



**UAEM** | Universidad Autónoma  
del Estado de México



**C.U. VALLE DE CHALCO**

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL PERÍODO  
INTERGENÉSICO CORTO EN GESTANTES DE UN  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE  
MÉXICO 2017**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

***MAESTRA EN ENFERMERÍA PERINATAL***

**P R E S E N T A**

ELDA NELLY PALACIOS CADENA

**TUTOR ACADÉMICO**

Mtro. Adolfo Sánchez González

**TUTOR ADJUNTO**

Dra. Elía Chamorro Vázquez

**TUTOR ADJUNTO**

Dra. María Teresa Cuamatzi Peña

**VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO NOVIEMBRE 2018.**



Valle de Chalco Solidaridad, Edo de Méx. a lunes, 05 de noviembre de 2018

**MTRO. JUAN MANUEL SANCHEZ SOTO  
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA ENFERMERÍA PERINATAL  
DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE CHALCO.**

**P R E S E N T E.**

Por este medio le comunico a usted que la comisión revisora designada para realizar Trabajo terminal de grado denominada: **“FACTORES QUE INCIDEN EN EL PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO EN GESTANTES DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO 2017”**, como parte de los requisitos para obtener el grado académico de Maestría en **Enfermería Perinatal**, que presenta **Elda Nelly Palacios Cadena**, con número de cuenta **1630662** para sustentar el acto de evaluación de grado, ha dictaminado que dicho trabajo reúne las características de contenido para proceder a la impresión del mismo.

**A T E N T A M E N T E**

**Tutor adjunto**

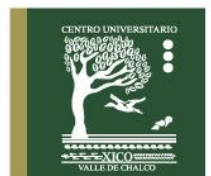
**Tutor Académico**

**Tutor Adjunto**

**Dra. Elia  
Chamorro  
Vázquez**

**Mtro. Adolfo  
Sánchez González**

**Dra. María Teresa  
Cuamatzi Peña**





Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México Lunes, 05 de noviembre de 2018

**ELDA NELLY PALACIOS CADENA  
CANDIDATA A GRADO DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA PERINATAL  
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE CHALCO**

**Presente**

De acuerdo con el Reglamento de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México y habiendo cumplido con todas las indicaciones que la Comisión Revisora realizó con respecto a su trabajo **Terminal de Grado** titulado **“FACTORES QUE INCIDEN EN EL PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO EN GESTANTES DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO 2017”** la Coordinación de la Maestría en **Perinatal** del Centro Universitario UAEM Valle de Chalco concede la autorización para que proceda a la impresión de la misma.

Sin más por el momento, le reitero la seguridad de mi especial consideración y estima.

ATENTAMENTE  
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO  
*“2018, año del 190 aniversario  
de la Universidad Autónoma del Estado de México”*

  
  
**MTRO. JUAN MANUEL SANCHEZ SOTO**  
**COORDINADOR DE LA MAESTRÍA ENFERMERÍA PERINATAL**  
**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM**  
**VALLE DE CHALCO**



## ***Dedicatorias.***

Cuando dejas a Dios fuera de la ecuación, el resultado será siempre incierto. Por eso Dios te doy gracias por mi trabajo terminal de grado, por darme la fe para cumplir este anhelado logro.

A mi madre por ser el pilar más importante, por darme siempre su apoyo incondicional, sin importar nuestras diferencias de opiniones, por estar ahí y nunca irte, te amo.

A mi padre por ser el apoyo en mi carrera, en mis logros, en todo, que aunque no esté tan cerca de mí, lo llevo en mi corazón siempre y que a pesar de nuestras diferencias estoy segura de que está orgullo de la persona en la que me he convertido, te amo.

A mis hermanos gracias a ellos adquirí el don de la paciencia, por siempre estar conmigo, por sus consejos y porque juntos hemos pasado momentos difíciles a pesar de lo diferentes que somos, de los cuales salimos triunfadores, gracias por permitirme seguir en sus vidas los amo.

A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por los conocimientos que me transmitieron durante esta etapa de mi vida profesional.

A todos mis familiares y amigos, que de una u otra manera estuvieron pendientes a lo largo de este proceso, brindado su apoyo incondicional.

Mi agradecimiento a la Universidad Autónoma del Estado de México, que me brindó la oportunidad de hacer mis estudios de maestría y al Hospital Materno Infantil “Miguel Hidalgo y Costilla” que accedieron para que pudiera realizar mi investigación y las personas que me apoyaron, así como las gestantes que aceptaron participar.

A todas las personas que ayudaron directamente o indirectamente, a convertirme en lo que soy ahora.

*Elda Nelly Palacios Cadena.*

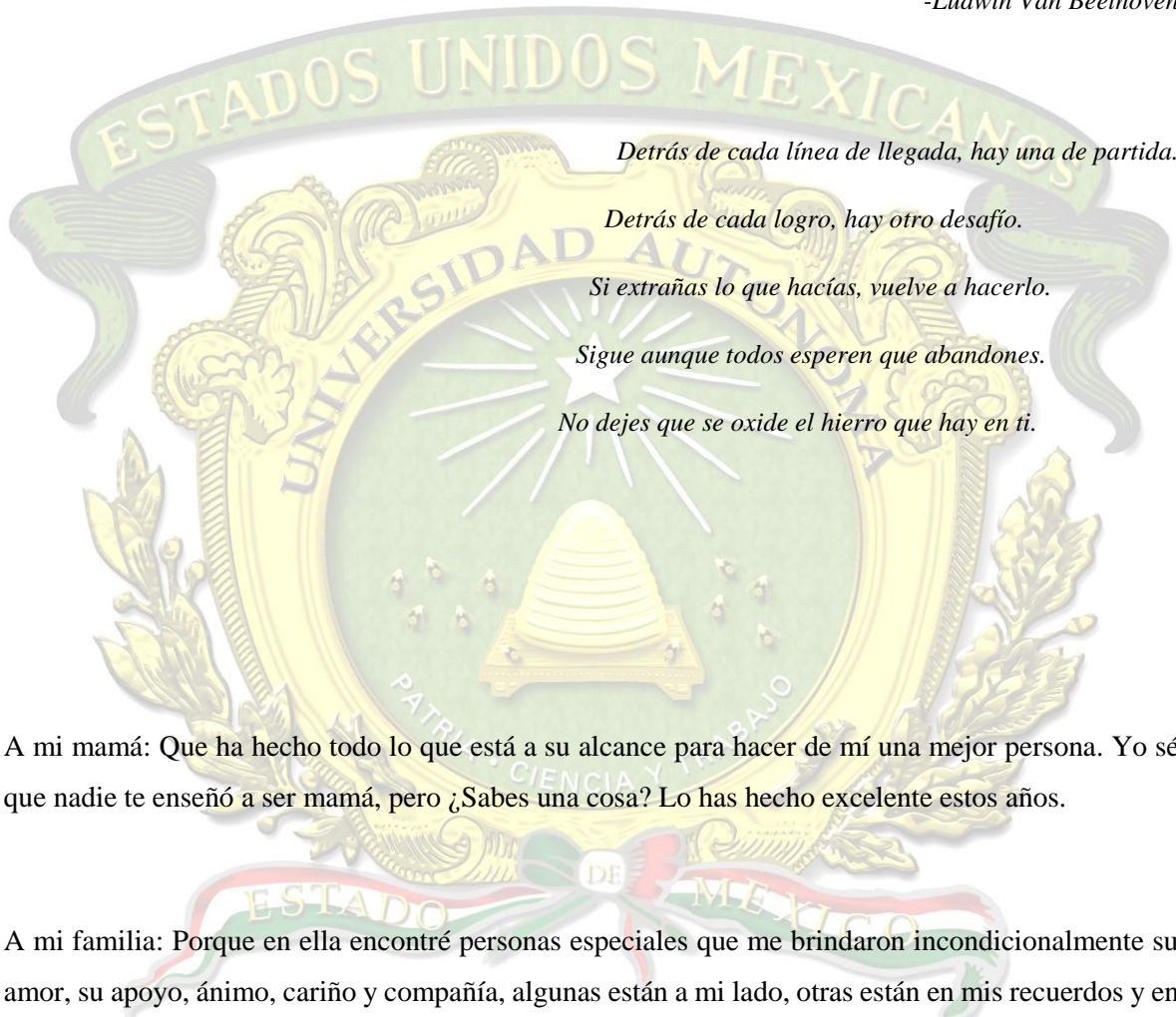
## Agradecimientos.

### A mis padres y hermanos

Quienes algún día me inculcaron:

*“Haz lo necesario para lograr tú más ardiente deseo, y acabarás lográndolo”*

*-Ludwin Van Beethoven*



*Detrás de cada línea de llegada, hay una de partida.*

*Detrás de cada logro, hay otro desafío.*

*Si extrañas lo que hacías, vuelve a hacerlo.*

*Sigue aunque todos esperen que abandones.*

*No dejes que se oxide el hierro que hay en ti.*

A mi mamá: Que ha hecho todo lo que está a su alcance para hacer de mí una mejor persona. Yo sé que nadie te enseñó a ser mamá, pero ¿Sabes una cosa? Lo has hecho excelente estos años.

A mi familia: Porque en ella encontré personas especiales que me brindaron incondicionalmente su amor, su apoyo, ánimo, cariño y compañía, algunas están a mi lado, otras están en mis recuerdos y en mi corazón. Gracias a todos ustedes, que pusieron un granito de arena para hacer crecer mi deseo de superarme.

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL  
PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO EN  
GESTANTES DE UN HOSPITAL  
MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE  
MÉXICO 2017**



## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	ESTADO DEL ARTE.....	7
III.	PLANTEAMIENTO.....	31
IV.	JUSTIFICACIÓN.....	33
V.	OBJETIVOS.....	37
VI.	METODOLOGÍA.....	38
6.1.	Tipo de estudio.....	38
6.2.	Universo.....	38
6.3.	Tipo de muestreo.....	39
6.4.	Muestra.....	39
6.5.	Criterios de Selección.....	39
6.6.	Recolección de datos.....	40
6.7.	Análisis y presentación de los resultados.....	44
VII.	RESULTADOS.....	46
VIII.	DISCUSIÓN.....	82
IX.	CONCLUSIONES.....	91
X.	SUGERENCIAS.....	92
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
XII.	ANEXOS.....	100



## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 “Índice de estrés reproductivo”	21
Figura 1 “Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios”	44
Figura 2 “Número de gestantes sobre rangos de edades de riesgo de período intergenésico corto”	46
Figura 3 “Adaptación psicosocial – edad”	48
Figura 4 “Número de gestantes con hijos vivos”	49
Figura 5 “Adaptación psicosocial – número de hijos vivos”	50
Figura 6 : “Porcentaje de métodos antifecondativos”	51
Figura 7 “Adaptación psicosocial – planificación”	52
Figura 8 “adaptación psicosocial – APEO”	53
Figura 9 “Número de gestantes con adaptabilidad psicosocial de período intergenésico corto”	54
Figura 10 “Adaptación psicosocial – buen momento para quedar embarazada”	55
Figura 11 “Adaptación psicosocial – parto con normalidad”	56
Figura 12 “Adaptación psicosocial – mi madre está contenta con el embarazo ”	57
Figura 13 “Adaptación psicosocial – buen nivel de comunicación pareja”	58
Figura 14 “Adaptación psicosocial – corresponsabilidad en casa de pareja ”	59
Figura 15 “Adaptación psicosocial – temor de daño”	60
Figura 16 “Adaptación psicosocial – complicaciones del parto”	61
Figura 17 “Adaptación psicosocial – decisiones en pareja”	62
Figura 18 “Adaptación psicosocial – aceptación del embarazo”	63
Figura 19 “Adaptación psicosocial – embarazo fácil”	64
Figura 20 “Adaptación psicosocial – ojala no estuviera embarazada”	65
Figura 21 “Adaptación psicosocial – miedo de perder al bebé”	66
Figura 22 “Adaptación psicosocial – afecto por el bebé”	67
Figura 23 “Adaptación psicosocial – estoy feliz con el embarazo”	68
Figura 24 “Porcentaje de estado civil”	69
Figura 25 “Adaptación psicosocial – estado civil”	70
Figura 26 : Porcentaje de escolaridad con período intergenésico corto	71
Figura 27 “Adaptación psicosocial – escolaridad”	72
Figura 28 “Número de gestantes con ocupación en período intergenésico”	73
Figura 29 “Adaptación psicosocial – ocupación”	74
Figura 30 “Número de gestantes con embarazo de la misma pareja en período intergenésico corto”	75
Figura 31 “Adaptación psicosocial – embarazo de la misma pareja”	76
Figura 32 “Porcentaje de religión en período intergenésico corto”	77
Figura 33 “Cálculo de incidencia”	78
Figura 34 “Porcentaje de período intergenésico corto”	79
Figura 35 “Porcentaje de duración de lactancia materna en gestantes con período intergenésico”	80
Figura 36 “Adaptación psicosocial – cocimientos sobre los riesgos”	81





## I. INTRODUCCIÓN.

Se denomina período intergenésico al espacio de tiempo que existe entre el término de una gestación y la siguiente fecundación Barahona y Marín (2014). Este periodo se divide en periodo prolongado y corto, el primero se caracteriza por ser mayor de cuatro años, según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2012) y el período intergenésico corto, es el que tiene una duración menor de 24 meses.

Lo seres humanos por su componente social, poseen rasgos fundamentales y particularmente específicos que permiten una diferencia absoluta de otros seres vivos. Esto obliga a enfocar la salud de las gestantes no sólo desde posiciones biológicas, sino considerando las características sociales y dentro de éstas, las psicológicas. Centro Nacional de Información en Ciencias Médicas (CNICM, 2016).

Debido a que se entiende que este periodo genera cambios importantes ya que tras la fecundación, todo el organismo se prepara para el largo proceso durante el cual tendrá que alojar al feto y cubrir sus necesidades metabólicas (Cogollo, 2012). De forma fisiológica, el organismo de la mujer sufre modificaciones anatómicas y funcionales que le permiten, por una parte, crear un espacio en el que el feto se desarrolle adecuadamente y prepararse para el momento del parto y para un postparto en el que tendrá que brindar lactancia y cuidados al neonato. Todas las modificaciones, tanto físicas como psicológicas, que suceden durante la gestación, tienen consideraciones fisiológicas aunque estas generan una severa alteración orgánica, la cual también es influenciada por el entorno social inmediata el apoyo de la pareja, de los padres y la aceptación de la condición de gravidez así como su planificación.



Estructura biológica: Está compuesta por todos los sistemas del ser humano, estos son los sistemas óseo, muscular, digestivo, circulatorio, respiratorio, excretor, reproductor, endócrino y nervioso, los cuales le permiten al ser humano, la existencia, el equilibrio y la salud biológica sus antecedentes y predisposición (OMS, 2014).

Estructura psicológica: Son fenómenos que se asientan sobre los sistemas biológicos (endocrino y nervioso), pero tienen su propia estructura y funcionamiento, y le permite al ser humano actuar y responder ante los cambios del entorno. Asimismo le proporcionan el equilibrio y la estabilidad emocional (OMS, 2014).

Estructura social: El ser humano tiene una naturaleza gregaria, porque necesita estar junto a otros de su misma especie para subsistir, su vida es una interacción permanente con otros individuos. Así mismo durante su existencia el ser humano recibe influencias de la sociedad en que vive, a través de los patrones culturales, las costumbres, la religión y las normas sociales (OMS, 2014).

A nivel fisiológico el tener una gestación sin un intervalo adecuado de recuperación es un riesgo para la gestante y el producto, pues no permite que el cuerpo se recupere del desgaste experimentado con anterioridad, repercutiendo en la salud de la mujer y el feto. Por otra parte la mujer gestante puede presentar un envejecimiento precoz de las células desgastadas, que podría derivar en problemas de diferentes órganos, músculos y el sistema nervioso (Barahona & Marín, 2014).



Se ha evidenciado la necesidad de recuperación del útero y de la madre para permitir que se restauren los recursos nutricionales y la recuperación anatómico-fisiológica, ya que esto interfiere con el crecimiento fetal y la duración de la gestación subsecuente, asimismo como el estrés físico y emocional que existe durante y después de la gestación, que aumenta la morbilidad del neonato (Barahona y Marín, 2014).

Alrededor de 358,000 mujeres fallecen al año, por complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio en el mundo (OMS, 2015). El período intergenésico corto es un factor de riesgo para la morbilidad materno neonatal, el manejar las complicaciones derivadas de este, son muy elevadas socioeconómicamente para el desarrollo humano.

El presente trabajo se encuentra organizado de manera que la primera parte se encuentran introducción, estado del arte, planteamiento de problema, justificación y objetivos ahí se abordan los conceptos organizados que dan sustento a pensamientos, ideas, teorías de quienes han realizado aportes en escritos anteriores para este estudio, así como lo que se quiere lograr con esta investigación.



El siguiente fragmento que lo conforma, es la metodología en donde se encuentra el procedimiento utilizado durante la investigación del presente trabajo. Lo posteriormente explicado se refiere a la aplicación de métodos, técnicas y siguiente a esto se establecen el análisis y presentación de resultados del estudio llevado a cabo.

En la parte final se encuentra contenida la discusión donde se evidencia comparación de fuentes bibliográficas con la intención de profundizar en la información ya existente con respecto a este de estudio, a fin de enriquecer, justificar y proponer alternativas a las propias críticas que se realicen en el desarrollo de la investigación y las conclusiones a las que se llegó durante la realización de la presente.



## II. ESTADO DEL ARTE.

Se denomina período intergenésico al espacio de tiempo que existe entre el término de una gestación y la siguiente fecundación. Barahona y Marín (2014). Este periodo se divide en periodo prolongado y corto, el primero se caracteriza por ser mayor de cuatro años, según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2012) y el período intergenésico corto, es el que tiene una duración menor de 24 meses.

Debido a que se entiende que este periodo genera cambios importantes ya que tras la fecundación, todo el organismo se prepara para el largo proceso durante el cual tendrá que alojar al feto y cubrir sus necesidades metabólicas (Carrera, 2016). De forma fisiológica, el organismo de la mujer sufre modificaciones anatómicas y funcionales que le permiten, por una parte, crear un espacio en el que el feto se desarrolle adecuadamente y prepararse para el momento del parto y para un postparto en el que tendrá que brindar lactancia y cuidados al neonato. Todas las modificaciones, tanto físicas como psicológicas, que suceden durante la gestación, tienen consideraciones fisiológicas aunque estas generan una severa alteración orgánica, la cual también es influenciada por el entorno social inmediata el apoyo de la pareja, de los padres y la aceptación de la condición de gravidez así como su planificación.

La mujer durante la gestación y la lactancia disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, por lo que necesita tiempo para recuperarse y estar preparada para otra gestación, lo anterior explica la alta frecuencia de bajo peso al nacer en estas condiciones. El riesgo en esta circunstancia es tanto como para el que cierra el período intergenésico corto, como para el producto que lo inicio (Carrera, 2016).



Durante la gestación la mujer experimenta diversas modificaciones, ocasionando necesidades de autocuidado y, en ocasiones déficit de autocuidado, que deben ser resueltos o compensados para la mantención de la salud y preservación del bienestar. Para ello las gestantes deben ser motivadas y educadas para realizar acciones de autocuidado, debiendo comprender la naturaleza de la asistencia y los factores que intervienen en la misma. Los requisitos de autocuidado del desarrollo estarían definidos por cambios físicos, psicológicos, y sociales, por lo que las acciones de autocuidado desarrolladas estarán destinadas a promover y mantener la salud, y a mejorar o aliviar los efectos negativos de la etapa vivida (Stassen, 2014).

Los intervalos cortos entre nacimientos estaban asociados en el pasado con la falta de uso de métodos antifecondativos, normas sobre el papel de las mujeres casadas factores sociales y culturales, como creencias, costumbres y área geográfica donde se desarrollaban. Actualmente estos se le adjudican con la falta de acceso a métodos antifecondativos, inadecuada educación para la salud y concientización sobre planificación familiar (Terplan, Cheng & Chisolm, 2013).

Los intervalos intergenésicos son relevantes en sí mismos, y no sólo en relación con el nivel de fecundidad. Por ejemplo, han recibido mayor atención en países en desarrollo, donde el uso de métodos antifecondativos modernos se ha extendido recientemente sin estar aún generalizado y las tasas de mortalidad infantil y materna permanecen altas, lo cual puede estar relacionado con intervalos demasiados cortos (Peñacoba-Puente, 2011). Los intervalos entre nacimientos han sido poco estudiados en comparación con otros aspectos relacionados con la fecundidad. El espaciamiento de los nacimientos constituye también una cuestión importante, puesto que está intrínsecamente ligado a la distancia entre generaciones y, por tanto, al crecimiento de la población (Peñacoba-Puente, 2011). Incluso, se indica que separaciones mayores entre nacimientos pueden tener un efecto positivo en los logros educativos de los hijos.



El riesgo de mortalidad en la primera infancia se incrementa alrededor de un 50% cuando median entre los nacimientos menos de dos años. Una de las mayores amenazas para la salud y el desarrollo de un niño menor de dos años es el nacimiento de un nuevo hermano o hermana. La lactancia materna se interrumpe de forma demasiado brusca y la madre dispone de menos tiempo para preparar los alimentos especiales que requiere un niño pequeño. También es posible que no pueda proporcionar al hijo mayor los cuidados y atenciones que necesita, sobre todo en caso de enfermedad del menor. Como resultado, los niños nacidos con un intervalo de menos de dos años no se desarrollan tan adecuadamente, física o mentalmente, como los que han nacido con dos o más años de diferencia. La mujer necesita dos años para que su organismo se recupere completamente después de una gestación y un parto. Los riesgos para la salud de la mujer aumentan, por tanto, si el tiempo que media entre un parto y la gestación siguiente es demasiado corto. La madre debe concederse el tiempo necesario para recuperar su salud, el estado de su nutrición y sus fuerzas antes de iniciar una nueva gestación. Los hombres deberían ser conscientes de la importancia de un intervalo de dos años entre los nacimientos y la necesidad de limitar el número de gestaciones para proteger la salud de la familia (UNICEF, 2012).

Cuando una mujer se encuentra en estado de gravidez antes de haberse recuperado por completo de su anterior gestación, aumentan las probabilidades de que su nuevo hijo sea prematuro o tenga bajo peso al nacer. Los recién nacidos con un peso demasiado bajo tienen menos probabilidades de desarrollarse adecuadamente, son más propensos a las enfermedades y la probabilidad de que mueran antes de cumplir el primer año de vida es cuatro veces superior que en los niños nacidos con un peso normal (Arango, 2008).



La imposibilidad de obtener opciones anticonceptivas modernas durante el puerperio tardío, expone a las mujeres al riesgo de gestación poco oportuna o no deseada, que frecuentemente concluyen en abortos en condiciones de riesgo por lo que las gestaciones con un período intergenésico corto plantean mayores riesgos para la salud de las mujeres y sus hijos por no tener planificación familiar y la concientización sobre el protocolo a seguir para que el método antifecundativo sea el adecuado (Cunningham, 2011).







## FACTORES BIOPSIICOSOCIALES

Lo seres humanos por su componente social, poseen rasgos fundamentales y particularmente específicos que permiten una diferencia absoluta de otros seres vivos. Esto obliga a enfocar la salud de las gestantes no sólo desde posiciones biológicas, sino considerando las características sociales y dentro de éstas, las psicológicas. Centro Nacional de Información en Ciencias Médicas (CNICM, 2016).

