmente:

- a) Atención y educación prenatal
- b) Solicitudes de aborto, por parte de las madres con numerosos hijos.²

Siendo el ajuste de la pareja ante un nuevo miembro el evento de mayor importancia. Las otras fases del ciclo vital son: Dispersión en la que un nuevo miembro alcanza la independencia y autonomía fenómeno que se da solamente si la pareja ha logrado realizar una adecuada socialización.

Independencia es cuando la pareja debe aprender a vivir nuevamente de manera independiente los hijos han formado nuevas familias, sin embargo, los lazos de unión entre padres e hijos no se rompen, se debe procurar que las funciones de afecto, socialización, etc., no se pierdan. Estas dos fases se pueden alterar con el embarazo.²

Por otra parte dentro de las etapas críticas de la familia el embarazo es una de ellas que puede afectar la dinámica familiar por varios factores:

- a) Número de embarazos
- b) Cultura (cuando existe discrepancia en los conyuges respecto al embarazo).
- c) Económico
- d) Madre soltera donde se presentan dos alternativas como son: la de aceptar el hijo ó separar a su hija del núcleo familiar.²

La 2a. etapa crítica que incluiría es el Nacimiento de un hijo que repercutiría desde el punto de vista económico, social, etc. Siendo la enseñanza de la sexualidad, estado laboral, enfermedad de un miembro y muerte las otras etapas críticas de la familia.²

Las funciones básicas de la familia son:

Socialización: Preparar en determinado tiempo a cada uno de los hijos para ser capaces de llevar a cabo una completa participación en la sociedad.^{2,9,10}

Cuidado: Satisfacer las necesidades físicas de los miembros de la familia^{2,9,10}.

Afecto: Brindar apoyo y respuesta emocional en forma dinámica, continua, recíproca y preferentemente creciente^{2,9,10}

Reproducción: Proveer de nuevos miembros a la sociedad, perpetuándola^{2,9,10}

Estatus: Persecución de un nivel socioeconómico y educacional cada vez mayor^{2,9,10}

Los roles de los miembros de una familia son principalmente los siguientes:

- *Rol Paterno: centro de la actividad económica y social.*

*Proporciona los satisfactores materiales, es el órgano de choque de los conflictos extrafamiliares, dar afecto a su esposa e hijos, etc.*¹

- *Rol Materno: administradora del hogar, organizadora del mismo, educadora, autoridad real, órgano de choque de los conflictos intrafamiliares. Hay distintos papeles de acuerdo como se desempeñe en la sociedad: Esposa/Mdre, Esposa/Compañera y Esposa/Igualitaria*¹.

- *Rol de los Hijos: vivir bajo la patria potestad hasta la mayoría de edad, respetar y obedecer a los padres, dar afecto, a los padres, cumplir con sus obligaciones y deberes, etc.*¹

La flexibilidad de los roles de los miembros de una familia deberán ser flexibles de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentre para que exista salud mental familiar¹.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dinámica familiar ante la presencia del embarazo, se modifica probablemente debido a:

- a) Porque es un embarazo que fué ó no planeado (por falla de PPF, por no PPF, no deseado).*
- b) Porque es el primero ó subsecuente.*
- c) Repercute en el aspecto económico familiar.*
- d) Repercute en el cumplimiento de las funciones básicas de la familia.*
- e) Repercute en el cumplimiento del rol de cada uno de sus integrantes.*

HIPOTESIS

H0: La presencia del embarazo en la familia no modifica la dinámica familiar.

H1: La presencia del embarazo en la familia modifica la dinámica familiar.

UNIVERSO DE TRABAJO

I. HUMANOS

El número de la muestra elegida fue de 200 pacientes embarazadas, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", IMSS del Valle de México, tomadas al azar, independientemente de la edad, y del No. de embarazos.

II. GEOGRAFICO

El área de cobertura serán todos los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" IMSS del Valle de México.

III. TIEMPO

Iniciado en Diciembre de 1983 concluido el 30 de Octubre de 1984.

DISÑO DE LA INVESTIGACION

RECURSOS:

- I. MATERIALS:**
- Papel bond
 - Lápices
 - Folders
 - Máquina de escribir
 - Goma de borrar
 - Reglas
 - Papel carbón
 - Fotocopiadora
 - Corrector
 - Vehículo
 - Libretas
 - Plumas fuentes
 - Marcadores

- II. HUMANOS:** 200 pacientes embarazadas
- Médicos de base de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", IMSS.
- Médico asesor
- Médico residente de 1er. año de Medicina Familiar.
- Asistente de consultorio
- Auxiliar de archivo.

- III. ECONOMICO:** En relación a la magnitud de la investigación.

CRONOGRAMA

1. Elección del tema el 2 de Octubre de 1983.
2. Revisión de bibliografía del 3 de Octubre de 1983 al 14 de Noviembre de 1983.
3. Presentación ante el asesor de la investigación a realizar, el 15 de Noviembre de 1983.
4. Presentación del protocolo de investigación ante la Jefatura de Enseñanza de Investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", el día 18 de Noviembre de 1983.
5. Elaboración del cuestionario para la encuesta del 10. de Noviembre al 11 de Noviembre de 1983. El cuestionario - constará de ficha de identificación, con 45 reactivos - donde se valoró las causas del embarazo actual con las preguntas de la 1-3, para valorar cumplimiento de roles fue con las preguntas 8, 18, 22, 26, 24, 30, 32, 36 y 5, por último para valorar funciones básicas de la familia con las preguntas 10, 13, 25, 37, 38, 39 y 44.
6. Del 10. de Diciembre de 1983 al 30 de Marzo de 1984 se realizaron 200 encuestas, a pacientes embarazadas de - primera vez ó subsecuente, independientemente de la edad utilizando cuestionarios de 45 reactivos.
7. Recolección de datos obtenidos del 10. de Abril al 10. de Mayo de 1984.
8. Resultados obtenidos (tablas y gráficas) del 2 de Mayo al 25 de Mayo de 1984.
9. Análisis de los resultados del 28 de Mayo al 30 de Junio de 1984.
10. Revisión de tesis 30 de Julio al 25 de Septiembre de - 1984.
11. Análisis de tesis del 26 de Septiembre de 1984 al 29 de Septiembre de 1984.

12. Entrega de tesis ante los autoridades de la Unidad de Medicina Familiar, el día 20 de Diciembre de 1984.
13. Fe de Erratas.
14. Anexos.

CUESTIONARIO

FIGHA DE IDENTIFICACION:

EDAD _____ EDO. CIVIL _____ OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____ No. DE
HIJOS _____ MIEMBROS QUE CONSTITUYEN LA FAMILIA _____ SEMANAS DE
GESTACION _____ INGRESO FAMILIAR _____.

