

11220
201.73



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios de Postgrado
FACULTAD DE MEDICINA

LA IMPORTANCIA DE LA PATERNIDAD
RESPONSABLE EN EL EMBARAZO

TESIS RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A ;
DRA. GUILLERMINA GALLARDO SANCHEZ



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1986



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.:

1) Antecedentes científicos.	1
2) Conceptos.	7
3) Observación del Problema.	10
4) Objetivo Gral.	11
5) Objetivo Intermedio.	12
6) Identificación del Problema.	13
7) Hipotesis.	14
8) Diseño experimental.	15
9) Material y método.	16
10) Metodología de la Investigación.	17
11) Cronograma de actividades.	18
12) Resultados.	19
13) Contrastación de la hipótesis.	29
14) Encuesta a derecho-habientes.	39
15) Conclusiones.	41
16) Sugerencias.	43
17) Fe de erratas.	44
18) Bibliografía.	45

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.:

La planificación familiar, con su componente de Paternidad Responsable (la decisión de los padres de responder de la forma de planear la vida familiar y la procreación) interviene en -- numerosos aspectos de la vida comunitaria, pero en especial en la salud del binomio madre-hijo. Permite incrementar la salud en forma global, -- pudiendo las familias a través de los servicios de planificación familiar espaciar los embarazos, tener el tamaño idóneo, hacer de cada embarazo un embarazo deseado y realizar cuidados -- interconcepcionales para disminuir los problemas de salud, teniendo en consecuencia una baja en las tasas de mortalidad maternas e infantiles.

(1)

Los recién nacidos con peso menor al normal estarán en peligro de morir durante el primer año; -- si sobreviven, pueden tener más probabilidades -- de manifestar problemas de salud. (1)

La tasa de niños de bajo peso se incrementa en -- forma considerable a partir del tercer hijo (1). Mientras los hijos en un hogar son más los costos por manutención se elevan, en consecuencia, -- cada persona ingiere menos alimentos. De lo anterior se deriva que el número de niños desnutridos es más importante en las familias con muchos hijos. La familia numerosa y el corto intervalo de las concepciones, interaccionan con la nutrición deficiente y crean un grupo de niños con -- alto riesgo de declinación física e intelectual. (2).

Los abortos y las muertes tempranas de niños se aumentan hasta cuatro veces más después del tercer niño en comparación con el primero y el segundo (2)

Cuando las mujeres tienen embarazos muy cercanos, concurren mayor número de abortos espontáneos, así como prematuridad y bajo peso al nacimiento (3)

La planificación familiar puede reducir eficazmente las tasas de mortalidad materna e infantil al disminuir el número de embarazos de alto riesgo. Pruebas obtenidas en todo el mundo indican que — las tasas más elevadas de mortalidad materna e infantil se registran en cuatro tipos específicos de embarazo.:

- (1) Embarazos antes de los 18 años de edad.
- (2) Embarazos después de los 35 años de edad.
- (3) Embarazos después de cuatro o más niños.,
- (4) Embarazos con menos de dos años de espaciamiento. (3)

En realidad, los riesgos crecen gradualmente a medida que aumenta la edad de la madre, se incrementa el número de partos o se acorta el intervalo entre los nacimientos. (3)

La reducción del número de embarazos de alto riesgo, lograda en gran parte a través de la planificación familiar, ha disminuido considerablemente la mortalidad en muchos países. Se han salvado — vidas de madres y niños. (4)

La prevención de los nacimientos muy seguidos — es también importante para reducir la mortalidad infantil (5).

En efecto, en un análisis de datos de encuestas de 25 países en desarrollo, un cambio proyectado hacia el espaciamiento de los nacimientos, de por lo menos 24 meses, salvaría más vidas de lactantes y niños que limitado a la procreación entre los 20 y 34 años de edad o evitando todos los nacimientos después del tercer parto. Solamente un mejor espaciamiento lograría reducir las tasas de mortalidad infantil en un 10 por ciento y las tasas de mortalidad entre los niños de uno a cuatro años de edad, en un 16 por ciento. Los cambios proyectados en la edad y la paridad de las madres disminuirían la mortalidad, tanto entre los lactantes como entre los niños, en un 8 por ciento respectivamente. En dos países donde fue posible realizar análisis más detallados -Indonesia y Pakistán-- el espaciamiento de los nacimientos, de por lo menos dos años, disminuiría las tasas de mortalidad infantil en un 16 y 15 por ciento (6). Los efectos de un mejor espaciamiento de los hijos variarían de un país a otro, según la proporción de embarazos que en la actualidad son considerados de alto riesgo.

El cambio de los patrones de edad, paridad y espaciamiento trae consigo un número reducido de nacimientos.

Como resultado, declina el número de muertes infantiles aún más que la tasa. Por ejemplo en Tailandia, a comienzos del decenio de 1970, un cambio proyectado a mejores patrones de espaciamiento de los nacimientos de edad y de paridad, habría reducido la tasa de mortalidad infantil en un 27 por ciento y el número de muertes de lactantes en un 51 por ciento. (7).