Estructura biológica: Está compuesta por todos los sistemas del ser humano, estos son los sistemas óseo, muscular, digestivo, circulatorio, respiratorio, excretor, reproductor, endócrino y nervioso, los cuales le permiten al ser humano, la existencia, el equilibrio y la salud biológica sus antecedentes y predisposición (OMS, 2014). Durante la gestación se controla la salud de la madre para que el desarrollo del feto sea normal y no se exponga la vida de la mujer, el estrés en la madre aumenta exponencialmente en el feto y se ha asociado con bajo peso del bebé al nacer y con tendencia del niño a ser irritable, inquieto y padecer cólicos. El estrés en la mujer puede provocar vasoconstricción, lo que reduce la circulación sanguínea y produce asfixia fetal. La gestación en los extremos de la edad fértil es un factor de riesgo de morbilidad materna, perinatal e infantil (Maldonado et al., 2008).

La edad ideal reproductiva y el retraso para la maternidad por el estilo de vida actual, en este proceso el hecho de perdida perinatal y la influencia del hecho de que si esperan más tiempo a pesar de las complicaciones que conlleva incluso con una cesárea anterior ya no podrán tener otro hijo, la misma presión que ejerce el hecho de que no sea una gestación de la misma pareja y el riesgo aumenta por todas las enfermedades crónicas añadidas a este grupo de edad.



Estructura psicológica: Son fenómenos que se asientan sobre los sistemas biológicos (endocrino y nervioso), pero tienen su propia estructura y funcionamiento, y le permite al ser humano actuar y responder ante los cambios del entorno. Asimismo le proporcionan el equilibrio y la estabilidad emocional (OMS, 2014). Se ha propuesto que la mujer gestante realiza un trabajo psicológico de adaptación en tres etapas. La primera es: “estoy embarazada”, lo que sólo le pasa a ella y a su cuerpo; la segunda es: “estoy esperando un bebé”, lo que incluye a otro ser distinto de ella y que por ahora está dentro de su cuerpo; y, la tercera es: “estoy esperando un bebé de...” La ausencia total de síntomas y el sentirse “como si no lo estuviera” pueden ser signos de negación psicológica del estado de gravidez. Algunos autores se refieren a la gestación como un periodo crítico o de alta sensibilidad psicológica (Maldonado et al., 2008).

La gestación y el puerperio son dos etapas que generan un importante cambio en la vida de una mujer, en los que de manera adyuvante suceden múltiples modificaciones que originan que la gestante sea más vulnerable a desarrollar desde variaciones en su estado anímico hasta sintomatología psicológica. Por lo cual puede llegar a convertirse en lo que podría ser una experiencia muy positiva y fisiológica o con estresores constantes e incluso de enfermedad (Silva, 2008).

Para que el feto pueda tener un adecuado desarrollo en el útero de la gestante no solamente necesita un cuerpo maternal sano sino también una mente maternal sana. El deseo gestacional es el primer paso para una salud psicológica sana tanto en la mujer como en el producto. Si la madre no experimenta este deseo gestacional hay mayor riesgo para su propio bienestar y el del producto (Macias, 2016).



Uno de los retos más importantes es que en la gestación, la futura madre revive el modelo mental que la mujer tiene de lo que es ser madre, puede estar relacionado estrechamente con sus propias experiencias en la infancia, como hija. Cuando la relación ha estado llena de conflicto o cuando ha existido privación de cuidados maternos durante la infancia, puede haber gran dificultad para hacer la transición a la maternidad. Otra observación psicodinámica frecuente, es que la gestante manifieste un grado de “regresión” emocional. Habrá una tendencia a ser un tanto más dependiente de los demás, sus emociones son más intensas y necesita de mayor apoyo emocional de quienes la rodean. Podría decirse que requiere un cierto grado de cuidados maternos ella misma (Maldonado et al., 2008).

El miedo a la gestación para las mujeres, puede estar influenciado por varios factores, la gestación en su caso puede reactivar memorias traumáticas previas (exploraciones gineco obstétricas, parto, cesárea), las mujeres con experiencias negativas de la gestación o parto anterior expresan más miedo, al igual que las que conocen su situación de riesgo y complicaciones por lo cual son más vulnerables anímicamente (Maldonado et al., 2008).

En el momento del parto, el miedo influye en la experiencia de la gestación, en el proceso de trabajo y la transición a la maternidad. El apego de la madre hacia el descendiente comienza en el momento en el que sabe que está gestando, en ese período se inicia el vínculo emocional y al final de la gestación la preocupación es mayor. La planificación de la gestación por parte de la pareja hace que se presente una preocupación menor, un vínculo adecuado y además tengan menos síntomas psicológicos (Maldonado et al., 2008).



La pérdida perinatal es un proceso que afecta la autoimagen y rol materno condicionando miedo y ansiedad para futuras gestaciones. Las pacientes que vienen de experiencias de pérdidas perinatales muestran mayores niveles de estrés y depresión que aquellas que están tratando de procrear por primera vez. Tras una pérdida perinatal se pueden experimentar tres periodos críticos y las estrategias de afrontamiento del primer período se basan en la búsqueda de una explicación causal y de apoyo social, así como de reevaluar positivamente lo sucedido. Éstas cambian durante el período de búsqueda de gestación, donde se centran en las relaciones sociales, y el trabajo. En el último periodo y más crítico, confirmando la gestación posterior las mujeres recuerdan la gestación anterior con ilusión, donde la posibilidad de un aborto no tenía cabida. En esta nueva gestación existe un balance entre sentimientos positivos de alegría y negativos de miedo, perdiendo la capacidad para disfrutar el momento (Maldonado et al., 2008).



Estructura social: El ser humano tiene una naturaleza gregaria, porque necesita estar junto a otros de su misma especie para subsistir, su vida es una interacción permanente con otros individuos. Así mismo durante su existencia el ser humano recibe influencias de la sociedad en que vive, a través de los patrones culturales, las costumbres, la religión y las normas sociales (OMS, 2014). La situación social de las mujeres limita su acceso a los recursos económicos y a la educación básica y, en consecuencia, todo eso da paso a la incapacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud. Algunas mujeres no tienen acceso a la asistencia sanitaria cuando la necesitan, debido, en ocasiones a prácticas culturales, en otros casos resultados de la no disponibilidad de servicios básicos, como el agua, el saneamiento, la práctica de hábitos saludables y el control de las enfermedades, además de la falta de acceso y utilización de servicios obstétricos (UNICEF, 2012).



## DESGASTE FISIOANATÓMICO DURANTE LA GESTACIÓN

La teoría biológica sustenta que aun cuando las mujeres tengan un entorno socio-afectivo óptimo sucede un desgaste corporal, en la cual explica que los folatos son necesarios para la producción y mantenimiento de nuevas células, cuando no existe un período de recuperación, no hay restauración de los mismos, ni mantenimiento; por otra parte, no se tiene una adecuada vascularidad útero placentaria debido a la poca adaptabilidad vascular que existe por el poco tiempo entre las gestaciones. Fisiológicamente, el tener una gestación sin un intervalo adecuado de recuperación, es un riesgo ya que se presenta un envejecimiento precoz de las células desgastadas, que derivan en problemas de diferentes órganos, músculos y el sistema nervioso, lo que da como resultado las alteraciones tanto en la mujer como en el crecimiento y desarrollo del feto (Brown, 2014). Se ha descrito la existencia de evidencia reciente que la reconoce como una condición que afecta negativamente el desenvolvimiento de la gestación en sus últimas semanas, a través del compromiso de la estructura endometrial que comprometería la adecuada implantación placentaria.

Desde este criterio fisiológico, se ha asumido esta etapa como crucial en la vida de las mujeres, más que psicológico, es decir, sin tomar demasiado en cuenta la dimensión anímica y social en la que se encuentra. En consecuencia, el incremento de la sensibilidad emocional, que se suelen adjudicar a las mujeres en esta etapa, quedan circunscritas a la actividad hormonal, lo cual se justifica porque en efecto, durante la gestación y posparto acontece un cambio de gran impacto en la entidad corporal-fisiológica de las mujeres relativamente independientemente del entorno inmediato (Morales, 2012).



En este ámbito, se han encontrado aspectos importantes durante este proceso, por ejemplo, que un buen estado de nutrición de la gestante no evita que se genere un desgaste de algunas sustancias minerales, además existen a su vez múltiples combinaciones de factores que influyen en la gestación y que repercuten en la formación del feto, como lo es el intervalo intergenésico corto (Morales, 2012).

El proceso de lactancia y el puerperio suelen ser una experiencia difícil para las mujeres, por las demandas del neonato, el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible, por la inseguridad que las mujeres tienen frecuentemente acerca de la manera en que se deben cumplir estas funciones, estas demandas se duplican cuando se tiene a lactantes con intervalos cortos de diferencia en edades (Ramos & López, 2015).

Es evidente el incremento de los requerimientos de folatos durante la gestación, las necesidades de folato aumentan de 8-10 veces debido al desarrollo y crecimiento fetal, de manera que una mujer gestante con aporte nutrimental inferior al recomendado, es incapaz de satisfacer las demandas de folato por lo que aparece la anemia en la segunda mitad del gestación (Brown, 2014). Los folatos están relacionados en las reacciones metabólicas que implica la síntesis del ADN, expresión genética y regulación de genes. La deficiencia de folatos altera estos procesos, lo que conduce a una división celular y formación de tejidos anormales (Brown, 2014). El folato es necesario para la producción y mantenimiento de nuevas células, por lo cual cuando las gestaciones no tienen un adecuado intervalo de restauración, no hay mantenimiento de los mismos.



Los folatos son vitaminas hidrosolubles del complejo de vitaminas B, necesaria para la formación de proteínas estructurales y hemoglobina, si la mujer tiene suficiente ácido fólico en su organismo antes de la gestación, esta vitamina puede prevenir deformaciones en la placenta, que supondrían disminución de las posibilidades de abortos, defectos al nacimiento, prematurez o bajo peso al nacer; en la madre, el riesgo de sufrir trastornos hipertensivos y también permite mantener al útero en óptimas condiciones para la gestación (Brown, 2014).

Asimismo el calcio se necesita primordialmente durante la gestación para la mineralización esquelética fetal y para el mantenimiento de la salud ósea de la madre, se transfieren cerca de 30 g de calcio de la mujer al feto durante la gestación, la demanda fetal de calcio alcanza su máximo en el tercer trimestre, cuando los huesos fetales se mineralizan a grandes velocidades. El metabolismo del calcio cambia de manera importante durante la gestación (Brown, 2014). La absorción del calcio proveniente de manera exógena es decir a partir de la alimentación, aumenta al igual que su excreción por la orina y aumenta el índice de recambio mineral óseo, las necesidades adicionales de calcio en el último trimestre de la gestación, son de alrededor de 300 mg por día y es posible obtener este elemento mediante el aumento de la absorción y liberación del calcio proveniente del hueso. Al parecer, el que se pierde de los huesos, se reemplaza después de la gestación en mujeres con consumo adecuado de calcio y vitamina D (Brown, 2014). El índice inadecuado de calcio se relaciona con aumento de la presión arterial durante la gestación, disminución subsecuente de la remineralización ósea, incremento de la presión arterial en recién nacidos y disminución de la concentración de calcio en la leche materna.





En caso de ingesta deficiente, la cantidad total de calcio materno, almacenado, en su mayoría el esqueleto óseo, es 40 veces mayor de lo necesitado por el feto, con lo que las demandas serán cubiertas a partir de las reservas maternas, en favor del normal desarrollo fetal, por lo que si no se tiene una prórroga de restauración, las reservas disminuyen y aumenta el riesgo de presentar las complicaciones mencionadas con anterioridad (Brown, 2014).

De acuerdo a lo referente al agotamiento de la gestante sugiere que es esencial que transcurra por lo menos 2 años entre el nacimiento de un producto y el inicio de la siguiente gestación para permitir que se restauren los recursos nutricionales de la madre necesarios para llevar a término adecuado la gestación y en cuanto al estrés posparto se dice que el cuidado de un lactante produce estrés físico y emocional que interfiere con el crecimiento del feto y la duración de la gestación subsecuente, es por eso la importancia de la disminución de la incidencia del período intergenésico corto (Silva et al., 2014).



## DESGASTE PSICOLÓGICOS EN LA GESTACIÓN

Leifer, en 1980 descubrió que la gestación, en vez de ser una época de calma y felicidad, para la mayoría de las mujeres, es un periodo difícil y ambivalente, por todos los cambios psicológicos (expectativas, trabajo profesional y libertad personal), así mismo, observó que estos cambios que había durante la gestación y después del parto, estaban muy relacionados con el apoyo emocional y la ayuda que la mujer recibe de su pareja. Por lo general, las mujeres solían experimentar cambios de humor y mostrar hipersomnolia, emesis y ansiedad, en concreto, durante el primer trimestre la ansiedad la causaba la posibilidad de un aborto, el segundo trimestre es la época más positiva a nivel psicológico, se alcanzó la máxima felicidad en donde los temores del aborto fueron disminuyendo, a medida que las mujeres sentían que el feto se movía, produciendo una intensa sensación de alivio al saber que estaba vivo. Durante el tercer trimestre, aumentó la ansiedad ante el dolor en el parto y sobre las posibles malformaciones fetales (Silva et al., 2014).

El estado psicológico de una mujer depende varios factores: que el producto sea deseado, el trimestre de la gestación, la comodidad o incomodidad física y distintos factores sociales como el apoyo hacia ella. El parto supone una conmoción corporal importante, los niveles de estrógenos y de progesterona descienden de forma drástica y la restauración de sus niveles normales y de la menstruación, puede tardar varios meses. Pasando un par de días después del parto, muchas mujeres experimentan tristeza y periodos de llanto, estas oscilaciones pueden variar entre leves a intensas (Silva et al., 2014). En el tipo más leve (la melancolía tras el nacimiento), las mujeres sienten tristeza y tienen periodos de llanto, este estado de ánimo dura entre 24 y 48 horas. Hay que señalar las influencias psicológicas y sociales sobre los síntomas de los periodos de la gestación y posparto, este estrés aumenta cuando el periodo intergenésico es menor de 18 meses (Silva et al., 2014).



Para evaluar el desgaste psicológico debido a la gestación y la lactancia, Harrington en 1983 propone un índice: el de estrés reproductivo, que representa la proporción de tiempo, dentro de la vida reproductiva de una mujer, que ha gestado y practicando la lactancia. Índice de estrés reproductivo = Total de meses de gestación y lactancia x 100/ edad actual - edad a la primera gestación (en meses) (Silva et al., 2014).

La clasificación que resulta de este índice es:

Tabla 1 “Índice de estrés reproductivo”

1 a 20 %	Estrés ligero
21 a 40 %	Estrés moderado ligero
41 a 60 %	Estrés moderado
61 a 80 %	Estrés pesado
81 a 100 %	Estrés muy pesado

Este índice resulta muy útil ya que indica claramente el porcentaje de tiempo durante el cual una mujer ha estado bajo estrés en su vida reproductiva.



En la antigüedad, la palabra “maternidad” no existía ni en griego ni en latín; aunque la función materna estaba muy presente en las mitologías, no era un objeto de atención de una manera importante ni para los médicos ni para los filósofos. En las sociedades rurales y artesanales de la antigüedad y la baja edad media, la prioridad se ubicaba en la renovación de los grupos sociales, de manera que para compensar la elevada mortalidad, se parían muchos hijos, sin períodos de recuperación, por lo cual, no solo no permitían que los cuidados necesarios para el neonato y lactante fueran adecuados debido a gestaciones consecutivas, sino que también existía una elevada mortalidad materna, anuda a la infantil debido a esta situación, sin enfocar la atención de que el problema, era por este comportamiento social. El papel fundamental de la madre era primordial y orientaba todas sus actividades, a los cuidados de los integrantes de la familia, sin dirigir su atención al período de recuperación después del término de las gestaciones, que es el período más delicado, en donde sucedían las muertes maternas. (Nowak, 2013).

Huamaní (2015), realizó una investigación denominada “Asociación del intervalo intergenésico y la morbimortalidad materno fetal, en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2014”, en esta, lograron determinar algunos factores asociados al período intergenésico corto y sus complicaciones, los cuales fueron los siguientes: La edad promedio fue de 24-31 años, con respecto al nivel académico predominó el nivel secundaria, los riesgos de preeclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, hemorragias del tercer trimestre, hemorragia puerperal, anemia, endometritis puerperal y muerte materna, aumentan considerablemente en los intervalos menores a 37 meses, y en cuanto a los resultados fetales, fueron similares a los maternos, ya que hay mayor incidencia de prematuridad, bajo peso y muerte fetal, y se concluyó que existe una mayor morbimortalidad materno- neonatal asociada al intervalo intergenésico menores a 37 meses que en intervalos mayores a 60 meses.



El estudio realizado por Barahona, y Marín (2015), en El Ecuador que tuvo por título: “Características del período intergenésico corto en pacientes atendidas en el Hospital Luis F. Martínez, durante el año 2014”, aborda la frecuencia de período intergenésico corto la cual fue de más del 50%; siendo más habitual en las mujeres: de entre 20-29 años, adolescentes con nivel académico primaria que residían en el área rural y más del 50% no había usado ningún método antifecondativo.

En este mismo sentido el trabajo de (Gaitán L. et al., 2010), llamado: “Factores de riesgo asociados a mujeres con período intergenésico corto”, realizado en Guatemala, menciona la asociación estadísticamente significativa entre una gestación con período intergenésico corto y la primera gestación a una edad menor de 20 años, pacientes y pareja sin nivel de escolaridad, fueron características de gran incidencia en período intergenésico corto. También se observó que el nivel socio-económico, la religión que profesa la paciente y su pareja, el uso de métodos antifecondativos y la edad de la primera relación coital no tiene relación con un período intergenésico corto.

Medina et al. (2012), En México realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer las principales causas de muerte materna del año del 2007 al 2010 en Guadalajara, donde destacaron los siguientes resultados; la edad promedio fue de 26.4 años, dedicándose al hogar la mayoría y estando casadas menos del 50%, siendo residentes de la zona metropolitana más del 60%, eran primigestas 26.6% y con 3 ó más cesáreas 10.2%, encontrando un período intergenésico corto en el 24.5%. La causa de muerte materna más frecuente fue la hemorragia obstétrica con 26.5%, seguida de sepsis con 18.3% y de enfermedad hipertensiva con 16.3%. La vía de terminación de la gestación fue cesárea en 68.5%, habiendo fallecido el 76% de las pacientes que llegaron al servicio de terapia intensiva.



En México, un estudio hecho por Joaquín (2008), llamado factores de riesgo asociados con preeclampsia, reveló una media de 27 años de edad, la mayoría, casada o en unión libre, además de que los factores asociados fueron sobrepeso, obesidad, control prenatal irregular y período intergenésico corto o largo, no se encontró asociación con las edades extremas, la escolaridad ni la paridad.

Por añadidura en un estudio de Franco (2007), que se nombró Evaluación de los pesos específicos de factores de riesgo en el bajo peso al nacer, realizado en Yucatán, México, determinó que un intervalo intergenésico menor a 24 meses, tuvo un 79% de probabilidad de presentar un bajo peso al nacer, en la población estudiada.

También un estudio realizado por Martínez (2014), denominado Factores de riesgo asociados a óbito fetal, pudo determinar que el rango más frecuente para muerte fetal fue de 25 a 30 años con casi el 50%; el grado escolar más frecuente en ambos grupos fue de secundaria; se encontró un 41% de la población con período intergenésico corto, con respecto al control prenatal se encontró que en la mayoría de los casos no tenían un control prenatal adecuado, se encontró una gestación pre término con un 53% seguida de término con un 45%; la presencia de circular de cordón en un 18%; en la resolución de la gestación por parto fue del 85% y 14.7% por cesárea.

Por otro lado en un estudio el cual tiene por título Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México 2016 hecho por (Ojeda et al., 2016) determinó que la ocupación, la escolaridad de la mujer, la escolaridad de la pareja fueron variables asociadas al período intergenésico corto pero el hecho de no utilizar método anticonceptivo se asoció cuatro veces más con el mismo.



A lo largo de la historia, las mujeres en el mundo, han utilizado diversos métodos para espaciar las gestaciones como la lactancia, sin embargo, las mujeres aristocráticas y de clase media no amamantaban sino que contrataban a una mujer como nodriza o les encomendaban esta tarea a sus esclavas, lo cual nos permite entender por qué en varios momentos históricos las mujeres con mayor poder adquisitivo tenían más hijos que las mujeres con menos. En el Siglo XVIII, se empezó a exhortar a las mujeres a que amamantaran a sus propios hijos, lo cual logró reducir la tasa de mortalidad infantil y el número de gestaciones no planificadas (Martos, 2010).

Las mujeres que tenían nodriza para amamantar a sus hijos sabían que si no lo hacían ellas mismas tenían más riesgo de tener una gestación en un período más corto. Pero deseaban tanto estar liberadas de la carga de atender a los neonatos entre una gestación y otra, que pensaban que valía la pena, a pesar del desgaste que este conllevaba o incluso la posibilidad de morir. (Aguayo, 2001). Uno de los desafíos que tuvo que enfrentar Margaret Sanger en su lucha por el derecho de la mujer a utilizar métodos antifecondativos fue el criterio moral que favorecía a los hombres en la sociedad, en cuanto al uso del condón. Los médicos podían “recetar” el uso de condones a los hombres para protegerlos de infecciones de transmisión sexual si tenían relaciones sexuales prenupciales extramaritales. Sin embargo, no podían obtener condones para proteger a sus esposas de gestaciones no planificadas. El uso de las esponjas como método anticonceptivo en el Talmud, recomendaba utilizar una esponja bañada en vinagre si: la mujer era demasiado joven para sobrevivir a una gestación o si la mujer estaba amamantando a un hijo si quedaba en estado de gravidez, ya que iba a tener que destetarlo prematuramente (Arango, 2008).



Como habían tenido menos gestaciones que sus madres y abuelas, muchas mujeres de fin de siglo estaban convencidas de que gracias a las duchas vaginales habían podido limitar la cantidad de hijos que habían dado a luz. En realidad, una de las principales razones por las cuales el número de nacimientos había disminuido era que en esa época había una epidemia silenciosa de infertilidad causada por la enfermedad inflamatoria pélvica (Arango, 2008).

A principios del siglo XX, los médicos rara vez brindaban asistencia alguna a las mujeres en cuanto a las necesidades antifecundativas; al menos no abiertamente. Se esperaba que las mujeres tuvieran tantos hijos como les fuera posible, aun cuando sus vidas corrieran peligro. Era bastante común que los líderes de diversos grupos étnicos y religiosos les imploraran a sus seguidores que se reprodujeran para superar en número a los que no eran como, ellos. (Martos, 2010).

El derecho a planificar la familia se encuentra reconocido explícitamente en el derecho internacional. Además, se sustenta en las garantías internacionales a la vida, a la salud, a la intimidad y a la no discriminación. Este derecho faculta a mujeres y hombres a acceder a toda la gama de métodos antifecundativos, así como a información sobre salud sexual y reproductiva. Las obligaciones del Estado en este ámbito incluyen asegurar el acceso a la antifecundación, protegiendo el derecho a tomar decisiones informadas al igual que la confidencialidad para los y las adolescentes que buscan estos servicios (Arango, 2008).





## PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO Y SUS AFECCIONES MATERNAS Y FETALES

El período intergenésico corto aumenta las posibilidades de estas afecciones, y es la razón por lo cual aumenta mortalidad materno neonatal, por lo cual es importante mencionarlas ya que estas complicaciones disminuyen la calidad de vida tanto de la madre como del neonato, y restringe el desarrollo del país. Estudios realizados en diversos países de América latina han demostrado que mujeres con pequeños periodos entre gestaciones, tienen un mayor riesgo de complicaciones como parto pretérmino, preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, muerte neonatal y restricción del crecimiento intrauterino entre otros (Domínguez y Vigil-De, 2005). Se ha evidenciado que con un período intergenésico menor de dos años no se tiene una propicia vascularidad útero placentaria debido a la disminución en la adecuación vascular que se da a causa del poco espacio entre las gestaciones, y cuanto más corto es el período más pronto termina la gestación, es por eso que se establece que en períodos menores de 6 meses existe riesgo elevado de aborto y en intervalos menores de 2 años el riesgo que la gestación termine antes de las 37 semanas (Domínguez y Vigil-De, 2005).