1. ¿Su embarazo actual fue planeado?
SI _____ NO _____
2. Si su respuesta fue afirmativa por qué?
 - a) Ud. deseaba tener otro hijo.
 - b) Ambos deseaban un hijo.
 - c) Para mejorar las relaciones con su esposo.
 - d) Se embarazó para complacer a su esposo.
3. Si su respuesta fue negativa, por qué?
 - a) No utilizaba algún método de planificación familiar.
 - b) Fallé el método que usted utilizaba.
 - c) Su esposo no desea que se controle con alguno de los métodos.
4. ¿Cómo considera sus relaciones afectivas con su esposo antes del embarazo?
 - a) Excelentes
 - b) Buenas
 - c) Regulares
 - d) Malas
5. Estas relaciones ahora que se encuentra embarazada son:
 - a) Excelentes
 - b) Buenas
 - c) Regulares
 - d) Malas
6. ¿Por qué lo considera así?
 - a) Porque es un hijo deseado, aunque no planeado.
 - b) Es un hijo deseado y planeado.
 - c) Es un hijo no deseado.
 - d) Porque ya tiene muchos hijos.
7. ¿Su esposo demuestra cariño y afecto a sus hijos?
 - a) Siempre
 - b) Frecuentemente
 - c) Ocasionalmente
 - d) Nunca
8. ¿Este cariño y afecto cómo es ahora que está embarazada?
 - a) Igual
 - b) Menor
 - c) Mayor
 - d) Peor

9. ¿Quién proporciona lo necesario para alimentación, vestido, educación de los hijos y su casa para la familia?
a) Su esposo b) Usted c) Ambos d) Los padres de Ud. o de su esposa e) Otra persona
10. ¿Ahora con su embarazo quién lo proporciona?
a) Su esposo b) Usted c) Ambos d) Otro e) Los padres de Ud. ó su esposo.
11. ¿El afecto que demuestra Ud. y su esposo a su hijos lo hacen?
a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
12. ¿El embarazo actual ha provocado que la atención y cuidado hacia sus hijos cambie y en qué sentido?
a) La atención es menor b) Es mayor c) Es igual
13. ¿Su embarazo ha repercutido en el aspecto económico de su casa?
a) Si porque aumentaron los gastos y los ingresos son pocos.
b) No porque económicamente se encuentran bien.
c) Si porque ha requerido de consultas con médico particular.
d) No porque me es indiferente.
14. ¿Su esposo la culpa cada vez que se embaraza?
a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
15. ¿Cuando existe un problema de cualquier tipo dentro de la familia quién lo resuelve?
a) Usted b) Su esposo c) Ambos d) Interviene un familiar u otra persona fuera del hogar.
16. ¿Ahora que se encuentra embarazada esto es?
a) Igual que antes b) Solo su esposo c) Usted sola d) Ambos e) Interviene un familiar u otra persona fuera del hogar.
17. Cuando existe algún problema fuera de su familia que la afecte su esposo lo resuelve.
a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
18. Con el embarazo actual su esposo lo resuelve.
a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
19. Ahora con su nuevo embarazo, en caso de que haya provocado mayores gastos económicos, su esposo ha tratado de superarse para que puedan vivir mejor.

SI _____ NO _____

20. En qué sentido:
- Buscó un mejor trabajo.
 - Está estudiando.
 - Su trabajo es suficiente.
 - No le interesa.
21. ¿Antes del embarazo, usted se encargaba del cuidado de los hijos y de hacer los quehaceres del hogar?
- Siempre
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Nunca
22. ¿Ahora que está embarazada usted lo lleva a cabo?
- Siempre
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Nunca
23. ¿Si usted tiene hijos, ellos le demuestran afecto?
- Siempre
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Nunca
24. ¿Ahora que se encuentra embarazada este afecto es?
- Mayor
 - Igual
 - Menor
 - Más malo
25. ¿Si tiene hijos, ya van a la escuela?
- No, porque el embarazo actual es el primero.
 - No, porque son muy pequeños.
 - No, porque nuestros recursos económicos son insuficientes.
 - Sí van a la escuela.
26. ¿Siente miedo por su actual embarazo?
- SI _____ NO _____
27. ¿ En caso afirmativo por qué?
- Desconoce todo acerca de un embarazo por ser el primero.
 - Tiene miedo a tener alguna complicación durante el parto usted y su hijo.
 - Porque tiene más hijos y económicamente no se encuentra en posibilidades de mantener otro hijo.
 - Miedo a que su hijo sea rechazado por algún miembro de su familia.
28. ¿En caso negativo, por qué?
- Porque se encuentra apoyada por su esposo y su familia.
 - Económicamente está bien, para mantener y educar otro hijo.
 - Es el primero y ambos desean ese hijo.
 - Lleva un buen control del embarazo y su médico le explica cualquier duda.

29. ¿Cuándo existe algún problema en su casa usted se lo comunica a su esposa?
- a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
30. ¿Ahora que se encuentra embarazada lo sigue haciendo?
- a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
31. ¿Su esposo le comunica cuando tiene algún problema?
- a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
32. ¿Con su embarazo actual lo sigue haciendo?
- a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
33. ¿Ud. cree que su actual embarazo ha provocado que sus relaciones sexuales disminuyan en frecuencia?
- SI _____ NO _____
34. ¿Lo anterior provocó dificultades con su esposa?
- a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
35. ¿Cómo considera que eran sus relaciones sexuales antes del embarazo?
- a) Excelentes para ambos b) Buenas para ambos c) Regulares para ambos d) Malas para ambos
36. ¿Ahora que está embarazada estas relaciones son?
- a) Mejores que antes b) Iguales c) Más malas
37. ¿Cómo era la comunicación que existía con su esposo antes del embarazo?
- a) Platicaban siempre de los problemas que habían tenido durante el día.
- b) Nunca platicaban los problemas que habían tenido.
- c) Su esposo llega cansado de trabajar y sólo le pide de comer y no platica.
- d) Ud. no tiene tiempo de platicar por los quehaceres de la casa.
38. ¿Ahora que se encuentra embarazada ha cambiado esto?
- SI _____ NO _____
39. ¿Por qué? a) Ahora llega más temprano a su casa para que puedan platicar.
- b) Su esposo consiguió otro trabajo por los gastos del embarazo y platica menos con usted.
- c) Continúa igual que antes.

40. ¿Su familia se preocupa que usted lleve un buen control del embarazo?
a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
41. ¿Antes del embarazo su familia se preocupaba por usted?
a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
42. ¿Cuándo acude con su médico para control del embarazo, su esposo va con usted?
a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
43. ¿Antes del embarazo lo hacía?
a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
44. ¿Acude con su familia a algún lugar de diversión?
a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Nunca
45. ¿Esto ha cambiado ahora que se encuentra embarazada?
SI _____ NO _____

RESULTADOS

Se consideraron 200 pacientes embarazadas para el estudio cuyos resultados fueron los siguientes:

Cuadro 1
RELACION DE LAS PACIENTES DE ACUERDO AL No. DE EMBARAZADAS ESTUDIADAS.

U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"

1984.

No. DE PACIENTES	PORCENTAJE %
PRIMIGESTAS 90	45
MULTIPARAS 110	55
TOTAL 200	100

Fuente: Investigación personal.

