



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE  
HIDALGO.**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Área Académica de Medicina**

**Maestría en Salud Pública**

**RIESGO REPRODUCTIVO Y LA COMPRENSIÓN POR  
INFORMANTES CLAVE RESPECTO A MORTALIDAD MATERNA**

**Proyecto terminal de carácter profesional para obtener el grado de:**

**MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

**Presenta:**

Jiménez Oropeza Sandra Angélica.

**Director de proyecto terminal:**

DCSP Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

**Comité tutorial:**

Codirectora: MSP. Josefina Reynoso Vásquez

Asesora: DCQB. María del Carmen Alejandra Hernández Ceruelos

Pachuca de Soto, Hidalgo, noviembre 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
 Instituto de Ciencias de la Salud  
 School of Health Sciences  
 Área Académica de Medicina  
 Department of Medicine  
 Maestría en Salud Pública  
 Master in Public Health

Oficio No. ICSa/AAM/MSP/263/2016  
 Asunto: Autorización de Impresión de P.P.T.  
 Pachuca de Soto, Hgo., noviembre 17 del 2016

**SANDRA ANGÉLICA JIMÉNEZ OROPEZA**  
**ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
*STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH*

Comunicamos a usted que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado "*Riesgo reproductivo y la comprensión por informantes clave respecto a mortalidad materna*" considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente,  
 "Amor, Orden y Progreso"

MC. Esp. José Ma. Busto Villarreal  
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud  
 Dean

MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada  
 Jefe del Área Académica de Medicina  
 Chair of the Department of Medicine

M. en S.P. Juan Carlos Paz Bautista  
 Coordinador de la Maestría en Salud Pública  
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

JCPB/mcm\*



Edificio Ramírez Utría Núm. 400  
 Col. Doctores  
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090  
 Teléfono 52(771) 71 790 00 Ext. 2366  
 correo.saludpublica@uaeh.edu.mx

Pachuca de Soto, Hgo., noviembre 17 del 2016

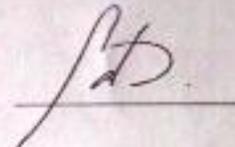
**M. en S.P. JUAN CARLOS PAZ BAUTISTA**  
**COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
*DIRECTOR OF GRADUATE STUDIES MASTER IN PUBLIC HEALTH*

Los integrantes del Comité Tutorial comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado "*Riesgo reproductivo y la comprensión por informantes clave respecto a mortalidad materna*", de la alumna **Sandra Angélica Jiménez Oropeza** con número de cuenta 118767, ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.  
"Amor, Orden y Progreso"

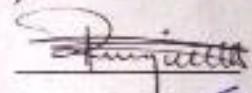
D. en C.S.P. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Director



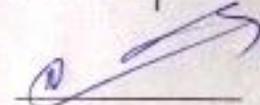
M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez

Codirectora



D. en CQB. María del Carmen Alejandra Hernández  
Ceruelos

Asesora



*“No existe una manera fácil. No importa cuán talentoso seas, tu talento te va a fallar si no lo desarrollas. Si no estudias, si no trabajas duro, si no te dedicas a ser mejor cada día”*

Will Smith.

## **AGRADECIMIENTOS**

A dios por ser mi fortaleza y por brindarme una existencia llena de aprendizajes y experiencias.

A mi familia por su paciencia, apoyo y comprensión; en especial a Katy por esos instantes en que compartió su discernimiento.

A CONACYT por otorgar becas que hacen posible un posgrado.

Al programa IMSS- Prospera por permitir realizar este trabajo.

A compañeros y amigos que me guiaron y compartieron conocimientos para que este trabajo fuera posible.

A cada uno de los integrantes de mi Comité Tutorial; en especial al doctor Ruvalcava., ya que su tiempo, paciencia, esfuerzo y aportaciones enriquecieron este trabajo.

**GRACIAS.....**

# Índice

Glosario de términos .....	7
Abreviaturas .....	9
Relación de tablas y graficas.....	10
Resumen.....	11
Abstract .....	12
Introducción.....	13
Marco teórico.....	14
Justificación.....	23
Factibilidad del estudio: .....	25
Recursos humanos.....	25
Recursos financieros .....	25
Recursos materiales .....	25
Planteamiento del problema.....	26
Objetivo general. ....	27
Objetivos específicos. ....	27
Material y Método .....	28
Tipo de estudio .....	28
Universo de estudio .....	28
Lugar de estudio .....	28
Población de estudio.....	28
Periodo de estudio .....	28
Tipo de muestreo.....	28
Criterios de inclusión .....	28
Criterios de exclusión. ....	29
Criterios de eliminación .....	29
Instrumento de recolección de datos.....	29
Variables de estudio .....	30
Operacionalización.....	30
Categorías.....	32
Metodología.....	33
Consideraciones éticas .....	35
Resultados .....	36
Discusión.....	81

Conclusiones.....	83
Cronograma de actividades 2014 -2016. ....	84
Referencias .....	85
ANEXOS. ....	92

## Glosario de términos

**Aborto.-** es la terminación espontanea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana contando desde la fecha de ultima menstruación o expulsión del producto de la gestación con un peso menor a 500 gr. (Diario Oficial de la Federacion, 2012)

**Cesáreas.-** procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en abdomen y en el útero. (Diario Oficial de la Federacion, 2012)

**Defunción materna:** muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (OMS, 2008)

**Edad.-** tiempo que ha vivido una persona (Real Academia Española, 2014)

**Escolaridad.-** conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (Real Academia Española, 2014)

**Factores de riesgo:** factor de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social en el fenotipo o en el genotipo, o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por su presencia o por su ausencia, o por la variabilidad de su presencia, está relacionado con la enfermedad investigada, o puede ser la causa contribuyente a su aparición en determinadas personas (Kahl-Martin, 1990)

**Gesta.-** dicho de una hembra, llevar y sustentar en su seno el embrión o feto hasta el momento del parto. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento (Real Academia Española, 2014)

**Muerte materna directa.-** es la que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, así como de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. (OMS, 2012)

**Muerte materna indirecta.-** es la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante este, no debida a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. (OMS, 2012)

**Peso habitual.-** es el peso estable que refiere el paciente que ha mantenido en los últimos años. (Astiazarán, Lasheras, & Martínez, 2003)

**Riesgo:** a) la probabilidad de ocurrencia de un evento (mórbido o fatal); b) un término no técnico que incluye diversas medidas de probabilidad en cuanto a consecuencias desfavorables. (Oxford University , 1989)

**Talla.-** altura, medida de una persona desde los pies hasta la cabeza (Real Academia Española, 2014)

## Abreviaturas

**CONEVAL.**- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

**DIU.**- dispositivo intra uterino

**DM.**- Diabetes Mellitus

**HPP.**- Hemorragia Post Parto

**HTA.**- Hipertensión Arterial

**IMC.**- Índice de Masa Corporal

**IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social

**LGS.**- Ley General de Salud

**OMS.**- Organización Mundial de la Salud

**ONU.**- Organización de las Naciones Unidas

**OPS.**- Organización Panamericana de la Salud

**OTB.**- Oclusión tubaria bilateral

**PAE-APV.**- Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida

**UNFPA.**- Fondo de Población de las Naciones Unidas

**UMR.**- Unidad Médica Rural

## Relación de tablas y graficas

*Tabla 1. Número de hijos en las mujeres en edad fértil censadas en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo., 2014 ..... 37*

*Tabla 2 Diferencia de edad y número de hijos promedio en mujeres censadas con alto y bajo riesgo reproductivo registradas en la UMR # 47 San Pedrito Agua Blanca, Hgo.2014 ..... 39*

*Tabla 3. Antecedentes de mujeres en edad fértil con vida sexual activa que se encuentran censadas en la UMR # 47 de la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo. Año 2014..... 42*

*Tabla 4. Categorización de los grupos focales realizados en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo. 2016..... 80*

*Grafica 1Mujeres en edad fértil censadas en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo., 2014..... 36*

*Grafica 2 Estado civil de las mujeres en edad fértil censadas en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo., 2014 ..... 36*

*Grafica 3Metodo de planificación familiar empleado por las mujeres en edad fértil censadas en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo., 2014..... 37*

*Grafica 4 Riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil censadas en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo., 2014 ..... 38*

*Grafica 5 Diferencia de estado civil en mujeres censadas con alto y bajo riesgo reproductivo registradas en la UMR # 47 San Pedrito Agua Blanca, Hgo.2014 ..... 40*

*Grafica 6 Diferencia de uso de método de planificación familiar en mujeres censadas con alto y bajo riesgo reproductivo registradas en la UMR # 47 San Pedrito Agua Blanca, Hgo.2014..... 41*

## Resumen.

El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir un daño a la salud. **Objetivo.** El presente estudio se centró en la determinación del riesgo reproductivo preconcepcional existente en las mujeres que acuden a una Unidad Médica Rural (UMR) del programa IMSS-Prospera. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio enfoque mixto; desde un estudio observacional epidemiológico descriptivo de carácter transversal y cualitativo etnometodológico, este se realizó en las instalaciones de la Unidad Médica Rural # 47 ubicado en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hidalgo, durante el periodo de agosto a diciembre del año 2015, en Mujeres en edad fértil, con vida sexual activa que aceptaron participar, seleccionadas por muestreo no probabilístico e inclusión de casos consecutivos. **Resultados.** Se encuestaron 205 mujeres en edad fértil, de las cuales el 32.2 % corresponde a mujeres sin relaciones sexuales; el resto mujeres con vida sexual activa, el 58.05% se encontraban en unión libre o casadas; 36.10 % solteras 1.95% viudas y 3.90% separadas, no existe diferencia desde el estado civil, en mujeres con riesgo reproductivo alto la metodología predominante es la permanente (OTB) con el 31.9%, seguido del (DIU) con 27.8 % un 25.7% sin método de planificación familiar; a diferencia de las mujeres con riesgo reproductivo bajo predominó el uso del (DIU) con el 45.2 %, 35.7 % sin método de planificación familiar, en tercer lugar con 11.9 % al implante subdérmico. El discurso de las mujeres deja entrever que es posible determinar riesgo reproductivo, existe correspondencia entre ambos métodos de investigación y se detectó violencia como parte del riesgo reproductivo. **Conclusiones.** Las mujeres participantes conciben su riesgo reproductivo como el peligro asociado a la edad, los antecedentes obstétricos y las cesáreas, dejan en los últimos lugares los antecedentes personales patológicos los cuales son detectables de forma oportuna y en algunos de los casos prevenibles. El formato MF-5, si bien es una adecuada herramienta y tiene concordancia con la percepción de las mujeres, es imperativo la inclusión en el formato MF-5 la categoría de violencia contra las mujeres. Existe concordancia entre ambas metodologías para la detección de riesgo reproductivo, esto significa, que la investigación cualitativa podría utilizarse para explorar la comprensión del riesgo reproductivo.

**Palabras clave:** *riesgo, riesgo reproductivo, Planificación familiar, mortalidad materna, violencia contra las mujeres.*

## Abstract

The preconceptional reproductive risk is the probability that the woman has to suffer a damage to health. **Objective.** The present study focused on the determination of preconceptional reproductive risk in women attending a Rural Medical Unit (UMR) of the IMSS-Prospera program. **Material and methods.** A mixed study, from an observational, epidemiological, descriptive, cross - sectional and qualitative ethnomethodological study was carried out in the Rural Medical Unit # 47 located in the community of San Pedrito, Agua Blanca, Hidalgo, during the period of August In December of the year 2015, in Women of fertile age, with active sex life who agreed to participate, selected by non-probabilistic sampling and inclusion of consecutive cases. **Results.** 205 women of childbearing age were surveyed, of whom 32.2% were women without sexual relations; The rest women with active sexual life, 58.05% were in free union or married; 36.10% single women 1.95% widows and 3.90% separated, there is no difference since marital status in women with high reproductive risk the predominant contraceptive methodology is the obstruction of the fallopian tubes (OFT) with 31.9%, followed by (IUD) With 27.8% 25.7% without family planning method; In contrast to women with reproductive risk, the prevalence of IUD use was 45.2%, 35.7% without family planning method, and 11.9% with subdermal implantation. Women's discourse suggests that it is possible to determine reproductive risk, there is a correspondence between both research methods and violence was detected as part of reproductive risk. **Conclusions.** Participating women conceive of their reproductive risk as the danger associated with age, obstetric history and cesarean section, leave in the last places the personal pathological antecedents which are detectable in a timely manner and in some of the preventable cases. The MF-5 format, while an appropriate instrument and consistent with the perception of women, is imperative to include the category of violence against women in the MF-5 format. There is agreement between both methodologies for the detection of reproductive risk, this means that qualitative research could be used to explore the understanding of reproductive risk.

**Key words:** *risk, reproductive risk, family planning, maternal mortality, violence against women.*

## Introducción.

El presente documento se centró en la revisión de la definición de riesgo conceptualizado como la probabilidad de ocurrencia de un evento; factores de riesgo, definidos como aquellos factores que por su presencia o ausencia están relacionados con la enfermedad. Así como la definición de muerte materna la cual es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo; tomando en cuenta que el cuidado preconcepcional se caracteriza, en primera instancia, por el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que llevan a la identificación de los riesgos y alternativas de la concepción y a adoptar las medidas necesarias para atenuar o eliminar los riesgos. Sabiendo que el riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir un daño a la salud.

En el sistema IMSS–Prospera existe un programa para el control de riesgos preconcepcionales, el cual se desarrolla en todas las Unidades Médicas Rurales (UMR), teniendo como objetivo incidir y modificar positivamente en el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles intentando así, comprender los factores de riesgo reproductivo que posterior a su reconocimiento se pueda permitir la prevención y reducción, en este caso, de la mortalidad materna.

## Marco teórico.

La vulnerabilidad personal se debe a la presencia de ciertas características (genéticas, ambientales, biológicas y/o psicosociales) que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso (Pita, Vila, & Carpenente, 1997). Surge entonces el término de "riesgo" el cual se conceptualiza como: a) la probabilidad de ocurrencia de un evento (mórbido o fatal); b) un término no técnico que incluye diversas medidas de probabilidad en cuanto a consecuencias desfavorables (Oxford University, 1989). En esta segunda acepción, se realiza el abordaje de los "factores de riesgo", el cual es algún factor de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social en el fenotipo o en el genotipo, o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por su presencia o por su ausencia, o por la variabilidad de su presencia, está relacionado con la enfermedad investigada, o puede ser la causa contribuyente a su aparición en determinadas personas (Kahl-Martin, 1990), es decir, aquellos que apuntan a la predicción de morbilidad futura; pertenecientes a niveles de organización distintos: sociales (por ejemplo: desempleo, analfabetismo, pobreza) y biológicas (edad, estado inmunológico, características genéticas, entre otras) (Almeida, Castiel, & Ayres, 2009). El primero se refiere a una característica o exposición asociada con una probabilidad aumentada de un resultado específico, como puede ser la aparición de una enfermedad, pero no necesariamente como un factor causal de esta; el segundo enuncia el factor de riesgo como determinante al definirlo como una característica o exposición que aumenta la probabilidad de aparición de una enfermedad o resultado específico.

En las definiciones de riesgo es importante destacar su dimensión subjetiva; es necesario comprender que al estudiar el riesgo hay que tomar en cuenta la manera en que las personas lo conciben, valoran, entienden y sienten. Debe tomarse en cuenta la manera diferenciada en que este término puede ser entendido por las personas investigadas. De acuerdo al estudio realizado por (Slovek, 1987) se encontró que quienes entendían el riesgo como relacionado con

o como sinónimo de la probabilidad de ocurrencia de un evento, mostraban una tendencia evidente a ponderar los riesgos como menores, en comparación con aquellas personas que definían el riesgo en términos de las consecuencias de un evento. Entre ambos valores se encontró la media de la ponderación que realizaron las personas que hicieron algún tipo de combinación entre probabilidad y consecuencias en su definición de riesgo. Estos resultados indican cómo la valoración de los riesgos está determinada por los conocimientos, los valores y el significado que estos tengan para cada persona. Las perspectivas de análisis del riesgo varían desde el cálculo matemático de la probabilidad de riesgo con estimaciones estadísticas de su probable comportamiento futuro, hasta un análisis cualitativo del contexto en el que se producen los riesgos en diferentes tipos de poblaciones (Echemendia, 2011).

El conocimiento de los grupos de alto riesgo de adquirir la enfermedad, tenerla y morir a consecuencia de ella, permite plantear acciones efectivas para evitarla, curarla, rehabilitación del enfermo, reducir mortalidad, formular y probar hipótesis de causalidad, prevención y curación, evaluar medidas de prevención y tomar decisiones de salud pública (Kahl-Martin, 1990). Salud vista y entendida como un incremento del desarrollo social y de la calidad de vida de la población (Echemendia, 2011).

En resumen el conocer los factores de riesgo puede permitir la prevención y reducción, en este caso, de la mortalidad materna la cual desde la Cumbre del Milenio es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio y consiste en la mejora de la salud materna con la disminución en un 75 % (OMS, 2008); definiendo la defunción materna a: la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (OMS, 2008).

De acuerdo a la OMS cada día mueren unas 800 mujeres en todo el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto; prácticamente todas

estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (OMS, 2014).