### Primer trimestre

**Aborto:** El aborto es definido como la interrupción finalización prematura de la gestación de forma natural o voluntaria. En un sentido más amplio, puede referirse al fracaso por interrupción o malogramiento de cualquier proceso o actividad, antes de la semana 20 (Bonilla y Musoles, 2014).

### Segundo trimestre

**Preeclampsia:** Aparición de hipertensión arterial y proteinuria a partir de las 20 semanas de gestación, por defecto de placentación, el cual provoca daño endotelial, y una disminución de prostaciclina el cual actúa como vasodilatador, y existe un aumento del tromboxano que actúa como vasoconstrictor (Bonilla y Musoles, 2014).

**Desprendimiento de placenta normoinserta:** El desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal, Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interfase decidua-placenta (Macías, 2016).

### Tercer trimestre

**Placenta previa:** La placenta se implanta o se desplaza de manera total o parcial en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino. Por lo general ocurre durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre, consecuencia de una mala vascularización de la placenta (Stassen, 2014).



Amenaza de parto pretérmino: La OMS en 2012 lo define como se define como el parto que se produce entre las semanas 28 a 37 del embarazo, y es un problema no sólo obstétrico, sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido incluyendo la muerte que puede ser del neonato o de la mujer.

### Parto y puerperio

Atonía uterina: Es cuando existe un fallo en la instauración de las contracciones del miometrio, por lo que no se producen las ligaduras vivientes de Pinard, la cual se manifiesta por: pérdida hemática visible, útero aumentado de tamaño, taquicardia, agitación, palidez y choque hipovolémico, que pone en riesgo la vida de la mujer (Bonilla, 2013).

Desgarros: se produce en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral. Según su extensión, se clasifica en desgarro perineal de primer grado, cuando afecta solamente a una pequeña parte del periné; de segundo grado, cuando afecta a la musculatura y llega hasta el esfínter externo del ano, y de tercer grado, cuando afecta al esfínter anal (Bonilla, 2013).

Rotura uterina: Es cuando existe la pérdida de integridad de la pared del útero puede darse; de forma activa, es consecuencia de un accidente o intervención. De forma pasiva por hiperdistensión desigual o brusca: La pared uterina, generalmente el segmento uterino inferior, se desgarra o estalla al ser estirada o distendida por el feto (Bonilla, 2013).



## En el producto

Restricción en el crecimiento intrauterino: Término utilizado para describir el retraso del crecimiento del feto, describiendo que su peso esté por debajo del percentil 10 esperado para la respectiva edad gestacional. Se diagnostica cuando el feto es menor a su edad gestacional, por medio de una ecografía durante el control prenatal (Stassen, 2014).

Bajo peso al nacer: El peso corporal insuficiente es considerado una complicación del nacimiento, es definido por la OMS en 2012 como un peso corporal de menos de 2.5 kilogramos al nacer, que se debe en la mayoría de los casos por crecimiento lento durante el desarrollo prenatal, el nacimiento antes de las 36 semanas de gestación o ambas.

Óbito: Muerte del producto de la fecundación durante la gestación, quedando luego retenido un tiempo más o menos variable, en la cavidad uterina. Incluye muertes antes de comenzar el trabajo de parto y durante el mismo; y el que afecta a fetos con un peso de 500grs o más cuando se desconoce la edad gestacional (Carrera, 2016).

Cuando la gestación está dentro de un período intergénésico corto, la reserva de micronutrientes no está completamente restaurada post-parto previo, lo cual puede culminar en síndrome de depleción materna y falta de regulación hormonal y conllevar a consecuencias maternas, fetales y perinatales. Este síndrome de depleción se ve acentuado en pacientes que llevan a cabo lactancia exclusiva entre gestaciones (Martos, 2010).



### III. PLANTEAMIENTO.

A nivel fisiológico el tener una gestación sin un intervalo adecuado de recuperación es un riesgo para la gestante y el producto, pues no permite que el cuerpo se recupere del desgaste experimentado con anterioridad, repercutiendo en la salud de la mujer y el feto. Por otra parte la mujer gestante puede presentar un envejecimiento precoz de las células desgastadas, que podría derivar en problemas de diferentes órganos, músculos y el sistema nervioso (Barahona & Marín, 2014).

Debido a esto López et al. (2012) En una investigación realizada en México, estableció que el período intergenésico corto, aumenta la probabilidad de que se presente preeclampsia, con intervalos iguales o menores a 24 meses la frecuencia alcanzó el 34.5% de los casos analizados, un porcentaje alto comparado con los demás factores estudiados, en tanto que Medina et al. (2013) en Guadalajara, determinaron que un 24.5% de los casos de muertes maternas tenían antecedente de intervalo intergenésico corto. Asimismo en un estudio hecho por Mignini et al. En Colombia, estimaron que un período intergenésico reducido aumentó las probabilidades de muerte neonatal.

Por su parte, Caffo (2009) Perú, en su trabajo Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Trujillo. Marzo 2008-Abril 2009, evidenció que un intervalo intergenésico menor de 18 meses está asociado con un incremento significativo de parto pretérmino. Así mismo, (Merklinger et al., 2015) En un estudio en El Ecuador, determinaron que un período intergenésico corto se asoció con un bajo peso al nacer, en tanto que En Chile Bujold et al. (2002) establecieron que en estos casos, un período intergenésico menor o igual a 24 meses multiplica por 3 los casos de rotura uterina, que puede producir la muerte fetal y de la gestante; igualmente una investigación de Stamillo et al. (2007) mencionan que los intervalos de 18 meses o menos se acompañaron con desgarros uterinos hasta rupturas uterinas.



Se ha evidenciado la necesidad de recuperación del útero y de la madre para permitir que se restauren los recursos nutricionales y la recuperación anatómo-fisiológica, ya que esto interfiere con el crecimiento fetal y la duración de la gestación subsecuente, asimismo como el estrés físico y emocional que existe durante y después de la gestación, que aumenta la morbilidad del neonato (Barahona y Marín, 2014,).

El período intergenésico corto, aumenta el riesgo de morbilidad en la etapa gestacional y neonatal que, en consecuencia resulta en problemas socioeconómicos graves. La identificación de los factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales para la salud perinatal, son de vital importancia y permite la oportunidad de que se detecten y condiciona su corrección para favorecer la gestación, el parto y el desarrollo adecuado de los primeros años de vida, con el mínimo de riesgos, que tendrá un impacto social de desarrollo, cognoscitivo, emocional y económico, reflejado en una mayor productividad para el crecimiento del país.

Se han estudiado los efectos que el periodo intergenésico corto causa, tanto en la mujer en estado de gravidez como en el producto, en cambio no existe información específica, sobre los factores que lo desencadenan en esta situación geográfica de la población.

Así es cómo surge la pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que inciden en el período intergenésico corto en gestantes de un hospital materno infantil?



#### IV. JUSTIFICACIÓN.

Alrededor de 358,000 mujeres fallecen al año, por complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio en el mundo (OMS, 2015). El período intergenésico corto es un factor de riesgo para la morbilidad materno neonatal, el manejar las complicaciones derivadas de este, son muy elevadas socioeconómicamente para el desarrollo humano. La morbilidad materna tiene repercusiones para toda la familia y un impacto que reaparece a través de las generaciones. Las complicaciones que causan las defunciones y las discapacidades de las madres traen enormes consecuencias sobre los niños. Los datos indican que los lactantes que pierden a sus madres en las primeras seis semanas de vida tienen más probabilidades de morir antes de cumplir dos años que aquellos cuyas madres sobreviven. Adicionalmente, por cada mujer que muere durante la gestación o el parto, 20 sufren lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades (UNICEF, 2012). En relación con lo anterior, en el estudio “Espaciamiento Óptimo entre Nacimientos”, evidenció que cuando se tiene un intervalo menor a 14 meses entre el término de una gestación e inicio de la siguiente, aumenta en un 25% el riesgo gestacional (Conde, 2013).

En América Latina (OMS, 2014), hay una necesidad insatisfecha en cuanto al espaciamiento entre gestaciones, en mujeres posparto esta se encuentra elevada, ya que el 98% de las mujeres, no desea que se presente otra gestación dentro de los dos años posteriores al parto, aunado a lo anterior, el conocimiento de al menos un método antifecondativo es prácticamente universal entre la población femenina en edad reproductiva, no obstante solo el 72.5% de las mujeres después del parto utilizan alguno (OMS, 2014).

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional estimó que un intervalo intergenésico corto aumenta las posibilidades de las principales causas de complicaciones en el período perinatal como preeclampsia, eclampsia y



hemorragia posparto (OMS, 2014). Por lo cual, las gestaciones con esta condición plantean mayor incidencia en las anomalías de inserción placentaria y por consiguiente el riesgo de desencadenar un parto prematuro, predisponiendo un desencadenante para las principales causas de muerte materna evitables en México, las cuales son: abortos, enfermedades hipertensivas en el gestación y hemorragias en el periodo perinatal y de morbi-mortalidad en el neonato como es la prematurez que conlleva otras complicaciones para el recién nacido (OMS, 2014).

Esto tiene tal impacto que disminuir su incidencia es uno de los objetivos del Programa de Acción Específico de Salud Materna Perinatal 2013-2018, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud, dentro de las estrategias la 2.2 es contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo impulsando el acceso a métodos anticonceptivos, respetando la libre decisión de las mujeres, y dentro de las líneas de acción 2.2.1 favorecer el acceso de métodos anticonceptivos efectivos en mujeres con enfermedades que incrementan riesgos en el embarazo, 2.2.2 promover acciones efectivas en el embarazo y el postparto para acceder a métodos anticonceptivos acordes a su condición. el cual está diseñado para contribuir y ampliar las oportunidades de cursar la gestación, el parto y el puerperio de una manera segura; en él se mencionan acciones ineficaces para lograr la disminución del período intergenésico corto, como es la antifecundación pos evento obstétrico, donde el más utilizado en este programa es el dispositivo intrauterino inmediato al alumbramiento, que resulta poco efectivo; ya que se demostró en un estudio realizado por la OMS, donde se practicaron inserciones de 3 tipos de DIU inmediatamente después de la expulsión placentaria, y se reveló una tasa elevada de expulsión, también es importante mencionar la experiencia de Profamilia, organización afiliada a la Federación Internacional de Planificación Familiar de Colombia, en la inserción del DIU inmediatamente posterior al parto el 44.8 % de





las mujeres lo expulsaron dentro de los 30 primeros días. La OMS en el 2014 propone como período ideal para la inserción de los DIU, independientemente de su tipo, pasadas las 4 semanas por el estado de involución uterina y el concientizar sobre las revisiones del mismo para ser efectivo.

Es importante mencionar que haciendo referencia al artículo 4° constitucional, donde señala que todos los individuos tienen el derecho a decidir de una manera libre, responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos, así como el derecho específico de disponer de servicios de planificación familiar, considerado como parte de los derechos reproductivos ya que también deben tener la información necesaria para ello y por consiguiente el acceso de los recursos para lograrlo (Palma, 2015). De acuerdo a lo anterior adquiere una dimensión significativa la prevención del período intergenésico corto, tomando en cuenta que se debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo como acciones prioritarias dentro del país, ya que la atención dentro de los primeros años de vida, tiene un impacto cognoscitivo emocional, reflejado en el desarrollo de la población (OMS, 2014).

Se demostró que un período menor de 2 años, incrementó 40% los nacimientos pretérmino, en 61% el bajo peso al nacer, en el 26% fetos con retardo del crecimiento intrauterino, cuando el intervalo intergenésico fue menor de 6 meses en relación a periodos de 18-23 meses. En países con altas tasas de natalidad promover el espaciamiento de los nacimientos podría reducir en un tercio las muertes maternas y en un 10% la mortalidad infantil (OMS, 2014).



Por lo anteriormente expuesto, es necesario investigar los factores que influyen en las mujeres de esta población que presentan gestaciones con período intergenésico corto, ya que esto podrá impactar en planes de control perinatal y programas encaminados a prevenir estas gestaciones, englobando la parte biopsicosocial y por consiguiente en el mejoramiento de la salud materno infantil, por otra parte la investigación ayudará a contrastar los datos obtenidos con los encontrados en otros países.



## V. OBJETIVOS.

### OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores que inciden en el período intergenésico corto, en gestantes que acuden a un hospital materno infantil del oriente del Estado de México.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características biopsicosociales de la gestante, asociadas al período intergenésico corto.
- Asociar las características biopsicosociales de la gestante, al período intergenésico corto.



## **VI. METODOLOGÍA.**

### **6.1. Tipo de estudio.**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, “la recolección de datos fue en la medición numérica y el análisis estadístico que estableció factores de comportamiento” (Sampieri, 2013), es analítico, “debido a la prospección que permitió las relaciones entre el estado de salud y otras variables” (Gómez, 2010) y transversal. “porque está diseñado para medir la incidencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico del tiempo y no involucra seguimiento” (Tamayo, 2012).

### **6.2. Universo.**

Gestantes que acuden a la consulta prenatal, en un Hospital Materno Infantil del oriente del Estado de México.

#### **Población.**

La población es de 557 gestantes que acuden a la consulta prenatal, en un Hospital Materno Infantil del oriente del Estado de México.



### 6.3. Tipo de muestreo.

El muestreo a utilizar fue por conveniencia; “es una técnica de muestreo no probabilístico donde las personas son seleccionadas dada la fácil accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (Ávila, 2016).

### 6.4. Muestra.

La muestra la constituyó 89 mujeres gestantes que acudieron a consulta prenatal en un Hospital Materno Infantil del oriente del Estado de México, con un nivel de confiabilidad del 90% y margen de error del 5%, fórmula para población finita (Lerma, 2016).

### 6.5. Criterios de Selección.

- **Criterios de Inclusión:**
  - Fueron mujeres gestantes con período intergenésico corto.
  - Quienes aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.
- **Criterios de Exclusión:**
  - Que decidieron no participar.
  - Gestantes con período intergenésico mayor a dos años.
- **Criterios de Eliminación:**
  - Instrumentos mal requisitados e incompletos.



## 6.6. Recolección de datos

La presente investigación, está basada en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en seres humanos (Última Reforma DOF 02-04-2014), aplicando los artículos 13 y 16 del capítulo I, que garantizan la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, ya que se protegió la privacidad del individuo, no dando información a personas ajenas a esta investigación, de igual manera garantizándoles que los datos no se publicarán individualmente si no en grupo. También se manejaron los artículos 14 y 20 del capítulo II, ya que se solicitó un consentimiento informado, el cual fue firmado por las personas a estudiar y se respetó su libre elección, el artículo 17 fue utilizado, porque al llevar a cabo la investigación, no se dañó a la parte estudiada de la población y para finalizar se retomó del capítulo 4, las especificaciones sobre investigación en mujeres en edad fértil, gestantes, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos.

Se llevó a cabo con un formulario y un instrumento, de los cuales el primero de ellos, recolectó las características biológicas y sociodemográficas que es denominado “Historia Clínica Perinatal” desarrollada y validada por método Delphi en el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS/OMS) (APÉNDICE D). Este formulario muestra una serie de módulos de información que identifica características biológicas y sociales que determinan el grado de riesgo durante la gestación, se divide en tres apartados, con las siguientes características.

La primera es la “Identificación de la gestante”, que contiene los siguientes ítems: Nombre, edad, religión, grado de estudios, estado civil, ocupación, está conformado con preguntas abiertas.



El segundo apartado se denomina “Antecedentes familiares, personales y obstétricos” y contiene los mencionados datos; compuesto por preguntas politómicas, dicotómicas y abiertas.

Y el tercer apartado nombrado “gestación actual”, donde se registran los siguientes datos: el peso previo a la gestación, talla, fecha probable de parto, exploración normal (odontológico/mamas/cérvix), examen general de orina (para búsqueda de bacteriuria), grupo sanguíneo, realización de papanicolaou y colposcopia, ELISA acrónimo del inglés Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay para la detección de anticuerpos para el virus de inmunodeficiencia humana, prueba de detección de sífilis y consumo de hierro y ácido fólico; este apartado también está compuesto de preguntas politómicas, dicotómicas y abiertas.

El segundo instrumento, denominado Cuestionario de Autoevaluación Prenatal (PSQ por sus siglas en inglés), desarrollado por Regina Lederman en 1996 y traducido al castellano para una investigación de Armengol (2007), este con un número de ítems en 42 en total para dar mejor consistencia interna, midió las características psicosociales de la gestante, todos los ítems del cuestionario se valoran en una escala Likert de cuatro puntos 1-4, con una fiabilidad de .90 medida por Alfa de Cronbach (APÉNDICE E).

El PSQ, evalúa seis dimensiones psicosociales las cuales son:

“Aceptación de la gestación”, caracterizada por las respuestas adaptativas al hecho de estar en período gestacional compuesta por 5 ítems.

“Identificación con el rol materno”, caracterizada por la motivación para la maternidad y el desarrollo del vínculo materno compuesta por 4 ítems.



“Calidad de la relación con la madre”, que incluye la disponibilidad de la abuela (madre de la gestante) y de la mujer durante su proceso de gestación compuesta por 9 ítems.

“Calidad de la relación con la pareja”, que incluye el interés de la pareja por las necesidades de su pareja como futura madre y su ajuste al nuevo rol paterno compuesta por 8 ítems.

“Preparación al parto”, caracterizada por las conductas preparatorias como asistir a clases prenatales compuesta por 7 ítems.

“Preocupación por el bienestar propio y del producto”, que incluye la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto compuesta por 9 ítems.

El instrumento califica la adaptación psicosocial de la siguiente manera: tiene una puntuación mínima de 42 puntos y una calificación máxima de 168, se toma como media 84 puntos, lo que esté igual o por arriba, lo califica como mayor adaptación psicosocial a la gestación y entre más alta sea la calificación, es más deficiente la adaptación.

- 42 a 84 puntos: mayor adaptación psicosocial.
- 85 a 168 puntos: deficiencia en la adaptación psicosocial.





El presente estudio se realizó en un Hospital Materno Infantil del oriente del Estado de México, este proceso requirió un oficio de autorización (APÉNDICE B) , con el jefe de enseñanza de esta institución, a quien se les expuso el objetivo de la investigación y las condiciones éticas tomadas en cuenta para su realización; después de ser aprobados los procedimientos; se llevó a cabo del 1 de Julio al 31 de Agosto de 2017, de lunes a viernes con un horario de 8:00 a 15:00 horas; tales días fueron destinados para invitar a la población femenina que reuniera los requisitos para participar en dicha investigación.

Se hizo entrega del consentimiento informado (APÉNDICE C) a las gestantes que decidieron participar en la investigación, explicándoles los puntos ahí descritos, una vez obtenido el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autorizó su participación se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos ya descritos.



## 6.7. Análisis y presentación de los resultados.

El análisis de datos se realizó a través de la estadística descriptiva, los cuales fueron representados en cuadros, gráficas, medidas de incidencia y medidas de asociación con razón de momios, la cual está constituida en tablas estándares de contingencia, mediante la utilización Excel y Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales 21.0 (SPSS por sus siglas en inglés).

La razón de momios, razón de oportunidades o razón de probabilidades, es una medida estadística utilizada en estudios epidemiológicos transversales. En términos formales, se define como la posibilidad de que una condición de salud o enfermedad, se presente en un grupo de población frente al riesgo de que ocurra en otro. En epidemiología, la comparación suele realizarse entre grupos humanos que presentan condiciones de vida similares, con la diferencia de que uno se encuentra expuesto a un factor de riesgo, mientras que el otro carece de esta característica. Por lo tanto, la razón de momios o de posibilidades es una medida de tamaño de efecto (Prieto & Herranz, 2014). Para mostrar la definición de la razón de momios, se hace referencia a la tabla estándar de 2x2.

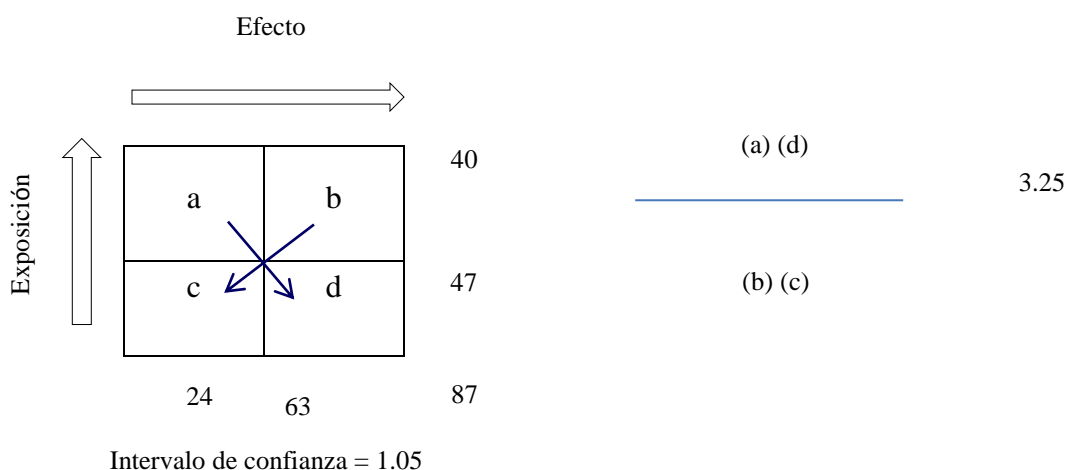


Figura 1: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios  
Fuente: Prieto & Herranz, 2014



De manera que el odds ratio (OR), (odds de exposición en los casos/odds de exposición en los controles), indica el riesgo relativo de incidencia de la enfermedad en las personas expuestas/incidencia de la enfermedad en las personas no expuestas. Se presenta el fundamento anterior para transmitir una efecto del porqué, el odds ratio obtenido a partir de un estudio transmite información sobre la fuerza de asociación entre la enfermedad y la exposición (Prieto & Herranz, 2014).

Cuando calculamos el Riesgo Relativo, debemos expresar si dicho riesgo es diferente de 1. Si al construir el 95% del intervalo de confianza, el intervalo no incluye el valor 1, concluimos que el riesgo es estadísticamente significativo  $p < 0.05$ . Si el 99% del intervalo de confianza no incluye el valor 1, el riesgo relativo es significativo  $p < 0.01$ . Si el riesgo relativo fuese menor de 1 y su intervalo de confianza también, estaríamos ante la presencia de un factor de protección (Prieto & Herranz, 2014).