Como podemos observar en el cuadro 1, del total de las 200 pacientes, el 45% (90) eran primigestas y el 55% (110) eran multiparas, lo que nos llama la atención es el elevado porcentaje de pacientes multiparas, aunque debemos tomar en cuenta que muchas de estas pacientes eran secundigestas, pero las demás no, por lo que investigamos las causas del embarazo tanto en pacientes primigestas como multiparas, cuyos resultados fueron los siguientes:

Cuadro 2
CAUSAS DEL EMBARAZO EN PRIMIGESTAS ESTUDIADAS

U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"

1984.

CAUSAS	NUMERO	PORCENTAJE %
1. Ambos deseaban un hijo	62	68.8
2. No utilizaban método anti-conceptivo.	20	22.2
3. Para complacer a su esposo.	5	5.5
4. Falló el método que utilizaban	3	3.3

Fuente: Investigación personal

Encontramos que un porcentaje elevado de primigestas no utilizaban método anticonceptivo (22.2%) y falló el método que utilizaban (3.3%), que nos habla que aún hay deficiencia en el Programa de Planificación Familiar, por lo que deberá hacerse mayor hincapié en su promoción y ejecución, las otras causas de embarazo se observan en el cuadro 2.

Dentro de las causas del embarazo en pacientes multiparas estudiadas encontramos (Cuadro 3) que también hay un porcentaje elevado de pacientes cuya causa se debe a la falta de utilización de método anticonceptivo (17.2%), por falla del método un (19%), desconocía los métodos (0.9%) y por último porque su esposo no deseaba que se controlara correspondió un (7.2%), que nos traduce una falta de información adecuada del Programa de Planificación Familiar.

Cuadro 3

CAUSAS DEL EMBARAZO EN MULTIPARAS ESTUDIADAS

U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"

1984.

CAUSAS	NUMERO	PORCENTAJE %
1. La paciente deseaba otro hijo	17	15.4
2. Ambos deseaban otro hijo	41	37.2
3. Para complacer a su esposo	3	2.7
4. No utilizaban método anticonceptivo.	19	17.2
5. Falló el método que utilizaban	21	19.0
6. Su esposo no deseaba que se controlara.	8	7.8
7. Desconocía los métodos anticonceptivos.	1	0.9

Fuente: Investigación personal.

También investigamos el número de pacientes con embarazo planeado y embarazo no planeado, tomando dos grupos el de las pacientes primigestas 90 (100%) y las multiparas 110 (100%) encontrando que dentro del primer grupo 67 (74%) fueron con embarazo planeado y 23 (25.4%) embarazo no planeado, respecto al segundo grupo, hubo 61 (55.4%) con embarazo planeado y

49 (44.5%) de embarazo no planeado (Cuadros 4 y 5).

Cuadro 4

NUMERO DE PACIENTES PRIMIGESTAS DE ACUERDO A LA PLANEACION DEL EMBARAZO

U.M.F. No 33 "EL ROSARIO"

1984.

	NUMERO	PORCENTAJE %
EMBARAZO PLANEADO	67	74.5
EMBARAZO NO PLANEADO	23	25.5
TOTAL	90	100.0

Fuente: Investigación personal

Cuadro 5

NUMERO DE PACIENTES MULTIPARAS DE ACUERDO A LA PLANEACION DEL EMBARAZO.

U.M.F. No 33 "EL ROSARIO"

1984.

	NUMERO	PORCENTAJE %
EMBARAZO PLANEADO	61	55.4
EMBARAZO NO PLANEADO	49	44.5
TOTAL	110	100.0

Fuente: Investigación personal

Dentro de esta investigación también se tomó en cuenta la edad de las pacientes la cual se ejemplifica en el siguiente cuadro 6.

Cuadro 6

RELACION DE EDAD DE LAS PACIENTES ENTREVISTADAS

U.M.F. No 33 "EL ROSARIO"

1984.

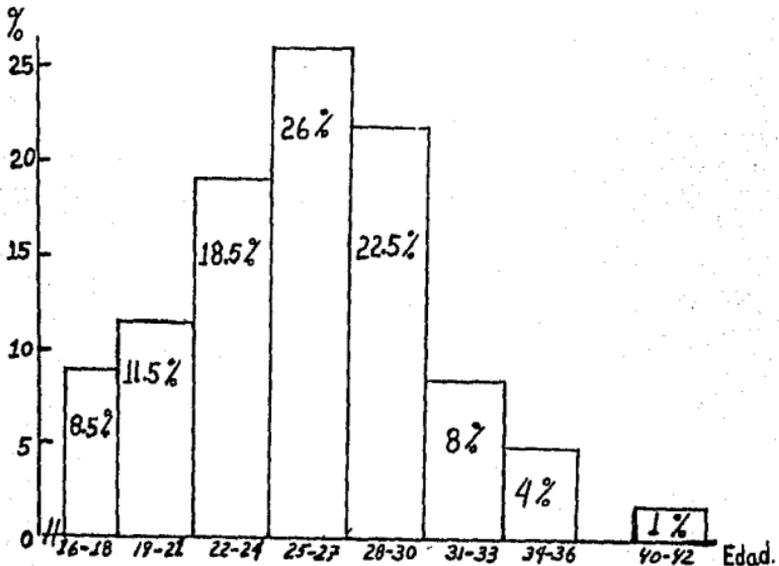
EDAD	NUMERO	PORCENTAJE %
16 a 18	17	8.5
19 a 21	23	11.5
22 a 24	37	18.5
25 a 27	52	26.0
28 a 30	45	22.5
31 a 33	16	8.0

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE %
34 a 36	8	4.0
37 a 39	0	0.0
40 a 42	2	1.0
TOTAL	200	100.0

Fuente: Investigación personal.

Con estos datos encontramos que la media fue de 25.6 años, con una moda de 27.05 años, una mediana de 26.32 - años y una desviación standar de 4.79 años. En la gráfica 1 vemos más ejemplificados estos datos del cuadro 6.

Gráfica 1
RELACION DE EDAD DE LAS PACIENTES ENTREVISTADAS
U.M.F. No 33 "EL ROSARIO"
1984.



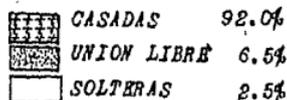
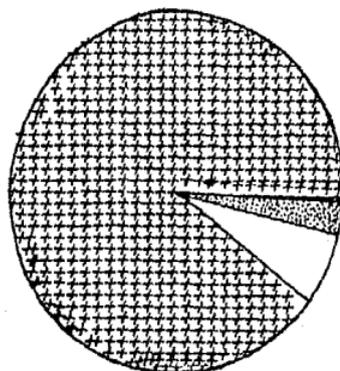
Observamos que el mayor porcentaje de las pacientes entrevistadas se encontró en el grupo de edad de 25 a 27 años con un 26% y el menor porcentaje correspondió al grupo de edad de 40 a 42 años con un 1.0%.

Cuadro 7
RELACION DE PACIENTES DE ACUERDO A SU ESTADO
CIVIL

U.M.F. No 33 "EL ROSARIO"
1984.

TIPO DE UNION	NUMERO	PORCENTAJE %
CASADAS	182	92
UNION LIBRE	13	6.5
SOLTERAS	5	2.5
TOTAL	200	100.0

Fuente: Investigación personal.