Sin embargo las muertes maternas pueden prevenirse, ya que la mayoría de las complicaciones se pueden resolver, siempre que se brinden servicios de salud de calidad y se atiendan oportunamente (CONEVAL, 2012). Uno de los objetivos generales del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (PAE-APV) para los servicios de salud es: Fortalecer la capacidad de las mujeres y sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal (Consejo de Salubridad General , 2004). Con base en esto, los comités de mortalidad materna, tras la revisión de casos de muerte materna en la mayoría de las ocasiones recomiendan: el fomento de los métodos de planificación familiar, hacer hincapié en las señales de alarma durante el embarazo, lograr una comunicación efectiva entre el personal médico y las usuarias, impartir talleres sobre embarazo, parto y puerperio, hemorragia obstétrica y preeclampsia; capacitación a embarazadas y llevar a cabo el diseño, la organización y las formas de aplicación de intervenciones de promoción o educación para la salud que propicien el reconocimiento temprano de señales de alarma para el desarrollo de complicaciones obstétricas en la población (CONEVAL, 2012). Las cuales son actividades que corresponden a un primer nivel de atención como lo son las unidades médicas rurales.

Dentro de los factores enunciados por la OMS que impiden que las mujeres reciban o busquen atención se encuentran: la pobreza, la distancia, la falta de información y las prácticas culturales, entre otras, por lo que se considera pertinente eliminar en la medida de lo posible estos factores de riesgo para mejorar la salud materna (OMS, 2010); los cuales pueden ser identificados durante la atención preconcepcional, que debe ser entendida como el cuidado continuo durante la edad reproductiva de la mujer para que en el momento que elija quedar embarazada se encuentren con un óptimo estado de salud (Johnson, y otros, 2006).

El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir un daño a la salud. La detección de mujeres con riesgo reproductivo y el cuidado preconcepcional son aspectos de atención en salud que pueden reducir la morbimortalidad materna y perinatal, en especial aquella derivada de causas indirectas.

El cuidado preconcepcional se caracteriza, en primera instancia, por el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que llevan a la identificación de los riesgos y alternativas de la concepción y a adoptar las medidas necesarias para atenuar o eliminar los mencionados riesgos (UNFPA, 2014). La atención al riesgo preconcepcional debe permitirle a la mujer o pareja la información necesaria para conocer que el embarazo no es un riesgo, pero que existen factores en la familia, la pareja o la descendencia que pueden ensombrecer el buen pronóstico del embarazo (Rosell, Delgado, & Trufeno, 2006).

La importancia del enfoque de riesgo reproductivo radica en que permite identificar las necesidades de salud de las mujeres, utilizando la presencia de factores de riesgo como guía para acciones futuras. De esta forma, facilita la redistribución de recursos, el aumento de la cobertura, la referencia y contra-referencia de pacientes, el cuidado de la familia y así eliminar aquellos factores que impiden a las mujeres obtener el conocimiento que les permita exigir atención médica oportuna y adecuada, de igual forma, tomar decisiones autónomas sobre su reproducción (Cardenas, 2007). El enfoque de riesgo reproductivo se viene usando desde hace muchos años; A Nesbitt y Aubry se les ocurrió la idea de darles unos puntos de penalización en relación con la importancia clínica y sumados todos establecían un pronóstico predictivo; se confeccionaron así las “Tablas de Riesgo” las cuales constan de unos factores de riesgo previos al embarazo actual, y otros que siguen existiendo al instaurarse o aparecen durante el embarazo (Botella & Clavero, 1993), el cual es el antecedente del Formato MF-5 utilizado en el programa IMSS-Prospera como herramienta médica para calificar el riesgo reproductivo. Sin embargo, en general sólo se ha enfatizado su uso durante el periodo prenatal y el parto, descuidándose su utilización en el periodo preconcepcional.

El concepto de riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales. El objetivo es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o el recién nacido (OPS, 1996).

Este enfoque se basa en la observación de que no todas las mujeres tiene la misma probabilidad o riesgo de enfermar y morir, sino que para algunas esta probabilidad es mayor; esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidado que va desde un mínimo para aquellas con bajo riesgo, hasta un máximo necesario solo para aquellas con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones de su salud (Saure, y otros, 1992).

Se sabe que las mujeres que tienen alto riesgo preconcepcional posiblemente presentarán un alto riesgo obstétrico, en el caso de gestar; y son estas últimas las que tienen mayor probabilidad de sufrir un daño en el proceso de reproducción. Por esta razón, es imperativo actuar en el periodo preconcepcional con la finalidad de identificar a aquellas mujeres con alto riesgo para brindarles una atención de mayor complejidad, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos (OPS, 1996).

Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional son muchos: analfabetismo, pobreza, malnutrición, vivir en zonas urbano-marginales o rurales con servicios de salud insuficientes, entre otros. Estos factores varían entre los países y entre las distintas regiones de los mismos. Sin embargo, existen algunos factores que persisten independientemente de la condición social o del área geográfica en que habitan las mujeres. Entre estos; cuatro son los más reconocidos (OPS, 1996):

- Edad. Una gestación tiene mayor riesgo cuando la mujer es menor de 18 años o mayor de 35 años.
- Paridad. El riesgo es mayor en la primera gestación o después de la quinta.
- Intervalo intergenésico. El riesgo es mayor cuando el intervalo entre las gestaciones es menor de dos años.

- Antecedente de mala historia obstétrica. El riesgo es mayor cuando la mujer ha tenido previamente abortos, hijos nacidos muertos, hijos muertos menores de un mes, dos o más cesáreas, toxemia, entre otros.

También pueden ser clasificados en grupo de acuerdo a: a) factores sociodemográficos; b) antecedentes médicos y antecedentes reproductivos (Lombardia & Fernandez, 2007).

Se enunciarán solo algunos datos relevantes respecto a los factores de riesgo reproductivo, aun cuando, como ya se describió estos son muchos y varían de acuerdo a la región geográfica (urbana y rural):

- Las mujeres adolescentes tienen un mayor riesgo de tener hijos con peso bajo al nacer y bajo puntaje de Apgar a los 5 min, parto prematuro y muerte neonatal (Chen, y otros, 2007) (Fraser, Brockert, & Ward, 1995).
- El hacinamiento, el nivel socioeconómico bajo y la escolaridad menor a 6 años muestra una fuerte asociación con el embarazo en adolescentes (Carreon, y otros, 2004).
- Mujeres de 35 años o más tienen un mayor riesgo de aborto involuntario, anomalías cromosómicas, anomalías congénitas, diabetes gestacional, parto por cesárea, y los trastornos hipertensivos del embarazo, aumento del riesgo de desprendimiento, parto prematuro, bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal (Timofeev, y otros, 2013) (Cleary-Goldman, y otros, 2005) (Khoshnood, Bouvier-Colle, Leridon, & Blondel, 2008).
- La gran multiparidad se define como la paridad mayor o igual a cinco, lo que incrementa la mortalidad materna y es un factor de riesgo para morbilidad materna y neonatal. Se ha descrito como asociada a pobre cuidado prenatal, tabaquismo y consumo de alcohol. Las grandes múltiparas tienen un índice de masa corporal (IMC) más alto y tasas mayores de diabetes gestacional insulino-dependiente. Hay más riesgo de muerte intrauterina y muerte perinatal, anormalidades placentarias y alto peso al nacer (Wang, Tanbo, Abyholm, & Henriksen, 2011) (Lisonkova, Janssen, Sheps, Lee, & Dahlgren, 2010).

- El aumento de número de cesáreas incrementa el riesgo de placenta acreta del 10 a 25% en mujeres con una cesárea previa y mayor a 50% con antecedente de dos o más cesáreas e histerectomía para futuros embarazos (Abehsera, Gonzalez, Lopez, Sancha, & Magdaleno, 2011) (Ferreira & Angulo, 2007).
- El riesgo de recurrencia se incrementa en las mujeres que tienen antecedentes de una muerte fetal previa, comparada con la que sucede a quienes no tienen el antecedente (Frias, y otros, 2004) (Panduro, Perez, Panduro, Castro, & Maria, 2011).
- Un período intergenésico menor de 24 meses es un factor de riesgo para parto pretérmino y por lo tanto, implica mayores complicaciones neonatales e incluso muerte perinatal (Shachar & Lyell, 2012).
- Las mujeres con antecedente de preeclampsia tienen un riesgo más alto de desarrollarla en embarazos subsiguientes.

La preeclampsia recurrente se asocia también a tasas aumentadas de parto pretérmino, bebés pequeños para la edad gestacional y muerte perinatal (Hernandez- Diaz, Toh, & Cnattinquis, 2009).

- El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos; tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro (Villanueva, Contreras, Pichardo, & Rosales, 2008).
- La recurrencia de macrosomía fetal (peso fetal  $\geq$  4500 g) se asocia a la de diabetes en la madre; sin embargo, una proporción importante de fetos macrosómicos son hijos de madres no diabéticas en quienes se asocia a la multiparidad y no al trastorno metabólico.

Mujeres con historia de un recién nacido macrosómico tienen un riesgo significativamente más alto de otro bebé macrosómico en un embarazo posterior. Para mujeres con dos o más bebés macrosómicos, el riesgo es aún mayor. La macrosomía fetal incrementa el número de resultados adversos

maternos y perinatales, dentro de los cuales se incluyen parto instrumentado lesión del canal vaginal y del esfínter anal (Koyanagi, y otros, 2013) (Walsh, McGowan, & McAuliffe, 2012).

- Los embarazos en mujeres hipertensas, más aún en casos severos, se asocian con preeclampsia, hemorragia cerebral, descompensación cardiaca y falla renal. Se presentan además nacimientos pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, alteraciones placentarias y muerte fetal (D'Ángelo, y otros, 2007).
- Entre los factores de riesgo asociados al bajo peso del recién nacido se identifican cinco grupos: sociodemográficos, preconcepcionales, riesgo durante la gestación, cuidados prenatales inadecuados, riesgo ambiental y de conducta. Entre estos factores existe un número importante relacionado con desnutrición crónica materna, talla baja de la madre menor de 1.49 m, peso menor a 50 kg antes de la gestación (Soto, Avila, & Gutierrez, 2010).
- La hemorragia postparto (HPP) es una condición que amenaza la vida de la mujer. Aunque muchas variables incrementan el riesgo de sangrado, una HPP en un embarazo anterior es uno de los factores de mayor riesgo para HPP recurrente (Ford, Shand, & Roberts, 2013) (Oyelese & Ananth, 2010).
- La talla materna menor de 150 cm se asocia con recién nacidos de peso inferior a 3.000 g, y cuando se asocian dos o más factores de riesgo como la talla baja y la edad materna, el riesgo de recién nacido con peso inferior a 2.500 es mayor; estudios dan a conocer que si la talla materna es mayor, la tendencia del peso del recién nacido también será mayor (Prendes, Jiménez, & González, 2001) (Paredes & Calle, 2011).

En el programa IMSS–Prospera existe un programa para el control de riesgos preconcepcionales, el cual se desarrolla en todas las Unidades Médicas Rurales (UMR), teniendo como objetivo incidir y modificar positivamente en el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles; este programa establece una negociación con la mujer sobre su futuro reproductivo. Sin embargo el riesgo

reproductivo calificado por parte del personal de salud y el riesgo percibido por las mujeres en edad fértil, con vida sexual activa y riesgo reproductivo alto pudiera ser divergente.

## Justificación.

Dado que a nivel mundial fallecen 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo (OMS, 2014) y a pesar de que en México ha disminuido la razón de mortalidad materna de 53.8 en 2002 a 37.7 en 2012 (Observatorio de Mortalidad Materna , 2012) aún se encuentra lejos de lograr el objetivo de reducir la mortalidad materna a menos del 25%.

De acuerdo a los indicadores de mortalidad materna del observatorio de mortalidad materna a nivel nacional se presentó una reducción de la razón de mortalidad materna a 4.1 puntos comparando los años 2012 y 2013; Presentándose 38.2 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos estimados en el año 2013; de las cuales el 22 % de las defunciones maternas ocurrió entre los 20 a 24 años de edad seguido de las mujeres de 25 a 29 años con el 20.8%; el 79.7 % contaban con parejas estable; el 11.3 % hablaba lengua indígena; el 73.2 % no trabajaba; el 32.3% había cursado al menos un año de secundaria, más del 50 % con derechohabencia al seguro popular, el 5.8% fallecieron en alguna instalación del programa IMSS- Oportunidades (Observatorio de Mortalidad Materna, 2013).

Llama la atención que de las defunciones ocurridas México en el año 2012 la tercera parte ocurriera por causas obstétricas indirectas las cuales son el resultado de factores de riesgo existentes desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo (como lo son pacientes con epilepsia, asma, cardiopatías, enfermedad hipertensiva pre-existente entre otras); no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (OMS, 2012), las cuales pueden ser identificadas desde la evaluación preconcepcional de las mujeres, con el fin de identificar factores de riesgo incluido el alto riesgo para descubrir los problemas potenciales oportunamente y dirigir eficazmente las estrategias y acciones médicas con la intencionalidad de modificar el curso de la mortalidad materna en el estado y en México.

La realización de la presente investigación servirá para diseñar estrategias de intervención tendientes a disminuir la probabilidad de eventos adversos en salud; diseñar programas de intervención así como talleres de educación para salud

## Factibilidad del estudio:

El estudio es factible; tomado en cuenta los recursos humanos materiales y financieros.

**Recursos humanos:** maestranda en Salud Publica de profesión Medico General (investigador).

Director de tesis con Doctorado en Ciencias de la Salud Publica.

**Recursos financieros:** Aportados por el investigador.

**Recursos materiales:** Hojas de recolección de datos, lápices, equipo de cómputo portátil (financiados con los recursos del investigador). Grabadora de audio (proporcionadas por director de tesis).

## Planteamiento del problema.

Como ya se ha anunciado previamente uno de los Objetivos Del Milenio es la reducción de la mortalidad materna, esto mediante la implementación de diversas estrategias enfocadas básicamente en la mujer gestante, quedando así, de lado el enfoque preventivo. Durante la gestación, las mujeres son valoradas por el personal médico en la consulta prenatal, sin embargo, poco se dice sobre la valoración preconcepcional realizada por el personal de salud así como el riesgo reproductivo existente en las mujeres, el cual de ser identificado correctamente cumplirá con la función preventiva inherente al riesgo; mucha menos información existe respecto a la percepción del riesgo por parte de las mujeres. Por lo tanto resulta interesante la comprensión y percepción del riesgo reproductivo por parte de las mujeres con vida sexual activa y determinar si guarda una estrecha relación con la identificación y clasificación del riesgo reproductivo designado por el personal de salud.

Esto permitirá en un futuro establecer las estrategias de intervención oportuna, es decir, de manera preventiva ante la amenaza que representa el riesgo reproductivo preconcepcional para mortalidad materna. Derivado de lo anterior, la presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente incógnita.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es el riesgo reproductivo preconcepcional y significado-percepción del riesgo reproductivo, así como su relación con la identificación y clasificación de este, por informantes clave respecto a mortalidad materna?

## Objetivo general.

Determinar el riesgo reproductivo preconcepcional y el significado-percepción del riesgo reproductivo, así como su relación con la identificación y clasificación de este, por informantes clave respecto a mortalidad materna durante el periodo de agosto a diciembre del año 2015 en una comunidad del municipio de Agua Blanca, Hgo.

## Objetivos específicos.

- Determinar el riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil con vida sexual activa por parte del personal de salud
- Clasificar el riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil con vida sexual activa
- Describir el significado-percepción del riesgo reproductivo preconcepcional mediante el análisis del discurso narrado del grupo focal
- Comparar el significado que tienen las mujeres en edad fértil con vida sexual activa respecto al riesgo reproductivo preconcepcional con la calificación emitida por parte del personal de salud

# Material y Método

## Tipo de estudio

Estudio con enfoque mixto, epidemiológico observacional descriptivo de carácter transversal y cualitativo etnometodológico.

## Universo de estudio

**Lugar de estudio:** El estudio se realizara en las instalaciones de la Unidad Médica Rural # 47 ubicado en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hidalgo.