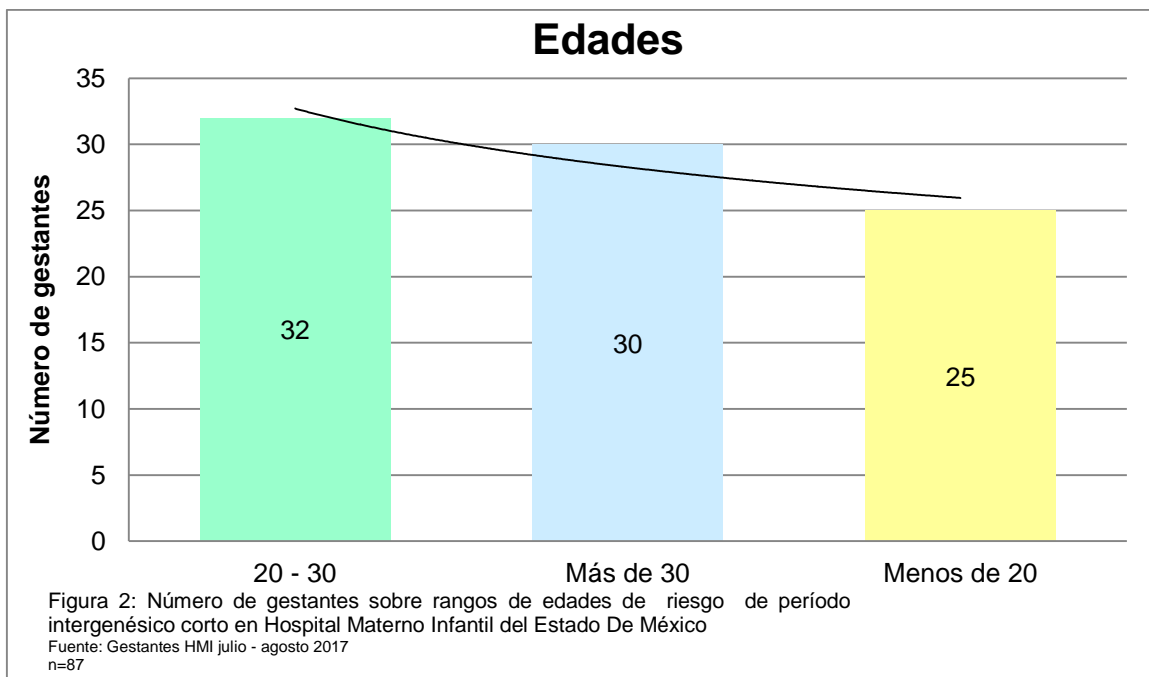


## VII. RESULTADOS.

Para el análisis de resultados, se tomó una muestra de 87 gestantes que cumplieron los requisitos, 2 fueron eliminadas de acuerdo a los criterios de eliminación, ya que el instrumento psicosocial fue mal requisitado.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

### FACTORES BIOLÓGICOS





La figura número 2 muestra que el 63% de las gestantes con período intergenésico corto pertenecen al grupo de edad con riesgo obstétrico y sólo el 37% pertenece a la clasificación de edad apropiada para reproducción, esto lleva a una relación entre la edad ideal reproductiva y el retraso para la maternidad por el estilo de vida actual y el periodo intergenésico corto interviniendo en este proceso de pérdida perinatal y la influencia del hecho de que si esperan más tiempo a pesar de las complicaciones que conlleva incluso con una cesárea anterior ya no podrán tener otro hijo, la misma presión que ejerce el hecho de que no sea una producto de la misma pareja y el riesgo aumenta por todas las enfermedades crónicas añadidas a este grupo de edad.



## Adaptación psicosocial- edad

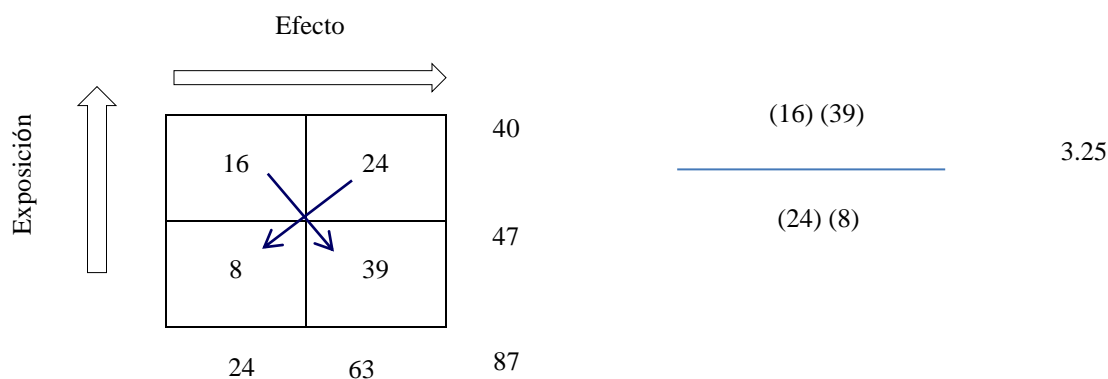
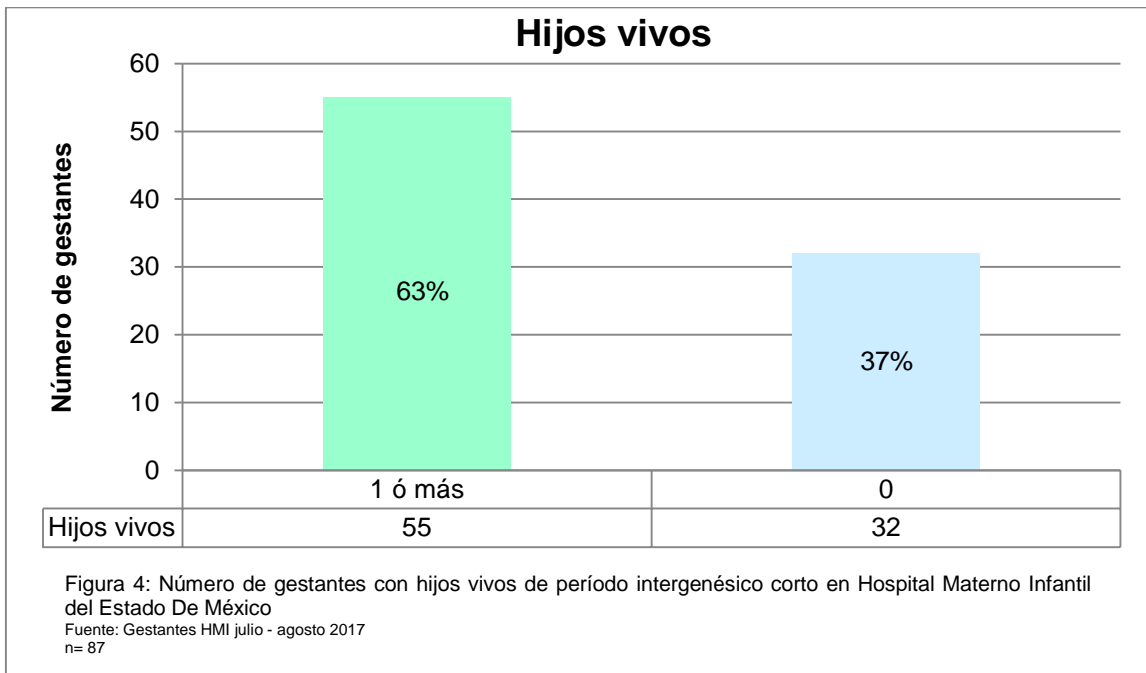


Figura 3: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial – edad"  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

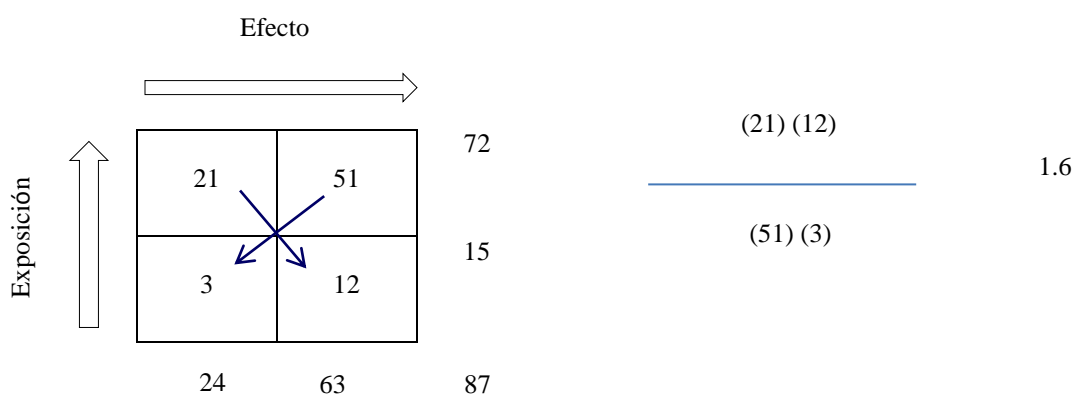
Las mujeres que se encuentran en edad de riesgo gestacional tomando en cuenta el rango de edad como menos de 20 o más de 30 años tienen 3.25 veces menos adaptación psicosocial que las gestantes que se encuentran en el rango de edad de 20 a 30 años, como lo muestra la figura 3, Esto tomando en cuenta que el periodo reproductivo ideal de la mujer se encuentra entre los 20 a 30 años, ya que 10 a 19 años se considera adolescencia y las gestaciones son clasificadas como de alto riesgo, pues la mujer no está en condiciones físicas y psicológicas para poder llevar a cabo la gestación de manera recomendable, en cuanto a las gestaciones efectuadas después de los 30 años se categoriza como una paciente de riesgo obstétrico con la fundamentación de que los óvulos se van deteriorando con la edad, esto aumenta las probabilidades de tener una alteración cromosómica y por lo tanto abortos espontáneos. Por lo que a pesar de que el rango de edad considerado de alto riesgo se encuentra en diferentes etapas de la vida, estas condiciones no permiten que tengan una adecuada adaptación psicosocial durante la gestación.



Como se muestra en la figura 4. Es mayor el porcentaje de las pacientes con período intergenésico corto con antecedente de pérdidas gestacionales que las pacientes que no tienen ese antecedente, debido al proceso por el cual están atravesando y su mecanismo psicológico de compensación no permite que se dimensionen los riesgos que conlleva una gestación inmediata.



## Adaptación psicosocial – número de hijos vivos



Intervalo de confianza = 1

Figura 5: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial – número de hijos vivos"

Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes con antecedente de pérdida del producto de la gestación tienen 1.6 menos adaptación psicosocial, como lo muestra la figura 5, por lo cual que exista una pérdida gestacional no permite que exista una concientización de las complicaciones de esta circunstancia por la situación psicológica en la que se encuentra, desconociendo el hecho de que no tener un adecuado periodo de recuperación aumenta el riesgo de que se produzca un aborto o una gestación que no llegue a término. En esta nueva gestación existe un balance entre sentimientos positivos y negativos, perdiendo la posibilidad para disfrutar el período ontogénico.





## MÉTODOS ANTIFECUNDATIVOS

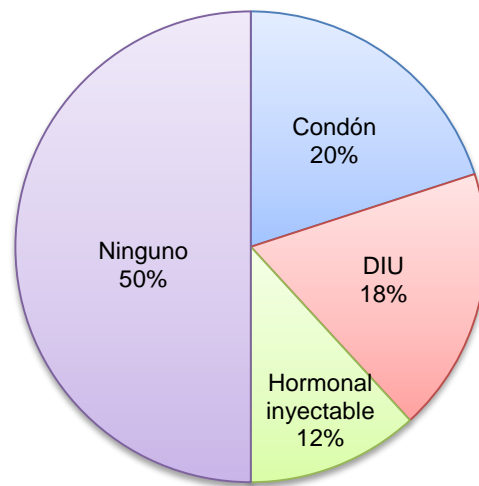


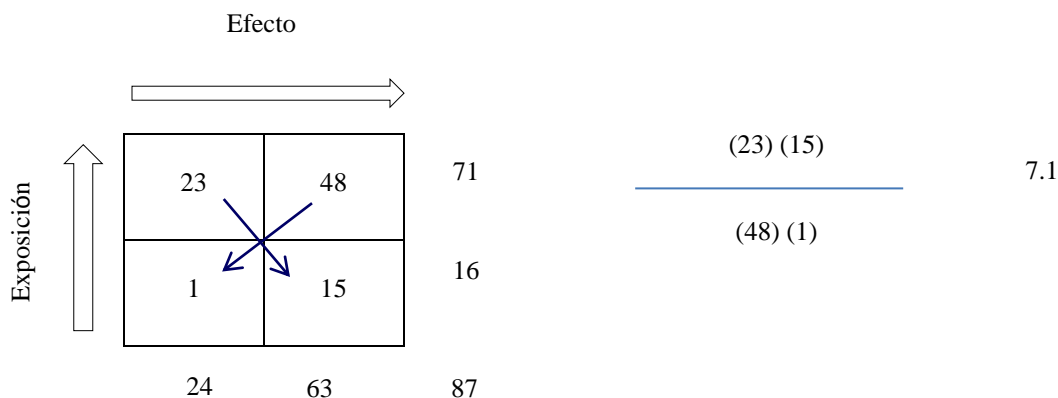
Figura 6: Porcentaje de métodos anticonceptivos utilizados en gestantes con período intergenésico corto en Hospital Materno Infantil del Estado De México

Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017  
n=87

En la figura número 6 se muestra que el 50% de las gestantes con período intergenésico corto, no utilizaron algún método anticonceptivo de ese 50% el 32% deseaban tener otro hijo en un intervalo corto, y en cuanto a las mujeres que lo utilizaron mencionaron que este no tuvo el efecto deseado sin embargo no siguieron las recomendaciones de revisiones del método para que este fuera efectivo en el caso del hormonal inyectable el 12% que lo utilizó siguiendo las indicaciones de manera correcta para su uso no tuvo la efectividad deseada.



## Adaptación psicosocial - planificación de la gestación



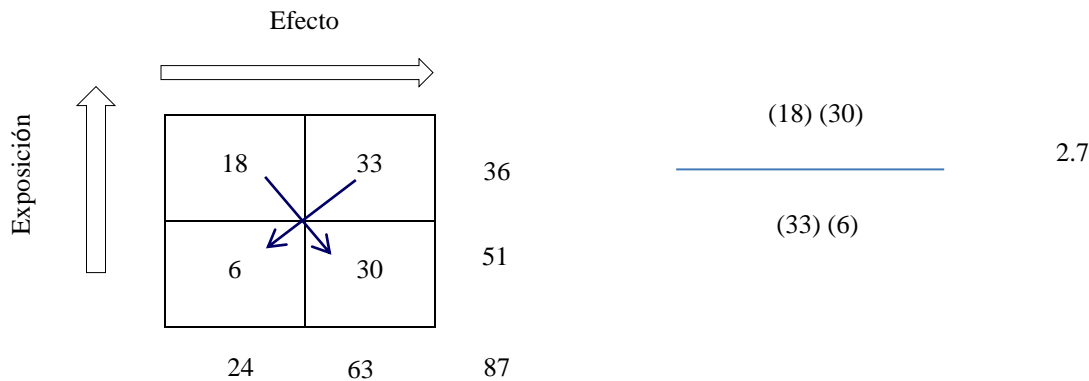
Intervalo de confianza = 2.76

Figura 7: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial – planificación"  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las mujeres que planificaron su gestación tienen 7.1 más adaptación psicosocial que las gestantes que no planificaron su gestación, esto tiene que ver con que el instrumento mide variables como la aceptación de la gestación el momento adecuado, así como el apoyo y los miedos durante este proceso, la planificación de la gestación por parte de la pareja hace que se presente una angustia menor, un vínculo adecuado y además que se presenten menos síntomas psicoemocionales, como se muestra en la figura 9.



## Adaptación psicosocial – método de control de la fertilidad



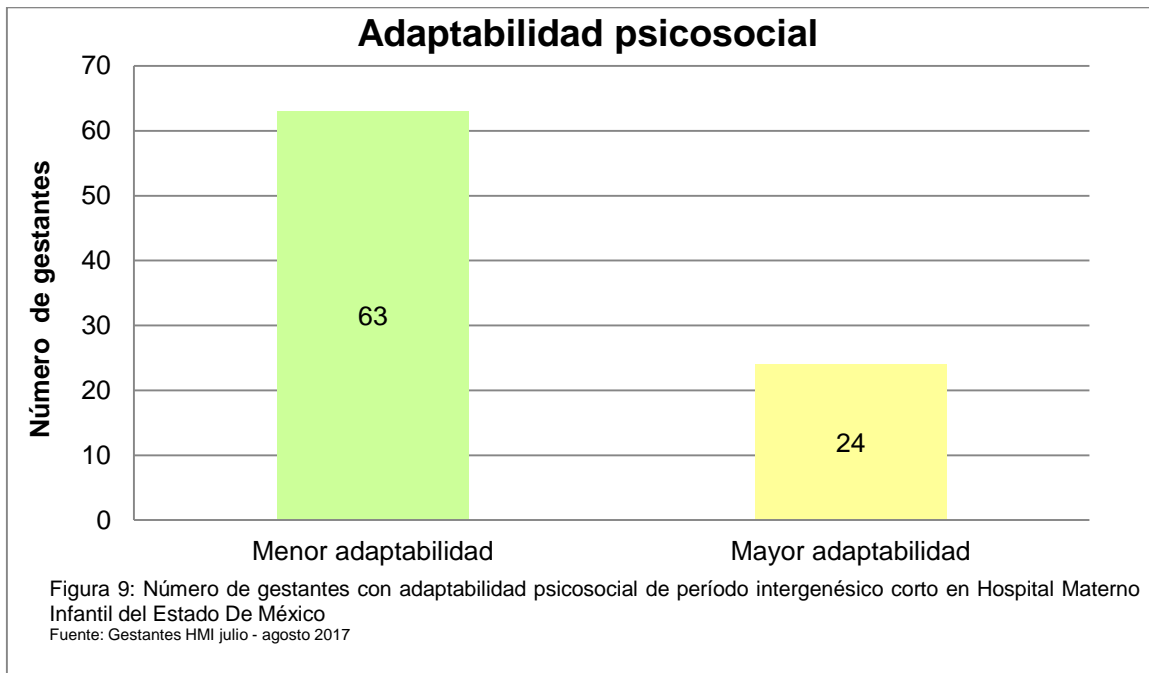
Intervalo de confianza = 1.065

Figura 8: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial – APEO"  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes que ya tienen los conocimientos sobre los riesgos y decidieron algún método antifecondación inmediata al evento obstétrico tienen 2.7 menos adaptación psicosocial, que las mujeres que no decidieron ninguno de los métodos debido a que el entender el los riesgos genera miedo e inseguridades, por lo cual están más conscientes del riesgo de su situación y tomaron la decisión, que es una de las dimensiones que califica el instrumento psicosocial. La imposibilidad de obtener opciones antifecondativas durante el puerperio tardío, expone a las mujeres al riesgo de gestaciones poco oportunas o no deseados, que frecuentemente concluyen en abortos en condiciones de riesgo por lo que las gestaciones con un período intergenésico corto plantean mayores peligros para la salud de las madres y sus hijos por no tener concientización sobre el protocolo a seguir para que el método antifecondativo sea el adecuado.



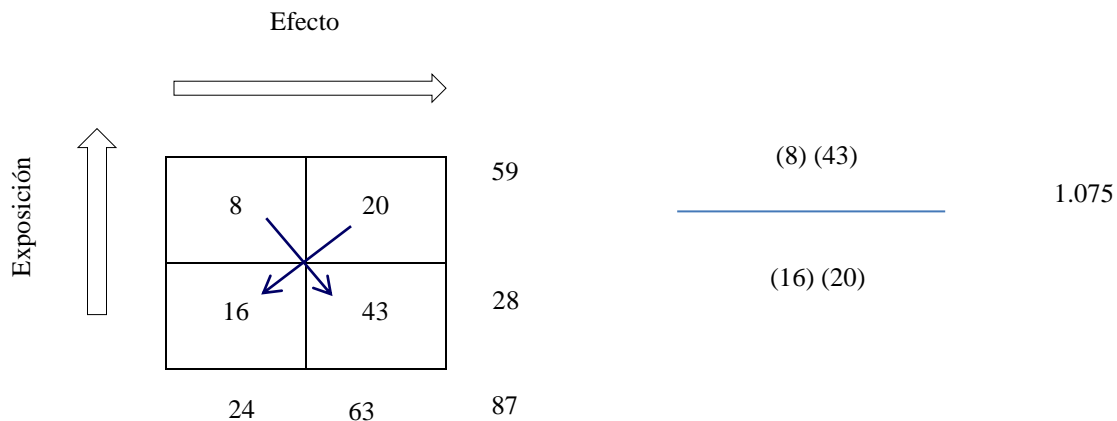
## FACTORES PSICOSOCIALES



63 gestantes que equivale al 72% tienen una menor adaptabilidad psicosocial, esto debido a que el mayor porcentaje de las pacientes tienen factores de riesgo coadyuvante al del período intergenésico corto y también el entendimiento de las complicaciones para el binomio, comparada al 28% de las gestantes que tienen una mayor adaptabilidad. La gestación y el puerperio son dos etapas que tienen un importante giro en la vida de una mujer, en los que de manera adyuvante suceden múltiples modificaciones que originan que la gestante sea más vulnerable a desarrollar desde variaciones en su estado anímico hasta sintomatología psicológica. Por lo cual puede llegar a convertirse en lo que podría ser una experiencia muy positiva y fisiológica o en el caso de la mayoría de las gestantes que se encuentran en este estudio en un origen de estresores e incluso de enfermedad.



## Adaptación psicosocial - momento ideal para la gestación



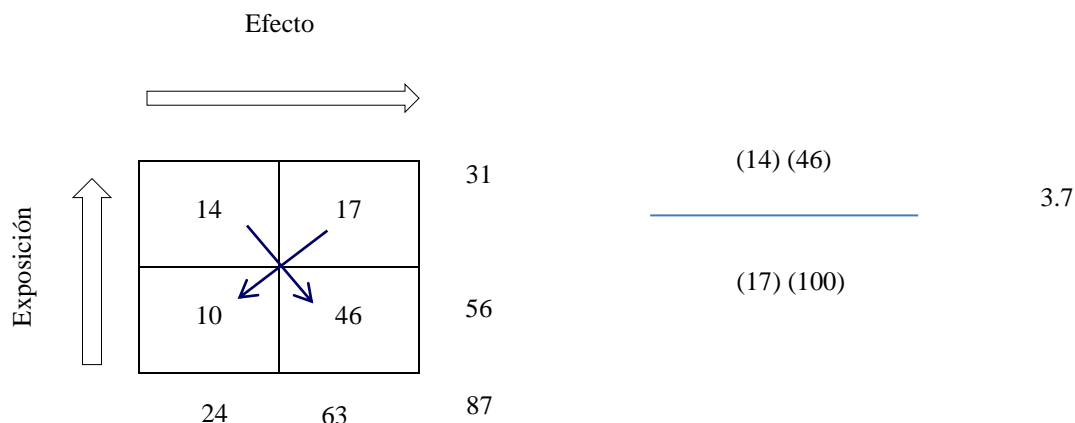
Intervalo de confianza = 1.01

Figura 10: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios “adaptación psicosocial – buen momento para quedar embarazada”  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Para fines de análisis de resultados con razón de momios para que este tuviera respuestas dicotómicas mucho y con frecuencia serán si, a veces y nunca no, para que la asociación se pueda llevar acabo. Las mujeres que mencionan que no es un buen momento para quedar embarazada tiene 2.7 veces menos adaptación psicológica que las gestantes que consideran que es un buen momento para estar en período de gravidez.