No sólo la edad y la paridad, sino también el intervalo entre los nacimientos, tienen efecto sobre las tasas de mortalidad materna. (8). Cuando las mujeres menores de 20 años tienen varios niños, los interva-

Los intervalos entre los nacimientos son forzosamente cortos. - Por lo tanto, si bien las diferencias en las condiciones de vida y en la atención médica pueden influir, - estos estudios indican que el poco espaciamiento entre los partos origina altas tasas de mortalidad materna(8). Mientras más corto el intervalo entre los nacimientos, más alta es la tasa de mortalidad infantil. La mortalidad neonatal, que puede reflejar principalmente la salud de la madre durante el embarazo, fue más elevada solamente después de intervalos de menos de seis meses entre el nacimiento anterior y la nueva concepción. Por el contrario, la mortalidad postneonatal, que puede reflejar principalmente las circunstancias sociales y económicas en las que se atiende al niño, declinó gradualmente a medida que se prolongó el intervalo a 38 meses (9).

Análisis recientes de la gran abundancia de datos sobre el espaciamiento de los nacimientos y la mortalidad infantil, reunidos por la Encuesta Mundial de la Fecundidad (EMF), han reafirmado la conclusión de que un espaciamiento corto con respecto al nacimiento anterior es peligroso para el niño. Esta relación es difícil de explicar por las diferencias que existen en factores socioeconómicos tales como la educación de la madre, la clase o la ocupación (10).

Un niño nacido de una madre no educada, tras un intervalo de menos de dos años, tenía de 1,4 a 4,3 veces más probabilidades de morir durante la infancia, que un niño nacido tras un intervalo de dos a seis años. (11).

Los intervalos cortos entre los nacimientos probablemente estén asociados con las muertes de lactantes o niños a través de una combinación de mecanismos sociales y biológicos. El efecto de un intervalo corto a -

partir del nacimiento anterior indica que los niños muy seguidos en edad compiten por los recursos y atención familiares y que una madre puede estar menos capacitada para cuidar a un bebé en forma adecuada si tiene otros niños pequeños. Es probable que haya también factores biológicos que entran en juego, ya que los intervalos cortos entre el nacimiento anterior y la concepción están asociados con menos peso al nacer (12).

Incluso si el niño sobrevive, los embarazos que ocurren antes de que la mujer cumpla 18 años de edad y después de los 35, en familias de más de cuatro hijos, o con un espaciamiento de menos de dos años, pueden dar origen a una variedad de problemas de salud. Algunos pueden causar daños irreversibles al niño y representar una carga permanente para la familia o la sociedad. Los problemas más importantes son:

- + bajo peso al nacer,
- + nutrición deficiente durante la niñez,
- + episodios frecuentes de enfermedades infecciosas,
- + crecimiento físico y desarrollo más lentos,
- + Mayor riesgo de anomalías congénitas.
- + menor inteligencia y rendimiento escolar más bajo.

Existen razones tanto biológicas como sociales que explican estos riesgos. Desde el punto de vista biológico, el bajo peso al nacer probablemente sea el problema más importante. Los embarazos antes de que la madre haya alcanzado plena madurez, el envejecimiento de la madre y los embarazos muy numerosos o muy seguidos, pueden minar la capacidad física de la mujer a sustentar al feto que está creciendo, lo que redundan en bajo peso al nacer. (13).

Desde el punto de vista social, el problema radica en determinar en qué medida recibe el niño cuidado materno. Las madres muy jóvenes pueden no estar dispuestas a asumir las innumerables responsabilidades que entraña el cuidado de los recién nacidos y los niños y, por otro lado, en una familia numerosa, con hermanos muy seguidos, un recién nacido puede recibir tan sólo una pequeña proporción del cuidado materno, comida, espacio, atención durante las enfermedades y demás (13). Muchos de los lactantes que mueren han tenido bajo peso al nacer. Por ejemplo, en los Estados Unidos, un estudio realizado en 1973, sobre la mortalidad neonatal en seis estados, determinó que los niños de bajo peso al nacer representaban el 6 por ciento del total de nacimientos, pero el 76 por ciento del total de muertes neonatales. (14).

Los recién nacidos de bajo peso tenían seis veces más probabilidades de morir que los niños de peso mayor (15). Los niños nacidos prematuramente (o sea, antes de la 37^a semana de gestación) corren también un mayor riesgo de muerte, independientemente de su peso al nacer (16). Esto se debe, en parte, a que biológicamente son menos maduros, y en parte a que tienen dificultad para mamar y por lo tanto deben depender de sustitutos de la leche materna. (17).

CONCEPTOS.:

ABORTO.: Es la interrupción del embarazo, antes de la vigésima semana de la gestación con producto cuyo peso sea de 499 gramos o menos. La muerte del producto precede generalmente a su expulsión condicionado a la etiología del aborto a.:

- anomalías del huevo o del aparato genital.
- Padecimientos generales de la madre,
- y excepcionalmente del padre.

La frecuencia de esta patología y de sus complicaciones hemorrágicas e infecciosas, la hacen especialmente importante por la repercusión que tiene en el estado de salud de la madre. (18)

**PARTO-
PREMATURO**

Cuando el embarazo termina entre la semana 29 a la 36 ava. y el peso del producto de 1000 a 2499 g.