**Población de estudio:** Mujeres en edad fértil, con vida sexual activa que acepten participar.

**Periodo de estudio:** a partir del 20 de Agosto a Diciembre del año 2015.

## Tipo de muestreo

Muestra no probabilística; por inclusión de casos consecutivos

## Criterios de inclusión

- Mujeres adscritas a la Unidad Médica Rural # 47. Ubicado en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hidalgo.
- Mujeres mayores de 15 años y menores de 49 años,
- Mujeres que hubieran iniciado vida sexual
- Mujeres con riesgo reproductivo alto y bajo de acuerdo a formato MF-5.
- Que acepten participar en la investigación,
- Firmen el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión.**

- Mujeres que se encuentren embarazadas en el momento de la realización de estudio
- Mujeres que no han iniciado vida sexual

### **Criterios de eliminación**

- Aquellas mujeres que a pesar de haber aceptado participar en la investigación y firmaran el consentimiento informado, no acudan a la realización de grupo focal.
- Aquellas mujeres que a pesar de haber aceptado participar en la investigación decidan abandonar la investigación
- Mujeres menores de 15 años y mayores de 49 años

### **Instrumento de recolección de datos.**

Se obtendrán del expediente médico de las participantes con la finalidad de llenar el formato MF-5 (Anexo<sup>i</sup>)

Formato Sispa 28-P (Anexo<sup>ii</sup>)

Entrevista Semi-estructurada (Anexo<sup>iii</sup>)

Grabadoras de audio IC Recorder SONY y con teléfono móvil del investigador previa revisión de capacidad de almacenamiento, utilizados durante la implementación de los grupos focales

## **Variables de estudio**

### **Operacionalización**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Valores posibles</b>
<b>Edad</b>	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Numero entero de años cumplidos	Cuantitativa	Años	15 a 19 – 1 20 a 29 – 0 30 a 34 – 1 Menos de 15 o más de 34 – 4
<b>Peso habitual</b>	El peso equivale a la fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo, originada por la acción del campo gravitatorio local sobre la masa del cuerpo	Peso de una persona obtenido con bascula de pedestal	Cuantitativa	Kilogramos	50 o más – 0 Menos de 50 – 1
<b>Talla</b>	Estatura de una persona	Estatura de una persona obtenido con estadiómetro	Cuantitativa	Centímetros	150 o más – 0 Menos de 150 – 1
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado escolar máximo alcanzado por una persona en una institución	Cualitativa	Secundaria Primaria	Secundaria o mas – 0 Primaria o menos - .5
<b>Gesta</b>	Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento	Número total de embarazos de una persona	Cuantitativa	Número de embarazos	2 a 4 – 0 1 – 1 Más de 4 – 4
<b>Aborto</b>	Es la terminación espontanea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana contando desde la fecha de ultima menstruación o expulsión del producto de la gestación con un peso menor a 500 gr	Número de abortos que ha presentado	Cuantitativa	Número de abortos	0 a 1 – 0 2 – 2 3 o más – 4
<b>Cesáreas</b>	Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en abdomen y en el útero.	Número de cesáreas que se le han realizado	Cuantitativa	Número de cesáreas	0 – 0 Cualquier numero – 4
<b>Intervalo entre el último parto y el embarazo actual</b>	Se entiende el periodo de tiempo que media entre dos nacimientos consecutivos	Periodo de tiempo en meses entre la fecha de parto y el embarazo actual	Cuantitativa	Numero de Meses	No aplica - . 25 a 60 – 0 Menos de 25 - 0.5 Más de 60 – 0.5
<b>Antecedentes obstétricos</b>		Antecedente de enfermedades y/o padecimientos surgidas durante embarazo(s) previos	Cualitativa	Enfermedades	Ninguno – 0 Preeclampsia eclampsia – 4 Polihidramnios – 4 Sangrado en tercer trimestre – 4 Parto pre-termino – 4

## Categorías.

Categoría	Discurso
<b>Edad.</b>	
<b>Peso</b>	
<b>Talla</b>	
<b>Escolaridad</b>	
<b>Gestas</b>	
<b>Resolución de evento obstétrico</b>	
<b>Periodo intergenesico</b>	
<b>Antecedentes obstétricos</b>	
<b>Antecedentes personales patológicos</b>	

## Metodología

La presente investigación se realizó con un enfoque mixto; en dos momentos; el primero, es el estudio epidemiológico observacional descriptivo de carácter transversal, en el cual se revisó el censo poblacional de la UMR # 47 San Pedrito, Agua Blanca, Hidalgo, con la intención de identificar a las mujeres en edad fértil (de 12 a 49 años), a las cuales se calificó su riesgo reproductivo mediante el llenado del formato MF-5 (abonado y utilizado en el programa IMSS) el cual es un tipo de tabla de riesgo a cuyos ítems se les asigna un determinado valor; que va desde cero hasta 4; estos ítems son: la edad, el peso y talla habitual, escolaridad, número de embarazos, vía de resolución de embarazo (parto, cesárea o aborto), intervalo entre el último parto, antecedentes obstétricos (pre eclampsia-eclampsia, poli hidramnios, sangrado en tercer trimestre, parto pre-termino, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, muerte fetal tardía, macrosomía y cirugía pélvico-uterina) y antecedentes personales patológicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía, tabaquismo, entre otras) los cuales son sumados de acuerdo a las características propias de cada una de las mujeres. Posterior a esto se realiza el llenado del formato SISPA 28P (utilizado en el programa IMSS-Prospera), en electrónico, en el que se enuncian cada uno de los nombres de las mujeres censadas junto con su riesgo reproductivo (con base en los datos obtenidos del formato MF-5); ordenando de mayor a menor de acuerdo al riesgo reproductivo calificado. Clasificando a las mujeres en bajo riesgo (puntuación menor a 4) y alto riesgo reproductivo (puntuación igual o mayor a 4). Se excluyó a las mujeres sin vida sexual y mujeres embarazadas.

Posterior a la clasificación del riesgo reproductivo de las mujeres en censo se les realizó invitación verbal a participar en un grupo focal.

Se tuvo como segundo momento la realización de 5 grupos focales en los cuales participaron en promedio 4 mujeres a las que se realizó invitación verbal a participar en dichos grupos; en los cuales se interrogó mediante una entrevista semi-estructurada (únicamente como guía) a las treinta mujeres que decidieron

participar posterior a la lectura y firma del consentimiento informado (explicando que se procurara la confidencialidad de sus nombres) el cual amablemente firmaron (Anexo<sup>iv</sup>); respecto a su percepción y el significado que le dan a cada una de las categorías previamente enunciadas.

Se realizó transcripción manual del audio obtenido para su posterior análisis con el programa Atlas Ti.

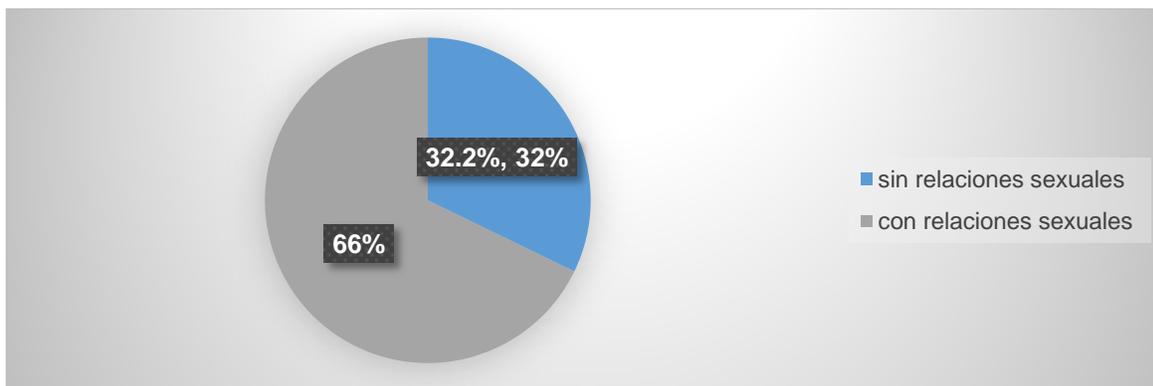
## Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se basa en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud título segundo de los aspectos éticos de la investigación en Humanos Capítulo I, artículos 13, 17 y 21 publicado en el Diario Oficial de la federación el día 7 de febrero de 1987 y las consideraciones éticas de la NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos preservando el respeto a la dignidad del sujeto de investigación, la protección de sus derechos, principalmente el de la protección de la salud, así como el bienestar y la conservación de su integridad física. (Diario Oficial de la Federacion, 2009) El presente estudio no violenta ninguno de los estatus asentados, cuenta con un riesgo moderado debido a que se harán preguntas de índole personal por lo cual se solicitara consentimiento informado (Anexo<sup>v</sup>) a los participantes evitando así violentar sus derechos humanos

## Resultados

Los presentes resultados son obtenidos a partir del censo de mujeres en edad fértil existente en la UMR # 47 San Pedrito, se lograron obtener los siguientes datos: 205 mujeres en edad fértil, de las cuales el 32.2 % corresponde a mujeres sin relaciones sexuales; el resto mujeres con vida sexual activa (grafica 1).

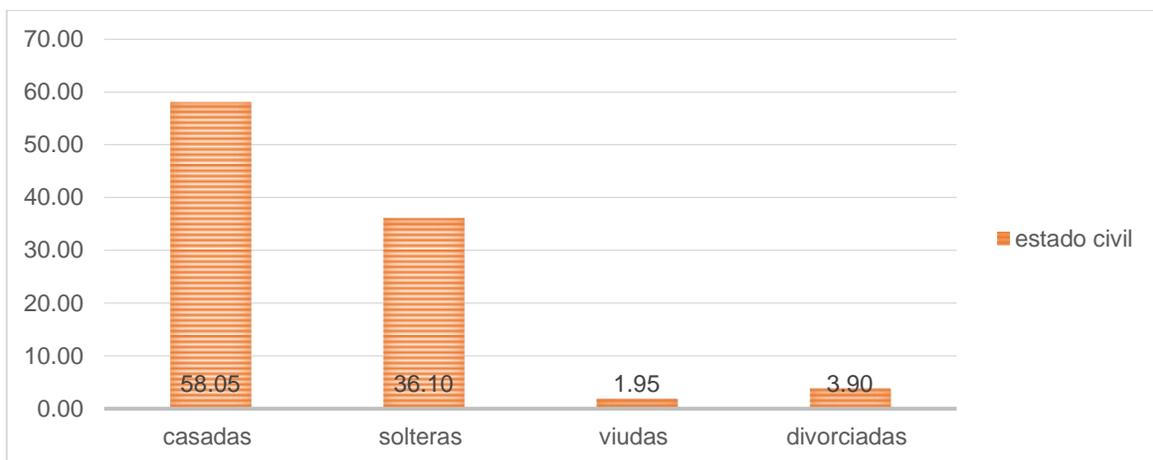
*Grafica 1 Mujeres en edad fértil censadas en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo., 2014*



Elaboración propia con los datos obtenidos del censo

En lo referente al estado civil de cada una de las mujeres en edad reproductiva censadas en la UMR # 47 San Pedrito; se logró observar que el 58.05% se encontraban en unión libre o casadas; 36.10 % solteras 1.95% viudas y 3.90% separadas (grafica 2)

*Grafica 2 Estado civil de las mujeres en edad fértil censadas en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo., 2014*



Elaboración propia con los datos obtenidos del censo

En las mujeres en edad reproductiva censadas en la UMR # 47 San Pedrito el número promedio de hijos fue de 3.11 (tabla 1); teniendo como mínimo 1 hijo y como máximo hasta 11 hijos vivos.

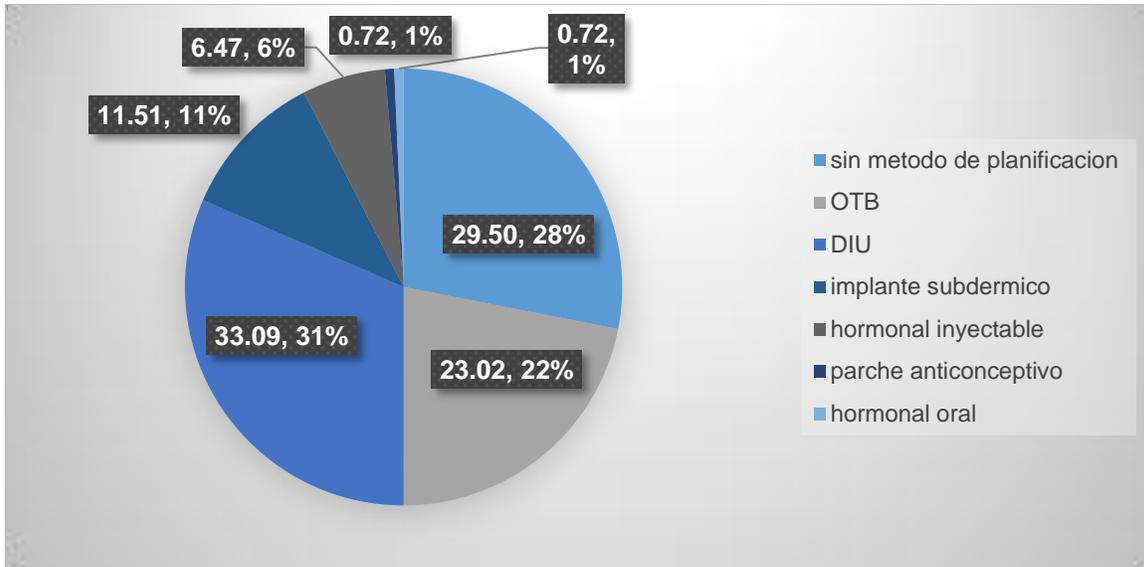
Tabla 1. Número de hijos en las mujeres en edad fértil censadas en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo., 2014

	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<b>Número de hijos</b>	3.11	3	2

Elaboración propia con los datos obtenidos del censo

En lo que respecta a los métodos de planificación familiar utilizados por las mujeres en edad reproductiva con vida sexual activa, censadas en la UMR # 47 San Pedrito, se observó que el 23 por ciento optaron por una metodología temporal siendo predominante el uso del dispositivo intrauterino; el 33.09 por ciento contaron con metodología anticonceptiva definitiva en mujeres (oclusión tubaria bilateral, OTB) y cerca del 30 por ciento de las mujeres no cuentan con ningún tipos de planificación familiar (grafica 3).

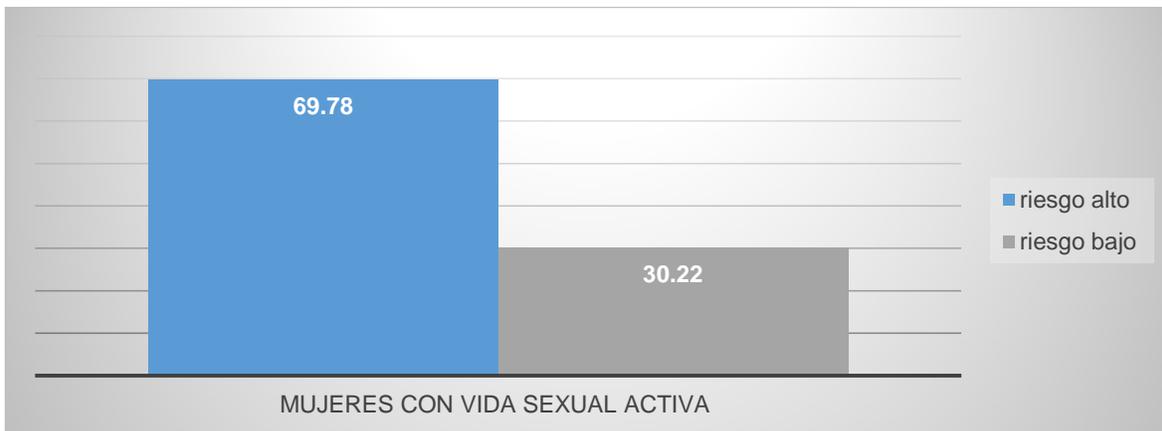
Grafica 3 Metodo de planificación familiar empleado por las mujeres en edad fértil censadas en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo., 2014



Elaboración propia con los datos obtenidos del censo

Del total de mujeres con vida sexual activa censadas en la UMR # 47 San Pedrito; el 69.78 por ciento conto con riesgo reproductivo alto (mayor o igual a 4) de acuerdo a la calificación obtenida con el formato MF-5 (grafica 4)

Grafica 4 Riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil censadas en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo., 2014



Elaboración propia con los datos obtenidos del censo

Posterior a la clasificación de las mujeres censadas en la UMR # 47 San Pedrito se lograron encontrar algunas diferencias las cuales se enunciaran a continuación:

Respecto a la edad las mujeres con riesgo reproductivo alto cuentan con una edad promedio de 36 años en comparación con las mujeres de riesgo bajo cuya edad promedio es de 26 años. Ocurriendo algo similar en cuanto al número de hijos

cuyo promedio fue poco más del doble en las mujeres con riesgo reproductivo alto (tabla 2)

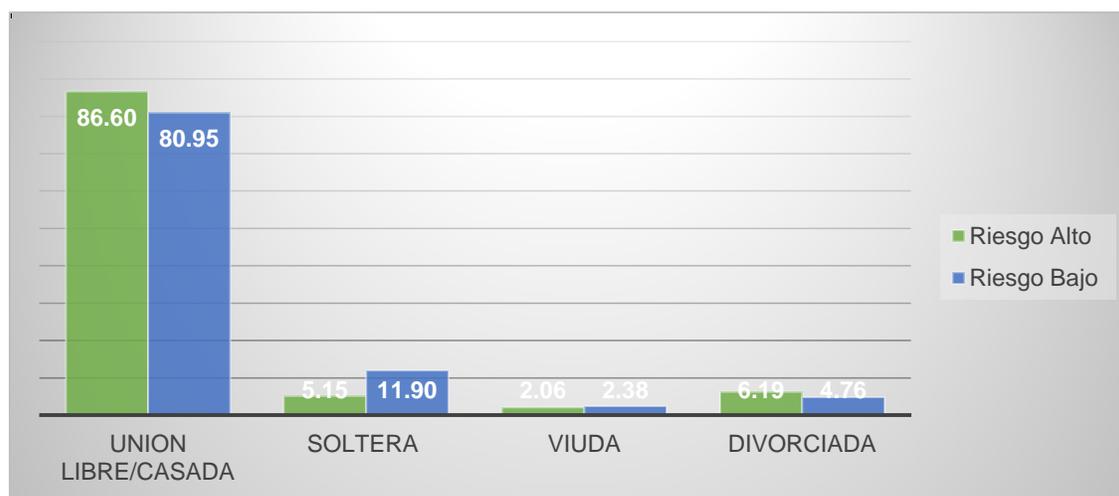
*Tabla 2 Diferencia de edad y número de hijos promedio en mujeres censadas con alto y bajo riesgo reproductivo registradas en la UMR # 47 San Pedrito Agua Blanca, Hgo.2014*

	<b>Riesgo Alto</b>	<b>Riesgo Bajo</b>
<b>Edad promedio</b>	36.7	29
<b>Número de hijos</b>	4	1.86