## Adaptación psicosocial - parto con normalidad



Intervalo de confianza = 1.065

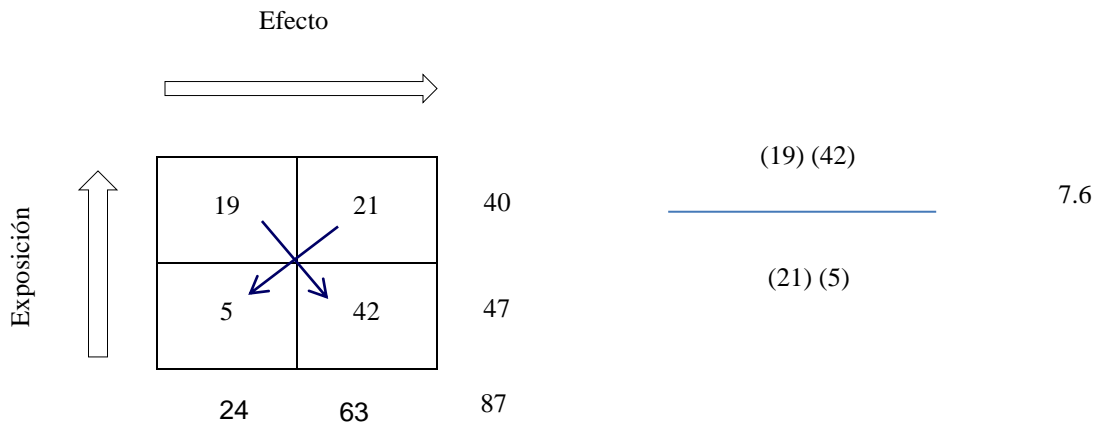
Figura 11: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial – parto con normalidad"

Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las mujeres que creen que el parto tendrá lugar con normalidad tienen 3.7 más adaptación psicosocial, que las mujeres que no creen el parto tendrá lugar con normalidad, ya que durante esta etapa las gestantes tienen miedo a no saber pujar durante el parto y a los desgarres. Esta ansiedad y tensión no solo perjudica a su estado de ánimo y provoca depresión durante la gestación; además, resulta perjudicial para el desarrollo del parto. Esta es una afirmación de la dimensión preocupación por el bienestar propio y del producto del instrumento de adaptación psicosocial.



## Adaptación psicosocial –actitud positiva de la madre de la gestante sobre la condición



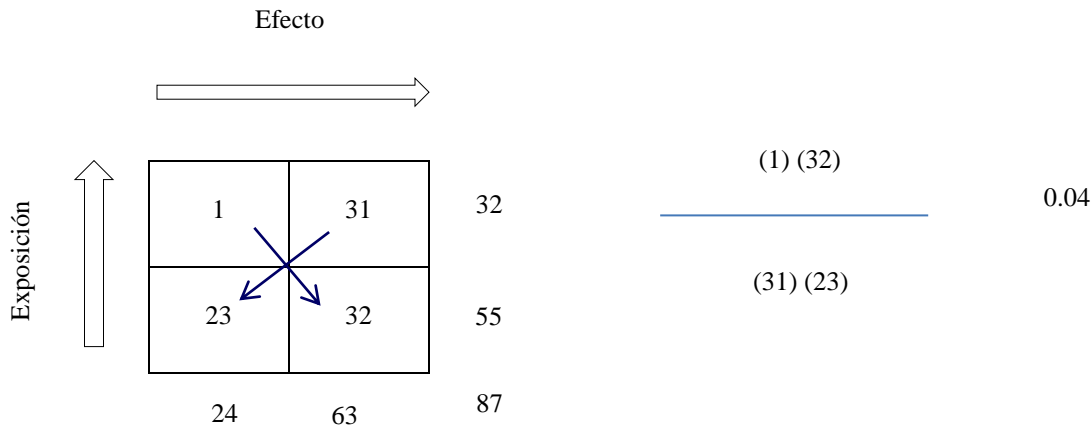
Intervalo de confianza = 1.065

Figura 12: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios “adaptación psicosocial – mi madre está contenta con el embarazo”  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes con período intergenésico corto que manifiestan que su madre está contenta con la gestación, tienen 7.6 más adaptación psicosocial que las mujeres que contestaron su madre no están contenta con la gestación. La relación de la madre de la gestante influye en la relación de la futura madre y el producto, ya que si esta ha tenido una connotación negativa o ha existido privación de cuidados maternos hacia la gestante, puede existir un conflicto para hacer la transición a la maternidad. Otra observación psicodinámica, es que la gestante manifieste un grado de “regresión” emocional. Tendrá una tendencia a ser un tanto más dependiente de las personas que están a su alrededor, sus emociones son más agudas y necesita de mayor apoyo emocional de quienes la rodean como lo es su madre. Esta es una afirmación de la dimensión relación con la madre del instrumento de adaptación psicosocial.



### Adaptación psicosocial - buen nivel de comunicación como pareja



Intervalo de confianza = 0.97

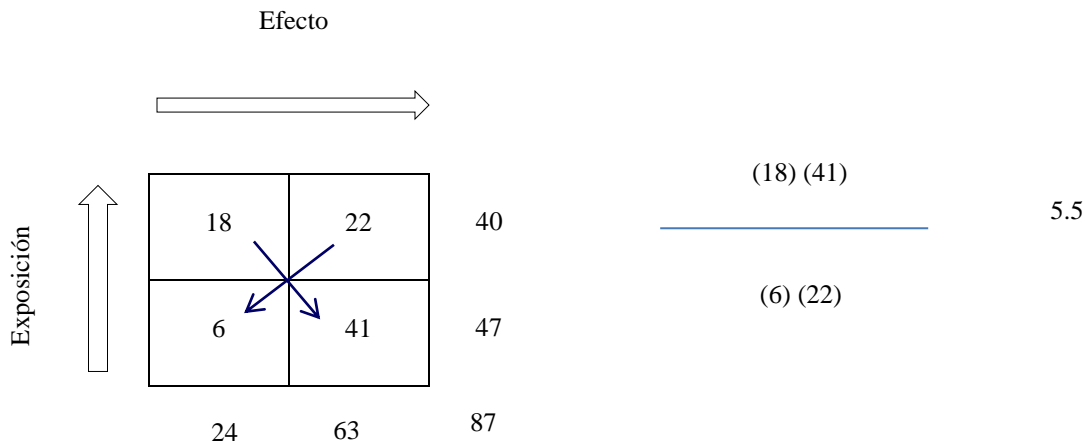
Figura 13: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios “adaptación psicosocial – buen nivel de comunicación pareja”  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes con período intergenésico corto que consideran tener un buen nivel de comunicación con su pareja tienen *0.04* más adaptación psicosocial que las gestantes que contestaron que no tienen un buen nivel, la comunicación en la pareja determina no solo la calidad de la relación, sino que, también, una parte importante en la calidad de vida y en esta etapa no sólo para la pareja, sino también para el producto ya que subsecuente a una buena comunicación, podrán tomar decisiones para lo que es mejor para ellas individualmente, como pareja y para el producto, por otra parte el diálogo es fundamental para que la gestante exprese sus necesidades y la pareja asuma un rol activo para comprenderlas, ya que el padre al no sentir los cambios biológicos, consideran que ellos los viven al participar de esta manera. Esta es una afirmación de la dimensión relación de pareja del instrumento de adaptación psicosocial.





## Adaptación psicosocial - corresponsabilidad fundamental de la pareja



Intervalo de confianza = 2.5

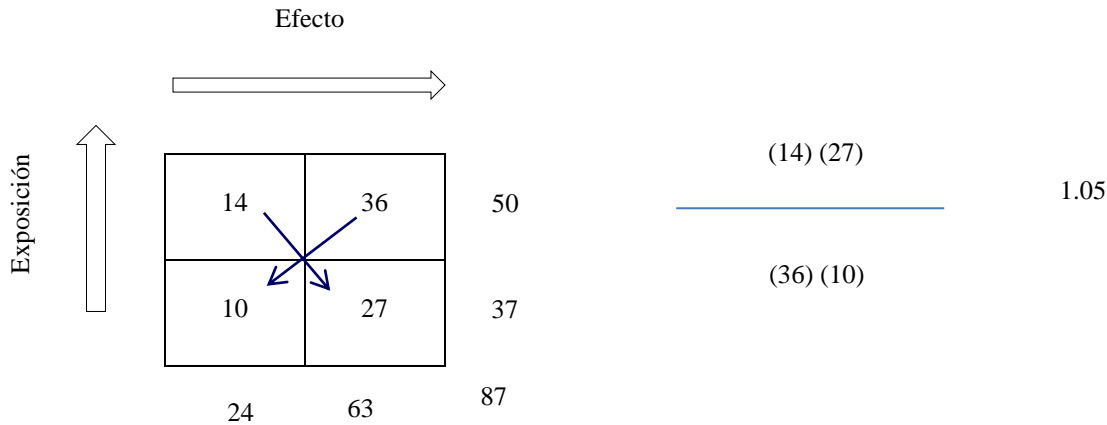
Figura 14: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial - corresponsabilidad en casa de pareja"

Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes que afirmaron que su pareja comparte la responsabilidad en casa cuando lo necesitan tienen 5.5 más adaptación psicosocial que las que consideran que no su marido no las ayuda. Que experimenten la gestación de manera conjunta y exista el soporte emocional de la pareja permite más tranquilidad para la gestante. Este apoyo genera bienestar a la mujer y se transmite, al producto de la gestación. Esta es una afirmación de la dimensión relación de pareja del instrumento de adaptación psicosocial.



## Adaptación psicosocial- temor de daño durante el parto



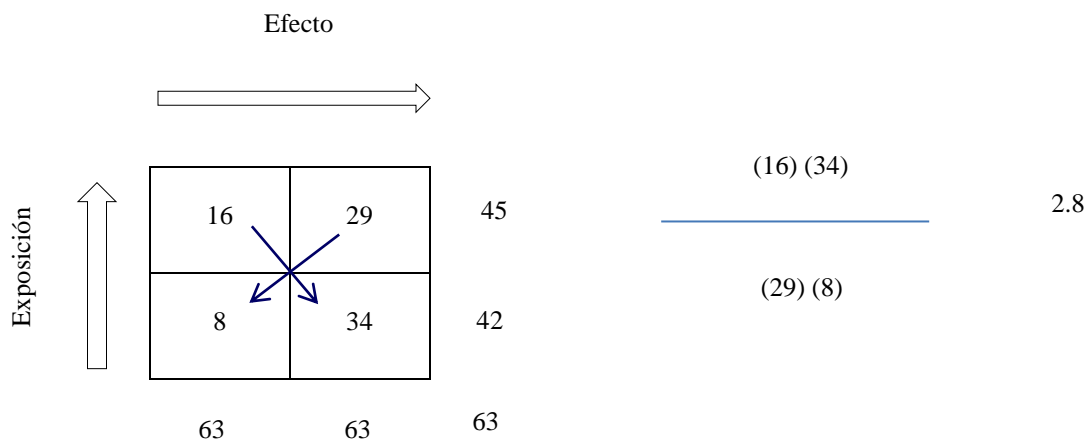
Intervalo de confianza = 1.065

Figura 15: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios “adaptación psicosocial – temor de daño”  
 Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes que tienen miedo que puedan hacerles daño durante el parto tienen 1.05 menos adaptación psicosocial que las gestantes que no tienen miedo a que les puedan hacer daño durante el parto. Si la gestante vive con estrés su parto, está demostrado que se incrementan los niveles de la adrenalina y produce la inhibición oxitócica propia de este periodo, teniendo que recurrir a su administración exógena. Esta es una afirmación de la dimensión miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto del instrumento de adaptación psicosocial.



## Adaptación psicosocial - angustia sobre las posibles complicaciones durante el parto



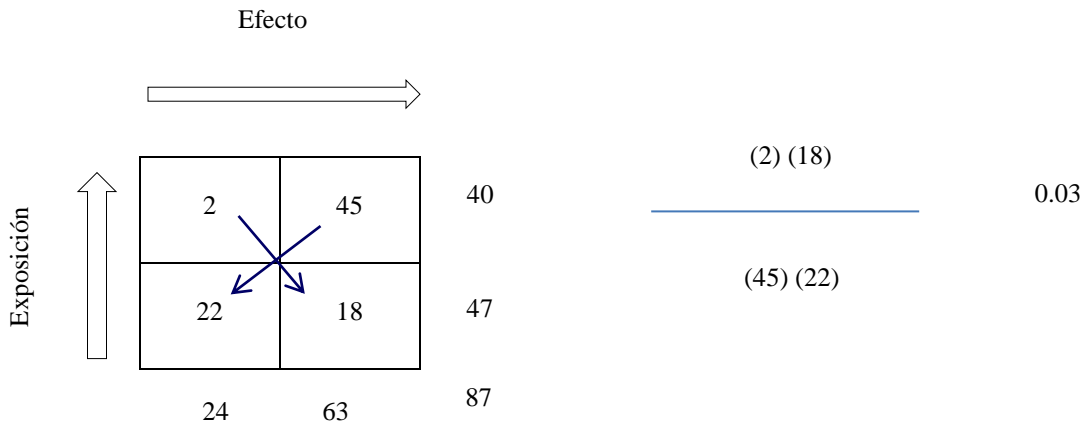
Intervalo de confianza = 1.065

Figura 16: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios “adaptación psicosocial – complicaciones del parto”  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes que les angustian las posibles complicaciones del parto tienen 2.8 menos adaptación psicosocial que a las pacientes que no le angustian las posibles complicaciones del parto. Las mujeres con más temores durante la gestación son aquellas que han sufrido experiencias perjudiciales respecto a las gestaciones anteriores y también el miedo está fundado en situaciones que no han vivido en primera persona, pero las han presenciado con personas allegadas a ellas, y puede darse el caso de que hayan escuchado historias traumáticas de otras mujeres, para poder generar angustia sobre las posibles complicaciones. Esta es una afirmación de la dimensión miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto del instrumento de adaptación psicosocial.



## Adaptación psicosocial- decisiones de avenencia en pareja



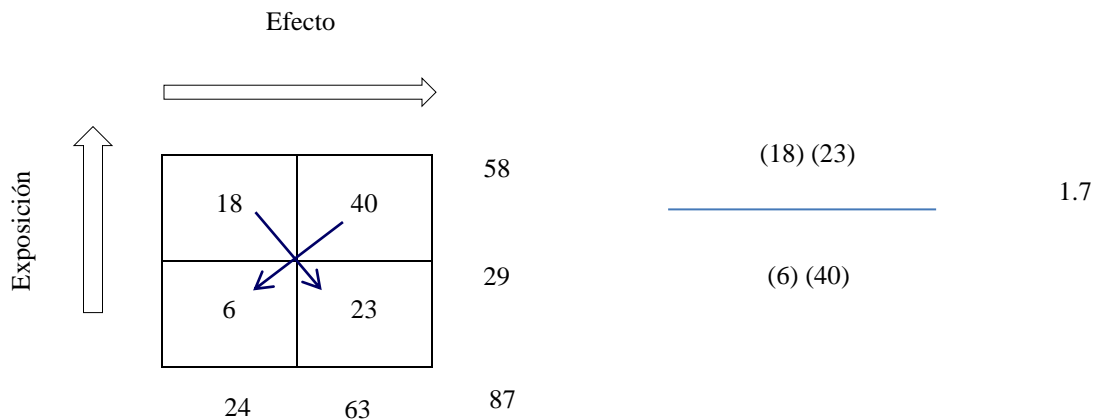
Intervalo de confianza = 1.013

Figura 17: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial – decisiones en pareja"  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes que en el momento de tomar decisiones su pareja y ella siempre se ponen de acuerdo tienen 0.03 más adaptación psicosocial que las mujeres que tienen una respuesta negativa a esta situación, cuando hay apoyo mutuo en las decisiones se crea un vínculo más fuerte para la pareja, menos estrés para la gestante y mejores decisiones para el producto. Esta es una afirmación de la dimensión relación de pareja del instrumento de adaptación psicosocial.



## Adaptación psicosocial - aceptación de la gestación



Intervalo de confianza = 2.67

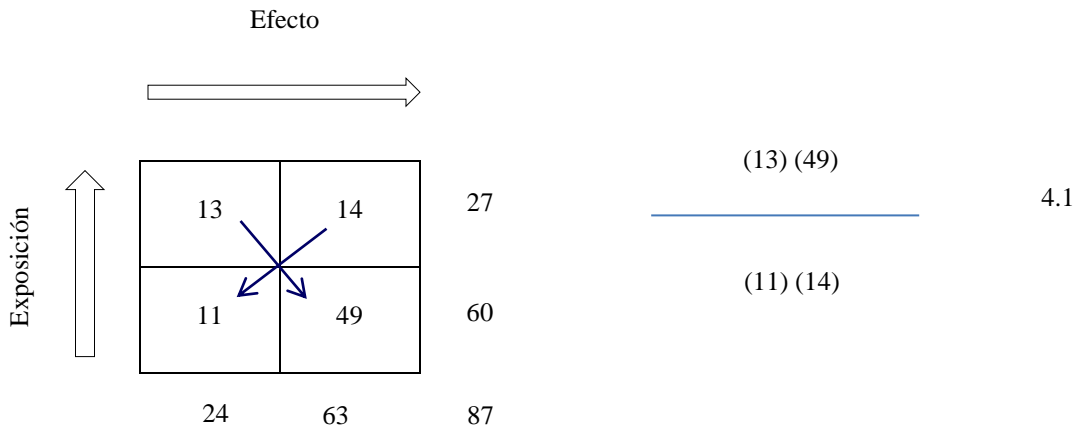
Figura 18: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial - aceptación del embarazo"

Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las mujeres a las que les cuesta aceptar esta gestación tienen 1.7 menos adaptación psicosocial que las mujeres a las que no les cuesta la aceptación de la misma. El estado de gravidez provocan muchos cambios emocionales y al mismo tiempo la psicología particular de cada mujer afecta su gestación y la aceptación de ella ayuda a tener una adecuada adaptación psicosocial. Esta es una afirmación de la dimensión aceptación del embarazo del instrumento de adaptación psicosocial.



## Adaptación psicosocial- gestación percibida de una manera sencilla



Intervalo de confianza = 3.01

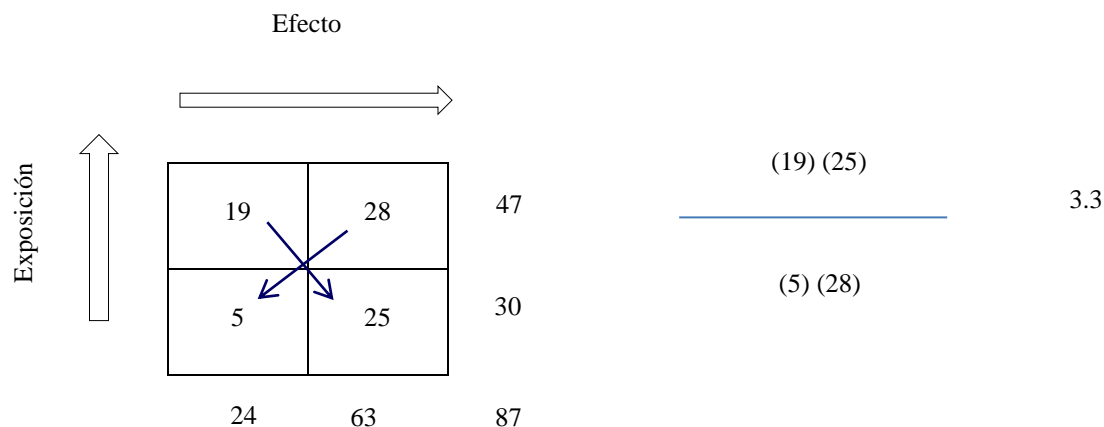
Figura 19: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial – embarazo fácil"

Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes que afirman que este ha sido una gestación fácil tienen 4.1 más adaptación psicosocial, que las mujeres que no consideran que este haya sido una gestación fácil. Los cambios emocionales en el embarazo, que viven las mujeres en gestación, tienen una base hormonal. Los receptores de los neurotransmisores dan lugar a estados de ánimo, que cambian de modo repentino, pasando de la alegría al llanto y se manifiestan en una mayor irritabilidad o mal humor, se notan en una hipersensibilidad hacia aspectos que antes pasaban desapercibidos e, incluso, se reflejan en una mayor inseguridad, aún en mujeres muy seguras de sí mismas. Una gestación percibida de manera sencilla permite una adecuada adaptación psicosocial. Esta es una afirmación de la dimensión aceptación del embarazo del instrumento de adaptación psicosocial.



## Adaptación psicosocial - negación a la gestación



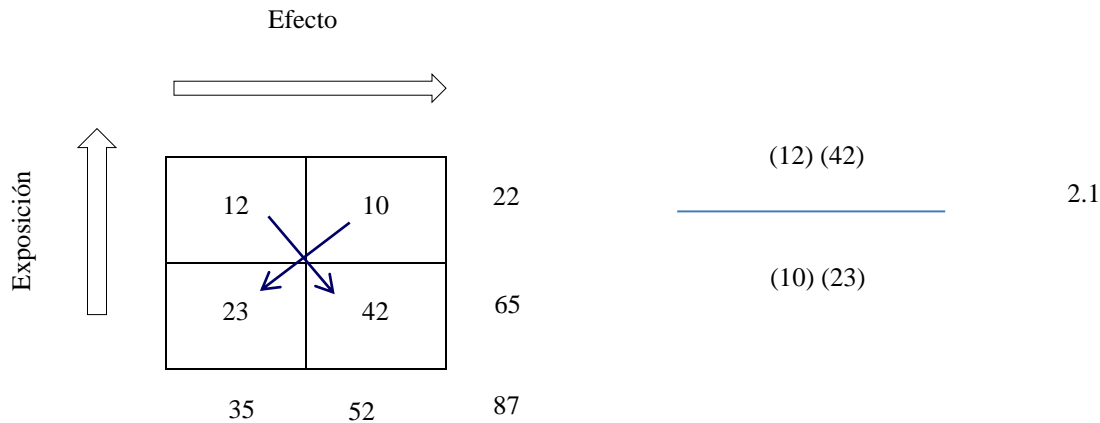
Intervalo de confianza = 2.087

Figura 20: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial – ojala no estuviera embarazada"  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes que contestaron afirmativamente a ojala no estuviera embarazada tiene 3.3 menos adaptación psicosocial que las mujeres que contestaron negativamente a esta pregunta. La aceptación de la gestación depende de la edad y las circunstancias de la mujer. Las redes de apoyo son fundamentales para suplir las carencias emocionales que se pueden presentar en esta circunstancia.



## Adaptación psicosocial - temor sobre perdida del producto de la gestación



Intervalo de confianza = 1.78

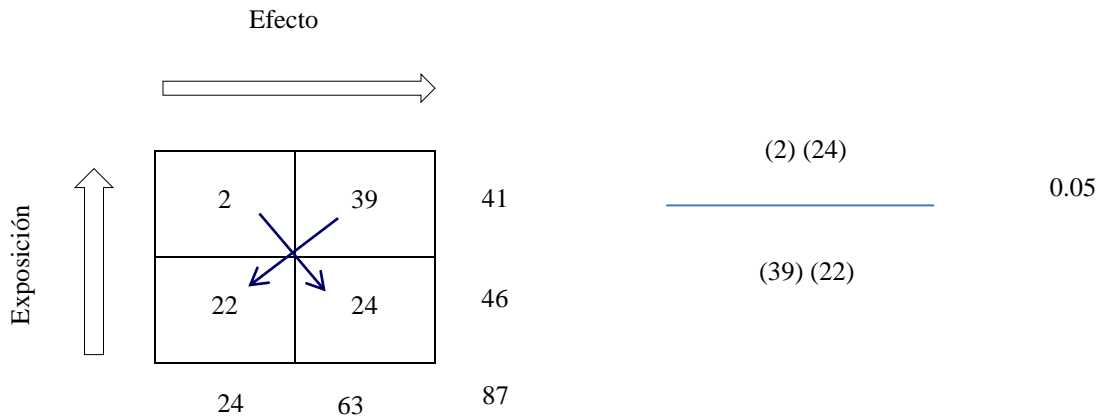
Figura 21: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial - miedo de perder al bebé"  
 Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes que tienen miedo de perder al producto durante el parto tienen 2.1 menos adaptación psicosocial que las mujeres que contestaron que afirmaron que tenían miedo de perder al producto durante el parto. Un factor que influye en el temor de la pérdida del producto de la gestación ya que es un proceso que afecta la gestación determinando miedo y ansiedad para gestaciones futuras. Las mujeres que tienen experiencias de pérdidas gestacionales muestran mayores niveles de estrés y ansiedad que aquellas que están viviendo la gestación por primera vez. Esta es una afirmación de la dimensión preocupación por el bienestar propio y del producto del instrumento de adaptación psicosocial.