Así pues el parto prematuro puede definirse como aquél que da lugar al nacimiento de un producto viable o previable, cuando el embarazo no alcanzó el término.

La frecuencia oscila entre el 6 al 12% de todas las gestaciones. Se menciona que dentro de los factores maternos el intervalo entre las gestaciones (cuando este intervalo es menor de 2 años, igualmente se incrementa su frecuencia. (18).

Así como también la alimentación materna. (aunque es discutible, se ha señalado en diversas publicaciones que la prematuridad se eleva en pacientes con déficit de aporte proteico, menos de 50 g. en 24 hrs. (18) En los factores ambientales, se mencionan las condiciones socioeconómicas deficientes (este factor está en relación con los factores maternos como el de malnutrición).

**PESO DEL
RECÉN
NACIDO.:**

El peso promedio del niño al nacer es de unos 3,100 a 3,400 g, dependiendo de la raza, estado económico, corpulencia de los padres y paridad de la madre, pesando los varones unos 100 g. más que las niñas.

Los recién nacidos a término aparentemente sanos pueden presentar un peso que varía desde 2,500 a 5,000 g.

No obstante, es costumbre calificar de excesivamente grande a un feto que pese más de 4,500 g.

Cuando el peso al nacer es de 2,500 g., o menos, el feto se clasifica generalmente de prematuro, aún cuando en los casos el bajo peso al nacer se debe más a la prematuridad por un retraso en el desarrollo intrauterino. (18).

PATERNIDAD

RESPONSABLE.: La decisión de los padres de responder de la forma de planear la vida familiar y la procreación.

PLANIFICACION

FAMILIAR.: Es la planación del número de hijos - que se desea tener y la elección del - momento oportuno para su nacimiento.

OBSERVACION DEL PROBLEMA.:

En la Consulta Externa de la U.M.F. # 33, "El Rosario", las parejas en edad fértil carecen de información referente al tiempo necesario que debe transcurrir entre un embarazo y otro para que la mujer se recupere totalmente, y en consecuencia el producto de una nueva concepción es susceptible de presentar.: Aborto, bajo peso al nacimiento y parto prematuro.

OBJETIVO GENERAL.:

Determinar, si el espaciamiento de las gestaciones
incide en la salud del binomio madre-hijo.

OBJETIVO INTERMEDIO.:

Identificar en la población derecho-habiente el con
cimiento de la pareja en edad fértil del intervalo -
de tiempo que transcurre entre una concepción y otra.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.:

¿ El desconocimiento por parte de la pareja del -
período de tiempo que debe transcurrir entre un -
embarazo y otro, trae como consecuencia que el pro
ducto de una nueva gestación presente: Aborto, par
to prematuro, bajo peso al nacimiento, acentuándo-
se más ésto a partir del tercer embarazo?

HIPOTESIS.:

Hipótesis de nulidad.:

El conocimiento de la pareja en edad fértil, del intervalo de tiempo que transcurre entre una concepción y otra, no influye en la presentación de alteraciones del embarazo como són.: Aborto, parto premature o productos de bajo peso al nacer.

Hipótesis Alternas.:

El conocimiento de la pareja en edad fértil del intervalo de tiempo que transcurre entre una concepción y otra, causa repercusiones en el embarazo como són.: - aborto, parto premature y productos de bajo peso al nacimiento.

DISEÑO EXPERIMENTAL.:

1.- Universo de trabajo.:

Esta investigación se efectuó, entrevistando a -
96 parejas.

2.- Situación geográfica.:

Area de cobertura de la Unidad de Medicina Fami-
liar No. 33, "El Rosario".

3.- Límite de tiempo.:

Se realizó del 1 de Agosto de 1984 al 22 de Enero
de 1986.

MATERIAL Y METODO :

1.- RECURSOS HUMANOS.:

- a) Un Médico de Base del Instituto Mexicano del Seguro Social como asesor y coordinador de la investigación.
- b) Un Médico Residente del 2do. año de la Especialidad de Medicina Familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".

2.- RECURSOS FISICOS Y MATERIALES.:

Unidad de Medicina Familiar No. 33, hojas de papel bond, lápices, gomas, marcadores, fotocopias de encuestas, máquina de escribir, papel-carbón, engrapadora, papel milimétrico, calculadora y libros de texto.

3.- RECURSOS ECONOMICOS.:

Estuvieron determinados por la magnitud de la investigación, así como por los recursos físicos utilizados.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.:

Se efectuó conforme a la metodología establecida para la investigación actual.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

Se entrevistaron a 96 parejas, que se encontraban entre los 17 y 35 años de edad y las cuales habían procreado 3 hijos.

El estudio se realizó por medio de aplicación de encuestas en forma personal, en la sala de espera de la UMF - No. 33 de acuerdo a las características enunciadas en el Universo de Trabajo. El objeto de realizar la investigación por medio de encuestas es evitar al máximo los procesos de transferencia y contratransferencia por parte del investigador.

Para limitar la muestra se estudiaron las parejas que cumplieran con los siguientes criterios.:

INCLUSION.: Parejas mayores de 17 años y menores de 35 años, que hayan procreado 3 hijos, independientemente de su religión, trabajo y condición socio económica.