Como podemos observar también se tomó en cuenta el estado civil de las pacientes, encontrando que el 92% eran casadas, en un 6.5% vivían en unión libre y un 2.5% eran madres solteras.

Cuadro 8

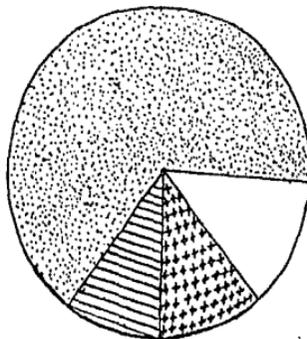
RELACION DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS DE
ACUERDO A SU OCUPACION.

U.N.F. No 33 "EL ROSARIO"

1984.

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE %
HOGAR	130	65
OBRAERA	21	10.5
EMPLEADA	24	12
PROFESIONAL	25	12.5
TOTAL	200	100.0

Fuente: Investigación personal



	HOGAR.....	65.0%
	OBRAERA.....	10.5%
	EMPLEADA.....	12.0%
	PROFESIONAL..	12.5%

También se investigó la ocupación de las pacientes, para poder conocer el nivel de vida de las pacientes, encontramos que el mayor porcentaje fue de pacientes que se dedican al hogar en un 65% aún así hubo un índice elevado de las pacientes que trabajaban un total de un 35% de las pacientes entrevistadas.

Cuadro 9
NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES
ESTUDIADAS.

U.M.F. No 33 "EL ROSARIO"
1984.

GRADO	NUMERO	PORCENTAJE %
Analfabeta	1	0.5
Primaria Incompleta	43	21.5
Primaria Completa	56	28.0
Secundaria Incompleta	11	5.5
Secundaria Completa	42	21.0
Media 6 Preparatoria	9	4.5
Técnica	27	13.5
Profesional	11	5.5
TOTAL	200	100.0

Fuente: Investigación personal.

Como podemos observar en el cuadro 9, respecto a la escolaridad de las pacientes entrevistadas, vemos como aún existen pacientes analfabetas en esta muestra correspondió al 0.5%, que aunque es un porcentaje muy bajo no debería existir, por otro lado encontramos que tenían primaria completa un 28%, secundaria completa 21%, preparatoria un 4.5%, técnica un 13% y profesional el 5.5%. Todos los datos nos ayudaron a valorar si el grado de escolaridad era un factor que influya de alguna manera en la multiparidad por lo que también se investigó el No. de hijos por paciente estudiada cuyos resultados fueron los siguientes:

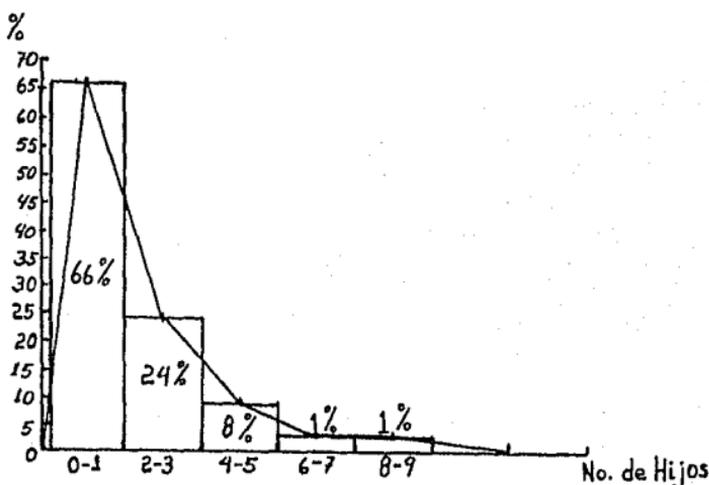
Cuadro 10
RELACION DE No. DE HIJOS POR PACIENTE ESTUDIADA
U.M.F. No 33 "EL ROSARIO"
1984.

No. DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
0 a 1	132	66
2 a 3	48	24
4 a 5	16	8
6 a 7	2	1
8 a 9	2	1
TOTAL	200	100

Fuente: Investigación personal.

Respecto al No. de hijos por paciente obtuvimos un elevado porcentaje, donde el embarazo actual era el primero ó bien el segundo que correspondía al 66% de las pacientes estudiadas, esto se puede explicar por el hecho de que el 45% de las pacientes estudiadas eran primigestas y el otro 55% correspondió a pacientes multiparas dentro de las que se incluyeron a las pacientes secundigestas. Podemos observar que hubo 48 pacientes que tenían de 2-3 hijos, en 16 pacientes correspondía al grupo de 4 a 5 hijos y por último en 4 pacientes abarcaba de 6 a 9 hijos por paciente, todos estos datos se ejemplifican mejor en la siguiente gráfica (2).

Gráfica 2
RELACION DE No. DE HIJOS POR PACIENTE ESTUDIADA
U.M.F. No 33 "EL ROSARIO"
1984.



Además de los datos anotados en el cuadro (10) y que corresponden a la gráfica (2), encontramos que la media fue de 1.4 hijos, una moda de 0 hijos, una mediana de 0.12 hijos con una desviación estándar de 1.09 hijos.

En relación al número de miembros que constituyen la familia de cada paciente entrevistada se encontró una media de 3.9 miembros, una moda de 2 miembros, una mediana de 1.8 miembros y una desviación estándar de 2.4 miembros, los porcentajes los observaremos en el siguiente cuadro (11).

Cuadro 11

RELACION DEL No. DE MIEMBROS QUE CONSTITUYEN LA FAMILIA DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

U.M.F. No 33 "EL ROSARIO"

1984.

MIEMBROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
1	2	1
2	63	31.5
3	42	21.0
4	34	17.0
5	20	10.0
6	16	8.0
7	11	5.5
8	4	2.0
9	1	0.5
10	3	1.5
11	1	0.5
14	2	1.0
21	1	0.5
TOTAL	200	100.0

Fuente: Investigación personal.

Observamos que el mayor porcentaje se encuentra con el número de 2 miembros para un 31.5% y el menor porcentaje que fue de 0.5% se encontró en el No. de miembros constituyentes de la familia que fue desde 9, 11 y 21 respectivamente.

Cuadro 12

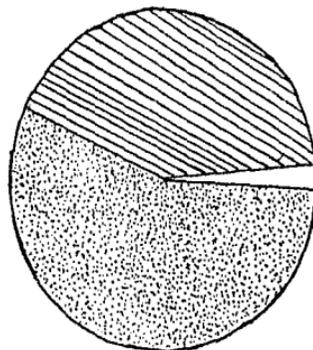
RELACION DE LAS SEMANAS DE GESTACION DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS EN EL MOMENTO EN QUE SE REALIZO EL ESTUDIO.

U.M.F. No 33 "EL ROSARIO"

1984.

TRIMESTRE	NUMERO	PORCENTAJE %
1er. Trimestre (0 a 13 semanas)	4	2
2o. Trimestre (14 a 26 semanas)	84	42
3er. Trimestre (27 a 40 semanas)	112	56
TOTAL	200	100

Fuente: Investigación personal.