## Adaptación psicosocial - afecto por el producto



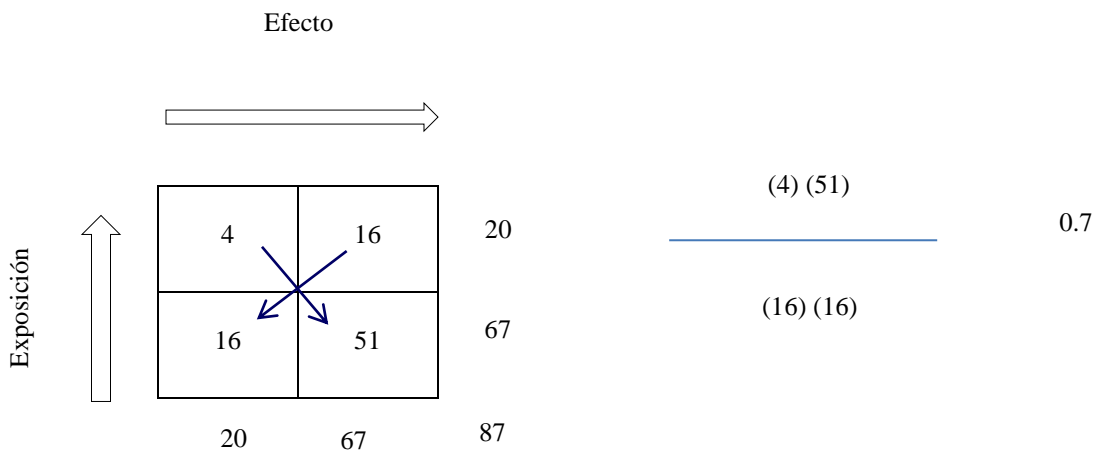
Intervalo de confianza = 1.045

Figura 22: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial – afecto por el bebé"  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes que sienten afecto por el bebé tienen 0.05 más adaptación psicosocial que las mujeres que no sienten afecto por él bebe. El conocido como vínculo de apego afectivo y emocional forma parte del proceso biológico natural de la gestación. Y cuando no ha nacido está representado en forma física por lo cual el afecto va creciendo mientras avanza el proceso ontogénico y se puede presentar hasta que el producto nace. Esta es una afirmación de la dimensión Identificación con el rol materno del instrumento de adaptación psicosocial.



## Adaptación psicosocial - felicidad durante la gestación



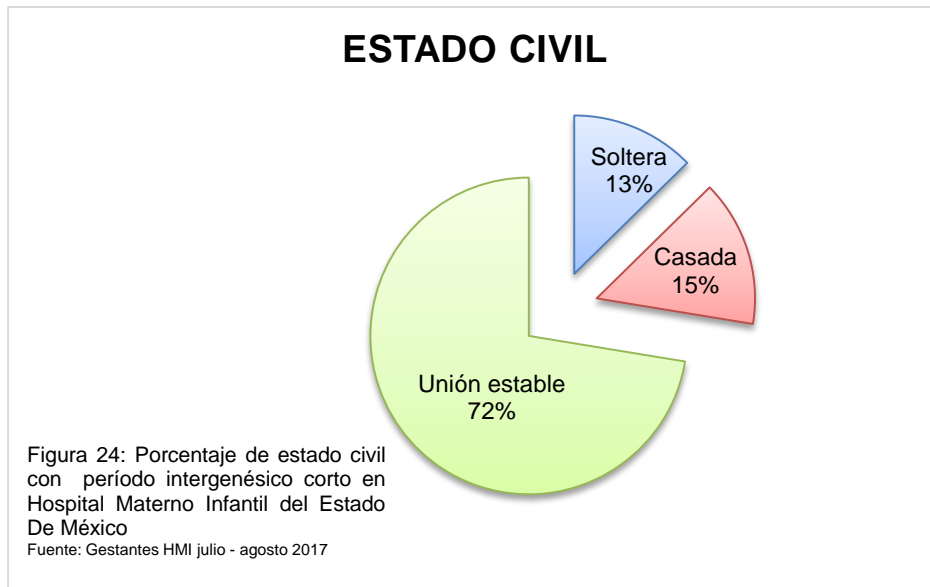
Intervalo de confianza = 1.65

Figura 23: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios “adaptación psicosocial – estoy feliz con el embarazo”  
 Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las gestantes que están felices con la gestación tienen 0.7 mayor adaptación psicosocial durante la gestación que las mujeres que tienen una connotación negativa a lo antes mencionado. En el estado de felicidad se libera un neurotransmisor cerebral llamado dopamina, relacionado con los estados de bienestar psicológico, que influye en la disminución de los niveles de cortisol que es liberada durante una situación estresante lo que provoca mayor adaptación psicosocial en este estado. Esta es una afirmación de la dimensión Identificación con el rol materno del instrumento de adaptación psicosocial.



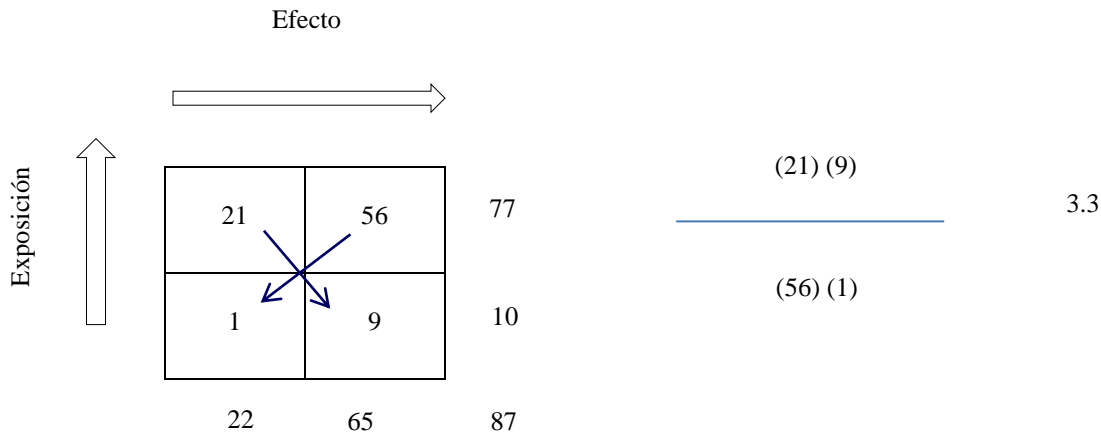
## FACTORES SOCIALES



En la figura 26 se muestra que el 72% con el 15% que es un 87% de las gestantes se encuentran con una pareja estable las pacientes con período intergenésico corto. El estado civil es un factor considerado como demográfico o poblacional, se ha encontrado una asociación entre aquellas mujeres que se identificaron como "solteras" o "sin pareja" y la presencia de efectos adversos negativos en el feto y la gestante, por otra parte una mujer que se siente apoyada por su pareja durante la gestación y después del mismo puede sentirse más feliz y menos estresada.



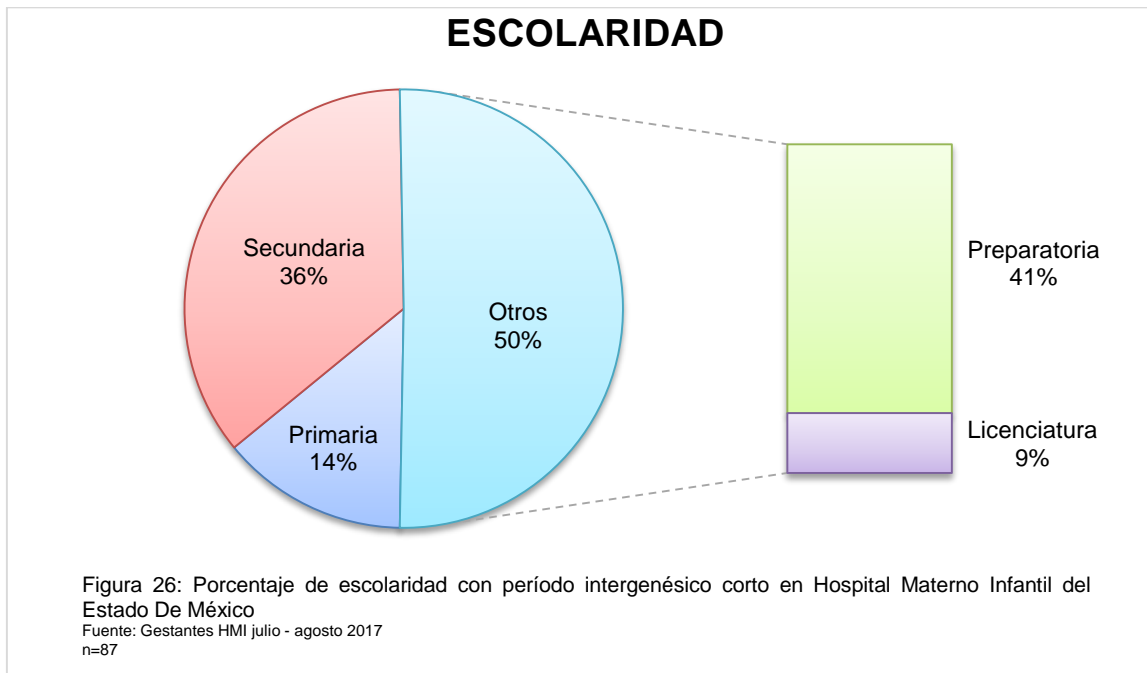
## Adaptación psicosocial- estado civil



Intervalo de confianza = 2.56

Figura 25: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial – estado civil"  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

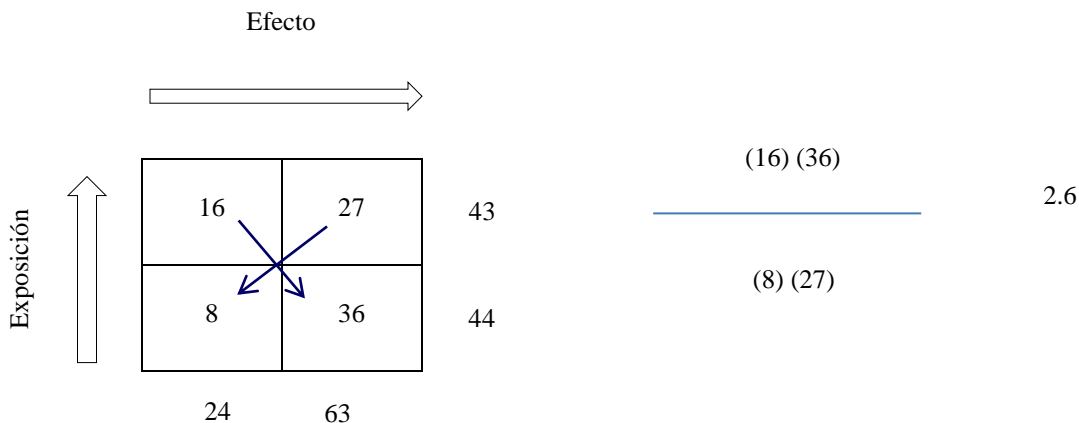
Para fines de análisis de medidas de asociación, casada y unión estable fue tomada como que tienen una pareja estable y soltera como sin pareja. Las gestantes con pareja estable tienen 3.3 más adaptación psicosocial que las gestantes que no tienen pareja, la falta de apoyo de la pareja crea inseguridades y miedo, como se muestra en la figura 27.



Como se muestra en la figura 26 el 50% de las gestantes cuentan con educación básica es decir primaria y secundaria y el 50% de las gestantes cuentan con educación superior es decir bachillerato y licenciatura. Para fines de análisis de asociación se tomó la primaria y secundaria como educación básica y la preparatoria y licenciatura como educación superior.



## Adaptación psicosocial - escolaridad

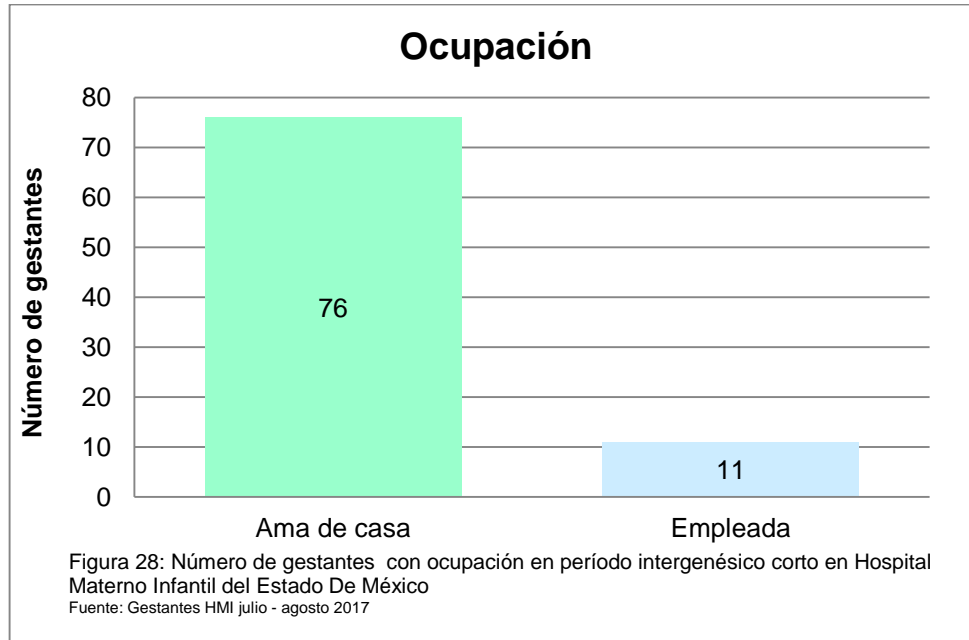


Intervalo de confianza = 1.98

Figura 27: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial – escolaridad"

Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

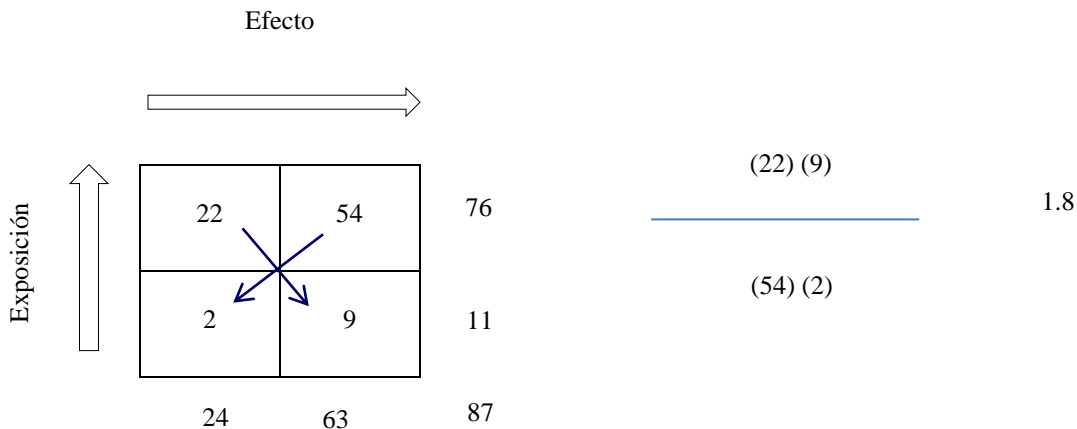
Las gestantes con período intergenésico corto con educación superior tienen 2.6 más adaptación psicosocial que las mujeres con educación básica. Se puede considerar que las gestaciones a temprana edad están ligadas a los bajos niveles de pobreza socioeconómica por lo cual la pobreza educacional está dentro de este rango, y al tener el 50% un nivel de escolaridad bajo, y edad menor de 20 años, tienen menos entendimiento sobre los riesgos y la concientización sobre la planificación familiar, y sobre los riesgos del período intergenésico corto.



En la figura 28 se muestra que el 88 % de las gestantes del estudio realizado se dedican al hogar y sólo el 12% realizaba un trabajo fuera del hogar. La salud de la gestante y la del feto son especialmente sensibles a las condiciones en las cuales transcurre el embarazo, el contexto biológico y psicosocial de la familia y de la madre son factores a tener en cuenta, y uno fundamental es el lugar que ocupa la madre en la sociedad y el tener un empleo fuera de casa permite que tenga un mayor sentido de pertenencia, mejor aporte económico al núcleo familiar, que disminuye los miedos sobre la gestación y el parto ya que crea mayor seguridad en la madre que se ve reflejado en el producto.



## Adaptación psicosocial - ocupación

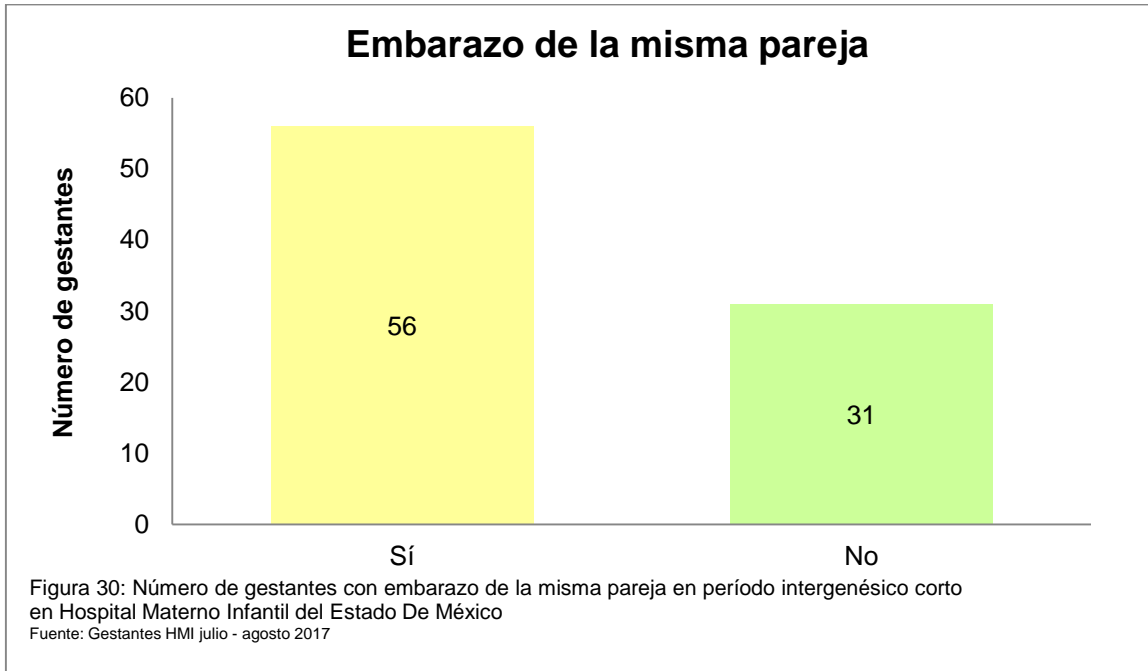


Intervalo de confianza = 1.078

Figura 29: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios “adaptación psicosocial – ocupación”  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

76 gestantes con período intergenésico corto que equivalen al 83% tienen como ocupación ser amas de casa, 11 que equivalen al 13%. Las gestantes con período intergenésico corto que tienen ocupación ama de casa tienen 1.8 menos adaptación psicosocial que las pacientes que tienen empleo fuera de casa, como se muestra en la figura 29.

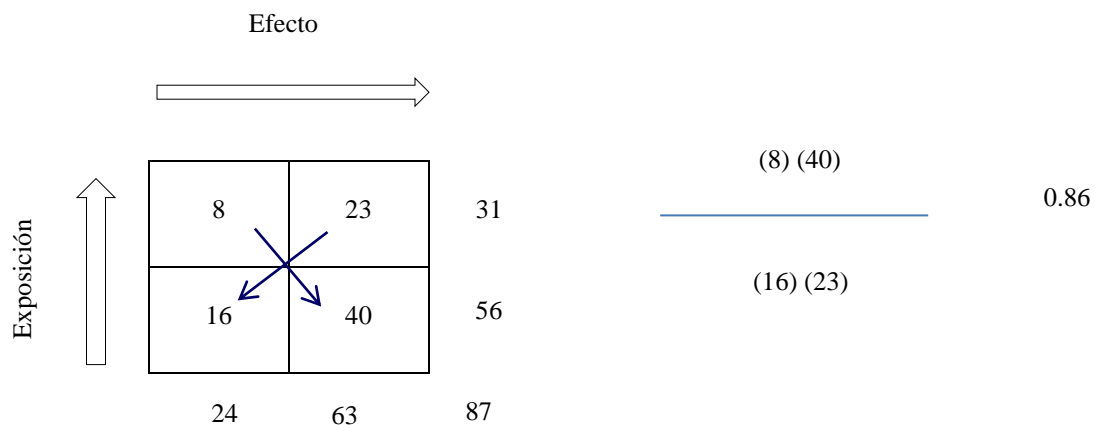




El 64% de las mujeres su gestación fue de la misma pareja, y el 36% de las gestantes no fue de esa manera, por distintas circunstancias psicosociales como se muestra en la figura 30. La procreación con diferentes parejas tiene una cierta presión social, que aunque las mujeres ya no deseen tener más hijos el hecho de tener una pareja nueva que quiere tener hijos propios, no le permite dimensionar los riesgos de una gestación sin un intervalo adecuado de recuperación.



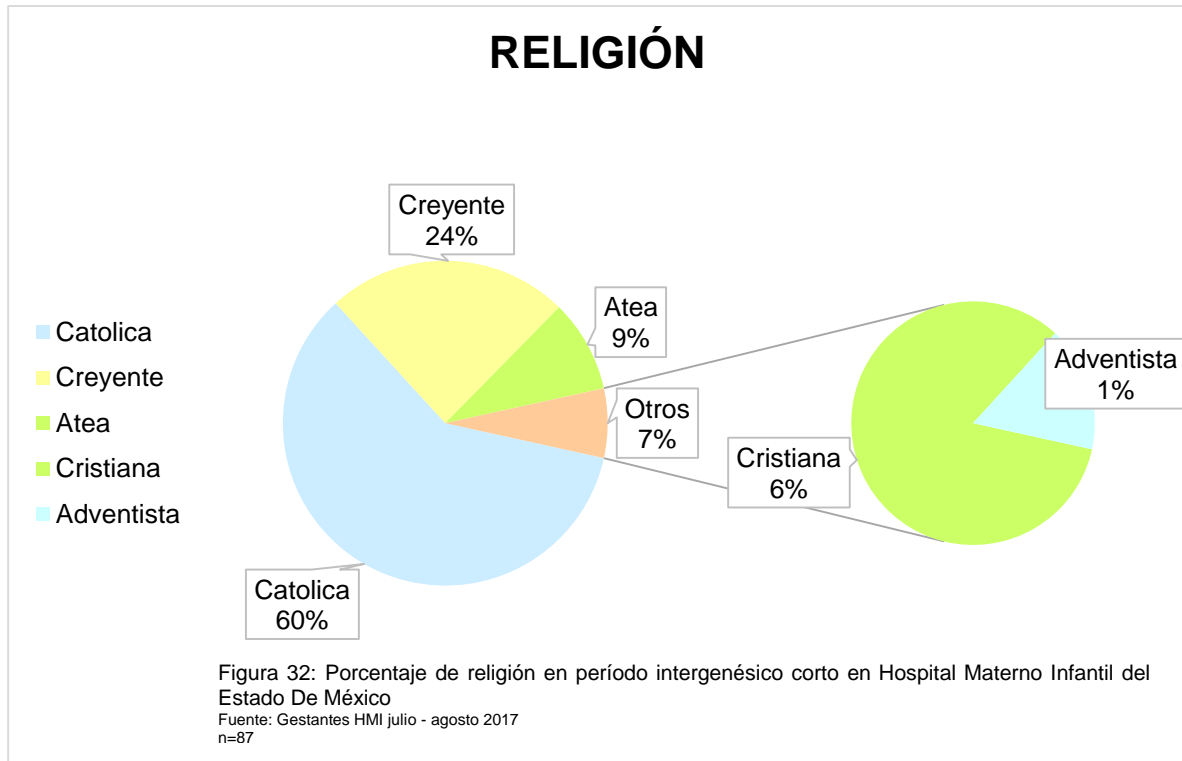
## Adaptación psicosocial – embarazo de la misma pareja



Intervalo de confianza = 1.76

Figura 31: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios “adaptación psicosocial – embarazo de la misma pareja”  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

El 0.86 de las gestantes con período intergenésico corto con gestación de la misma pareja tienen más adaptación psicosocial que las que su gestación fue de una pareja distinta, ya no permite un adecuado período de recuperación la coerción de una pareja distinta y el contexto social que interviene en este proceso de establecer una familia.