EXCLUSION.: Parejas que sean menores de 17 años y mayores de 35 años, parejas que tengan menos de 3 hijos, o en su caso que no hayan procreado hijos.

La encuesta consta de 14 preguntas, tratando de investigar en las parejas el conocimiento que tienen del tiempo que debe transcurrir entre un embarazo y otro.

El estudio estadístico utilizado fué el de Chi cuadrada.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.:

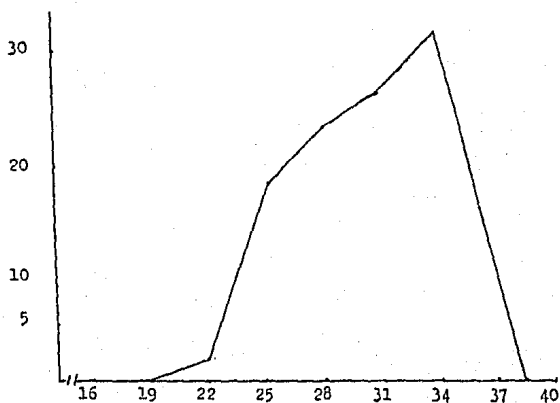
Selección del tema, del 1 al 15 de septiembre de 1984.
Revisión bibliográfica, del 16 al 30 de septiembre 1984.
Elaboración de Protocolo del 1 al 15 de octubre de 1984.
Elaboración de formato de encuestas del 15 al 20 Oct.1984.
Presentación ante asesor del 21 al 30 de Octubre de 1984.
Presentación al Comité de Etica e Investigación del 1 al 15 de Noviembre de 1984.
Aplicación de encuestas de marzo a junio de 1985.
Recolección de datos del 1 al 31 de julio de 1985.
Resultados, 1 al 15 de Agosto de 1985.
Análisis de resultados del 16 al 30 de Agosto de 1985.
Sugerencias 30 de septiembre de 1985.
Revisión ante asesor, enero de 1986.
Entrega de tesis ante el Comité de Etica e Investigación de la U.M.F. No. 33, "El Rosario" el 22 de enero de 1986.

DISTRIBUCION DE LOS DERECHO HABIENTES ENCUESTADOS DEL SEXO MASCULINO, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, SEPT. 1985.

CUADRO No. 1

Edad	P.M.	Frec.	Frec. Ac.	β Ac.
33-35	34	30	96	100.00
30-32	31	25	66	68.70
27-29	28	22	41	42.70
24-26	25	17	19	19.70
21-23	22	2	2	2.00
18-20	19	-	-	-
Tot.l.		96		

$\bar{X} = 30$ MD = 31 $S^2 = 11.94$ CV = 11.51
 Mo = 34 S = 3.45 R = 15.00 $\alpha_3 = -0.48$
 $\alpha_4 = 1.44$



Fuente: Investigación Personal.
I...S.S. 1985.

RESULTADOS.

Con respecto a la edad de los derecho habientes encuestados se encontró una edad media de 30 años con una moda de 34 y una mediana de 31, cifras que nos mencionan que no es tanta la variación existente entre la población de la muestra con una desviación estandar de 3.45 y coeficiente de variación de 11.51.

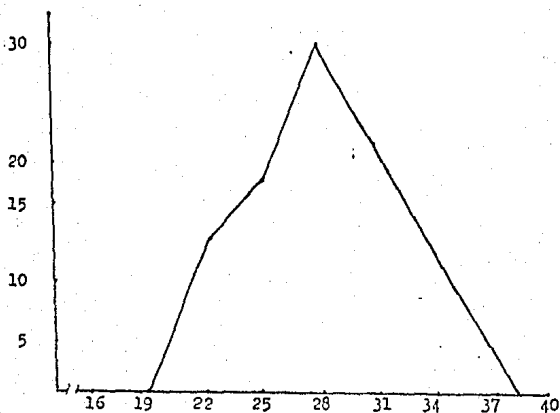
La gráfica No. 1 nos muestra el número de casos que se presenta por intervalo de edad y encontramos una curva asimétrica negativa y platicúrtica, por lo que consideramos que la muestra escogida no contiene todas las características necesarias representativas de la población general.

DISTRIBUCION DE LAS DERECHO HABIANTES ENCUESTADAS DEL SEXO FEMENINO, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, SEPT. 1985.

CUADRO No. 2.

Edad	P.N.	Frec.	Frec. Ac.	% Ac.
33-35	34	12	96	100.00
30-32	31	22	84	87.50
27-29	28	30	62	64.50
24-26	25	18	32	33.30
21-23	22	14	14	14.50
18-20	19	-	-	-
Total		96		

$$\begin{array}{llll}
 X = 28 & MD = 28 & S^2 = 13.50 & CV = 13.12 \\
 Mo = 28 & S = 3.67 & R = 15 & \alpha_3 = -0.13 \\
 & & & \alpha_4 = 0.50
 \end{array}$$



Fuente.: Investigación Personal.
I.H.S.S. 1985.

RESULTADOS.

Con respecto a la edad de las derecho habientes encuestadas se encontró una edad media de 28 años, con una moda de 28 y una mediana de 23, cifras que nos mencionan que no es tanta la variación existente entre la población de la muestra con una desviación estandar de 3.67 y coeficiente de variación de 13.12.