	1er. Trimestre..... 2 %
	2o. Trimestre.....42 %
	3er. Trimestre.....56 %

Respecto a las semanas de gestación en que se encontraban las pacientes en el momento de la investigación, el mayor porcentaje correspondió al 3er. trimestre con 112 (56%) y el menor al 1er. trimestre con 4 pacientes (2%). Con una media de 27.4 semanas, una moda de 24 semanas, una mediana de 23.7 semanas.

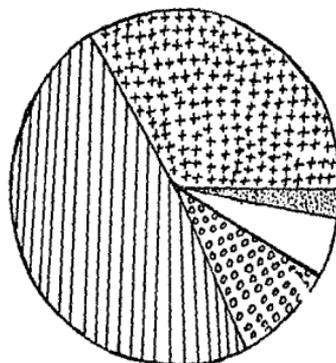
Cuadro 13

RELACION DEL INGRESO FAMILIAR SEMANAL DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

U.M.F. No 33 "EL ROSARIO"
1984.

PESOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
1000 a 8000	68	34
9000 a 16,000	97	48.5
17,000 a 24,000	27	13.5
25,000 a 32,000	6	3
33,000 a 40,000	2	1
TOTAL	200	100.0

Fuente: Investigación personal.



\$ 1000-8000.....	34%
\$ 9000-16,000.....	48.5%
\$ 17,000-24,000.....	13.5%
\$ 25,000-32,000.....	3.0%
\$ 33,000-40,000.....	1.0%

El ingreso familiar per semana, presentó su mayor frecuencia entre --- 9000 a 16,000 pesos para un total de (48.5%) en 97 pacientes, siendo el ingreso más alto entre 33,000 a 40,000 pesos en 2 pacientes (1%) y el ingreso menor fue de 1000 a 8000 pesos en 68 pacientes (34%).

Con una media de 11,580.00 pesos, una moda de 11,343.43 pesos, una mediana de 11,639.18 pesos y una desviación estándar de 6,557.00 pesos.

En cuanto a su dinámica familiar los resultados fueron los siguientes: primero enunciaré los resultados de las pacientes primigestas respecto a sus cambios encontrados en su dinámica familiar y en el segundo grupo a las multiparas naturalmente en ambos grupos se señalaran las pacientes en cuyos casos el embarazo fue planeado y en las que no fue planeado.

I. Resultados de Primigestas:

Pacientes con embarazo planeado, en cuanto a cumplimiento del rol conyugal en relación a satisfacción sexual, el embarazo fue positivo en un 70% del total de las pacientes primigestas y negativo en un 4.4%

En pacientes con embarazo no planeado, respecto al cumplimiento del rol conyugal en cuanto a satisfacción sexual fue positivo el embarazo en un 20% y negativo en un 5.5%.

Respecto a las relaciones afectivas entre conyuges se mejoraron en pacientes con embarazo planeado en un 70% y fueron iguales o peores en un 4.4%.

En pacientes con embarazo no planeado estas relaciones afectivas entre conyuges, fue favorable en un 20% y negativo en un 5.5%.

En cuanto al rol materno se encontró que este fue funcional en paciente con embarazo planeado en un 70% y negativo en un 4.4%. Ahora en pacientes con embarazo no planeado el rol fue funcional en un 20% de los pacientes y no funcional en un 5.5%.

El rol paterno fue funcional en pacientes con embarazo planeado en un 46.6% y no funcional en un 27.7%, siendo en pacientes con embarazo no planeado funcional en un 13.3% y no funcional en un 12.2%.

Respecto a las funciones básicas, la de socialización se cumplió en forma adecuada en primigestas con embarazo planeado en un 55.5% y no se cumplió en forma adecuada en un 18.8%, cumpliéndose de manera satisfactoria en el embarazo no planeado en un 20% y no funcional en un 8.8%.

La función básica de cuidado se favoreció para su cumplimiento en pacientes con embarazo planeado en un 72.2% no favoreciéndose en un 2.2% de las pacientes. Respecto a primigestas con embarazo no planeado éste favoreció el cumplimiento de la función de cuidado en un 21.1% de las pacientes y no fue así en el 4.4% de las pacientes.

En el aspecto económico en pacientes con embarazo planeado se afectó en forma positiva en un 51.1% y negativa en un 23.3%, siendo en pacientes con embarazo no planeado positivo en un 15.5% de las pacientes y negativa en un 10%.

La comunicación no se alteró en forma importante con el embarazo ya que ésta era buena antes del embarazo y solo se modificó en forma negativa en pacientes con embarazo planeado en un 2.2% de las pacientes, correspondiendo al mismo porcentaje a pacientes con embarazo no planeado.

II. Resultados de Multiparas:

Respecto al cumplimiento del rol conyugal en relación a satisfacción sexual, el embarazo fue positivo en un 24.5% de pacientes con embarazo planeado y negativo en un 20.0%. En cuanto a pacientes con embarazo no planeado fue positivo en un 37.2% y negativo en un 18.1%.

Las relaciones afectivas entre conyuges se mejoraron con embarazo planeado en un 46.3% y fueron iguales o peores en un 9.09%. En cuanto a pacientes con embarazo no planeado las relaciones afectivas mejoraron en un 32.7% y se mantuvieron iguales ó fueron peores en un 11.8%.

El rol materno fue funcional en pacientes con embarazo planeado en un 45.4% y no funcional en un 10%, siendo funcional en pacientes con embarazo no planeado en un 26.3% y no funcional en un 18.1%.

El rol paterno fue funcional en pacientes con un embarazo planeado en un 42.7% y no funcional en un 12.7%, encontrándose que en pacientes con embarazo no planeado fue funcional en un 22.7% y no funcional en un 21.8%.

Respecto a las funciones básicas de la familia, la de socialización se cumplió satisfactoriamente en pacientes con embarazo planeado en un 12.7% y no fue así en un 42.7%. En pacientes con embarazo no planeado se cumplió en un 3.6% y no se cumplió satisfactoriamente en un 40.9%.

La función de cuidado fue funcional en un 53.6% de las pacientes con embarazo planeado y no funcional en un 1.8%. Siendo en pacientes con embarazo no planeado funcional en un 40.9% y no funcional en un 3.6%.

En el aspecto económico en pacientes con embarazo planeado se modificó en forma positiva en un 37.2% y en forma negativa en un 18.1%. En cuanto a pacientes con embarazo no planeado el aspecto económico se modificó en forma positiva en un 13.6% y en forma negativa en un 30.9%.

La comunicación no se alteró en forma significativa - ya que la comunicación que existía antes del embarazo era buena en un 51.8% de pacientes con embarazo planeado y fue negativa con el embarazo en un 3.6% de este grupo de pacientes. Encontrándose que en pacientes con embarazo no planeado la comunicación era buena en un 38.1% y se modificó en forma negativa con el embarazo en un 6.3% de las pacientes.