Elaboración propia con los datos obtenidos del censo

De acuerdo a los datos obtenidos no existe mucha diferencia en el estado civil de las mujeres censadas debido a que en tanto en mujeres con alto y bajo riesgo en su mayoría se encuentran en unión libre o casadas; aunque existe un porcentaje mayor en el estado civil de soltera en mujeres con riesgo bajo, lo cual difiere en las mujeres con riesgo alto ya que el estado civil soltera y divorciada en porcentaje son similares (grafica 5)

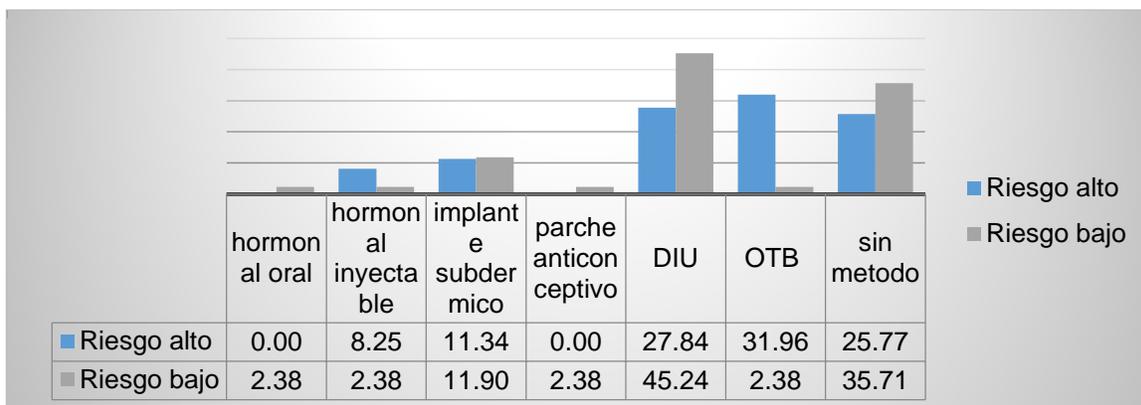
Grafica 5 Diferencia de estado civil en mujeres censadas con alto y bajo riesgo reproductivo registradas en la UMR # 47 San Pedrito Agua Blanca, Hgo.2014



Elaboración propia con los datos obtenidos del censo

En lo referente al uso de métodos de planificación familiar, se observa que en mujeres con riesgo reproductivo alto la metodología predominante es la permanente (OTB) con el 31.9%, seguido del dispositivo intrauterino (DIU) con 27.8 % existiendo aun un 25.7% sin método de planificación familiar; a diferencia de las mujeres con riesgo reproductivo bajo en las cuales predomino el uso del dispositivo intrauterino (DIU) con el 45.2 % seguido de un 35.7 % de mujeres sin método de planificación familiar dejando en tercer lugar con un 11.9 % al implante subdérmico (grafica 6)

Grafica 6 Diferencia de uso de método de planificación familiar en mujeres censadas con alto y bajo riesgo reproductivo registradas en la UMR # 47 San Pedrito Agua Blanca, Hgo.2014



Elaboración propia con los datos obtenidos del censo

Al total de mujeres en edad fértil y con vida sexual activa censadas en la UMR # 47 San Pedrito se realizó el registro para completar el formato MF-5, de los cuales se logró recabar los siguientes datos (tabla 3): el 34.6 por ciento se encontraba en la adolescencia o tenía más de 35 años, la escolaridad del 42 por ciento era de primaria o menos; poco más del 33 por ciento de las mujeres contaba con algún grado de mal nutrición; siendo más frecuente el sobrepeso seguido de la obesidad y por último la desnutrición y el 35 por ciento cuenta con una talla menor a 1.50 metros. El 15.6 por ciento contaba con 4 o más hijos, el 13.7 por ciento había tenido 5 partos o más; el 11.2 por ciento de ellas habían tenido uno o más abortos, el 22.4 por ciento contaba con algún antecedente obstétrico siendo el más frecuente la cirugía pélvico uterina en segundo lugar el antecedente de por lo menos un hijo con macrostomia (4000 gr o más) y en tercero haber presentado el nacimiento de al menos un hijo con bajo peso al nacer (2500 gr o menos). El 8.8 por ciento contaba con al menos una enfermedad crónico degenerativa, el 12.2 por ciento había presentado por lo menos una cesárea.

Tabla 3. Antecedentes de mujeres en edad fértil con vida sexual activa que se encuentran censadas en la UMR # 47 de la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo. Año 2014.

	TOTALES:	PORCENTAJE
ABORTOS	23	11.2 %
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	45	22.0 %
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	18	8.8 %
CESAREA	25	12.2 %
EDAD	71	34.6 %
ESCOLARIDAD	86	42.0 %
GESTAS	32	15.6 %
PARTOS	28	13.7 %
PESO HABITUAL	68	33.2 %
TALLA	72	35.1 %

Elaboración propia con los datos obtenidos del formato MF-5.

Para la realización del grupo focal de las mujeres a las que se les realizó la invitación verbal, solo 30 de ellas decidieron participar; una vez reunidas en el aula adjunta a la UMR # 47 San Pedrito, se les dio una breve introducción respecto a la realización de grupo focal; posterior a esto se les leyó el consentimiento informado (explicando que se procurara la confidencialidad de sus nombres) el cual amablemente firmaron.

Posterior a la realización de los grupos focales, con la subsecuente transcripción de cada uno de los audios, se realizó el análisis con ayuda del programa ATLAS.ti, logrando que la información obtenida por informantes clave a partir de los grupos focales sea expresada en las categorías previamente enunciadas.

#### Categoría

#### Discurso

Edad.

**P 4: AUDIO 1**

pues también porque si como dice la señora si se embarazan

muy chica también es un riesgo el cuerpo ya no está desarrollado.

**P 4: AUDIO 1 4:2**

también como dicen las señoras en un embarazo muy joven se es muy riesgoso por decir una embarazado tiene el riesgo, yo pienso así porque he visto el casa de que si se embarazan adolescentes es muy riesgoso para ellas como para él bebe. Primero, porque los niños no está su cuerpo ya desarrollado para tener él bebé, porque van creciendo los bebés y va creciendo el riesgo y pues si es complicado para ellas

**P 4: AUDIO 1 4:4**

como dice que estando chicas las muchachas todavía tienen las defensas todas bajas y después de vieja es igual ya uno es de ver unos abajo y las defensas que los bebés necesitan

**P 4: AUDIO 1 4:5**

Cuando se está muy chica no está preparada para ser madre, no se sabe cuidar; este pues morirse también, no?, porque esta chica y tener niños desnutridos

**P 4: AUDIO 1 4:6**

Cuándo ya tiene unos 35, de 30 un poquito más, 40, se le sube la presión, se les baja el bebé o no le va a bajar leche para alimentar al bebé

**P 4: AUDIO 1 4:7**

Bueno a lo mejor si tienen así menos edad a lo mejor uno no lo sabe cuidar, no les dan de comer y pues si ya es una persona mayor pues puede ser lo mismo también, no?

**P 4: AUDIO 1 4:8**

a lo mejor con el mismo embarazo se llegan a desarrollar más enfermedades ya se le compliquen a uno más enfermedades ya con el embarazo ahora si ya tiene uno alguna otra enfermedad, como diabetes o anemia se le complica más

**P 4: AUDIO 1 4:36**

si me hubiera juntado más joven hubiera tenido 3 niños y tengo nomas 2 y la mayor tiene ya 2 y voy a ser ya 37 y ya sería más grande yo. Y mi hermana, ya está bien grande, la niña ya está en el bachillerato y el mío esta chiquito, pero con la edad uno es más responsable también

**P 4: AUDIO 1 4:37**

Luego se juntan bien jovencitas de 12, 15 años y no los conocen, prácticamente crecen juntos y así cómo, nada más van

a ganar chillidos, si están en la escuela y nada más salen y ya

**P 4: AUDIO 1 4:49**

pues que me fuera yo a morir, yo porque por mi edad también y por qué ya no tiene una las mismas defensas que tenía uno más joven

**P 4: AUDIO 1 4:50**

Yo digo que ya no me volvería a embarazar porque mi niño ya está grande y estoy viejita para tener niños

**P 4: AUDIO 1 4:51**

No importa tanto la edad, si no el número de hijos, corría peligro de tener más y ya tendría yo bastantes hijos 6 serían los que tendría

**P 4: AUDIO 1 4:52**

Pues sería igual, el número de hijos, y otro de que uno ya no está en la edad de embarazarse

**P 4: AUDIO 1 4:54**

la edad y como que ya está uno más cansado del cuerpo como para estarlo cargando y le va a doler

**P 5: AUDIO 2 5:2**

pues igual por mi edad, yo siento arriesgarme a tener otro embarazo pues ya no, porque, pues por lo mismo de que yo me siento pues más que nada avanzada, cansada porque yo siempre he trabajado

**P 5: AUDIO 2 5:3**

tuve a mi niño a los 17, es el que se me murió y pienso que no le di la mejor atención como dice ella, yo sentía que no tenía ni la edad capacitada ni siquiera nos daban que platicas, ni atención medica tuve

**P 5: AUDIO 2 5:10**

ya después de los 35 ya hay riesgo en el embarazo, a lo mejor de tener un bebé con problemas, a uno de mamá a desarrollar alguna enfermedad

**P 5: AUDIO 2 5:11**

yo por ejemplo tuve a mi primer hijo a los 18 y siento que aun así siento que estaba yo muy joven, uno por que no sabe uno ni como, no tiene experiencia de nada, esta uno muy tonto todavía a esa edad, uno necesita estar maduro para saber la responsabilidad que implica tener un hijo

**P 5: AUDIO 2 5:13**

Yo mi primer bebé lo tuve a los 17 años, tuve a mi hijo pero no estaba preparada para cuidarlo, pero, aun así, yo creo que a ninguna edad una va a estar preparada para nuestro primer hijo, pero por lo menos uno está más despierto más maduro

**P 5: AUDIO 2 5:15**

Tuve a mi primer hijo a los 18 y pues yo no sabía nada, lo tuve en casa, yo los cinco los tuve con partera

**P 6: AUDIO 3 6:1**

Pues nada más fue un embarazo que se dio, no fue deseado, nada más salí embarazada y ya, a los 14 años, como un mes, me duraron todas esas cosas de las náuseas y así porque yo no soportaba nada de comer, porque comía yo algo y lo vomitaba y yo si chillaba porque estaba yo chiquilla

**P 6: AUDIO 3 6:4**

yo como que no, a esa edad (14 años) no pensaba yo nada, no sabía ni empezaba yo a querer tener hijos y ya, pero dije ya está y no sé qué, que hago y pues y mi papas ellos me apoyaron y me dijeron no pues ya va a ser la primera y última pero después supieron que ya estaba yo embarazada no les quedo de otra, más que cuidarme y aceptarme con mi otro hijo

**P 6: AUDIO 3 6:7**

pues a los 15 años empecé a tener relaciones y como a los 4 o 5 meses me embarace, pues igual, estuvo bien, bueno como que batalle más con mi niña, igual tuve muchas nauseas, mucho dolor de cabeza, no comía yo, me la pasaba yo acostada, igual bien mal que me sentía yo de ella, así estuve con todo eso como unos 3 meses ya después se me paso, pero si me sentía yo bien mal, ya después si llego el termino del embarazo y ya

**P 6: AUDIO 3 6:13**

yo ni por aquí en mi cabeza tenía yo ser mamá, todavía no, por eso ahora que estaba el doctor..., el como que me tenía, me entraba la sensación de tener un hijo, si como que planearlo y tener un hijo y dice ya vez, ya vez, para que te adelantaste mucho, ahorita es la edad que debes tener un hijo, ahorita ya deseas tener un hijo, porque tenía yo como 27, 28 años, de que me entraba la sensación de tener un hijo o embarazarme, porque yo de mis embarazos no los disfrute

**P 6: AUDIO 3 6:14**

cuando una tiene sus hijos en la adolescencia, yo si, como si no

tuviera hija, ella durmiendo y yo me bajaba a jugar a la cancha, yo mi hija era darle de comer, bañarla y lavarle su ropa, pero así que me iba a dedicar de estar toda encerrada con ella, no, luego me la llevaba para allá y se ponían a jugar con ella y cuando estaba más grande me ponía yo a jugar ya estaba embarazada y todavía me ponía a jugar básquet a los 2 meses 3 o 4 meses seguía jugando, de mi hija después de que se me pasaron todas las náuseas y eso yo me iba a jugar

**P 6: AUDIO 3 6:16**

mi hija la tuve a los 16 y mi hijo a los 19 y como dice ella, no me adaptaba, yo que tenía yo hijos y tenía yo mi señor y todo, pero como que no

**P 6: AUDIO 3 6:17**

no es bonito, que por cuidar un bebé ya dejas toda tu vida atrás, la juventud, porque ya te vas a dedicar a tu hijo, que si a lo mejor vas a tener un tiempcito, así, ya no va a ser lo mismo, y tu hijo te va a chillar, que quiere comer y tienes que hacerlo

**P 6: AUDIO 3 6:39**

Por la edad, porque igual mi señor desde los días de mi chiquita, sentí que como que no les tuvo cariño, porque no eran planeados, y luego estábamos bien crías

**P 7: AUDIO 4 7:1**

pues yo creo que ideal de los 20 a los 35 años, no, porque según ya de 40 ya estas más, ya como dicen ya corren más riesgos, a lo mejor que se muera la mamá, no, o, se les sube mucho la presión y les da preclamsia; pues que se pueda morir el bebé con todo y mamá

**P 7: AUDIO 4 7:2**

Cuando están chiquitas, pues es más seguro de que les hagan cesaría, porque su cuerpo no está desarrollado y luego, vez, conozco más mujeres que están en edad, más chicas  
\*pues a esa edad nadie está preparado para eso

**P 7: AUDIO 4 7:22**

pues en la escuela, ahí no, porque ahí tienen, ahí hacen relaciones y se embarazan. Y ya tuvieron su hijo y ya que lo cuida la mamá o lo cuida otra persona por que no son capaces de cuidar a un bebé porque están menor de edad

**P 7: AUDIO 4 7:23**

porque él bebé sufre, porque no es lo mismo, pues aparte estar estudiando, es menor de edad e igual si el padre no se hace

responsable no les das el cariño

**P 7: AUDIO 4 7:35**

soy una persona que ya no voy a tener hijos, ahora sí que la edad ya se me está pasando

**P 7: AUDIO 4 7:36**

si se embarazan antes de los 18 pueden tener un bebé desnutrido porque le está quitando calcio a la mama, le está quitando defensas

**P 7: AUDIO 4 7:37**

después según ósea de lo que yo me acuerdo que luego tienen sus hijos con mala deformación o algo así, luego salen defectuosos, que no salen normales, que no salen así, bebés sanos

**P 7: AUDIO 4 7:41**

nos daba platicas de que ya más grandes y más edad ya no, corría uno que tuviera un hijo con una deformación o no estuviera sano o así y después como que me cayó el miedo y dije no, pera, tener un hijo que no esté sano, mejor me quedo con los que tengo

**P 8: AUDIO 5 8:5**

los tienen a los 15, 16 años es cuando deberían de estar en estudiando o debe de salir a alguna fiesta o así, y hay unas que todavía quieren divertirse y los descuidan porque nada más les importa arreglarse y más cuando son mamás solteras y que les gusta un chico y les importa arreglarse y verse bien, y el niño lo abandona y hay otras que se dedican a atender a sus hijos

**P 8: AUDIO 5 8:6**

se juntó chica se fue a los 14 y a los 15 tuvo a su bebé y si sufrió porque fue cesaría

**P 8: AUDIO 5 8:7**

yo creo que no por que como dice doña Lupita, no están preparadas ni física, ni emocionalmente para tener un hijo y, y como dice a veces los tienen de 15 o 16 años desaprovechan la oportunidad de estudiar o no saben la responsabilidad de tener un hijo, y también es un riesgo, que pueden tener problemas en el parto, en el embarazo o se llegan a morir en el parto

**P 8: AUDIO 5 8:8**

luego que están en la escuela y andan con el novio y se embarazan y no les quieren decir a sus papás por miedo

**P 8: AUDIO 5 8:9**

yo siento que hasta de 30, ya uno como que ya está bien seguro de lo que uno quiere por ejemplo, si uno decide seguir teniendo hijos ya tienen la seguridad y ni modo de arrepentirse de tener un hijo

**P 8: AUDIO 5 8:10**

si se pueden embarazar, pero se puede venir una hemorragia o sangrado y él bebé no venir bien por la edad, y no es lo mismo de 20 a 35, no es lo mismo de la edad y los huesos están más desgastados

**P 8: AUDIO 5 8:14**

mi mamá así se aliviaba así de nosotros pero en el ultimo se alivió en Metepec pero se le complico, tenía 42 años y le hicieron la cesaría pero le vino una hemorragia y como no tenían de su sangre aquí se la llevaron a Tulancingo y de ahí a Pachuca

**P 8: AUDIO 5 8:28**

Por qué dicen, que por que se junta una muy mayor de edad no los puede una tener normal, y que si se juntan una muy chica que tampoco, y que es mejor juntarse chiquito de 15 años

**P 8: AUDIO 5 8:32**

Pues ya para embarazarse a esta edad como que ya no, porque ya no tienes las mismas fuerzas que cuando estabas joven

**Peso**

**P 4: AUDIO 1 4:27**

que estaba a punto de abortar mi niña por el sobrepeso que yo he tenido y entonces ya estuve ahí hasta que nació mi niña

**P 4: AUDIO 1 4:41**

que la mamá estaba mal alimentada en el embarazo, que el niño ya venía desnutrido y después ya nació el bebé y cuando nació no lo empezaron a mejorar, a darle de comer era un bebé desnutrido y después una enfermedad ve que tienen las defensas muy bajas y que se enferman a cada rato y que de gripa o una diarrea y no los deja, seguido están con eso por lo mismo de que sus defensas están bajas y ya desde ahí yo ya pensé que no era verdad lo de la dichosa quemada era por falta de alimentación más que nada de la mamá y del bebé

**P 4: AUDIO 1 4:43**

porque si la mamá come mucha grasa es lo que acumula y si come uno berros y alimentación bien, pues la criatura está bien

**P 4: AUDIO 1 4:46**

pues si creo que puede nacer el niño con sobrepeso por que la mamá está comiendo mucho

**P 4: AUDIO 1 4:53**

sería un embarazo muy riesgoso, igual el sobrepeso, igual ahorita gracias a dios parece no padezco de ninguna enfermedad y ya sería un riesgo igual

**P 5: AUDIO 2 5:7**

se van a sorprender, porque mi sobrina pesa 120 kg y acaba de tener a su bebé y el niño no tiene ningún problema, el niño come y bebe por todos lados, nació el niño de 4200 gr. Y así, sin cesaría ni nada.