La gráfica No. 2 nos muestra el número de casos que se presenta por intervalo de edad y encontramos una curva asimétrica negativa y platidúrtica, por lo que consideramos que la muestra escogida no contiene todas las características necesarias representativas de la población general.

DISTRIBUCION DE LA OCUPACION DE LOS DERECHO HABIENTES ENCUESTADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, SEPT. DE 1985.

CUADRO No. 3.

<u>OCUPACION DE LOS PADRES ENCUESTADOS</u>		
<u>OCUPACION</u>	<u>FREC.</u>	<u>%</u>
Hogar	-	-
Obrero	70	72.92
Empleado	11	11.46
Técnico.	15	15.62
Total.	96	100.00

Con relación a la ocupación, en el sexo masculino se aprecia que un alto porcentaje són obreros 72.92%

CUADRO No. 4.

<u>OCUPACION DE LAS MADRES ENCUESTADAS</u>		
<u>OCUPACION</u>	<u>FREC.</u>	<u>%</u>
hogar	90	93.75
Obrero.	5	5.20
Empleada.	1	1.05
Técnico.	-	-
Total.	96	100.00

Respecto a la ocupación del sexo femenino, se apreció que un alto porcentaje se dedica al hogar 93.75%.

DISTRIBUCION DE LA ESCOLARIDAD DE LOS DERECHO-HABIENTES
ENCUESTADOS DEL SEXO MASCULINO, UNIDAD DE MEDICINA FAMI
LIAR No. 33 "EL ROSARIO", SEPTIEMBRE DE 1985.

CUADRO No. 5.

ESCOLARIDAD	TOTAL	%
Analfabetas	1	1.04
Primaria.	61	63.54
Secundaria.	26	27.09
Técnico.	4	4.16
Preparatoria.	4	4.16
Total.	96	100.00

Con respecto al grado de escolaridad en el sexo masculino, se aprecia que la gran mayoría había cursado la primaria y en segundo término la secundaria, existiendo una baja proporción de personas analfabetas, entre ellas sólo una.

Fuente.: Investigación Personal.
I.M.S.S. 1985.

DISTRIBUCION DE LA ESCOLARIDAD DE LAS DERECHO HABIENTES
ENCUESTADAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, -
SEPTIEMBRE DE 1985.

CUADRO No. 6.

ESCOLARIDAD	TOTAL	%
Analfabetas	1	1.04
Primaria.	80	83.33
Secundaria.	15	15.63
Técnico.	00	00.00
Preparatoria.	00	00.00
Total.	96	100.00

Con respecto al grado de escolaridad del sexo femenino, se aprecia que la gran mayoría ha cursado la primaria, - en segundo término la educación secundaria es escasa, - y siendo nula a nivel preparatoria.

Fuente.: Investigación Personal.
I.M.S.S. 1985.

DISTRIBUCION DE LAS PAREJAS ENCUESTADAS, EN RELACION AL GRADO DE CONOCIMIENTO DEL INTERVALO DE TIEMPO QUE DEBE TRANSCURRIR DE UN EMBARAZO A OTRO, Y EL GRADO DE INFORMACION SOLICITADA AL MEDICO FAMILIAR. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, SEPTIEMBRE DE 1985.

CUADRO No. 7.	PADRES		MADRES	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
CONOCIMIENTO				
SI	7	7.29	5	5.21
NO	89	92.71	91	94.79
TOTAL	96	100.00	96	100.00

En relación al grado de conocimiento del intervalo de tiempo que debe transcurrir de un embarazo a otro, es un alto porcentaje tanto masculino como femenino 92.71% y 94.79 respectivamente, que carece del mismo.

CUADRO # 8.	PADRES		MADRES	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
INF. SOL.				
SI	2	2.08	5	5.21
NO	94	97.92	91	94.79
Total.	96	100.00	96	100.00

En relación al grado de información solicitada al Médico Familiar referente al tiempo que debe transcurrir de un embarazo a otro, se obtuvo un alto porcentaje tanto masculino como femenino 97.92 y 94.79 respectivamente, que no la ha solicitado.

Fuente.: Investigación Personal.
I.M.S.S. 1985.

DISTRIBUCION DE LAS PAREJAS ENCUESTADAS, EN RELACION A LA CONVENIENCIA DE DIFERENCIA DE EDADES, Y A LA COSTUMBRE DE LECTURA REFERENTE AL TEMA DE EMBARAZO, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, SEPT.1985.

CUADRO # 9.	PADRE		MADRE	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
SI	53	55.21	57	59.38
NO	43	44.79	39	40.62
TOTAL	96	100.00	96	100.00

En relación a la pregunta realizada: Si es o no conveniente que los hijos presenten gran diferencia de edades; se obtuvo un 55.21 y 59.38 por ciento, masculino y femenino, afirmativo.

CUADRO # 10.	PADRE		MADRE	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
SI	7	7.29	50	52.08
NO	89	92.71	46	47.92
TOTAL	96	100.00	96	100.00

Con respecto a la pregunta realizada, a la costumbre de leer libros referente al tema de embarazo, se obtuvo respuesta negativa en alto porcentaje 92.71 % del sexo masculino y un poco más de la mitad de las mujeres que si acostumbra leer libros referente al tema de embarazo 52.08%.