En este grupo de pacientes multíparas se investigó el cumplimiento del rol de hijo, por parte de los hijos de las pacientes encontrándose que éste rol se cumplió en forma satisfactoria en pacientes con embarazo planeado en un 45.4% y no se cumplía en forma adecuada en un 10%. En pacientes con embarazo no planeado el rol se cumplió en un 28.1% y no fue funcional con el embarazo en un 16.3%.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS DE ACUERDO A LOS RESULTADOS,
OBTENIDOS

HIPOTESIS DE NULIDAD: La presencia del embarazo en la familia no modifica la dinámica familiar.

HIPOTESIS ALTERNATIVA: La presencia del embarazo en la familia modifica la dinámica familiar.

I. RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS:

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS

U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"

1984.

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO ROL CONYUGAL/RELACIONES SEXUALES).	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
	EMBARAZO PLANEADO	63	4
EMBARAZO NO PLANEADO	18	5	23
TOTAL	81	9	90

Fuente: Investigación personal.

X² real de 4.71 que cae dentro de los valores de $p=0.05 \div 0.02$ lo que nos indica que es significativo estadísticamente de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Curso de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del INSS, 1984, pag.113) por lo tanto la hipótesis de nulidad se rechaza y se acepta la hipótesis alternativa.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984

PACIENTES PRIMIGESTAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO ROL CONYUGAL/RELACIONES SEXUALES).			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANBADO	60	7	67
EMBARAZO NO PLANBADO	14	9	23
TOTAL	74	16	90

Fuente: Investigación personal.

χ^2 real de 9.9 cae dentro de los valores de $p = .01 \div .001$ siendo significativo estadísticamente de acuerdo a los Valores Críticos de $\chi^2 \geq$ del libro (Curso de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del IMSS, 1984, p.113), por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES PRIMIGESTAS

<u>VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO ROL CONYUGAL/RELACIONES AFECTIVAS).</u>			
	<u>FUNCIONAL</u>	<u>NO FUNCIONAL</u>	<u>TOTAL</u>
<u>EMBARAZO PLANEADO</u>	63	4	67
<u>EMBARAZO NO PLANEADO</u>	18	5	23
<u>TOTAL</u>	81	9	90

Fuente: Investigación personal.

χ^2 real de 7.23 que cae dentro de los valores comprendidos de $p = .01 \div .001$ siendo significante estadísticamente de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Curso de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del IMSS, 1984, pag.113) por lo que se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES PRIMIGESTAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO CUMPLIMIENTO DE ROL MA TERNO).	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	29	38	67
EMBARAZO NO PLANEADO	10	13	23
TOTAL	39	26	90

Fuente: Investigación personal.
X² real de 1.501 se encuentra entre los valores de $p=.30 \rightarrow .20$ no es significativo desde el punto de vista estadístico de acuerdo a los Valores Críticos de $\chi^2 \geq$ del libro (Curso - de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del IMSS, 1984, p.113) por lo que se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES PRIMIGESTAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO CUMPLIMIENTO DEL ROL MATERNO).			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	57	10	67
EMBARAZO NO PLANEADO	18	5	23
TOTAL	75	15	90

Fuente: Investigación personal.
El χ^2 real de 0.55 cae dentro de los valores de $p = .50 - .30$ no es significativo desde el punto de vista estadístico de acuerdo de los Valores Críticos de χ^2 del libro - (Curso de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del IMSS, 1984, p.113) por lo que se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES PRIMIGESTAS

<u>VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO CUMPLIMIENTO DEL ROL PA</u> <u>TERNO).</u>			
	<u>FUNCIONAL</u>	<u>NO FUNCIONAL</u>	<u>TOTAL</u>
<u>EMBARAZO PLANEADO</u>	42	25	67
<u>EMBARAZO NO PLANEADO</u>	12	11	23
<u>TOTAL</u>	54	36	90

Fuente: Investigación personal.

El real de 0.78 este valor se encuentra dentro de los va
lores de $p=.50 \pm .30$ por lo que no es significativo, de -
acuerdo a los Valores Críticos de Chi del libro (Curso -
de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del
INSS, 1984, p.113) por lo que se rechaza la hipótesis alter
nativa y se acepta la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.N.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES PRIMIGESTAS

<u>VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO FUNCION BASICA DE SOCIA LIZACION).</u>			
	<u>FUNCIONAL</u>	<u>NO FUNCIONAL</u>	<u>TOTAL</u>
<u>EMBARAZO PLANEADO</u>	50	17	67
<u>EMBARAZO NO PLANEADO</u>	18	5	23
<u>TOTAL</u>	68	22	90

Fuente: Investigación personal.

X^2 real de 0.117 se encuentra entre los valores de ---

$p=.70 \div .50$ no es significativo estadísticamente de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Curso de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del IMSS, 1984 pag.113), por lo tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.N.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES PRIMIGESTAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO FUNCION BASICA DE CUIDADO).	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	65	2	67
EMBARAZO NO PLANEADO	19	4	23
TOTAL	84	6	90

Fuente: Investigación personal.
El χ^2 real de 5.76 este valor se encuentra entre los valores de $p = .02 \div .01$ por lo que estadísticamente es significativo de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Curso de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del INSS, 1984, p. 113) por lo tanto se rechaza la hipótesis de nulidad y se acepta la hipótesis alternativa.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.N.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES PRIMIGESTAS

VD/DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO EL ASPECTO ECONOMICO).			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	46	21	67
EMBARAZO NO PLANEADO	14	9	23
TOTAL	60	30	90

Fuente: Investigación personal.

X^2 real de 0.47 este valor se encuentra entre los valores de $p=.50 \div .30$, por lo que no es significativo de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Curso de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del INSS, 1984 pag.113), por lo tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES PRIMIGESTAS

<u>VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO COMUNICACION)</u>			
	<u>FUNCIONAL</u>	<u>NO FUNCIONAL</u>	<u>TOTAL</u>
<u>EMBARAZO PLANEADO</u>	65	2	67
<u>EMBARAZO NO PLANEADO</u>	21	2	23
<u>TOTAL</u>	86	4	90

Fuente: Investigación personal.

χ^2 real de 1.81 se encuentra entre los valores de $p=.20 \div .10$ por lo que no es significativo estadísticamente, de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Curso de Capacitación en Diseño Experimental y Estadística del IMSS, 1984 pag. 113), por lo tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES PRIMIGESTAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO COMUNICACION).			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	55	12	67
EMBARAZO NO PLANEADO	10	13	23
TOTAL	65	25	90

Fuente: Investigación personal.

El χ^2 real de 12.92 este valor se encuentra dentro de los de $p =$ menor de .001 que es altamente significativo estadísticamente, de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 tomados del libro (Curso de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del IMSS, 1984 p.113) por lo que se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis de nulidad.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS DE ACUERDO A LOS RESULTADOS
OBTENIDOS

HIPOTESIS DE NULIDAD: La presencia del embarazo en la familia no modifica la dinámica familiar.

HIPOTESIS ALTERNATIVA: La presencia del embarazo en la familia modifica la dinámica familiar.

II. RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS PACIENTES MULTIPARAS:

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS

U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"

1984.