**P 5: AUDIO 2 5:9**

Yo digo que en peso si influye, yo mi mamá cuando tuvo a mi hermanito Julio él nació de 5 kg y casi se le andaba muriendo y ella igual estaba muy gordita, por eso, y dice que cuando yo nací yo pese menos, yo casi me moría de muy flaca desnutrida y mi hermano de muy gordo

**P 5: AUDIO 2 5:12**

Yo creo que, para embarazarnos lo tenemos que planear, igual que tengamos el peso que debe ser, que no deben de haber infecciones en nosotras

**P 5: AUDIO 2 5:18**

tengo una tía que están muy delgaditas, que casi se las lleva el aire y el niño ya tiene como diez años y está muy bien

**P 5: AUDIO 2 5:22**

me daba asco y me llevaba las cosas y me regañaba y me decía que no quería niños desnutridos, y luego iba a la clínica y no subía yo de peso y la doctora me decía que mi hijo iba a nacer bien bajo de peso y él me decía, come, porque no quiero hijos desnutridos me decía, y no fíjese que no se, si cuando es el primer bebé que tenga que ver las pasas o el peso que suba uno, porque yo de mi hijo casi no subí y mi hijo pesaba 3 kilos

**P 6: AUDIO 3 6:18**

Pues yo digo, que sí están muy flaquitas, flaquitas pueden caer en desnutrición y por qué ósea el bebé se va a alimentar de ella y si ella desde un principio no se alimentó, no pues a ella le va a dar la anemia o su bebé va a estar desnutrido, porque que le va a dar, que le está pasando de alimentación, nada, porque, que le va a dar al bebé

**P 6: AUDIO 3 6:19**

Bien gorditas igual porque si está bien demasiada gorda y mi bebé no porque a lo mejor ella esta obesa y va a tener muchas complicaciones a la hora del parto

**P 6: AUDIO 3 6:20**

yo pienso que, imagínese no se va a poder mover, porque esta gordita y también del embarazo y no se va a poder moverse, le va a subir la azúcar y la presión, porque están muy demasiado llenitas y entonces, si de por si engordamos un poco con el embarazo, ahora, estar más de lo que es, pues yo digo que no van a ni poder caminar, los pies ya se le hincharon y que ya se están hinchando de la cara y las mano, y como no van a poder caminar, porque les va a pesar el bebé y si así no se puede ni caminar y con el embarazo ya está más llenitas

**P 6: AUDIO 3 6:21**

Yo digo porque doña... ella estaba más llenita, enflaco con lo mismo de la diabetes, pero, ella estaba más llenita y cuando tuvo a su hijo, ella no podía caminar, ella se le hinchaban los pies, ella nada más estar sentada o acostada, porque ya no podía, se le hinchaban los pies y si se le complico el embarazo y no sé qué la azúcar y fue como con el tiempo se le desarrollo el azúcar

**P 6: AUDIO 3 6:23**

igual mi hermana es el riesgo que tenemos con ella porque igual con ella chaparrita, desnutrida teníamos miedo de la cesaría que le sacaran la criatura

**P 6: AUDIO 3 6:35**

a los 3 años dicen que mi hija ingirió todo el calcio de mí y que mi hijo ya no, que el ya no jalo todo mi calcio, que yo, porque no tenía todavía, que primero si uno no se alimenta bien, que calcio vamos a tener y entonces por eso a mi hijo se le picaron los dientes tan temprano, porque no tuvo mucho calcio y si uno no toma el hierro, más peor

**P 7: AUDIO 4 7:10**

se le puede pasar liquido al bebé y eso, luego cuando así, una se embaraza muy flaquita las plaquetas se debilitan, porque él bebé te las quita

**P 7: AUDIO 4 7:11**

Si la mamá está muy gordita se le sube la presión igual ¿no?, bueno igual se le sube a un que no esté una gordita, porque así

me paso. Y el bebé pues nace obeso no, si la mamá esta gorda y yo digo que si nace obeso

**P 7: AUDIO 4 7:12**

no pues una se confunde no porque si una está delgada él bebé se puede desnutrir y si la mamá esta gorda pues igual no

**P 7: AUDIO 4 7:27**

El que nació conmigo solita, pues, es que si era todo el paquete para mi solita, porque se pasaban a comer y ya no comías como debía de ser

**P 7: AUDIO 4 7:31**

pues también muy gordas no, porque ahora sí que le da como enfermedades, como cuando son diabéticas, están bien gordas, las enfermedades se las pasan al bebé y ya bien chiquitos son diabéticos, porque si hay de esos que sus familias son diabéticas y él bebé también

**P 7: AUDIO 4 7:32**

si no se alimentan bien si, pero si no se alimentan bien y están flaquitas de que se va a nutrir el niño

**P 7: AUDIO 4 7:38**

pues él bebé se está alimentando de lo que la jovencita está comiendo y si ella esta baja de defensas y no come bien, el cuerpo no tiene las defensas y por eso él bebé salen desnutridos

**P 7: AUDIO 4 7:39**

también tiene problemas porque se le sube la presión durante el embarazo porque esta pasada de peso

**P 8: AUDIO 5 8:4**

porque si esta uno muy gordito le da la presión alta o la preclamsia o que tenga complicaciones en el parto

**Talla**

**P 4: AUDIO 1 4:44**

Si la mamá es grandota pues los niños también son grandotes

**P 4: AUDIO 1 4:45**

no pues a lo mejor si esta grande la mamá... No tiene nada que ver, de que la mamá este grande, el niño debe nacer normal

**P 5: AUDIO 2 5:17**

no creo que influya, porque yo igual he visto a mujeres muy chaparritas que tienen a sus niños y están muy bien

**P 6: AUDIO 3 6:23**

igual mi hermana es el riesgo que tenemos con ella porque igual con ella chaparrita, desnutrida teníamos miedo de la cesaría que le sacaran la criatura

**P 6: AUDIO 3 6:24**

luego hay mujeres que están grandes y altas y están bien y todo y les hacen cesaría, porque yo tengo una prima que está más grande que su hermana y no pudo tener sus niños normal, por que al momento que va a nacer el bebé, no abre esto, y le hicieron cesaría

**P 7: AUDIO 4 7:13**

Si la mamá está muy bajita, yo digo que no, porque pues a mí no se me han complicado

**P 7: AUDIO 4 7:40**

yo he visto personas así, que son chiquitas muy chaparritas y han tenido a sus hijos así, pero, a lo mejor más adelante se les complica

**P 8: AUDIO 5 8:29**

si, porque yo conozco unas muchachas bien chicas hasta de cuerpo y así muy delgaditas y han tenido a sus hijos normal y bien

**Escolaridad**

**P 5: AUDIO 2 5:19**

digo que sí, la escuela si ayuda, igual porque a lo mejor luego se pone uno a platicar con los maestro y lo que sea, y siento que sí, pero no me mandaron a la escuela

**P 5: AUDIO 2 5:20**

pues yo si termine la secundaria y si daban muchas platicas y por eso, me regañan mucho porque si nos explicaban, nos regañaban las maestras y nos decían, pero, no entendí, pues, me entro de un lado y me salió del otro. Yo creo que sí, porque si decían mucho de hecho viene en los libros de la reproducción algo así, de los métodos anticonceptivos, pero no sé, en ese momento no pensé y si los pensé no me los aceptaron

**P 5: AUDIO 2 5:23**

yo creo que en la escuela si nos enseñan, pero pues, yo no creo que pase nada, pero, viéndolo bien uno no toma las medidas que deben de ser y no nos explican o viene en los libros, uno piensa que es fácil, pero, no, hasta que ya lo vive uno

**P 7: AUDIO 4 7:21**

pues sí, porque tendrían un consejo de no tener relaciones o si tener relaciones, pero, ponte a pensar, vas a tener un hijo y

después como lo vas a criar. Pero no, no resulta mucho, porque muchas de la escuela salen embarazadas. Como dicen, no es lo mismo, entre más platicas y platicas, mas está pasando eso, aunque les digan que se cuiden dicen que, como son jóvenes no piensan

**P 7: AUDIO 4 7:22**

pues en la escuela, ahí no, porque ahí tienen, ahí hacen relaciones y se embarazan. Y ya tuvieron su hijo y ya que lo cuida la mamá o lo cuida otra persona por que no son capaces de cuidar a un bebé porque están menor de edad

**P 7: AUDIO 4 7:23**

porque él bebé sufre, porque no es lo mismo, pues aparte estar estudiando, es menor de edad e igual si el padre no se hace responsable no les das el cariño

**P 8: AUDIO 5 8:8**

luego que están en la escuela y andan con el novio y se embarazan y no les quieren decir a sus papás por miedo

**P 8: AUDIO 5 8:26**

bueno es que hay muchos papás que luego se enojan porque dicen que esas doctoras y esas enfermeras nada más van y les van a abrir los ojos a nuestros hijos, que porque esto y el otro y aunque no los vallan a abrir de todos modos la muchacha salen embarazadas

**P 8: AUDIO 5 8:27**

dicen las personas, en la escuela o en la clínica les abren los ojos pero a veces es por su bien, porque de que alguna muchachita crece y tiene hijos, eso ocurre nadie se queda solo, no, pero entonces es mejor saber reconocer todo lo que puede ocurrir, porque a lo mejor muy chicas deciden embarazarse, pero a veces no conocen las consecuencias que van a tener o pasa que cuando hay un embarazo el medico les pregunta algo sobre el embarazo y eso, y no lo sabemos contestar, porque no tuvimos esa capacitación por parte de la escuela

**Gestas**

**P 4: AUDIO 1 4:9**

yo digo que 3 bueno pues los que tengo los 3 porque así se les puede dar una mejor atención y les puedes dar lo mejor que puedan tener, educación y alimentación también

**P 4: AUDIO 1 4:10**

unos 4 hijos hubiera sido ideal, tuve 8. Es que antes no había pláticas como ahorita

**P 4: AUDIO 1 4:12**

pues que iban a tener los hijos que dios les diera, que uno no los iba a mantener

**P 4: AUDIO 1 4:15**

yo tuve 5 hijos, pero, parece que no me fue tan mal, mientras los criamos si nos fue mal, pero, pues de comer no les faltaba gracias a dios, pero la mamá fue la que sufre para levantarlos

**P 4: AUDIO 1 4:17**

Pues yo digo que también uno no es bueno, porque va a estar muy solito. Ni dos porque hay ocasiones por que, por cualquier cosa a uno le pasa algo y si no tiene hermanitos? ya el día que se mueran los papás ni quien lo acompañe, ni quien diga pues voy a contar con mi hermanito mi hermana con quien sea, imagínese que hará uno solito

**P 4: AUDIO 1 4:19**

Yo sufrí igual con mis niños mayores, porque mis niños nacieron malitos que no podían ni caminar y cuando venía aquí con mi panza tenía yo que cargar a los dos, porque no podían caminar y este sufrí mucho porque nos costaba mucho venir a la clínica

**P 4: AUDIO 1 4:31**

Yo tuve 8 partos, me duele el momento en que va a nacer mi criatura y después pasan los dolores y me siento igual

**P 4: AUDIO 1 4:38**

Él me dijo que tuviera más, nunca me dijo, no. Ya pensé, ya después de este niño chiquito que tengo, que eran demasiados. Quien sabe pues era mi idea yo quiero otro. Yo dije que ya tenía yo hombres y yo quiero una niña

**P 4: AUDIO 1 4:48**

si tuvieron tantos hijos y así como me dicen que sufrieron, que no tenían casa, que se mojaban todos, que dormían en una sola casa todos, que cuando se iba a dar a luz su bebé sacaba a la camada de los niños para afuera porque ella iba a tener al bebé

**P 4: AUDIO 1 4:51**

No importa tanto la edad, si no el número de hijos, corría peligro de tener más y ya tendría yo bastantes hijos 6 serían los que tendría

**P 5: AUDIO 2 5:1**

tengo que les diré 5 niños, 4 vivos uno muerto, pero pues ya no deseo tener más, pues la economía, no se o igual por q no les

puedo dar lo que se merecen

**P 5: AUDIO 2 5:15**

Tuve a mi primer hijo a los 18 y pues yo no sabía nada, lo tuve en casa, yo los cinco los tuve con partera

**P 5: AUDIO 2 5:25**

Pues yo 4 hijos dije que quería y si me quede con ganas de otro niño, no me he operado, pero igual pensar en otro bebé me da flojera, ya me da flojera, porque ya van creciendo los hijos y uno va cambiando de edad, pensando diferente, ya igual uno no tiene la misma paciencia para los niños y entonces sí, y pues él también se quedó con ganas de otro niño

**P 6: AUDIO 3 6:15**

ya de mi hijo, ya me fui ya más adaptando de que ya eran dos, pero yo si me ponía a chillar y decía volver a empezar, no, no, no,

**P 6: AUDIO 3 6:37**

yo digo que por mucho tres hijos, para que más, cuando ya no se le va a poder dar más a los otros porque si tenemos más hijos a los otros más grandes ya no se les va a poder dar más estudios que por que ya se le van a comprar pañales, que ya se va a bautizar o si sale muy enfermizo que si es ya más gasto pero así máximo 3.

**P 7: AUDIO 4 7:14**

Bueno, es a lo mejor no hasta que me salga el niño verdad, voy a tener diez y no me va a tocar el niño; pero, se da cuenta que las mamás tuvieron un montón de hijos y nunca tuvieron complicaciones

**P 7: AUDIO 4 7:26**

el único ..., peso 2 kilos y medio y eso porque tuve un problema, de que falleció mi suegra y se me quedo todo a mí, porque tenía yo que hacerle de comer a los niñitos de mi suegra y a los míos, que porque yo nada más me la pasaba en el quihacer y tenía yo que lavar y estaba yo embarazada de mi niño y ese niño sabe cuánto peso kilo y medio pero ahí está mi niño

**P 8: AUDIO 5 8:13**

antes los que dios les regale, ese era el dicho esos son buenos y no se embarazaban luego porque no había ningún método, al año o a los 3 años o luego como dicen que dios las cuidaba de que no se embarazaban, como doña... que tuvo 24 hijos

**Partos**

**P 4: AUDIO 1 4:29**

para mi es mejor normal. Cesaría no, Si es normal en 2 o 3 días se puede uno se para y con la cesaría no

**P 4: AUDIO 1 4:31**

Yo tuve 8 partos, me duele el momento en que va a nacer mi criatura y después pasan los dolores y me siento igual

**P 4: AUDIO 1 4:35**

va en partos, porque cuando me alivie de mi hija, me alivie en mi casa, y yo pensé que de mi otro niño iba a ser lo mismo y no quería yo salir de mi casa, por que dije que me iba yo a aliviar en mi casa, pero yo venía bien enojada con mi marido, que yo no sé por qué me llevan a la clínica, si yo nunca me he venido a aliviar acá. A mí me da vergüenza estar ahí. Y que me quise aliviar en mi casa con partera y no pude, no manches toda la noche estuve bien mala y el otro día en la mañana temprano me trajeron en camilla y porque ya no podía yo caminar y ya me alivie aquí

**P 5: AUDIO 2 5:6**

Lo que pasa es que mi suegra tenia material especial para partera, entonces, que mi suegra tenía su bolsa con todo lo que tenía para nacer el niño y entonces yo dije, como no hay nadie ahorita aquí, y ella tiene su material pues yo lo agarro y lo jalo para acá y como me habían dicho que eran cuatro deditos de la pancita para a delante pues yo le medí y le corte el cordón y lo fajo y ya, yo me alivie solitita y así

**P 5: AUDIO 2 5:29**

A mí no me dio miedo tener a mis hijos, porque el primero me alivie sola y del otro diciendo y haciendo y de tres haz de cuenta ya me salgo y pa´ fuera y sépala como otra vez de mis dos niños, si así fue estaba yo haciendo de comer y dije me dolió la panza y pus ya pa´ fuera

**P 5: AUDIO 2 5:31**

se siente bien chido el parto, yo es lo que les digo luego a las señoras que dice que sufren más en el primero y los demás ya no, yo siento que he sufrido más de las 2 últimas, que de las primeras y de la última todavía más, por eso si digo que ya no