Fuente.: Investigación Personal.
I.M.S.S. 1985.

DISTRIBUCION DE LAS PAREJAS ENCUESTADAS, EN RELACION SI EL TENER HIJOS FRECUENTEMENTE AFECTA LA SALUD MADRE-HIJO, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO" SEPTIEMBRE DE 1985.

CUADRO # 11.	PADRES		MADRES	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
SI	50	52.08	71	73.96
NO	46	47.92	25	26.00
TOTAL	96	100.00	96	100.00

En relación a la pregunta realizada, referente si - el tener hijos frecuentemente afecta la salud de la madre, y/o la del niño de una nueva gestación; se - obtuvo una respuesta del sexo masculino del 52.08% y del sexo femenino del 73.96% de manera afirmativa.

Fuente: Investigación Personal.
I.M.S.S. 1985.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.:

Para contrastar la hipótesis se elabora una tabla de contingencia, con correlación tabular entre la pregunta No. 1 ¿ sabe Ud. el tiempo necesario que debe transcurrir entre un embarazo y otro? y la pregunta No. 8 ¿ Piensa Ud. que tener hijos frecuentemente puede afectar la salud de la madre y/o la del hijo de una nueva gestación?

PADRES

P r e g u n t a No. 1

P r e g u n t a 8		Si	No	Total
	Si	5	46	51
No	1	44	45	
Total.	6	90	96	

CUADRO No. 12.

$$gl = (k-1) (r-1)$$

$$K = \text{filas} \quad 1 \text{ gl.}$$

$$r = \text{columnas}$$

$$\chi^2_t = 3.84$$

$$\chi^2_r = 2.34$$

El cuadro No. 12 muestra la correlación tubular entre el conocimiento que debe existir entre un embarazo y otro y las alteraciones que se pueden presentar, ya sea en la madre o en el producto de una nueva concepción. Se utilizó la prueba χ^2 para muestras independientes.

En donde: $\sum \frac{(O - E)^2}{E}$

\sum =, sumatoria.

O = frecuencia observada.

E = frecuencia esperada.

con 1 gl y una χ^2_{α} a vencer de 3.84, resultando una χ^2_{α} de 2.34

Con lo cual no se puede rechazar H_0 a una confiabilidad de 0.05.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.:

Para contrastar la hipótesis se elabora una tabla de contingencia, con correlación tubular entre la pregunta No. 1 ¿ Sabe Ud. el tiempo necesario que debe transcurrir - entre un embarazo y otro? y la pregunta No. 8 ¿ Piensa - Ud. que tener hijos frecuentemente puede afectar la salud de la madre y/o la del hijo de una nueva gestación?

MADRES

P r e g u n t a # 8	P r e g u n t a # 1		
	SI	NO	TOTAL
SI	5	65	70
NO	1	25	26
total	6	90	96

CUADRO No. 13.

$$gl = (K-1)(r-1)$$

$$K = \text{filas}$$

$$1 \text{ gl.}$$

$$r = \text{columnas.}$$

$$\chi^2_t = 3.84$$

$$\chi^2_r = 0.35$$

El cuadro No. 13, muestra la correlación tabular - entre el conocimiento que debe existir entre un embarazo y otro, y las alteraciones que se pueden presentar, ya sea en la madre o en el producto de una-nueva concepción.

Se utilizó la prueba χ^2 para muestras independientes.

$$\text{En donde: } \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

\sum = sumatoria.

O = frecuencia observada.

E = frecuencia esperada.

con 1 gl y una χ^2_{α} a vencer de 3.84, resultando una χ^2_{α} de 0.35

Con lo cual no se puede rechazar H_0 a una confiabilidad de 0.05.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.:

Para contrastar la hipótesis se realizó correlación tabular con la pregunta No. 2 ¿ Ha solicitado a su Médico Familiar información referente al tiempo que debe transcurrir entre un embarazo y otro? y la pregunta No. 7 ¿ Acostumbra leer libros referentes al tema de embarazo?

		PADRES		
		Pregunta # 2.		
		SI	NO	TOTAL.
P r e g u n t a # 7	SI	1	8	9
	NO	0	87	87
	TOTAL	1	95	96

CUADRO No. 14.

$$gl = (k-1)(r-1)$$

$$1 \text{ gl.}$$

$$K = \text{filas}$$

$$r = \text{columnas}$$

$$X^2_f = 3.84$$

$$X^2_r = 10.20$$

El cuadro No. 14, en relación a los padres, muestra la solicitud que existe por parte de los derecho habientes hacia el Médico Familiar, acerca de la espaciación que debe haber entre un embarazo y otro, o bien se busque la información en otras fuentes.

En donde se utiliza χ^2 para muestras independientes, con 1 gl con una χ^2_t de 3.84 y una χ^2_r de 10.20
Con lo que se rechaza H_0 con una confiabilidad de 0.05

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.:

Para contrastar la hipótesis se realizó correlación - tabular con la pregunta No. 2 ¿ Ha solicitado a su Médico Familiar información referente al tiempo que debe transcurrir entre un embarazo y otro? y la pregunta - No. 7 ¿ Acostumbra leer libros referentes al tema de - embarazo ?