La figura 32 muestra como más del 50% de la población pertenece a la religión católica la cual sostiene que el uso de métodos anticonceptivos implica una conducta sexual inmoral, en consecuencia nos da entender que las mujeres pertenecientes a esta religión no utilizan ningún método de planificación familiar de acuerdo a sus creencias.



Incidencia.

$$\frac{100}{232} \times 100 = 43$$

Figura 33: Desarrollo de la fórmula de cálculo de incidencia  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

En la figura 33. Se muestra que 43 de cada 100 gestantes tuvieron un período intergenésico corto entre los meses de julio y agosto 2017.

El 50% de mujeres que fueron tomadas para este estudio estaban usando un método antifecondativo, el cuál de ese 50% en un 85% no tuvo el manejo idóneo por otra parte, el 67% tiene el conocimiento sobre los riesgos del período intergenésico corto.



### PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO EN HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL ORIENTE ESTADO DE MÉXICO 2017

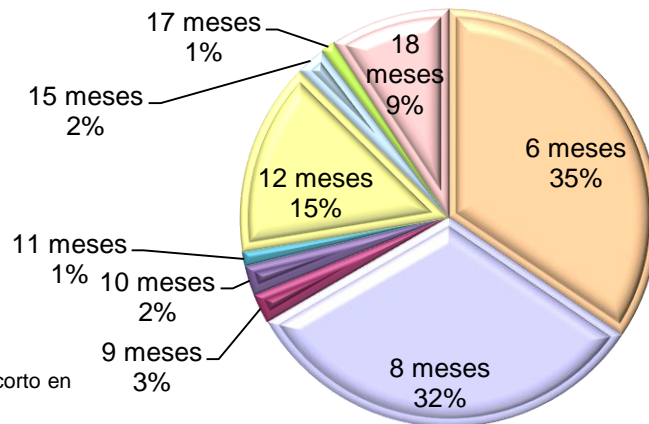
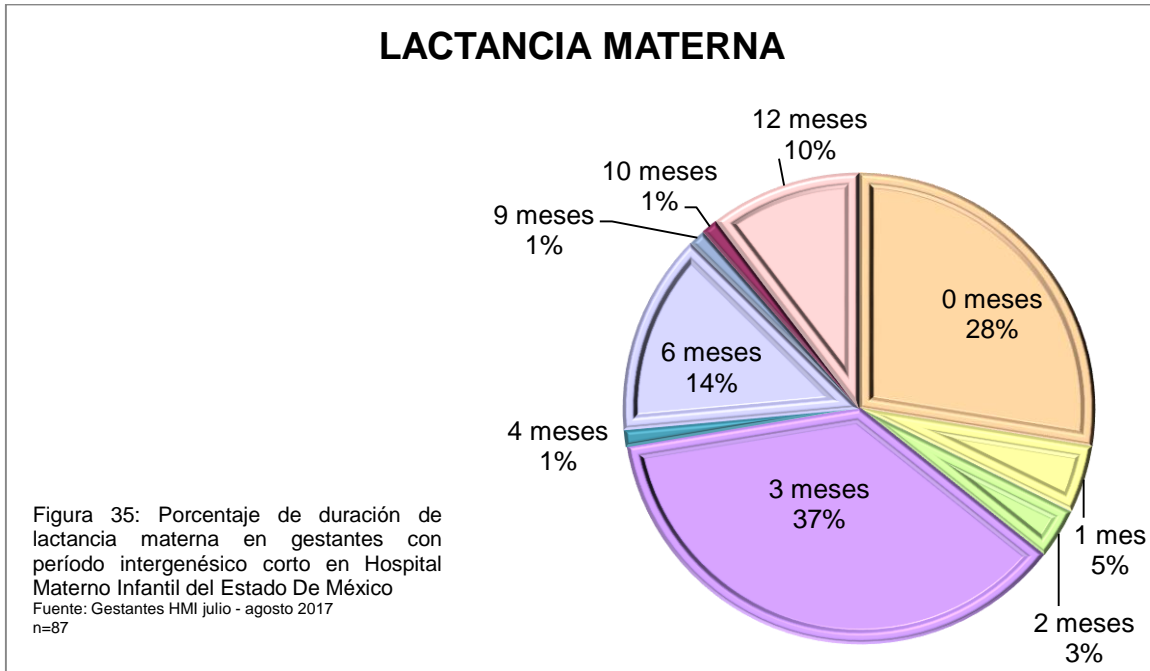


Figura 34: Porcentaje de período intergenésico corto en Hospital Materno Infantil del Estado De México  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017  
n=87

En la figura 34. Se muestra la duración del período intergenésico con más porcentaje es de 6 – 8 meses con cifras análogas que en su totalidad es un 67%, por lo cual la duración de sus intervalos intergenésicos, aumentan el riesgo de pérdida del producto de la gestación, así como de presentar patologías referentes a la inserción placentaria tanto para la madre y el producto, también disminuyó el tiempo de cuidado y del hijo antecesor creando un factor de riesgo tanto como para la gestante el producto y el lactante a cargo.

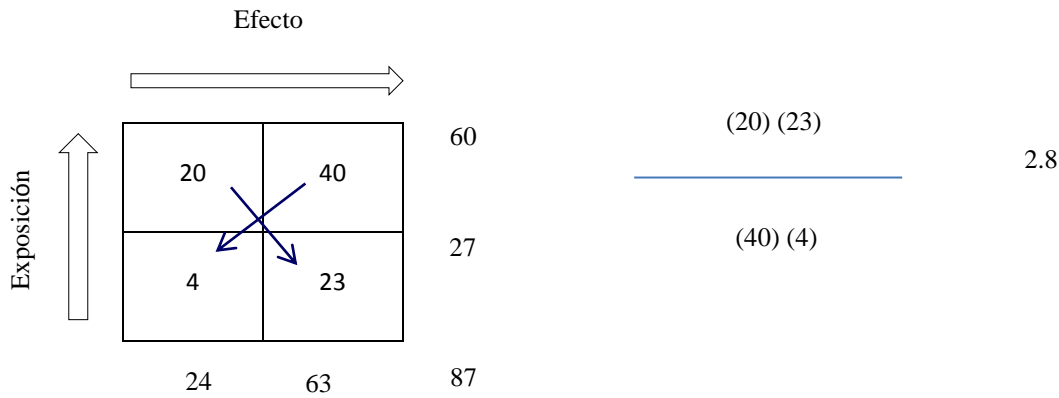
Casi el 50% de las gestaciones de esta población tienen intervalos de menos de dos años de espaciamiento, esto podría indicar que la mayoría de las mujeres desconocen el riesgo de la gestación o no pueden acceder a servicios de planificación familiar durante el período posparto extendido, sin embargo existen otros factores involucrados para que este se presente.



Las gestantes que no dieron lactancia materna fue del 28% que es número menor que el de gestantes con hijos vivos esto se debe a que tuvieron pérdidas perinatales y neonatales, además disminuyó la producción de leche en calidad y cantidad de acuerdo como avanzaba el proceso de la gestación, esto se puede relacionar al porcentaje mayor de mujeres con edades de riesgo gestacional, en cuanto a las pacientes que tuvieron 3 meses de lactancia es el mayor porcentaje debido a que antes de enterarse de su estado de gravidez mantuvieron esta práctica, el 50% lo confirmó en el segundo trimestre, lo que se ve claramente es que disminuyó el período de lactancia materna por el período intergenésico corto y por lo tanto la exposición que se le da a los lactantes y a las mujeres los beneficios de la misma, como lo muestra la figura 35.



## Adaptación psicosocial - conocimientos sobre los riesgos



Intervalo de confianza = 1.075

Figura 36: Desarrollo de la tabla de 2x2 y fórmula de cálculo de razón de momios "adaptación psicosocial - conocimientos sobre los riesgos"  
Fuente: Gestantes HMI julio - agosto 2017

Las pacientes con conocimientos sobre los riesgos tienen 2.8 menor adaptación psicosocial que las gestantes que tienen conocimientos sobre los riesgos debido que la instrucción de los mismos permite que se genere mayor miedo y ansiedad sobre el pronóstico del binomio, la angustia y ansiedad de la gestación para las mujeres, puede estar influenciado por varios factores, la gestación en su caso puede llevar a retroceso de vivencias perjudiciales con respecto a este proceso, las mujeres con experiencias negativas de la gestación o parto preliminar expresan más miedo, al igual que las que conocen su situación de riesgo y complicaciones por lo cual son más vulnerables emocionalmente, como se muestra en la figura 36.



## VIII. DISCUSIÓN.

En este estudio el 66% de las gestantes con período intergenésico corto pertenecen al grupo de edad con riesgo obstétrico y solo el 34% pertenece a la distribución de edad óptima para cursar este período ontogénico. 32 gestantes correspondiente al 37% y 25 gestantes equivalentes al 29% son cifras homólogos, esto lleva a una relación entre la edad ideal reproductiva y el retraso para la maternidad por el estilo de vida contemporáneo y el periodo intergenésico corto interviniendo en este proceso el hecho de pérdida perinatal y la influencia del retraso del período de gravidez y luego su aceleración a pesar de las complicaciones que conlleva incluso con una cesárea anterior, por el miedo de no tener capacidad para un proceso reproductivo subsecuente, la presión social que ejerce el hecho de que no sea una gestación de la misma pareja y este riesgo se multiplica por las patologías crónicas añadidas a esta clasificación de edad. Las mujeres que se encuentran en edad de riesgo gestacional tomando en cuenta la clasificación de edad como menos de 20 o más de 30 años tienen 3.25 veces menos adaptación psicosocial que las gestantes que se encuentran en el rango de edad de 20 a 30 años.

Tomando en cuenta que el periodo reproductivo ideal de la mujer se encuentra entre los 20 a 30 años, ya que 10 a 19 años se considera adolescencia y las gestaciones son clasificadas como de alto riesgo, pues la mujer no está en condiciones físicas y psicológicas para poder llevar a cabo la gestación de manera ideal.





En cuanto a las gestaciones efectuadas posterior los 30 años se categoriza como una paciente de riesgo obstétrico con la fundamentación de que los óvulos se van deteriorando con la edad, esto aumenta las probabilidades de tener una alteración cromosómica y por lo tanto abortos espontáneos. Por lo que a pesar de que la categorización de edad considerada de alto riesgo se encuentra en diferentes etapas de la vida, estas circunstancias no permiten que tengan una adecuada adaptación psicosocial durante la gestación. Se demostró que el 63 gestantes que equivale al 72% tienen una menor adaptabilidad psicosocial, esto debido a que el mayor porcentaje de las pacientes tienen factores de riesgo coadyuvantes al del período intergenésico corto y también el entendimiento de las complicaciones para el binomio, comparada al 28% de las gestantes que tienen una mayor adaptabilidad. Semejante al estudio de Morylowska-Topolska, Makara-Studzińska, & Kotarski (2014) encontraron que el estrato social, ser primípara, tener más de 25 años de edad y contar con un apoyo social satisfactorio, especialmente el proveniente de la pareja, actúan como factores de protección durante la gestación.

Los resultados de esta investigación mostraron que las mujeres que planificaron su gestación tienen 7.1 más adaptación psicosocial que las gestantes que no lo hicieron, igualmente en el estudio de Grussu, Quatraro, & Nasta (2005) donde compararon dos grupos de gestantes en diversas actitudes y estados de ánimo medidos a través del Instrumento de Investigación de Actitud de los padres demostraron que en el tercer trimestre de la gestación, las mujeres que planificaron su condición presentaban menos tensión-ansiedad que las gestantes que no lo hicieron.



Semejante a esta investigación pero con otra variable, se diferenciaban en tensión-ansiedad sino también en depresión, hostilidad, fatiga y confusión, similar al estudio de (Morylowska-Topolska, Makara-Studzińska, & Kotarski, 2014) que evidenciaron que la gestación no planeada resultó ser una de las variables que mejor determinaba la ansiedad durante el gestación, incluso, el estado de gravidez no planificado se ha relacionado con aumento de las preocupaciones sobre la gestación y su resultado.

El presente estudio es homólogo al hecho de que la gestación sea planificada y deseada se relaciona con mayor grado de felicidad hacia la gestación, esta satisfacción también puede ser experimentada por las mujeres que no planifican su gestación pero sí tienen deseo gestacional. En caso de no deseo gestacional, esta satisfacción se verá disminuida y se aumentarán las reacciones emocionales de estrés o depresión según Peñacoba- Puente et al. (2011). En efecto, se ha demostrado que la ansiedad específica hacia la gestación se relaciona con gestación no deseada pero no con la gestación no planificada. En ambos estudios es análogo que las reacciones emocionales como el estrés y la depresión comienzan en la etapa prenatal debido a la gestación no deseada y continúan en la esta postnatal generando también depresión y estrés postnatales y dificultades en la vinculación mujer - feto, en este sentido, se ha comprobado que las mujeres con gestaciones no deseadas tienen más riesgo de sufrir depresión postnatal Cheng et al. (2009).



Sidor et al. (2012), encontraron que cuando la mujer cuenta con apoyo social, se pueden prevenir reacciones emocionales adversas, en caso de que el período de gravidez sea no deseado, la atención debe ser enfocada en el apoyo social que recibe la gestante, debido a que se ha corroborado que el apoyo social se asocia positivamente con sentimientos de felicidad acerca de la gestación y el producto, este estudio concuerda con esta investigación ya que se encontró que las gestantes que afirmaron tener el apoyo de su compañero cuando lo necesitan tienen 5.5 % más adaptación psicosocial que las que consideran que no cuentan con ese apoyo, además cuando se vive de manera conjunta este proceso existe mayor soporte emocional y por lo tanto mayor tranquilidad de la gestante.

Este apoyo genera bienestar a la mujer y se transmite, al producto de la gestación. Esta es una afirmación de la dimensión relación de pareja del instrumento de adaptación psicosocial. Este resultado es similar al de este estudio las gestantes con período intergenésico corto que manifiestan que su madre está contenta con la gestación, pero tiene una discordancia importante, ya que no solo es el apoyo de la pareja si no de su red de apoyo inmediata en este la figura materna de la gestante que es quien la representa en la presente investigación evidencia tienen 7.6 más adaptación psicosocial que las mujeres que contestaron su madre no están contenta con la gestación. La relación de la progenitora de la gestante influye en la relación de la mujer y el producto, ya que si esta ha tenido un vínculo negativo o ha existido deficiencia de cuidados maternos hacia la mujer en estado de gravidez, puede existir un trance conflictivo para hacer la conversión a la maternidad. Otra observación psicodinámica, es que la gestante manifieste un grado de “regresión” emocional. Tendrá una tendencia a ser un tanto más dependiente de la red de apoyo, sus emociones son más perceptivas y necesita de mayor soporte emocional.



El estado civil es un factor considerado como demográfico o poblacional, se ha demostrado que aquellas mujeres que se identificaron como "solteras" o "sin pareja" y la presencia de efectos adversos negativos en el feto y la gestante, en contraste Lau & Yin (2011) en un estudio con mujeres gestantes solteras, separadas, divorciadas o que cohabitaban con su pareja presentaban mayores niveles de estrés prenatal percibido, los resultados contradictorios pueden deberse a las discrepancias culturales y antropológicas respecto a cómo se percibe el matrimonio y la familia en cada sociedad. En el presente estudio, se demostraron resultados análogos al primer estudio, debido a que se evidenció que las gestantes con pareja estable tienen 3.3 más adaptación psicosocial que las gestantes que no tienen pareja, la falta de apoyo de la pareja crea inseguridades y miedo similar al primer estudio.

Se demostraron diferencias entre gestantes empleadas y desempleadas en cuanto a las complicaciones y resultado de la gestación. Este efecto se aumentaba cuando ambos miembros de la pareja estaban desempleados. En los datos se menciona que el estrés laboral generado por exceso de trabajo o desempleo es diferente al estrés prenatal, pero puede influir como estresor durante la gestación si se une a otro tipo de condiciones adversas como las condiciones laborales o la falta de recursos económicos según Lau & Yin (2011).

En este estudio se evidenció a 76 gestantes con período intergenésico corto que equivalen al 83% tienen como ocupación ser amas de casa, 11 que equivalen al 13%. Las gestantes con período intergenésico corto que tienen ocupación ama de casa tienen 1.8 menos adaptación psicosocial que las pacientes que tienen empleo fuera de casa.



En contraste con un estudio realizado, evidenció que el estrés prenatal no depende de si las mujeres son amas de casa o trabajan fuera del hogar sino de otras variables como la percepción que tienen estas mujeres sobre su ocupación, sea en casa o fuera de ella, o el tipo de trabajo que realicen (Raatikainen, Heiskanen, & Heinonen, 2011). Recibir ayuda con las tareas domésticas influye positivamente sobre la duración del intervalo entre el primer nacimiento y el segundo, fuerte apego a trabajar fuera del hogar tiende a reducir la duración del intervalo entre el primer nacimiento y el segundo, en especial cuando las mujeres con al menos dos hijos tienen un nivel educativo elevado.

Contrario a los resultados anteriores se menciona que las mujeres que trabajan, alargan los intervalos con el fin de posponer (en el caso del primer intervalo) o de hacer más corta (en el caso de intervalos de mayor orden) la interrupción de sus carreras profesionales. Por el contrario, otros argumentan que estas mujeres prefieren acortar el periodo entre nacimientos para minimizar el tiempo total fuera del ambiente laboral y aprovecharse de ciertas economías de escala en relación con los costes del cuidado de los hijos (Morylowska-Topolska, Makara-Studzińska, & Kotarski, 2014).

La salud de la gestante y el del feto son especialmente sensibles a las condiciones en las cuales transcurre el gestación, el contexto biológico y psicosocial de la familia y de la madre son factores a tener en cuenta, y uno fundamental es el lugar que ocupa la madre en la sociedad y el tener un empleo fuera de casa permite que tenga un mayor sentido de pertenencia, mejor aporte económico al núcleo familiar, que disminuye los miedos sobre la gestación y el parto ya que crea mayor seguridad en la madre que se ve reflejado en el producto.



En esta investigación se evidenció que el 50% de las gestantes cuentan con educación básica es decir primaria y secundaria y el 50% de las gestantes cuentan con educación superior es decir bachillerato y licenciatura. Las gestantes con período intergenésico corto con educación superior tienen 2.6 más adaptación psicosocial que las mujeres con educación básica según los resultados obtenidos.

Se puede considerar que las gestaciones a temprana edad están ligadas a los bajos niveles de pobreza socioeconómica por lo cual la pobreza educacional está dentro de esta clasificación, y al tener el 50% un nivel de escolaridad bajo, y edad menor de 20 años, tienen menos entendimiento sobre los riesgos y la concientización sobre la planificación familiar, y sobre los riesgos del período intergenésico corto.

Lo anterior expuesto se encuentra comparable al siguiente estudio donde nos menciona que el riesgo de padecer estrés prenatal es 6 veces mayor entre las gestantes sin estudios o con estudios básicos. Otros investigadores también han tenido resultados similares, como lo es en la investigación de Bouchalová, Kukla, & Okraje. (2012) las mujeres en estado gestacional con estudios básicos indicaban un estado de salud disminuido a comparación de las gestantes con estudios superiores.

Por otra parte, Raatikainen, Heiskanen, & Heinonen en 2011, hallaron que tener un nivel de estudios bajo era un factor de riesgo para padecer depresión prenatal. La formación académica supone un factor protector de buena salud psicológica durante la gestación. Esto puede ser debido a que las gestantes con mayor nivel de estudios tienen más recursos de todo tipo para afrontar la situación de gestación.



Las mujeres con mayor nivel educativo pueden acceder y comprender mejor la información brindada en caso de complicaciones obstétricas lo que contribuye a un estilo de vida más saludable durante la gestación. En segundo lugar, el nivel de estudios suele ir relacionado con tener un mejor trabajo y/o unos ingresos económicos más altos y, por tanto, mejores circunstancias para afrontar la llegada de un hijo.

Además de las variables demográficas, ciertos aspectos socioeconómicos también son considerados en el estudio de la separación de los nacimientos, aunque sólo como variables explicativas de la probabilidad de tener un hijo adicional a una edad determinada. La ocupación y el nivel educativo de las mujeres, así como el nivel de ingresos del hogar, son aspectos centrales, puesto que son medidas aproximadas de los costes de tener hijos. El sueldo de los hombres se ha considerado un incentivo a aumentar la familia, dada la menor implicación masculina en el cuidado de los hijos (Morylowska-Topolska, Makara-Studzińska, & Kotarski, 2014). No obstante, el efecto de todos estos aspectos sobre el espaciamiento de los nacimientos, y no sobre el riesgo de tener otro hijo, no está claro.

Bouchalová, Kukla, & Okrajek (2012) hallaron que el número de abortos espontáneos previos a una gestación sano predijo los síntomas de ansiedad y depresión en gestaciones posteriores incluso si la gestación siguiente a las pérdidas había terminado con el nacimiento de un niño sano. Gourounti, Anagnostopoulos, & Lykeridou (2013) también aportan datos indicando que el aborto involuntario previo se relaciona con síntomas ansioso-depresivos en un gestación posterior.



Se ha asegurado que la pérdida gestacional previa no se relaciona con síntomas de ansiedad medida como estado pero sí con ansiedad específica durante el gestación, es decir, las mujeres con pérdidas gestacionales no presentan más ansiedad general que el resto de mujeres pero sí consideran el gestación y su resultado como estímulo ansiógeno (Bouchalová, Kukla, & Okrajek. 2012). Incluso, se ha comprobado que los síntomas depresivos y la ansiedad específica hacia la gestación también se producen en los hombres o parejas de las mujeres que han experimentado una pérdida del producto de la gestación. En una investigación más actual de Lau & Yin (2011) se ha reportado independencia entre el estrés y haber sufrido pérdidas prenatales o perinatales previas cuando el estrés se mide de manera general y no de manera específica para el gestación. Además, estas autoras tampoco encontraron diferencias respecto al apego materno-fetal. En sentido contrario, reportaron más ansiedad y peor apego prenatal en mujeres con antecedentes previos de pérdidas. No obstante, se ha comprobado que este efecto en la ansiedad y el apego materno-fetal tras la pérdida de una gestación previa disminuye a medida que avanza la gestación; son máximos en el primer trimestre pero las diferencias desaparecen en el tercer trimestre de gestación según Tsartsara & Johnson (2006).