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO ROL CONYUGAL/RELACIONES SEXUALES).	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	41	20	61
EMBARAZO NO PLANEADO	27	22	49
TOTAL	68	42	110

Fuente: Investigación personal.

χ^2 real de 1.63 que se encuentra entre los valores de $p = .20$ por lo que estadísticamente no es significativo de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Curso de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del IMSS, 1984, p.113), por lo que se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES MULTIPARAS

<u>VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALGRANDO ROL CONYUGAL/RELACIONES SEXUALES).</u>			
	<u>FUNCIONAL</u>	<u>NO FUNCIONAL</u>	<u>TOTAL</u>
<u>EMBARAZO PLANEADO</u>	38	23	61
<u>EMBARAZO NO PLANEADO</u>	9	40	49
<u>TOTAL</u>	47	63	110

Fuente: Investigación personal.
 χ^2 real de 21.35 es menor que el valor de $p=.001$ de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Curso de - Capacitación en Diseño Experimental y Estadística del - IMSS, 1984, p.113), por lo que el valor es altamente significativo estadísticamente, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES MULTIPARAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO ROL CONYUGAL/RELACIONES AFECTIVAS).			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	51	10	61
EMBARAZO NO PLANEADO	36	13	49
TOTAL	87	23	110

Fuente: Investigación personal.

El χ^2 real de 1.67 que se encuentra entre los valores de $p = .20$.10 por lo que no es significativo estadísticamente de acuerdo a los Valores Críticos de Chi tomados del libro (Curso de Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del INSS, 1984, p.113) por lo que se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.N.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES MULTIPARAS

<u>VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO CUMPLIMIENTO DEL ROL MA- TERNO).</u>			
	<u>FUNCIONAL</u>	<u>NO FUNCIONAL</u>	<u>TOTAL</u>
<u>EMBARAZO PLANEADO</u>	44	17	61
<u>EMBARAZO NO PLANEADO</u>	40	9	49
<u>TOTAL</u>	84	26	110

Fuente: Investigación personal.

IE real de 1.31 que se encuentra entre los valores de $p = .30 \div .20$ no es significativo estadísticamente, de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 tomados del libro (Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del INSS, 1984 pag.113), por lo tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.E.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984

PACIENTES MULTIPARAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO CUMPLIMIENTO DEL ROL MA TERNO).			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANZADO	50	11	61
EMBARAZO NO PLANZADO	29	20	49
TOTAL	79	31	110

Fuente: Investigación personal.
X² real de 11.6 este valor es menor al de $p=.001$ por lo que es altamente significativo estadísticamente, de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del INSS, 1984.p.113), por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES MULTIPARAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LOS HIJOS DE LAS PACIENTES).			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANZADO	50	11	61
EMBARAZO NO PLANEADO	31	18	49
TOTAL	81	29	110

Fuente: Investigación personal.

X^2 real de 4.83 que se encuentra entre los valores de $p = .05 \div .02$ por lo que es significativo estadísticamente de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 de acuerdo al libro (Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del IMSS, 1984, p.113), por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES MULTIPARAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO CUMPLIMIENTO DEL ROL PATERNO).			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	47	14	61
EMBARAZO NO PLANEADO	25	24	49
TOTAL	72	38	110

Fuente: Investigación personal.

χ^2 real 7.9 que se encuentra entre los valores de - - -

$p = .01 < .001$ siendo significativo estadísticamente de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del IMSS, 1984, p.113), por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.N.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES MULTIPARAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO CUMPLIMIENTO DEL ROL PATERNO).			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	40	21	61
EMBARAZO NO PLANEADO	31	18	49
TOTAL	71	39	110

Fuente: Investigación personal.
El α real de 0.05 que se encuentra entre los valores de $p = .95 \div .90$ por lo que no es significativo estadísticamente de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Capacitación en Diseño Experimental y Estadístico del IMSS, 1984, p.113), por lo tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES MULTIPARAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO FUNCION BASICA DE SOCIALIZACION).			
	PUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	14	47	61
EMBARAZO NO PLANEADO	4	45	49
TOTAL	18	92	110

Fuente: Investigación personal.
 χ^2 real de 4.3 este valor cae entre los valores de --
 $p = .05 \div .02$ por lo tanto si es significativa estadística
mente de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro
(Capacitación en Diseño Experimental y Estadística del IMSS
1984. pag. 113) por lo que se acepta la hipótesis alterna-
tiva y se rechaza la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES MULTIPARAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO FUNCION BASICA DE CUIDADO).			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	59	2	61
EMBARAZO NO PLANEADO	45	4	49
TOTAL	104	6	110

Fuente: Investigación personal.

El χ^2 real de 1.32 este valor se encuentra entre los valores de $p = .30 \div .20$ sin significancia estadística, de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Capacitación en Diseño, Experimental y Estadística, del IMSS, 1984, pag. 113), por lo tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES MULTIPARAS

<u>VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO EL ASPECTO ECONOMICO)</u>			
	<u>FUNCIONAL</u>	<u>NO FUNCIONAL</u>	<u>TOTAL</u>
<u>EMBARAZO PLANZADO</u>	41	20	61
<u>EMBARAZO NO PLANZADO</u>	15	34	49
<u>TOTAL</u>	56	54	110

Fuente: Investigación personal.

X² real 14.4 este valor se encuentra menor que el de $p=.001$ por lo tanto tiene un alto valor de significancia estadística, de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Capacitación en Diseño, Experimental y Estadística del INSS, 1984. pag. 113), por lo tanto se acepta la hipótesis alter_nativa y se rechaza la hipótesis de nulidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.K.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES MULTIPARAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO COMUNICACION)			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	57	4	61
EMBARAZO NO PLANEADO	42	7	49
TOTAL	99	11	110

Fuente: Investigación personal.

X^2 real 1.8 que se encuentra entre los valores de $p=.20 \div .10$ sin significancia estadística, de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Capacitación en Diseño Experimental y Estadística del IMSS, 1984. pag. 113), por lo tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis de nu lidad.

ESTUDIO DE 200 PACIENTES EMBARAZADAS
U.N.F. No. 33 "EL ROSARIO"
1984.

PACIENTES MULTIPARAS

VD/ DINAMICA FAMILIAR (VALORANDO COMUNICACION)			
	FUNCIONAL	NO FUNCIONAL	TOTAL
EMBARAZO PLANEADO	38	23	61
EMBARAZO NO PLANEADO	21	28	49
TOTAL	59	51	110

Fuente: Investigación personal.

X² real 4.12 que se encuentra entre los valores de $p=.05 \div .02$ con significancia estadística, de acuerdo a los Valores Críticos de χ^2 del libro (Capacitación en Diseño Experimental y Estadística del IMSS, 1984. pag.113), por lo tanto la hipótesis alternativa se acepta y se rechaza la hipótesis de nulidad.

CONCLUSIONES

Se estudiaron 200 pacientes embarazadas, seleccionadas al azar, independientemente de la edad y No. de embarazos, que fueran adscritas a la U.H.F. No. 33 "El Rosario", IMSS.