**P 5: AUDIO 2 5:32**

a eso de las 6 de la mañana entre y me dijeron ya tienes 8 de dilatación pero de los 8 ya no pase y me pasaron a un cuartito y me prepararon y de 8 ya no avance y la doctora dijo que me iban a dar medicamento en el suero, pero aun así no, y la bebé no bajaba y no bajaba y me dio un buen de trabajo tenerla, luego de

ella también le dijo la enfermera que si me iban a hacer tricotomía, que no porque era mi cuarto bebé, que ya así, pero cuando nació mi niña me desgarró y me tuvieron que cocer

**P 5: AUDIO 2 5:36**

pues yo digo que es mejor el parto normal, porque con el parto normal son nomas dolencias, porque te lo chispan y de ahí no te duele nada, son nomas una o dos horas y después ya nada

**P 6: AUDIO 3 6:3**

me decía la doctora que faltaba para que bajara y que hiciera yo fuerzas, y me decía que no desperdiciara yo las fuerzas, porque a la hora de la hora no vas a poder, te vas a ir debilitada. Y entonces yo dije yo no hago esfuerzos y ya me estaba entrando el sueño, ya me daba, ya tenía yo arto frío y ya decía ay no y ya, de mi hijo y ya me dijo la doctora si, la enfermera me dijo que ya se estaba poniendo moradito, y ya lo envolvieron y luego lo envolvieron y le pusieron la lámpara para que se calentara pero si me atendió bien la doctora, nada más que como tenía gente, nada más en el rato en que me bajara más mi niño

**P 6: AUDIO 3 6:25**

Yo digo que es mejor normal, yo siento que es mientras venga todo bien, yo digo que normal

**P 6: AUDIO 3 6:28**

si sufre uno normal los dolores, pero, se pasa, ya nace el niño y se pasa

**P 6: AUDIO 3 6:31**

si mientras yo estoy bien y se puede que nazca normal, normal; si sufre una con dolores pero se pasa

**P 7: AUDIO 4 7:16**

yo como lo tuve normal me pare luego, como lo tuve como a las 11 ya como a la 1 me pare y ya no me dolía nada, bueno si duele pero no es igual

**P 7: AUDIO 4 7:19**

bueno va en personas, porque me estaban contando que una persona tuvo una cesaría y al año se alivió de su otro bebé y se alivió normal al año

**P 7: AUDIO 4 7:33**

el parto es mejor, porque el dolor en el parto es fuerte pero hay que apurarse para que nazca él bebé y ya se van y no hay nada

**P 7: AUDIO 4 7:47**

si se alivia uno con la partera normal así luego uno con las mismas fuerzas que usa una para tener a sus hijos no le dan a una medicamento ni nada, para de las mismas fuerzas que hace uno se friega de la vejiga

**P 8: AUDIO 5 8:11**

porque lo partos normales se sufre más, por todos los huesos que se abren y se sufre más con parto normal

**P 8: AUDIO 5 8:17**

yo diría que parto normal, porque a lo mejor como dicen, va a sufrir uno más pero se va a recuperar más rápido

**P 8: AUDIO 5 8:21**

a mí de hecho en el ultrasonido me dijeron que era de peso normal y que iba a ser parto normal y que no corría ningún riesgo, ni nada y ya estaba yo en el quirófano ya había salido la cabecita y se me atoro y ya no quería salir de ahí y estuvo como 10 minutos atorado ahí, no podía salir y hasta que una doctora me alaba los pies y una enfermera me apachurraba la barriga y el doctor lo recibía y no quería salir hasta que salió y a la hora que así lo estaba como así porque ya se le estaba pasando, porque estaba muy grande

**P 8: AUDIO 5 8:28**

Por qué dicen, que por que se junta una muy mayor de edad no los puede una tener normal, y que si se juntan una muy chica que tampoco, y que es mejor juntarse chiquito de 15 años

**P 8: AUDIO 5 8:29**

si, porque yo conozco unas muchachas bien chicas hasta de cuerpo y así muy delgaditas y han tenido a sus hijos normal y bien

**Cesárea**

**P 4: AUDIO 1 4:30**

en la cesaría, me da miedo que se me pueda levantar; se me valla a abrir la panza

**P 4: AUDIO 1 4:32**

yo lo vi con mi hija, cuando le hicieron cesárea ella con la panza toda hinchada bien fea. Ella si cuando salió tenía la panza toda inflamada no se podía ni acostar y no se podía ni mover, la bañaba yo, la fajaba yo, como podía yo. Porque mi hija ese problema tenia, de que si no se iba antes de que le venían los dolores nacía primero la placenta, tenían el riesgo de que se muriera ella o él bebé o los dos, si por eso fue que se fue a internar ella al hospital antes, que ella no tenía que esperar a

que le dieran el dolor, la programaron para que le hicieran la cesaría, yo creo que por eso se le inflamo mucho la herida

**P 5: AUDIO 2 5:26**

yo fue cesaría, pero hubiera querido parto

**P 5: AUDIO 2 5:27**

yo me sentía muy mal y estaba muy hinchada de los pies y que nunca hice a abrir el cuello y tiene que ser cesaría, y que tenía yo rasgos de preclamsia y así

**P 5: AUDIO 2 5:28**

después de que se pasó la anestesia, sentí que me moría del dolor, no, yo sentí que fue más el dolor que las contracciones, es muy doloroso después que se pasó la anestesia y más cuando una se va a bañar, que te quitan la faja, hay yo sentí que se me salía todo otra vez y si se siente muy feo, al momento en que me pararon luego, luego a caminar, no podía yo ni moverme y si, también me dio miedo, pero pues ya tengo, pero quiero otros dos

**P 5: AUDIO 2 5:35**

pues yo digo que es lo mismo, porque la cesaría no duele cuando te están cortando ni nada, pero, cuando se pasa la anestesia y el dolor es lo mismo

**P 5: AUDIO 2 5:37**

la cesaría no te duele cuando te cortan y te lavan y todo, pero, después son los mismos dolores, no te puedes mover, y para acabarla te da mucha tos

**P 5: AUDIO 2 5:39**

bueno yo sé que si es cesaría y lleva poquito tiempo de operadas o eso, corre riesgo de que se le abra su herida

**P 5: AUDIO 2 5:48**

mi si me da miedo, a mí nunca me han operado y si me da miedo, porque a mi sobrina la operaron de su bebé y no guardo reposo y salió caminando y se le abrió la herida

**P 6: AUDIO 3 6:22**

para tenerlos igual, porque en mi comunidad están bien chaparritas, luego nos cuentan que por lo mismo de estar chiquitas, les han hecho cesáreas, les han sacado a los bebés, por que no los van a tener normal

**P 6: AUDIO 3 6:23**

---

igual mi hermana es el riesgo que tenemos con ella porque igual con ella chaparrita, desnutrida teníamos miedo de la cesaría que le sacaran la criatura

**P 6: AUDIO 3 6:24**

luego hay mujeres que están grandes y altas y están bien y todo y les hacen cesaría, porque yo tengo una prima que está más grande que su hermana y no pudo tener sus niños normal, por que al momento que va a nacer el bebé, no abre esto, y le hicieron cesaría

**P 6: AUDIO 3 6:26**

pero si ya viene que no se acomodó el bebé o viene enredado con su cordón, pues, yo digo que si ya sería cesaría, porque ni modo que le hagan a la fuerza aliviar normal

**P 6: AUDIO 3 6:27**

si está bien el embarazo y está bien el bebé, bien acomodado ya todo, pero también si hay doctores que nada más te quieren meter tijera pues ya

**P 6: AUDIO 3 6:29**

cesaría a lo mejor no sienten dolores y ya pasa la anestesia, pues si, ya tienen que guardar reposo y que no hacer nada de fuerzas, porque se puede abrir la herida y esperar tres años o más para embarazarse y por si se embarazan luego, luego, puede ser que se les abre la herida

**P 6: AUDIO 3 6:30**

si le está dando la preclamsia pues entonces si cesaría

**P 7: AUDIO 4 7:2**

Cuando están chiquitas, pues es más seguro de que les hagan cesaría, porque su cuerpo no está desarrollado y luego, vez, conozco más mujeres que están en edad, más chicas pues a esa edad nadie está preparado para eso

**P 7: AUDIO 4 7:6**

me mandaron al hospital, que, por que estaba normal, pero no sabían porque me había bajado líquido y que estaba bien y la niña estaba bien del líquido, que no le faltaba, que tenía suficiente líquido y me dijeron que, tenía complicaciones y me mandaron a Pachuca y fue cesaría. No me dieron explicación y que si quería que muriera él bebé o que muriera yo y yo les dije que no y entonces cesaría y ya

**P 7: AUDIO 4 7:17**

---

si porque con la cesaría sientes que haces un movimiento se te puede abrir, son más cuidados y por qué no puedes, necesitas ayuda

**P 7: AUDIO 4 7:18**

después de la cesárea pues yo intentaba hacer cosas, pero si me daba miedo y así, pero llego una prima y me dijo pues mira hazle así, agárrate la panza y así y yo andaba así, con la mano aquí y pues yo si tenía miedo, decía yo, ya me rasgaron la panza, como le voy a hacer, pero, cuando me quitaron los puntos me sentía yo desmayar, me sentía yo débil, cuando me quitaron los puntos y si me dio miedo, yo decía, no, se me va a abrir y así pero, no, ya no, yo anduve como si nada

**P 7: AUDIO 4 7:34**

con la cesaría, hay dolor y luego la cesaría y luego la anestesia y quitándose la anestesia yo decía hay que ardor de la cesaría y yo no la he tenido pero digo si te cortas poquito y como arde y ahora la cesaría, digo porque yo me he cortado poquito y duele después que ya se curó uno y mi nuera hasta se ponía a llorar de que le ardía y que no podía ni ir al baño

**P 8: AUDIO 5 8:1**

obvio que un embarazo se atiende desde el primer mes y yo ya tenía el 6to mes y al final resultado en cesaría.

**P 8: AUDIO 5 8:2**

no me acuerdo, pero nació bien, el único problema es que se le estaba pasando el parto y tenía su cabeza hinchadita, como yo ya no aguantaba los dolores pedí que fuera cesaría

**P 8: AUDIO 5 8:3**

me metieron el día viernes y después me tuvieron con medicamentos y el sí hacia movimientos pero avance hasta 4 y después dijeron que se iba a esperar hasta el día siguiente para hacer la cesaría y me dijeron que porque el cuello de la matriz estaba muy cerrado y que se arriesgaba a que naciendo normal se quedara atorado él bebé y me hicieron cesaría y ya pasaba de los 9 meses, pero todavía yo si me quería esperar y ya no me dejaron salir porque tenía las 42 semanas

**P 8: AUDIO 5 8:6**

se juntó chica se fue a los 14 y a los 15 tuvo a su bebé y si sufrió porque fue cesaría

**P 8: AUDIO 5 8:12**

con la cesaría, porque no hace fuerzas, no está con los dolores

y eso

**P 8: AUDIO 5 8:14**

mi mamá así se aliviaba así de nosotros pero en el ultimo se alivió en Metepec pero se le complico, tenía 42 años y le hicieron la cesaría pero le vino una hemorragia y como no tenían de su sangre aquí se la llevaron a Tulancingo y de ahí a Pachuca

**P 8: AUDIO 5 8:18**

de una cesaría a lo mejor no va a sentir una el dolor pero pues es más molestia cuando pasa la anestesia, es más difícil pues para realizar una actividad o algo no es lo mismo

**P 8: AUDIO 5 8:19**

yo creo que si tuviera otro pediría que fuera cesaría, porque me da mucho miedo el parto normal

**P 8: AUDIO 5 8:30**

a mí me ha sucedido, porque yo con mis dos hijos fueron cesaría y a mí me ha sucedido, porque yo no quise tenerlo normal, que porque yo no hice nada para tenerlo normal, y que no sé qué, que fulana de tal que te gano, y que no sé qué, es a lo que yo me refiero, entonces si yo no tenía dolores a fuerza o tenía yo que sacar. Es lo que dicen que porque uno es madre de sus hijos, pero que yo no sé ser madre por que no los tuve como debía de ser, nada más porque los tuve en la pana y por eso soy su mamá pero no se ser madre porque yo no sé lo que es ser madre

**P 8: AUDIO 5 8:31**

ahí en el hospital luego dicen que la cesaría no como quiera la hacen, solo los doctores saben a quién se la hacen y por el riesgo, nada más la hacen, nada más por gusto, dicen que no la hacen y si ven que están programadas, si madrecita vas a sufrir pero tu parto es para parto normal, no es para cesaría y no nada más por gusto te vamos a rajar

**Periodo  
intergenesico**

**P 4: AUDIO 1 4:16**

sufren las mamás sufren los niños también, porque yo me di cuenta como mis niños, se llevaban 2 años, a veces no me daba yo abasto para hacerles de comer a todos

**P 4: AUDIO 1 4:18**

Yo mis hijos se llevan 1 año; pues se llevan un año, no más paso... yo estaba con 2, uno cargando y uno adelante y pa´ traerlos!

**P 4: AUDIO 1 4:19**

Yo sufrí igual con mis niños mayores, porque mis niños nacieron malitos que no podían ni caminar y cuando venía aquí con mi panza tenía yo que cargar a los dos, porque no podían caminar y este sufrí mucho porque nos costaba mucho venir a la clínica

**P 4: AUDIO 1 4:20**

También chiquitos sufren ellos, sufre uno, las mamás y así, debería esperar... de ser 6 años, pues ya saben cuidar

**P 4: AUDIO 1 4:25**

de mi muchacha que tiene 18 años ahorita, este también ahora sí que fue descuido por que vine a cambiarme lo que me pusieron aquí y no vine a checar al mes y pues no sé qué paso y me embarace y ahora sí que embarazo no deseado y vine a ver la doctora y me dijo que estaba yo embarazada de mi niña y tenía ya 9 años mi muchacha cuando nació mi niña

**P 4: AUDIO 1 4:39**

Mi niña, nació bien, de tiempo, con la partera, iba a cumplir 2 años, ya tenía como un mes de embarazada, ya de la que seguía.

**P 5: AUDIO 2 5:14**

Yo nada más me paso y pues ya sucedió, pero no, no planeamos embarazarnos, pero después de que nació mi primer hijo, mi marido decía que ya con ese nos íbamos a quedar, porque él decía que era muy difícil, pero pues nos esperamos 10 años para que vinieran dos, pero pues dice ya ahorita que con esos tres hijos nos vamos a quedar, dice que ya no vamos a estar sufriendo más

**P 5: AUDIO 2 5:30**

y nunca he tenido menstruación de mes por mes y así todos mis hijos así sin controlarme fueron de cada 5 por eso no me da miedo. De mis hijos nunca me cuide, ni me controle, yo creo que cuando dios decía pues ya y cuando dios decía que de largo tiempo pues ya largo, y luego en una revisión de que tuve mi primer hijo me dijeron que yo tenía hijos de cada 5 o 10 años me dijeron claramente que yo no iba a tener hijos de año por año

**P 6: AUDIO 3 6:11**

Y ya después de ahí ya no me cuide y como a los 3, 4 meses, que me embarazo de mi hijo.

**P 6: AUDIO 3 6:12**

Y milagro, que, ahora sí que se te logro tu niño, porque dicen

que no deben embarazarse luego, que por que les hacen lo del legrado y les limpian bien les queda débil su matriz  
Fue lo que me dijeron los doctores, pues no te vas a poner nada, pero cuídate, porque tu matriz se tiene que curar y yo como a las 4 meses que me vuelvo a embarazar y de ese embarazo me cuide, mucho, mucho y pues ya nació mi hijo

**P 6: AUDIO 3 6:32**

aja 3 o 4, porque deja uno madurar la matriz no, que la matriz se abre cuando nace el bebé y ya después tarda para llegar a la normalidad y digo que ya es una y otra no tenerlos bien seguiditos, dejar a los niños que crezcan también.

**P 6: AUDIO 3 6:33**

les damos nosotros calcio, imagínese nosotros hijo, tras hijo y ellos ya no van a consumir mucho calcio, porque nosotros les damos calcio

**P 6: AUDIO 3 6:34**

Yo digo que de 4 a 5 así ya le estas dando más atención al que tiene uno chiquito porque yo mi hija tenía 3 años y todavía quería que la cargara y la bajaba y venia, chille y chille, porque no le gustaba que la cargara su tío y su tío le decía, tu mamá ya no puede, porque está cargando al otro y tú todavía, chille y chille, porque ellos sufren y sufre uno

**P 6: AUDIO 3 6:38**

y muchos dicen que es mejor tenerlos seguidos, que ya no duele tanto, pero como me iba a ver yo jalando a uno jalando a otro y luego también embarazada y luego cargando a otro y yo digo que mejor tener tiempo

**P 7: AUDIO 4 7:15**

a mí me platicaba una señora que era mejor que tuvieran los hijos seguiditos, que, por que los huesos no se han cerrado, que por que luego se les complica más

**P 7: AUDIO 4 7:42**

me embarace sin que me diera cuenta, porque me alivie de ella tenía como año 2 meses cuando me embarace de él y yo esperaba que me bajara la regla para que me controlara yo y no me bajo y así me embarace y por eso ya no la pude atender por que como me embarace rápido, ya no pude salir para curarla

**P 7: AUDIO 4 7:43**

tenía un año 6 meses y yo ya estaba embarazada del otro y ahora sí que no regle, y yo creí que iba a reglar para controlarme

y esperar a que esos crecieran pero no regle y como antes no teníamos pláticas y así y no sabía yo que así se podía embarazar sin reglar uno

**P 7: AUDIO 4 7:44**

por eso me paso lo que me paso de que mi niña se me murió por que el no estuvo, y cuando el vino yo le dije ya no te vayas yo ya me siento mal, me dolía todo esto de aquí así y yo no podía cargarla a ella y así embarazada y le decía yo, quédate a cuidar a mi niña porque este yo ya me siento mal. Y él lo que me contesto, que no

**P 8: AUDIO 5 8:15**

creo que con cesaría tienen que esperarse 3 años por que tarda en recuperarse un buen porque cortan los tejido, entonces según a los tres años ya para que los tengan como a los 4

**P 8: AUDIO 5 8:16**

yo creo que la mamá es la que sufre, si no se recupera entre un parto y el otro yo creo que a mamá es la que se desgasta.