P r e g u n t a #	<u>MADRES</u>			
	P r e g u n t a # 2.			
	SI	NO	TOTAL	
	SI	3	50	53
	NO	2	41	43
	TOTAL	5	91	96

CUADRO No. 15.

$$g1 = (K-1) (r-1)$$

$$k = \text{filas}$$

$$l \text{ } g1$$

$$r = \text{columnas}$$

$$X_t^2 = 3.84$$

$$X_r^2 = 0.05$$

El cuadro No. 15, en relación a las madres, muestra la solicitud que existe por parte de las derecho habientes hacia el Médico Familiar, acerca de la especiación que debe haber entre un embarazo y otro, o bien se busque la información en otras fuentes.

En donde se utiliza χ^2 para muestras independientes, - con 1 gl con una χ^2 de 3.84 y una χ^2 de 0.05

Con lo que no se puede rechazar H_0 con una confiabilidad de 0.05

En el cuadro No. 16 de correlación tabular entre el tiempo transcurrido entre embarazos, y la presentación de embarazos normales y embarazos anormales, se hizo unión de cuadros de la tabla de contingencia ya que las frecuencias esperadas eran en gran proporción menor a 5; quedando de la siguiente manera.:

	- 3 AÑOS	+ 3 AÑOS	TOTAL
EMBARAZOS NORMALES.	69	22	91
EMBARAZOS ANORMALES.	3	2	5
TOTALES	72	24	96

CUADRO No. 16.

$$gl = (k-1)(r-1)$$

k = filas

1 gl.

r = columnas.

$$\chi_t^2 = 3.84$$

$$\chi_r^2 = 0.30$$

El cuadro No. 16 nos muestra por períodos la presencia de embarazos normales o no.

En donde se utilizó χ^2 para muestras independientes,-

Con χ^2_t de 3.84 y una χ^2_1 de 0.30

Por lo tanto no se puede rechazar H_0 a una confiabilidad de 0.05.

ENCUESTA A DERECHO NADIENTES

PADRE.:

Edad _____ Estado Civil _____ Ocupación _____

Escolaridad _____

MADRE.:

Edad _____ Estado Civil _____ Ocupación _____

Escolaridad. _____

- 1.- Sabe usted el tiempo necesario que debe transcurrir entre - un embarazo y otro?
Padre: Si () No () Madre: Si () No ().
- 2.- Ha solicitado a su Médico Familiar información referente - al tiempo que debe transcurrir entre un embarazo y otro. ?
Padre.: Si () No () Madre: Si () No ().
- 3.- Ud. no le hace preguntas a su Médico Familiar de las dudas que tiene porque?
Padre.: Le da pena () No le tiene confianza ()
No le presta atención ()
Madre.: Le da pena () No le tiene confianza ()
No le presta atención ().
- 4.- Considera usted que es conveniente que sus hijos presen- ten gran diferencia de edades.:
Padre: Si () No () Madre.: Si () No ().
- 5.- Cree usted que durante la lactancia al seno materno puede evitarse el embarazo?
Padre: Si () No () Madre.: Si () No ().
- 6.- Considera usted que es conveniente utilizar método anticon- ceptivo entre un embarazo y otro.:
Padre: Si () No () Madre: Si () No ().
- 7.- Acostumbra leer libros referente al tema de embarazo?
Padre: Si () No () Madre: Si () No ().
- 8.- Piensa usted que tener hijos frecuentemente puede afectar la salud de la madre, y/o la del hijo de una nueva gestación?
Padre.: Si () No () Madre.: Si () No ().

De la pregunta 9 a la 14 se harán únicamente a la madre.:

- 9.- Cuánto peso su tercer hijo al nacimiento: _____ grs.
y que tiempo había transcurrido del segundo al tercer emba-
razo. _____
- 10.- Cuánto peso su cuarto hijo al nacimiento.: _____ grs.
y que tiempo había transcurrido del tercer al cuarto emba-
razo. _____
- 11.- Cuánto peso su quinto hijo al nacimiento.: _____ grs.
y que tiempo había transcurrido del cuarto al quinto embara-
zo. _____
- 12.- Cuánto peso su hijo del sexto embarazo al nacimiento _____
grs. y que tiempo había transcurrido del quinto al sexto -
embarazo ? _____
- 13.- Después del tercer embarazo ha presentado abortos.:
Si () No ()
Qué tiempo había transcurrido de un embarazo a otro, al mo-
mento de presentar aborto.?
- 14.- Después del tercer embarazo, ha tenido embarazos menores de
9 meses.2 Si () No ().
Qué tiempo había transcurrido de un embarazo a otro, al - -
momento de presentar parto prematuro.? _____

CONCLUSIONES.:

Si bien hay pocas dudas acerca de que la edad materna, el tamaño de la familia y el espaciamiento de los nacimientos tienen una repercusión sobre la salud de la madre y del niño, existen serios problemas para identificar con precisión cuáles son los riesgos.