Nuestra investigación se orientó a detectar las modificaciones que sufría la dinámica familiar de cada una de las pacientes entrevistadas, ante la presencia del embarazo, - observándose si la modificación era en forma positiva ó negativa.

Llegando a las siguientes conclusiones:

I. La planeación del embarazo influye en las modificaciones que presentaron las pacientes entrevistadas, en su - dinámica familiar, aunado a factores tales como: gran multiparidad, nivel escolar, e ingreso económico reducido como - se pudo observar en esta investigación donde un porcentaje elevado de las pacientes contaba con un ingreso semanal de 1000 a 8000 pesos, que correspondió al 34% del total de la muestra. Encontrando en los resultados influencia negativa del embarazo, en el grupo de pacientes multiparas con emba-razo no planeado en donde hubo un rol conyugal no funcional en el 18.1%, igual porcentaje se observó en el rol materno, y un rol paterno no funcional en un 21.8%. Por otro lado las funciones básicas de la familia se vieron afectadas en forma negativa en este mismo grupo de pacientes, en un porcenta-je elevado, así tenemos que en la función de socialización se afectó en un 40.9%, la función de decuidado en el 3.6%, el status económico en el 30.9% y por último la comunicación se alteró en forma negativa con el embarazo en el 6.3% de - las pacientes estudiadas.

Pero no todo fue negativo, ya que también hubo modifi-caciones positivas de la dinámica familiar de las pacientes sobre todo en el grupo de pacientes primigestas con embara-zo planeado en donde encontramos lo siguiente: el rol conyugal fue positivo en el 70%, tanto en el aspecto de satis-

jacción sexual y en las relaciones afectivas. El rol materno fue funcional en un 70% y el rol paterno en el 46.6%.

En cuanto a las funciones básicas de la familia, la de socialización fue positiva en el 55.5%, la de cuidado en un 72.2%, el status económico en el 51.1% y la comunicación mejoró en algunos casos aunque la mayoría de las pacientes tenían buena comunicación, ya que sólo se afectó en forma negativa en el 2.2% de las pacientes primigestas con embarazo planeado.

Por lo tanto concluimos que, la planeación del embarazo sí produce modificaciones en la dinámica familiar de las pacientes y esta modificación también va a depender de los factores ya mencionados al inicio como son: nivel de escolaridad, ingreso económico y multiparidad.

II. Por otro lado se concluyó que la falta de una información adecuada de planificación familiar contribuyó a que un porcentaje importante de las causas del embarazo en las pacientes entrevistadas se debía, a la no utilización de métodos anticonceptivos en el 19.5% del total de las pacientes estudiadas, dentro de las causas hubo pacientes que desconocían la existencia de los métodos correspondiendo al 0.9% y en las que falló el utilizado en un 19%, por último donde el esposo no deseaba que la paciente utilizara alguno de los métodos anticonceptivos existentes equivalente al 7.2%.

Esto nos traduce un índice elevado de embarazos no planeados, que en pacientes multiparas y de bajos recursos económicos se convierten en embarazos no deseados, pero esto último no se pudo comprobar con el presente estudio, ya que en un 99% aproximadamente de las pacientes negaron que el embarazo actual no planeado fuera también no deseado, esto se debió a las respuestas del cuestionario que eran subjetivas por ser una encuesta de tipo abierta.

III. También se pudo concluir que el grado de escolaridad de las pacientes, es un factor determinante en la mul

tiparidad de las pacientes, ya que observando los resultados un 27% del total de la muestra no contaban con primaria y secundaria completa, incluso se encontró una paciente analfabeta correspondiendo al 0.5%. Vemos que esto va a influir para que las pacientes acepten el empleo de alguno de los diferentes métodos anticonceptivos y comprendan el beneficio que trae consigo la planeación de los embarazos, así como el de elegir el No. ideal de hijos que deben tener, tomando en cuenta diferentes aspectos, siendo el aspecto económico uno de los principales. Todo esto va a influir de alguna manera en la dinámica familiar de las pacientes.

Por otra parte se utilizaron los valores de X^2 de los resultados, para la contrastación de las hipótesis y darle a la investigación un grado de significancia estadística, donde pudimos observar que en algunos casos la hipótesis alternativa se rechazó aceptándose la de nulidad, pero esto se debió al hecho de que la encuesta fue abierta en algunas preguntas por lo que se prestaron a diferentes interpretaciones en muchos de los casos, por lo que en estudios posteriores sugiero seutilicen cuestionarios cerrados.

Sin embargo la hipótesis alternativa sí se comprobó, llgándose a la conclusión final que, el embarazo sí produce modificaciones en la dinámica familiar de las pacientes, que en algunos casos fue en forma negativa pero también lo puede ser en forma positiva, sobre todo cuando es planeado, los recursos económicos son suficientes y la pareja está preparada para afrontar la nueva responsabilidad de otro hijo ó bien del primer hijo cuando así sea, por lo tanto pienso que el médico familiar juega un papel primordial en cuanto a, la orientación adecuada de las parejas acerca de lo qué es el embarazo, la actitud que deben asumir entre la pareja y tomar conciencia de la responsabilidad que van a tener ambos dentro de la familia y explicarles en forma amplia que, cuando el embarazo es el primero, inicia una nueva fase del ciclo vital de la familia, llamada de "Expansión" que puede ser --

causa de crisis dentro de la familia cuando el embarazo fue no planeado ó bien cuando existen más hijos y hay problemas de tipo económico.

Por lo que sugiero que deberían impartirse pláticas en forma más periódica a la población en cuanto a , educación sexual, así como dar mayor apoyo por parte de las autoridades al Programa de Planificación Familiar, para que se oriente mejor a las parejas en cuanto a los diferentes métodos - anticonceptivos existentes, su función, indicaciones y beneficios que lleva consigo, el hecho de planificar los embarazos, todo apoyado a su vez por el equipo de salud, para así proteger la integración y estabilidad familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman NW. Diagnóstico y Tratamiento de las Relecciones Familiares. Buenos Aires Argentina: Edit. Horme, 1974: 100-120.
2. Alarid H. e Irigoyen A. Fundamentos de Medicina Familiar. México D F: Edit. N.F.M., 1982: 1-33.
3. Collado R. La Identidad y la Familia. México DF: Edit. Los Universitarios UNAM, 1980: 20.
4. Friedman G. Obstetricia. México DF: Edit. Interamericana, 1977: 53-78.
5. López E y Toledo A. A.M.H.G.O. No 33 IMSS Ginecología y Obstetricia. México DF: Edit. Francisco Méndez Oteo, 1979: 53-79.
6. Novak J. Ginecología. México DF: Edit. Interamericana, 1977: 16-51.
7. Rollo EH. Familia y Personalidad. Buenos Aires Argentina: Edit. Paidós, 1976: 10-20.
8. Santacruz VJ. La Familia como Unidad de Análisis. Rev Med IMSS 1980; 21:348.
9. Rojas SR. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. México DF: Edit. UNAM, 1982: 270.
10. Saucedo GJ, Foncerrada. La Exploración de la Familia, Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. Rev Med IMSS 1981; 19:155.

F3 DE ERRATAS