\*aún no se recuperan del desgaste del embarazo.

\*Desde que se embarazo hasta que dio a luz porque imagínese no está recuperada ni la matriz, porque si se embaraza al año apenas está agarrando fuerza y ahora con otro bebé pues ya no se puede

**Antecedentes  
obstétricos**

**P 4: AUDIO 1 4:6**

Cuándo ya tiene unos 35, de 30 un poquito más, 40, se le sube la presión, se les baja el bebé o no le va a bajar leche para alimentar al bebé

**P 4: AUDIO 1 4:22**

Si, decidimos no tener hijos, porque yo bueno, yo porque cuando me alivie de mi último niño, porque mi niña no sabía yo, pues yo me habían dicho los doctores que otro poquito yo me iba yo a morir, porque me había subido la presión y de eso me metieron miedo y pues digo mejor ya no, si no se me muere

**P 4: AUDIO 1 4:26**

me daban mareos así caminando nada más empezaba yo a ver lucecitas ... y sentía que no podía yo caminar, ni echar el paso por que me estorbaba para caminar, estaba yo hinchada parejita, hasta los dedos de las manos tenía yo hinchado, y los dolores que me daban muy fuerte y por eso vinieron mis familias y me llevaron a México y ahí fue donde fue a nacer mi niña porque aquí no encontré tratamiento

**P 4: AUDIO 1 4:34**

---

estaba yo solita y nomas se había quedado mi niño conmigo y me empezó a doler el vientre y como que me vino un sangrado y me asuste y que le digo a mi chiquillo ve a la escuela y dile a tus hermanos que vallan a hablarle a la ambulancia, la fue a traer y ya me vinieron a traer y me llevaron al hospital, pero lo bueno que no fue grave

**P 4: AUDIO 1 4:40**

Mi niña, nació bien, de tiempo, con la partera, iba a cumplir 2 años, ya tenía como un mes de embarazada, ya de la que seguía. Y se enfermó de diarrea, le lleve a la clínica y si la cerraban, la llevaba a una clínica que dicen que era muy buena, y con las curanderas que luego la soban que de aire, duro poquito empezó como en agosto y falleció como por noviembre, no fue diarrea así, fue como otra cosa; se le empezó a caer la pielecita, que a lo mejor de requemada, porque había tenido su bebé una tía de ella, como la niña ya empezaba a gatear se iba gateando y si yo no le ayudaba a mi suegra y la suegra ponía caras y que no me ayudaste y esto, que lo otro y me descuidaba, que se fuera con las tías y no era como ahora, que se estaba uno bañando, cuando estaba así, había días para bañarse, que no quiere que ningún niño se arrime con ella, porque lo quema

**P 4: AUDIO 1 4:41**

que la mamá estaba mal alimentada en el embarazo, que el niño ya venía desnutrido y después ya nació el bebé y cuando nació no lo empezaron a mejorar, a darle de comer era un bebé desnutrido y después una enfermedad ve que tienen las defensas muy bajas y que se enferman a cada rato y que de gripa o una diarrea y no los deja, seguido están con eso por lo mismo de que sus defensas están bajas y ya desde ahí yo ya pensé que no era verdad lo de la dichosa quemada era por falta de alimentación más que nada de la mamá y del bebé

**P 5: AUDIO 2 5:7**

se van a sorprender, porque mi sobrina pesa 120 kg y acaba de tener a su bebé y el niño no tiene ningún problema, el niño come y bebe por todos lados, nació el niño de 4200 gr. Y así, sin cesaría ni nada.

**P 5: AUDIO 2 5:9**

Yo digo que en peso si influye, yo mi mamá cuando tuvo a mi hermanito Julio él nació de 5 kg y casi se le andaba muriendo y ella igual estaba muy gordita, por eso, y dice que cuando yo nací yo pese menos, yo casi me moría de muy flaca desnutrida y mi hermano de muy gordo

**P 5: AUDIO 2 5:27**

yo me sentía muy mal y estaba muy hinchada de los pies y que nunca hice a abrir el cuello y tiene que ser cesaría, y que tenía yo rasgos de preclamsia y así

**P 5: AUDIO 2 5:33**

cuando ya estaba en los cuartos la enfermera decía esta señora ya anda como si nada y de lado a lado, pero ahí me entere que había tenido hemorragia

**P 5: AUDIO 2 5:34**

Pues yo, de mi primer bebé, nos fuimos de aquí como a las 11 de la noche, porque se me rompió la fuente y de ahí entre a urgencias y recuerdo que si sufrí

**P 5: AUDIO 2 5:43**

si tenía pastillas, pero, casi no me las tomaba porque me daba asco, el ácido, el fumarato sépala cual pero yo si tuve muchos ascos

**P 5: AUDIO 2 5:45**

Yo pienso que mi problema que tuve fue con mi niño, pero yo creo que igual fue por la edad, porque yo estaba joven, pero yo creo que igual mi esposo, se le fue un tiro con su pistola y estuvo como 15 días en el hospital y ese susto si me hizo mucho daño, porque ya después un poquito antes de cumplir los 8 meses empecé con dolor como de parto, me estaban dando contracciones, pero como estaba en el hospital ya rápido me llevaron a con un doctor y me dijeron que, reposo absoluto y si preguntaron que si el bebé no tenía peligro por el susto y eso, y si nos dijo el doctor que si corría riesgo que por que una mujer embarazada lleva un susto suelta un bilirrubina o algo que suelta uno que si le afecta al bebé, pero pues si yo tenía el miedo de que fuera a nacer con algún problema

**P 6: AUDIO 3 6:2**

de él me alivie aquí en la clínica porque yo hice mal mis cuentas y la doctora me mando a hacer un ultrasonido porque yo de mis dos hijos de ninguno de los dos me hice ultrasonido

**P 6: AUDIO 3 6:3**

me decía la doctora que faltaba para que bajara y que hiciera yo fuerzas, y me decía que no desperdiciara yo las fuerzas, porque a la hora de la hora no vas a poder, te vas a ir debilitada. Y entonces yo dije yo no hago esfuerzos y ya me estaba entrando el sueño, ya me daba, ya tenía yo arto frio y ya decía ay no y ya,

de mi hijo y ya me dijo la doctora si, la enfermera me dijo que ya se estaba poniendo moradito, y ya lo envolvieron y luego lo envolvieron y le pusieron la lámpara para que se calentara pero si me atendió bien la doctora, nada más que como tenía gente, nada más en el rato en que me bajara más mi niño

**P 6: AUDIO 3 6:10**

mi cuerpo ya no lo sentía yo y ya llegamos al hospital y me atendieron y me dieron medicamento en el suero y poquito a poco mi cuerpo fue reaccionando ya volviendo a la normalidad, mi criatura nació, pero ya estaba muerto, ahí estuve 3 días hospitalizada y ya después ahí ya no me cuide

**P 6: AUDIO 3 6:21**

Yo digo porque doña... ella estaba más llenita, enflaco con lo mismo de la diabetes, pero, ella estaba más llenita y cuando tuvo a su hijo, ella no podía caminar, ella se le hinchaban los pies, ella nada más estar sentada o acostada, porque ya no podía, se le hinchaban los pies y si se le complico el embarazo y no sé qué la azúcar y fue como con el tiempo se le desarrollo el azúcar

**P 6: AUDIO 3 6:30**

si le está dando la preclamsia pues entonces si cesaría

**P 7: AUDIO 4 7:1**

pues yo creo que ideal de los 20 a los 35 años, no, porque según ya de 40 ya estas más, ya como dicen ya corren más riesgos, a lo mejor que se muera la mamá, no, o, se les sube mucho la presión y les da preclamsia; pues que se pueda morir el bebé con todo y mamá

**P 7: AUDIO 4 7:3**

se me rompió la fuente ya me tuve que ir, bueno, ni me fui porque eran las 2 de la mañana, cuando sin quererlo se me trono y así empezó a salir agua y me quede acostada y ya en la mañana como no vivía aquí, me vine y les dije como estaba y me dijeron que, no que ya vámonos, que como estaba así y luego me pasaron, porque se le estaba acabando el líquido a mi niña y estuve así y me pusieron, me imagino medicina para que me dieran los dolores y no sintiera yo nada y todo el día estuve así, con dolor y este nació como a las 12 de la mañana; si me hizo sufrir mucho, pero nada más por eso, pero no tuve otra cosa

**P 7: AUDIO 4 7:6**

me mandaron al hospital, que, por que estaba normal, pero no

sabían porque me había bajado líquido y que estaba bien y la niña estaba bien del líquido, que no le faltaba, que tenía suficiente líquido y me dijeron que, tenía complicaciones y me mandaron a Pachuca y fue cesaría. No me dieron explicación y que si quería que muriera él bebé o que muriera yo y yo les dije que no y entonces cesaría y ya

**P 7: AUDIO 4 7:19**

bueno va en personas, porque me estaban contando que una persona tuvo una cesaría y al año se alivió de su otro bebé y se alivió normal al año

**P 7: AUDIO 4 7:26**

el único ..., peso 2 kilos y medio y eso porque tuve un problema, de que falleció mi suegra y se me quedo todo a mí, porque tenía yo que hacerle de comer a los niñitos de mi suegra y a los míos, que porque yo nada más me la pasaba en el quihacer y tenía yo que lavar y estaba yo embarazada de mi niño y ese niño sabe cuánto peso kilo y medio pero ahí está mi niño

**P 7: AUDIO 4 7:27**

El que nació conmigo solita, pues, es que si era todo el paquete para mi solita, porque se pasaban a comer y ya no comías como debía de ser

**P 7: AUDIO 4 7:28**

este como pesaba kilo y medio era un muñequito, nada más delgadito, con la piel amarilla y los ojos amarillos y la vista como que no veía bien y aquí, no me dijeron nada de nada, nada más que lo cuidara y así y si se compuso mi niño, trataba de darle de comer a mi niño como me habían dicho, cada ratito, cada ratito y si no quería comer yo le rogaba, ni la chichi podía agarrar

**P 7: AUDIO 4 7:29**

Y ya estaba bien formadito, a mi niño nomas le faltaba que fuera embarneciendo, lloro cuando nació, porque todavía no llegaba la partera y ya cuando llego la partera mi niño ya había nacido y lo agarro, le corto el ombligo, lo baño, lo arropo y me lo dejo ahí, junto de mí y cuando lo acostó junto de mi estaba bien y movía su cabecita y cerro los ojitos y ya nunca los abrió

**P 7: AUDIO 4 7:36**

si se embarazan antes de los 18 pueden tener un bebé desnutrido porque le está quitando calcio a la mama, le está quitando defensas

**P 7: AUDIO 4 7:44**

por eso me paso lo que me paso de que mi niña se me murió por que el no estuvo, y cuando el vino yo le dije ya no te vayas yo ya me siento mal, me dolía todo esto de aquí así y yo no podía cargarla a ella y así embarazada y le decía yo, quédate a cuidar a mi niña porque este yo ya me siento mal. Y él lo que me contesto, que no

**P 8: AUDIO 5 8:3**

me metieron el día viernes y después me tuvieron con medicamentos y el sí hacia movimientos pero avance hasta 4 y después dijeron que se iba a esperar hasta el día siguiente para hacer la cesaría y me dijeron que porque el cuello de la matriz estaba muy cerrado y que se arriesgaba a que naciendo normal se quedara atorado él bebé y me hicieron cesaría y ya pasaba de los 9 meses, pero todavía yo si me quería esperar y ya no me dejaron salir porque tenía las 42 semanas

**P 8: AUDIO 5 8:4**

porque si esta uno muy gordito le da la presión alta o la preclamsia o que tenga complicaciones en el parto

**P 8: AUDIO 5 8:14**

mi mamá así se aliviaba así de nosotros pero en el ultimo se alivió en Metepec pero se le complico, tenía 42 años y le hicieron la cesaría pero le vino una hemorragia y como no tenían de su sangre aquí se la llevaron a Tulancingo y de ahí a Pachuca

**P 8: AUDIO 5 8:20**

El mío peso 4 kilos con 60 gramos, pero cuando nació, sus ojitos, los tenia bien hinchados, de hecho ya no se le quito lo moradito

**P 8: AUDIO 5 8:21**

a mí de hecho en el ultrasonido me dijeron que era de peso normal y que iba a ser parto normal y que no corría ningún riesgo, ni nada y ya estaba yo en el quirófano ya había salido la cabecita y se me atoro y ya no quería salir de ahí y estuvo como 10 minutos atorado ahí, no podía salir y hasta que una doctora me alaba los pies y una enfermera me apachurraba la barriga y el doctor lo recibía y no quería salir hasta que salió y a la hora que así lo estaba como así porque ya se le estaba pasando, porque estaba muy grande

**Antecedentes personales patológicos**

**P 4: AUDIO 1 4:8**

a lo mejor con el mismo embarazo se llegan a desarrollar más enfermedades ya se le compliquen a uno más enfermedades ya con el embarazo ahora si ya tiene uno alguna otra enfermedad,

como diabetes o anemia se le complica más

**P 4: AUDIO 1 4:47**

depende de la mamá, que no tenga alguna enfermedad, para que el otro parto no se complique

**P 4: AUDIO 1 4:53**

sería un embarazo muy riesgoso, igual el sobrepeso, igual ahorita gracias a dios parece no padezco de ninguna enfermedad y ya sería un riesgo igual

**P 5: AUDIO 2 5:12**

Yo creo que, para embarazarnos lo tenemos que planear, igual que tengamos el peso que debe ser, que no deben de haber infecciones en nosotras

**P 5: AUDIO 2 5:40**

yo tuve una prima que se murió por que tenía su presión bien alta y ya no la pudieron salvar a ella, y cuando llegaron al hospital estaba más muerta que viva y en el hospital le salvaron a su bebé

**P 5: AUDIO 2 5:41**

Más que nada tendríamos que prepararnos para evitar ese tipo de problemas y aun así cuidándonos y todo llega a haber problemas aunque se prepare uno desde antes.

**P 5: AUDIO 2 5:46**

Yo digo que sí tengo riesgo, puede ser por la cesaría que tengo, porque tengo sobrepeso, sería un riesgo embarazarme, si no estoy en la perfección

**P 6: AUDIO 3 6:20**

yo pienso que, imagínese no se va a poder mover, porque esta gordita y también del embarazo y no se va a poder moverse, le va a subir la azúcar y la presión, porque están muy demasiado llenitas y entonces, si de por si engordamos un poco con el embarazo, ahora, estar más de lo que es, pues yo digo que no van a ni poder caminar, los pies ya se le hincharon y que ya se están hinchando de la cara y las mano, y como no van a poder caminar, porque les va a pesar el bebé y si así no se puede ni caminar y con el embarazo ya está más llenitas

**P 6: AUDIO 3 6:21**

Yo digo porque doña... ella estaba más llenita, enflaco con lo mismo de la diabetes, pero, ella estaba más llenita y cuando tuvo a su hijo, ella no podía caminar, ella se le hinchaban los

pies, ella nada más estar sentada o acostada, porque ya no podía, se le hinchaban los pies y si se le complico el embarazo y no sé qué la azúcar y fue como con el tiempo se le desarrollo el azúcar

**P 7: AUDIO 4 7:1**

pues yo creo que ideal de los 20 a los 35 años, no, porque según ya de 40 ya estas más, ya como dicen ya corren más riesgos, a lo mejor que se muera la mamá, no, o, se les sube mucho la presión y les da preclamsia; pues que se pueda morir el bebé con todo y mamá

**P 7: AUDIO 4 7:11**

Si la mamá está muy gordita se le sube la presión igual ¿no?, bueno igual se le sube a un que no esté una gordita, porque así me paso. Y el bebé pues nace obeso no, si la mamá esta gorda y yo digo que si nace obeso

**P 7: AUDIO 4 7:20**

yo tengo entendido que los que tienen diabetes ya no se pueden embarazar, que porque él bebé nace con diabetes

**P 7: AUDIO 4 7:31**

pues también muy gordas no, porque ahora sí que le da como enfermedades, como cuando son diabéticas, están bien gordas, las enfermedades se las pasan al bebé y ya bien chiquitos son diabéticos, porque si hay de esos que sus familias son diabéticas y él bebé también

**P 7: AUDIO 4 7:39**

también tiene problemas porque se le sube la presión durante el embarazo porque esta pasada de peso

**P 8: AUDIO 5 8:4**

porque si esta uno muy gordito le da la presión alta o la preclamsia o que tenga complicaciones en el parto

**P 8: AUDIO 5 8:22**

yo digo que a lo mejor ya no porque si tiene diabetes puede nacer su bebé con esa enfermedad o puede ser hereditaria

**P 8: AUDIO 5 8:23**

si tiene presión alta o baja pues lo mismo porque dentro del embarazo puede tener un parto y puede ser que tenga problemas cuando se alivie teniendo un parto bajarle la presión o subirle mucho

**P 8: AUDIO 5 8:24**

por ejemplo si tiene presión alta o diabetes tiene que estar con el tratamiento por siempre y si está embarazada no puede tomar medicamento

**P 8: AUDIO 5 8:25**

a lo mejor con presión alta o baja se puede embarazar con la misma intención

Al realizar la categorización de la información obtenida de cada uno de los audios se logró la identificación de algunas prácticas las cuales por su importancia no podían ser excluidas de la presente investigación, por lo que se anexo una categoría más la cual se definió como riesgo reproductivo.