Estos problemas consisten en.:

- 1) Variables que causan confusión, es decir, factores - ajenos que influyen separadamente tanto en los patrones de procreación como en la salud, tales como - la condición socioeconómica, ya que una situación - socio económica más elevada significa mejores condiciones de vida, mayor acceso a la atención de salud, mejor conocimiento de la higiene y mejor nutrición; - además esta situación se asocia con ciertos patrones de procreación: Las mujeres de situación socio econó - mica más baja generalmente empiezan a tener hijos - más temprano y tienen más niños con poco espaciamien - to entre los nacimientos.

- 2) La red de causalidad, o sea, situaciones en que la - alta mortalidad puede ser la causa y no el resultado de ciertos patrones de procreación.

Se cuestiona la red de causalidad, es decir, cuál es la causa y cuál es el efecto, especialmente entre - los intervalos entre los nacimientos y su relación - con las muertes infantiles.

Es evidente que si un lactante muere, el intervalo - anterior al nacimiento del próximo niño será proba - blemente más corto, que si el niño mayor hubiese - sobrevivido. Entran en juego tanto factores biológi - cos como motivacionales.

Cuando una mujer interrumpe la lactancia materna - - porque su niño ha muerto, ella pierde la protección-

contra otro embarazo que le proporciona el amamantamiento y puede quedar embarazada de inmediato a menos que emplee métodos anticonceptivos.

Además, los padres desolados pueden desear otro hijo cuando antes para remplazar al que acaban de perder.

En todo caso, el corto intervalo entre nacimientos - puede ser el resultado de la muerte del niño anterior y no su causa.

- 3).- Variables múltiples que están estrechamente interrelacionadas de modo que sus influencias sobre la salud son difíciles de identificar separadamente, - tales como la edad al momento del parto, la paridad, y el espaciamiento de los nacimientos., todos ellos relacionados con la salud materna, los resultados - del embarazo y la salud de los lactantes y niños. Asimismo están estrechamente relacionados entre sí: las mujeres con muchos hijos, generalmente han sido madres por primera vez a una edad temprana, por lo tanto son mayores, y usualmente han tenido partos-- muy seguidos.

SUGERENCIAS.:

Es necesario que exista una adecuada identificación de los factores causales, reconocer la interrelación que se presenta entre éstos, y en caso de que se piense hacer un estudio relacionado con los mismos aspectos, especificar mejor estos factores que se encuentran dentro de la red de causalidad, así como aumentar el tamaño de la muestra a un número ideal, basándose en estadísticas conocidas dentro del lugar de la investigación, o bien en base a estadísticas de otros lugares para hacer confrontación de resultados.

FE DE ERRATAS.

Bibliografia:

- 1) Aubrey, Richard H, and Pennington JO. Identification and evaluation of high-risk pregnancy, the perinatal concept. *Clinical Obstet and Gynecol.* 1973. 16:3-26
- 2) Osofsky Howard J, Pverty as a criterion of Risk. *Clinical Obstet. and Gynecol.* 1973. 16:103-115.
- 3) Ferkin GW, Assessment of reproductive risk in nonpregnancy women. *American Journal of Obstetrics and Gynecol.* 1968 - 101:709-717
- 4) Meirik O, Smedby B, and Ericson A. Impact of changing age and parity distributions of mothers on perinatal mortality in Sweden. *International Journal of Epidemiology.* 1979. - 3:361-364
- 5) Swenson I. The effects of fertility on fetal, infant and - child mortality in Bangladesh. *Committee for international-Cooperation in National Research in Demography.* 1983. 1:181.
- 6) Trussell J, and Hammerslough C. Model analysis of the covarriates of infant and child mortality in Sri Lanka. *Demography.* 1984. 1
- 7) Yuckin P, and Baras M. A new approach to assessing the - effect of birth order on the outcome of pregnancy, *Journal of Biosocial Science.* 1983. 15:307-316
- 8) Chen L, Gesche M. Maternal mortality in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning.* 1974. 5:334-341
- 9) Wolfers D, and Scribshaw S. Survival and intervals between pregnancies in Ecuador. *Population Studies.* 1975. 29:479-496
- 10) Trussell J, and Hammerslough. model analysis of the covarriates of infant and child mortality in Sri Lanka. *Demography.* 1983. 20:1-26
- 11) Hoberaft J, Mc Donald, and Rutstein. Child-spacing effects on infant and early child mortality. *Population Index.* 1983. 49:585-618
- 12) Fortney JA and Higgins JE. The effect of birth interval on perinatal survival and birth weight. *Public Health.* 1984. 98:73-83

- 13) De Swoemer C. The influence of child spacing on child - survival. Population Studies. 1984. 38:47-72
- 14) Kleinman JC, Kover MG and Young GA. early neonatal mortality in selected states. American Journal of Epidemiology. 1978. 108:454-469
- 15) World Health Organization . Primary health care. International Conferencé on Primary Health Care. 1978. 6-12
- 16) Taffel S, Factors associated with low birth weight. Government Printing Office. 1980. 21:37
- 17) Popkin B, Bilsborrow R, and Yamamoto M. Breast-feeding - determinates in low-income countries. Medical Antropology 1973. 7:1-31
- 18) Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia. Ginecología y Obstetricia. México, D.F., Francisco Méndez Oteo, 2a. edición; 1979: 147 -163