Se asemejan a los resultados de este estudio, donde las gestantes con antecedente de pérdida del producto de la gestación tienen 1.6 menos adaptación psicosocial, las mujeres con más temores durante la gestación son aquellas que han sufrido experiencias negativas respecto a las gestaciones preliminares y también el miedo está fundado en situaciones que no han vivido primera persona, pero las han presenciado con personas cercanas a ellas, y puede darse el caso de que hayan escuchado historias traumáticas de otras mujeres, para poder generar angustia sobre las posibles complicaciones.





## IX. CONCLUSIONES.

Es posible concluir que de los factores biopsicosociales, la edad de riesgo ya sea menor de 20 y mayor de 30 es el factor con más incidencia en el período intergenésico corto, esto debido a el tabú que todavía existe en la adolescencia sobre la utilización de métodos anticonceptivos y en contraparte al hecho de la transición al modo de vida contemporáneo que afecta la decisión de tener hijas o hijos con una secuencia disminuida en espacios, para no llegar al límite en el que ya no consigan obtener una gestación.

Asimismo, existe una relación con la adaptación psicosocial y el período intergenésico corto, la cual es la actitud positiva de la madre de la gestante, la de mayor incidencia para que este se presente, esto se debe a que la aprobación de la gestación por la progenitora, permite que la mujer tenga una buena adaptación psicosocial, ya que cuenta con su apoyo y sus cuidados a pesar de los riesgos que pueden llegar a presentarse, debido a la limitada exposición a la información, las creencias y las experiencias ya vividas por parte de ellas y por lo que representan en nuestra sociedad influyen con más cohesión para que estas se lleven a cabo, sin darle la mismo valor a la información brindada por el equipo de salud, por diferentes factores, uno de ellos no tener la suficiente confianza hacia ellos.



## X. SUGERENCIAS.

El periodo intergenésico corto es una circunstancia clínica presentada con alta incidencia en la población estudiada como se evidenció; esta se relaciona con un impacto negativo en la salud materno-neonatal, ya que condiciona situaciones adversas, pero al ser un circunstancia modificable con lo encontrado en esta población, resulta necesario enfocarnos no sólo en la prevención de esta condición en las mujeres menores de 20 años, sino en las mayores de 30 para concientizar sobre los riesgos y las circunstancias adyuvantes que aumentan el riesgo, así como incluir a la red de apoyo inmediata en la educación para la salud, ya que son una influencia que puede impactar de una manera positiva, usando una estrategia adecuada para disminuir el período intergenésico corto y por ende sus implicaciones.

La importancia de la enfermera perinatal, durante la gestación y la etapa reproductiva, radica en educar y mejorar en la mujer la conciencia del valor de la salud, proporcionar el cuidado y aplicar intervenciones para lograr el resultado de esta. El objetivo de la salud perinatal es la salud del binomio, fomentando una maternidad con los mínimos riesgos, la enfermería implica un encuentro integral de personas psicosociales, que ocurre como respuesta a una necesidad de cuidado que surge durante el proceso de gestación.



## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aguayo Maldonado, J. (2008) (p. 128). Manual de lactancia materna. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Arango de Montis, I. (2008) (p. 56). Sexualidad humana. México: Manual Moderno.
- Armengol, R. et al. (2006). (p. 128). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal, Volumen 23 (Edición No. 1). Recuperado de: [http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_1/04-23\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_1/04-23_1.pdf)
- Ávila, B. H. (2016). (p. 115). Introducción a la metodología de la investigación. Recuperado de: [www.eumed.net/libros/2006c/203/](http://www.eumed.net/libros/2006c/203/).
- Báez, J. & Pérez, T. (2009) (p. 128). Investigación Cualitativa. España: Esic.
- Barahona, A. & Marín, M. (2015). Características del periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en el Hospital Luis F. Martínez, durante el año 2014 (tesis de pregrado) Universidad De Cuenca. Ecuador.
- Barry, M., Lynne, A. & Lindsey, A. Bienestar social en mujeres embarazadas: embarazos previstos versus involuntarios. (2007). Biblioteca Nacional De Medicina De EE. UU. Institutos Nacionales De Salud, 45(12). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18246861>.
- Bonilla, F. & Musoles, A – P. (2013) (p. 207 y 447). Obstetricia reproducción y ginecología básicas. España: Panamericana.
- Bouchalová, M., Kukla, L. & Okrajek, P. El estado de salud autoevaluado y sus implicaciones. Estudio poblacional de mujeres embarazadas en Brno. (2012). Biblioteca Nacional De Medicina De EE. UU. Institutos Nacionales De Salud., 77(6). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23521195>.
- Brown, J. E. (2014) (p. 911, 94, 95 y 97). Nutrición en las diferentes etapas de la vida. (5ta Ed.) México: Mac Graw Hill.



- Byrd-Craven, J. & Massey, A. Apóyate en mí: los efectos del apoyo social en las mujeres embarazadas de bajo nivel socioeconómico. (2008). Biblioteca Nacional De Medicina De EE. UU. Institutos Nacionales De Salud, 3(374). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23656532>.
- Carrera, J. et al. (2016) (p. 3). Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario de Dexeus. (4ta. Ed.) España: Elsevier.
- Cheng, D., Schwarz, E., Douglas, E. & Horon, I. Embarazo no deseado y preconcepción materna asociada, comportamientos pre y postparto. (2008). Biblioteca Nacional De Medicina De EE. UU. Institutos Nacionales De Salud, 194(8). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19185672>.
- Cunningham, F. G. (2011) (p. 128). (p. 128). Williams obstetrician. (23<sup>a</sup>. Ed.) México: Mac Graw Hill.
- Domínguez L, & Vigil-De G. (2005). El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. *Revista Clin Invest Gin Obst*; 32(3):122-6. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja>.
- El espaciamiento de los nacimientos: una estrategia para conciliar trabajo y familia en España. (2009). (p. 128). *Revista Española De Investigaciones Sociológicas*. Recuperado de: [128,http://dx.doi.org/http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_128\\_OCT\\_D EC\\_2009\\_PP\\_11\\_331234883419167.pdf](http://dx.doi.org/http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_128_OCT_D EC_2009_PP_11_331234883419167.pdf).
- Franco, J. (2007). Evaluación de los pesos específicos de factores de riesgo en el bajo peso al nacer en la ciudad de Mérida, Yucatán, México. (tesis de posgrado) Facultad de Colima. México.
- Gaitán, L. H. (2010). Factores de riesgo asociados a mujeres con periodo intergenésico corto. (tesis de pregrado) Universidad De San Carlos De Guatemala. Guatemala.



- Gómez, M. (2010) (p. 22) Introducción a la metodología científica. México: Éxodo.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F. and Lykeridou, K. (2013). Estrategias de afrontamiento como factor de riesgo psicológico para la ansiedad prenatal, las preocupaciones y la depresión entre las mujeres griegas. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Institutos Nacionales de Salud, 16(5). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23558945>.
- Grussu, P., Quatraro, R. and Nasta, M. (2005). Perfil de estados de ánimo y actitudes de los padres en la maternidad: comparación de mujeres con embarazos planificados y no planificados. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Institutos Nacionales de Salud, 32(2). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15918867>.
- Hernández, R. et al. (2016) (p. 128). Metodología de la investigación. (4ta. Ed.) México: Mc Graw Hill.
- Historia de los métodos anticonceptivos. (2012). (p. 3 y 4) Biblioteca Katharine Dexter McCormick, 261(4). Recuperado de: [https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory\\_Spanish\\_2012.pdf](https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf).
- Humaní, C. S. (2015). Asociación del intervalo intergenésico y la morbimortalidad materno fetal en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores Lima. 2014 (tesis de posgrado) Facultad de Obstetricia y Enfermería. Lima, Perú.
- Lau, Y. and Yin, L. (2011). Variables maternas, obstétricas, estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud entre mujeres embarazadas en Macao, China. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Institutos Nacionales de Salud, 27(5). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20466467>.



- Lerma, G. (2016) (p. 15). Metodología de la investigación: Propuesta, anteproyecto y proyecto. Colombia: ECOE.
- López, M. et al. (2012). Factores de riesgo asociados con preeclampsia. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social, Volumen 5 (Edición No. 5). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745497004.pdf>.
- Macías, J. (2016) (p. 3). Matronas del servicio Vasco. España: Madrid.
- Maldonado, D. M. et al (2008) Cambios fisiológicos y emocionales durante el gestación normal y la conducta del feto. Perinatol Reprod Hum, Volumen 22. Recuperado de: <http://www.asmi.es/arc/doc/Cambios+Fisiologicos+y+Emocionales+durante+el+Emnarazo.pdf>.
- Martínez, C. (2014). Epidemiología de los factores de riesgo del óbito fetal, Hospital de ginecología y obstetricia Instituto Materno Infantil Del Estado De México, 2012". (tesis de posgrado) Universidad Autónoma Del Estado De México. Toluca, México.
- Martínez, D. E. (2010) (p. 15). Tratado de nutrición humana en el estado de salud. México: Panamericana.
- Martos, A. (2010) (p. 75). Breve historia del condón y de los métodos anticonceptivos. Madrid: España.
- Medina, P. et al. (2012). Causas de muerte materna de 2007 a 2010 en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. Revista Médica, Volumen 4 (Edición No. 4). Recuperado de: <http://new.medigraphic.com>.
- Morales, N. R. (2012) (p. 192). Trabajo salud y sexualidad, las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres. España: Icaria.



- Morylowska-Topolska, J., Makara-Studzińska, M. & Kotarski, J. La influencia de las variables sociodemográficas y médicas sobre la gravedad de la ansiedad y los síntomas depresivos durante los trimestres particulares del embarazo. (2014). Biblioteca Nacional De Medicina De EE. UU. Institutos Nacionales De Salud, 173(86). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24946443>.
- Nowak, Z. (2013) (p. 128). Planificación familiar y papel social de la mujer en Polonia. España: Grin Verlag.
- Ojeda, R. et al. (2016) (p. 10). Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México 2016. Revista de Ciencias de la Salud, Volumen 3. Recuperado de: <http://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals>.
- Palomar, C., Maternidad: Historia y cultura. (2016) (1st ed., pp. 39-40). Universidad de Guadalajara, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/884/88402204.pdf>.
- Para la vida. (2010) (4th ed., p. 1). New York, USA. Recuperado de: <https://www.unicef.org/mexico/spanish/Life-Book.pdf>.
- Peñacoba-Puente, C., Monge, F. & Morales, D. Preocupación por el embarazo: un estudio longitudinal de mujeres españolas. (2011). Biblioteca Nacional De Medicina De EE. UU. Institutos Nacionales De Salud, 1030(5). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21651506>.
- Prieto, M. F. (2016). Psicobiología del estrés prenatal: implicaciones en el eje hipotálamohipofisiario-adrenal de los bebés (tesis de posgrado) Universidad Complutense De Madrid.
- Prieto, V. & Herranz, T. (2014) (p. 55 y 56). Bioestadística sin dificultades matemáticas. España: Díaz de Santos.



- Raatikainen, K., Heiskanen, N. and Heinonen, S. (2011). La transición del sobrepeso a la obesidad empeora el resultado del embarazo en una forma dependiente del IMC. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Institutos Nacionales de Salud, [online] 14(1). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16493135>.
- Ramos, R. R. & López, A. S. (2015) (p. 52). Estudios de antropología biológica, Vol I. México: UNAM.
- Sampieri, H. R. (2013) (p. 13). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Shishehgar, S., Mahrokh, D., Hamid, A. & Maryam, B. Estrés percibido del embarazo y calidad de vida entre las mujeres iraníes. (2014). Biblioteca Nacional De Medicina De EE. UU. Institutos Nacionales De Salud, 6(4). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825377/>.
- Sidor, A., Thiel-Bonney, C., Kunz, E., Eickhorst, A. & Cierpka, M. Llanto persistente y excesivo en bebés de 5 meses y las adversidades pre, peri- y posnatales de sus madres en una muestra de alto riesgo. (2012). Biblioteca Nacional De Medicina De EE. UU. Institutos Nacionales De Salud, 239(50). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22707121>.
- Silva, G. L. et al (2014) (p. 55, 57 y 59). Enfermeros del Consorcio Sanitario de Tenerife. España: Mad.
- Stassen, B. K. (2014) (p. 495). Bajo peso al nacer, psicología del desarrollo infancia y adolescencia. (3ra. Ed.) España: Panamericana.
- Tamayo, Y. T. (2012) (p. 55). Metodología formal de la investigación científica. México: Limusa.





Terplan, M., Cheng, D. & Chisolm, M. La relación entre la intención del embarazo y el comportamiento del consumo de alcohol: un análisis de los datos de PRAMS. (2013). Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Institutos Nacionales De Salud, 506(10). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24462222>.

Tsartsara, E. and Johnson, M. (2006). El impacto del aborto espontáneo en la ansiedad específica de embarazo de las mujeres y los sentimientos de apego materno-fetal prenatal durante el curso de un embarazo posterior: un estudio exploratorio de seguimiento. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Institutos Nacionales de Salud, 27(3). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17214452>.



## XII. ANEXOS

### RECURSOS

#### 1. Físicos

- Centro Universitario UAEM Valle de Chalco.
- Unidad hospitalaria.

#### 2. Técnicos y materiales.

- Equipo de cómputo.
- Programas de análisis de datos.

#### 3. Financieros.

- Los gastos generados por la investigación serán cubiertas por la investigadora.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Años y meses  Actividades	2016						2017						2018											
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
-Planteamiento e idea de investigación -Revisión documental																								
-Protocolo de investigación -Selección de muestreo e instrumento																								
-Seminario de investigación -Presentación de protocolo en seminario																								
-Validación de instrumento (prueba piloto) -Recolección de datos																								
-Seminario de investigación -Presentación de avances en seminario																								
-Análisis y procesamiento de datos -Presentación de investigación en seminario																								
-Redacción de trabajo terminal de grado -Presentación de trabajo al comité y tutores																								
-Aprobación del trabajo -Examen de grado																								



## APÉNDICE A

---

### PERMISO PARA UTILIZAR EL SIP PARA INVESTIGACIÓN



Aneudy Patiño <aneudy@gmail.com>

mar 13/06, 11:29 p.m.

Tú ↕

Buenas noches Nelly,

Tienes la autorización de utilizar la herramienta para los fines que planteas, es totalmente gratuita. Para descargar el SIP versión 4.1.2 debes dirigirte a este link: <http://www.clap.ops-oms.org/sistemas/> Al momento de instalar la herramienta, en el menú encontrarás los manuales de utilización del mismo.

Cualquier apoyo o aclaración estoy para ayudarte por esta vía, Facebook o WhatsApp.  
Saludos,

Aneudy C. Patiño Morrobel. IT Support,

📞 (829) 393-1195 ✉ aneudy@gmail.com



## APÉNDICE B



**Universidad Autónoma del Estado de México**  
**UAEM**

**Centro Universitario UAEM Valle de Chalco**



Valle de Chalco, S., Estado de México a 21 de Marzo de 2017.

### ASUNTO: CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

**DR. JOSÉ ALFONSO DE LA GARZA BENITEZ**  
**DIRECTOR**  
**HOSPITAL MATERNO INFANTIL "MIGUEL HIDALGO Y COSTILLA"**

### PRESENTE

Por este conducto reciba un cordial saludo, al mismo tiempo le comento que la estudiante de la Maestría en Enfermería Perinatal del Centro Universitario UAEM Valle de Chalco, **Elda Nelly Palacios Cadena**, realiza su trabajo terminal de grado titulado: **"FACTORES QUE INCIDEN EN EL PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO EN GESTANTES DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL 2017"**, por lo que solicito autorización para llevar a cabo dicho estudio en la institución de la cual dignamente dirige.

De estar de acuerdo en otorgarle el permiso y para continuar con el proyecto, la alumna requiere aplicar dos instrumentos a las gestantes que acudan al módulo mater, que cumplan con las características, hasta completar la muestra requerida para la investigación. Así mismo le comento que la información obtenida será para uso exclusivo del estudio.

Sin otro particular por el momento y en espera de una respuesta favorable agradezco la atención que sirva dar a la presente garantizando la confidencialidad de la información en general.

ATENTAMENTE

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

**"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"**

Dra. en C.E. María Teresa Cuamatzi Peña Coordinadora de Maestría en Enfermería	M. en Ed. Sexual Adolfo Sánchez González Tutor de trabajo terminal de grado

C. c. p. Dr. Enrique Vázquez Contreras Jefe De Enseñanza Médica Y De Investigación.  
 C. c. p. Dr. Luis Román Aguilar del Valle.  
 C. c. p. L.E.O. Erika Ibeth García Mata. Jefa de enfermería.  
 C. c. p. Comité de Bioética del Hospital Materno Infantil "Miguel Hidalgo y Costilla"  
 C. c. p. E.E.P. Nayeli Hernández Cruz, Jefa de Consulta Externa.

*Dr. R. Enrique Vázquez Contreras*  
*Jefe de Enseñanza*  
*Hospital "Miguel Hidalgo y Costilla"*

*0089*  
*25/03/2017*



L.E.O. Elda Nelly Palacios Cadena.



## APÉNDICE C

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le invita a participar en el estudio de investigación denominado “Factores de incidencia en el período intergenésico corto en mujeres gestantes en un hospital materno infantil 2017” cuyo **objetivo** es: Analizar los factores de incidencia en el período intergenésico corto.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de las siguientes aclaraciones. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces deberá firmar esta forma de consentimiento. Teniendo en cuenta que en el momento que desee puede abandonar la investigación y pedir informes.

#### ACLARACIONES:

1. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. Al momento de practicarse la encuesta o la entrevista, si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite- y dar por terminada la misma, no existiendo ningún tipo de responsabilidad civil o penal, ni para el encuestado ni para el encuestador.
2. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No existirá afectación de ninguna naturaleza, ni física ni mental, ni moral al momento de realizarse la entrevista o encuesta pues como se ha señalado es únicamente con fines estadísticos y de estudio, de los cuales la institución y sus alumnos se deslindan de cualquier responsabilidad civil o penal, en su práctica.
3. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
4. No recibirá pago por su participación. No existirá ningún pago de servicios o remuneración alguna, ni por tiempo, ni por encuesta o por entrevista, ello en virtud de que el estudio no afectara ni su vida, ni su salud, ni sus actividades sociales o culturales.
5. La información obtenida en este estudio, al ser un trabajo de investigación los datos que proporcione el entrevistado serán anónimos, quedando en completa y confidencialidad por el grupo de investigadores.

He leído y comprendido la información anterior. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines de investigación. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre y firma del participante \_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo \_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo \_\_\_\_\_



L.E.O. Elda Nelly Palacios Cadena.



# APÉNDICE D

HISTORIA CLINICA MATERNO-PERINATAL - CLAP - OPS/OMS												IDENTIFICACION HISTORICA CLINICA																			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO			E.TNA		L.S. Y E.TNA		ESTRUBOS		ESTADO CIVIL		CONTR. REBOLDA																		
DIRECCION		EDAD (años)			etnia		raza		estado civil		casado		unión libre																		
LOCALIDAD		TELEF.			edad en el momento de la consulta		negra		blanca		otro		OTRO																		
<b>ANTECEDENTES</b>												FIN EMBARAZO ANTERIOR																			
FAMILIARES				PERSONALES				OBSTETRICOS				EMBARAZO ANTERIOR																			
diabetes				hipertensión				partos previos				gestación anterior																			
hipertensión				diabetes				partos previos				gestación anterior																			
<b>GESTACION ACTUAL</b>												ANTITETANICA		EX NORMAL																	
PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		EG COMPLETA		FUMAR		CONARTELLOS POR DIA		ALCOHOL		ANTITETANICA		EX NORMAL																	
1		1		si		si		si		si		si		si																	
<b>GRUPO RH</b>												TEST O SULLIVAN		IgG Ruberia		VISION DE FALCA EXTERNA															
A												140		140-190		si															
1												140		140-190		si															
2												140		140-190		si															
3												140		140-190		si															
4												140		140-190		si															
5												140		140-190		si															
6												140		140-190		si															
7												140		140-190		si															
<b>PARTO ABORTO</b>												HOSPITALIZ		CORTICOIDES ANTERNALES		INDIC. T. 3a P.		RUP. DE MEMBRANAS ANTERPARTO		HORAS ENTRE RUP. Y PARTO		EDAD DEST. AL PARTO		PRESENTACION		ACOMPANANTE					
si												si		si		si		si		si		si		si							
<b>POSICION PARTO</b>												NACIMIENTO		MORTO		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATIVO		INDUCCION		OPERATIVO											
si												si		si		si		si		si											
<b>NOTAS</b>												ENFERMEDADES		RECIENTE NACIDO		EGRESO MATERNO		EGRESO RN													
HTA gestacional												si		si		si		si													
diabetes gestacional												si		si		si		si													
anemia												si		si		si		si													
infección												si		si		si		si													
otras												si		si		si		si													
<b>RECIENTE NACIDO</b>												SEXO		PESO AL NACER		TALLA		A.P.G.A.R.		REANIMACION		PALP. EN SALA DE PARTO		REFERENCIA		PARTO		NEONATO		PUERPERIO	
masculino												si		si		si		si		si		si		si		si		si			
<b>EGRESO MATERNO</b>												EGRESO RN		ANTITETANICA POST PARTO		ANTICONCEPCION															
si												si		si		si															
<b>EGRESO RN</b>												LACTANCIA		WCUNAS		PESO AL EGRESO		REFERENCIA POSTPARTO		NOMBRE DEL PROFESIONAL											
si												si		si		si		si		si											



L.E.O. Elda Nelly Palacios Cadena.



## APÉNDICE E

### CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Adaptación del PSQ)

A = Mucho B = Con frecuencia C = A veces D = Nunca

AFIRMACIÓN	A	B	C	D
1. Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada				
2. Puedo tolerar las molestias del gestación				
3. Mi marido y yo hablamos del bebé que espero				
4. Mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada				
5. Creo que el parto tendrá lugar con normalidad				
6. Mi madre está ilusionada con el bebé que espero				
7. Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías				
8. Pienso en lo peor cuando me duele algo				
9. Mi madre está contenta con mi gestación				
10. Mi madre me da buenos consejos				
11. A mi marido le gusta hablar conmigo sobre el gestación				
12. Estoy bien informada de lo que me espera en el parto				
13. Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones				
14. No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas				
15. Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
16. No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener				
17. Mi madre ya espera a su nieto				
18. Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé				
19. Mi marido me ayuda en casa cuando lo necesito				
20. Puedo contar con el soporte de mi marido durante el parto				
21. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto				
22. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo				
23. Estoy preparada para el parto				
24. Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto				
25. Me angustian las posibles complicaciones del parto				
26. Pienso que podré resistir las incomodidades del parto				
27. En el momento de tomar decisiones, mi marido y yo siempre nos ponemos de acuerdo				
28. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma				
29. Me siento bien informada sobre el parto				
30. Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto				
31. Me cuesta aceptar este gestación				
32. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera				
33. Hasta el momento, éste ha sido un gestación fácil				
34. Ojalá no estuviera embarazada				
35. Tengo miedo de perder el bebé durante el parto				
36. Mi madre critica mis decisiones				
37. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto				
38. Puedo contar con mi marido para compartir el cuidado del bebé en el momento del nacimiento				
39. Ya siento afecto por el bebé				
40. Creo que puedo ser una buena madre				
41. Tengo la sensación que disfrutaré del bebé				
42. Estoy feliz con este gestación				



L.E.O. Elda Nelly Palacios Cadena.