Categoría	Discurso
<b>Riesgo reproductivo</b>	<p><b>P 4: AUDIO 1 4:11</b></p> <p>también antes yo pienso que había más machismo de que porque si iba una a una plática uno y si le hablaban a uno de planificación, pues lo primero que decían que no eran los maridos</p> <p><b>P 4: AUDIO 1 4:13</b></p> <p>también, los maridos que iban a comprar esas cosas, que no se cuidara uno... que iban a andar uno con quien sabe cuántos maridos y yo que más se</p> <p><b>P 4: AUDIO 1 4:14</b></p> <p>de amigos que te hablo y me hablo, que platicas ni que, porque uno los iba a hacer tontos con quien sabe cuántos hombres, con que se enterara que había ido a operarse... que ya no quería uno familia</p> <p><b>P 4: AUDIO 1 4:21</b></p> <p>Pero la pareja no nos apoya, porque le digo que antes no nos dejaban que nos controláramos con algo, como que ya lo considerabas a la fuerza pues, no, y ahora como que ya nos dejan</p>

**P 4: AUDIO 1 4:23**

Yo no le dije nada, porque no sabía, porque estaba con el miedo de decirle que me cuide, yo pues a lo mejor me va a regañar o va hacer algo y mejor me voy yo a escondidas

**P 4: AUDIO 1 4:24**

No, pues no se crea, había quien se cuidaba así y decían que no se podía embarazar y que le dolía mucho la cintura y así al marido nunca le contaban

**P 4: AUDIO 1 4:28**

por eso nos llenaron de hijos por que se iban a trabajar a México,

el problema que era, que estaba nada mas una a planificar con las pastillas, y para embarazarse uno tenía la culpa de no tomarse las pastillas como eran

**P 4: AUDIO 1 4:33**

Yo tuve dos niños que nacieron, yo solita. Iba yo llegando hasta donde están mis vacas cuando empecé con mi primer dolor y después ya bajando yo a mis vacas y les di agua, las asegure e iba yo llegando a mi casa cuando nació mi hija, estaba yo solita. Tenía partera, ese día, pero todavía fui a buscarla pero no estaba y llegue a mi casa y yo solita me alivie; igual la otra niña también, nacieron en mi casa, así feliz. Gracias a dios ya no les paso nada a mis niñas

**P 4: AUDIO 1 4:34**

estaba yo solita y nomas se había quedado mi niño conmigo y me empezó a doler el vientre y como que me vino un sangrado y me asuste y que le digo a mi chiquillo ve a la escuela y dile a tus hermanos que vallan a hablarle a la ambulancia, la fue a traer y ya me vinieron a traer y me llevaron al hospital, pero lo bueno que no fue grave

**P 4: AUDIO 1 4:42**

Te acuerdas también del famoso cachan, si lo agarraba su marido y que lo que cachaban o así. Que también le

daban diarrea a la señora, que se hinchaba y se le caía el cabello. Decían que las amarraban, que los groseros que no se compadecían de su esposa que tiene 2 o 3 días de aliviada de su bebé y ya se metían con ellas y las lastimaban, esos no son cristianos

**P 5: AUDIO 2 5:4**

nada, porque yo me alivie solita en mi casa, imagínese que riesgos también

**P 5: AUDIO 2 5:5**

es mucha responsabilidad como madre hacer eso, porque imagínese, porque mi hijo si me vivió pero ya después yo me ponía a pensar que, por que yo había hecho eso, porque yo me alivie a las 12 de la noche, ni quien vea por mí. Yo lo tuve solita

**P 5: AUDIO 2 5:8**

Igual pues yo no tome ácido fólico ni nada, yo pues así, como los animalitos, así lo tuve y lo seguí manteniendo y así yo no acudí a ningún doctor, e igual, como dice usted, tenía mi marido machista que me decía no vas y es no vas.

**P 5: AUDIO 2 5:16**

Yo si pensaba cuidarme, pero, de hecho él me dijo que él me iba cuidar de todo, pero, pues no salió así y no me dejaban ni ir a la tiendita ni así o que viniera yo a pedir algo o eso, pero, me dijo que no que él me iba a cuidar, pero, pues no y ahí está mi bebé

**P 5: AUDIO 2 5:21**

de hecho viene en los libros de la reproducción algo así, de los métodos anticonceptivos, pero no sé, en ese momento no pensé y si los pensé no me los aceptaron. Bueno es que yo siempre que quería venir me decían que no, pero, pues así paso y cuando me di cuenta ya estaba embarazada, me di cuenta cuando tenía dos o tres meses

**P 5: AUDIO 2 5:24**

---

yo que no quería tener hijos, pero como mi suegro era terrateniente me dijo que los tuviera, porque me dolía mucho mi pansa y que con eso se me iba a quitar, pero era para que me embarazara, pero pues yo no quería tener hijos, yo no los deseaba y no los quería, yo cuando le decía a mi suegro que estaba embarazada, pero que, yo no quería tener al niño; yo creo que por eso dios me castigo, porque, yo no los quería, ¿cómo los iba yo a cuidar? y me decía pues déjamelos, pero pues no, y ahora que veo a mis otros hijos y pues yo creo que, como dicen, que pues para vivirlo, se arrepiente uno después

**P 5: AUDIO 2 5:38**

Bueno con mis niñas, me disculpara usted, me tocaron dos doctoras bien groseras y me decían hasta de lo que me iba a morir yo, decía ahí se fijan yo ya me quiero aliviar, yo ya me quiero ir de aquí, y no puje cuando no le diga, pero yo pujaba más, yo ya me quería salir de ahí, y me decían no puje y yo más pujaba y si entre más pujaba mi niña más bajaba y ellas me decían que no pujara ,y yo les decía que mi niña ya estaba ahí y ellas bien apuradas escribe y escribe en su escritorio y yo por acá.....

**P 5: AUDIO 2 5:47**

Yo no me opero para no tener hijos, primero porque no me dejan, pero a mi si me gustaría. Mi marido es el que no me deja que me opere, pero si por mi fuera, yo encantada

**P 6: AUDIO 3 6:5**

mis abuelitos así le hicieron con una tía, una tía estaba discapacitada, no habla, no así, esta malita y entonces en un embarazo y regalaron a su bebita y eso que todavía la niña la vio, mi tía, vio a su niña y la regalaron y entonces mis papás no quisieron cometer ese mismo error

**P 6: AUDIO 3 6:9**

mi señor estaba bien tomado que me fui al hospital y él ni en cuenta, bien tomado que estaba, por ahí en la cantina y yo solita y de ahí estaba llueve y llueve y le digo a mi cuñada quiero que me acompañes a la clínica me siento bien mal, dice ¿qué tienes?, siento que ya no, me re duele

mi vientre, tengo artos dolores y me dice a ver si no quieres abortar y ese día había hecho coraje, que él estaba bien tomado y gente que no entiende cuando está tomada y yo creo por eso fue el aborto

**P 6: AUDIO 3 6:27**

si está bien el embarazo y está bien el bebé, bien acomodado ya todo, pero también si hay doctores que nada más te quieren meter tijera pues ya

**P 7: AUDIO 4 7:4**

yo pensaba, pero pues, yo voy a quedarme a ver que dios dice, así, si tengo familia o a ver que dice.

\*de milagro tu marido no te dijo nada, porque los maridos lo que quieren son hijos.

**P 7: AUDIO 4 7:5**

porque él (refiriéndose a su pareja) según no quería que nadie viera y que me quedara en casa y que a nadie viera yo y que no saliera a ningún lado y le dije te lo cumplo, no salgo a ningún lado, ni por ahí yo estoy en la casa con mis padres y se lo cumplí, no salí de mi casa, ya después, cuando él se dio cuenta, si estaba bien espantado, que mejor vámonos, le digo que por tu culpa

**P 7: AUDIO 4 7:6**

me mandaron al hospital, que, por que estaba normal, pero no sabían porque me había bajado líquido y que estaba bien y la niña estaba bien del líquido, que no le faltaba, que tenía suficiente líquido y me dijeron que, tenía complicaciones y me mandaron a Pachuca y fue cesaría. No me dieron explicación y que si quería que muriera él bebé o que muriera yo y yo les dije que no y entonces cesaría y ya

**P 7: AUDIO 4 7:7**

No me dijeron nada y estaba yo solita y que lo mandaron traer y que nunca se presentó a donde le hablaron y que ni paso papel, la que firmo fui yo todos los papeles; él estaba en la entrada y que le hablaban y no se presentó y cuando

me dieron de alta me dijeron que el muchacho no estuvo aquí, que él estaba en la calle y que afuera de la calle estuvo en el tianguisito

**P 7: AUDIO 4 7:8**

a mi niña la iban a tener en observación, que por si había tomado líquido y ahí la tuvieron y a mí me pusieron en una cama y estuve en una cama y subieron a revisarme y ya está bien y vamos a darla de alta inmediatamente, pero como el señor no es obediente

**P 7: AUDIO 4 7:9**

Pero el señor no, que él decía que inmediatamente nos viniéramos, que nunca le dijeron ya nació la niña, vamos a esperarla y él quería que ya luego nos fuéramos y le dije, si quieres vete tú, yo no me muevo, si yo sé que tengo a alguien aquí yo no me muevo, dice, la quiero ver tráela y le digo no, no la puedo sacar y ya cuando salió, yo la cambie con mucho miedo y pues, a mí me daba miedo no y ya la cambie y eso, pero, con mucho miedo

**P 7: AUDIO 4 7:24**

Ah, pero, igual por eso los maridos la cambian a uno, porque según buscan lo que uno ya nos les da, bueno según los pretextos de los hombres. Bueno, pues como dicen ellos quieren que estés teniendo hijos cada rato, más que nada ya tiene mucho pidiendo que tengamos otro pero no

**P 7: AUDIO 4 7:25**

hay nada más quieren que este uno, hijo, hijo y no la ayudan a uno, y luego, que la comida, que quieren comer y luego uno no puede, que por preparar la comida ni los niños vemos

**P 7: AUDIO 4 7:27**

El que nació conmigo solita, pues, es que si era todo el paquete para mi solita, porque se pasaban a comer y ya no comías como debía de ser

**P 7: AUDIO 4 7:44**

por eso me paso lo que me paso de que mi niña se me murió por que el no estuvo, y cuando el vino yo le dije ya no te vayas yo ya me siento mal, me dolía todo esto de aquí así y yo no podía cargarla a ella y así embarazada y le decía yo, quédate a cuidar a mi niña porque este yo ya me siento mal. Y él lo que me contesto, que no

**P 7: AUDIO 4 7:45**

cuando resulte embarazada y mi niña todavía gateaba pues si me regaño, dijo que parece que no te puedes cuidar, mira tú cría como está ahí y ya vas a tener otro. Como si lo que tenía yo, hubiera sido de otro querido, como si no fuera de él

y aun así me reclamo, que a ver que iba a hacer que mi niña todavía gateaba y ya iba a tener otro y le digo pues que querías que hiciera no me pude cuidar además apoco yo tengo la culpa

**P 8: AUDIO 5 8:8**

luego que están en la escuela y andan con el novio y se embarazan y no les quieren decir a sus papás por miedo

De manera más práctica se resumió la información de cada una de las categorías de acuerdo a cuantas veces fueron identificadas en cada uno de los audios obtenidos en los grupos focales. (Tabla 4) observando que la categoría de edad es la más frecuente con poco más del 16 por ciento; seguido de los antecedentes obstétricos así como por el riesgo reproductivo ambos con el 12.22 por ciento; quedando en tercer lugar con el 11.48 por ciento la cesárea.

Tabla 4. Categorización de los grupos focales realizados en la comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo. 2016

COLUMNA1	AUDIO 1.docx	AUDIO 2.docx	AUDIO 3.docx	AUDIO 4.docx	AUDIO 5.docx	TOTA LES:	PORCEN TAJE
ABORTOS	1	2	4	1	0	8	2.96 %
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	6	7	5	10	5	33	12.22 %
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	3	4	2	5	5	19	7.04 %
CESAREA	2	7	7	5	10	31	11.48 %
EDAD	14	6	8	8	9	45	16.67 %
ESCOLARIDAD	0	3	0	3	3	9	3.33 %
GESTAS	10	3	2	2	1	18	6.67 %
INTERVALO ENTRE ULTIMO PARTO Y EMBARAZO	6	2	6	4	2	20	7.41 %
PARTOS	3	5	4	4	5	21	7.78 %
PESO HABITUAL	5	5	6	8	1	25	9.26 %
TALLA	2	1	2	2	1	8	2.96 %
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	10	8	3	11	1	33	12.22 %
<b>TOTALES:</b>	<b>62</b>	<b>53</b>	<b>49</b>	<b>63</b>	<b>43</b>	<b>270</b>	<b>100 %</b>

Elaboración propia con el Software ATLAS.ti.

## Discusión

Con los resultados obtenidos se observó que las mujeres en edad fértil que corresponden al área de influencia de la UMR de la comunidad de San Pedrito más de la mitad de ellas cuentan con vida sexual activa, se encuentran casadas y tienen un riesgo reproductivo alto (de acuerdo a la puntuación obtenida con el formato MF-5), sin embargo casi una tercera parte de ellas no cuenta con metodología anticonceptiva.

Las mujeres con riesgo reproductivo alto cuentan con una edad promedio seis años mayor y el doble de hijos en comparación con aquellas con riesgo bajo, cuya edad es menor a los 30 años y con menos de 2 hijos en promedio.

Un dato poco favorecedor para las mujeres con riesgo reproductivo alto, es que una cuarta parte de ellas se encuentra sin metodología anticonceptiva, lo que consecuentemente las hace susceptibles a un embarazo de alto riesgo.

De los datos que encontramos en el formato MF-5 los cuales en orden de frecuencia de aparición en las mujeres son: escolaridad, talla, la edad, peso habitual, antecedentes obstétricos, numero de gestaciones, partos, cesáreas, número de abortos y por último los antecedentes personales patológicos; es evidente que en el formato la escolaridad, talla y peso cuentan con una valuación máxima de 1; por lo que al realizar la modificación tomando en cuenta la valuación correspondiente el orden es: 1° edad, 2° antecedentes obstétricos, 3° número de gestaciones 4° número de partos, 5° cesáreas, 6° abortos y por último los antecedentes personales patológicos lo cual tiene cierta concordancia en frecuencia, con la percepción de las mujeres que participaron en los grupos focales, presentando en primer lugar la edad, seguida de los antecedentes obstétricos, la resolución del embarazo por vía abdominal (cesárea), el peso habitual y en quinto lugar los partos.

Sin embargo poco más de la tercera parte de las mujeres censadas cuenta con algún grado de mal nutrición, siendo esta un estado complejo de déficits, excesos

e imbalances, e incluye tanto la hipo nutrición como la hipernutrición (De La Mata, 2008); situación que concuerda con las encuestas de salud realizadas en México las cuales reflejan que la desnutrición aún está presente junto con el aumento en la tasa de sobrepeso y obesidad, y que ambas representan un problema grave de malnutrición; esta situación es acorde a lo que el Departamento de Nutrición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica (Velasco-Lavín, 2016). Lo que evoca que el estado de salud y nutrición de la mujer, antes, durante y después del embarazo, contribuye a su propio bienestar general, pero también al de sus niños y otros miembros de la familia (Latham, 2002).

Se debe hacer notar que uno de los factores con la capacidad de incidir de manera negativa en el transcurso de un posible embarazo y que en un principio fue identificado por el autor como riesgo reproductivo, el cual posterior a una investigación bibliográfica se ha redefinido como “*violencia contra la mujer*” ya que se entiende como: todo acto que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (Naciones Unidas, 2014). Dentro de los que se incluyen, sin limitarse: los malos tratos... intimidación, violencia relacionada con la explotación y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, perpetrados por el marido u otros, perpetrada dentro de la comunidad en general, en instituciones... y en otros lugares (Naciones Unidas, 1993).

Exhorta a la reflexión que a pesar de que la violencia tiene una repercusión en la salud reproductiva de las mujeres, que se traduce en más complicaciones en el embarazo, así como en embarazos no deseados y se ha constatado que la violencia es una causa importante de mortalidad materna (OMS/OPS, 2014) esta no sea reconocida como tal por las mujeres participantes y no sea mencionada ni tenga una puntuación en el formato MF-5.

## Conclusiones

Las mujeres participantes conciben su riesgo reproductivo como el peligro asociado a factores tangibles y evidentes para ellas (como lo son la edad, los antecedentes obstétricos y las cesáreas); dejan en los últimos lugares los antecedentes personales patológicos los cuales son detectables de forma oportuna y en algunos de los casos prevenibles.

Respecto al formato MF-5 el cual si bien es una adecuada herramienta y tiene concordancia con la percepción de las mujeres, requiere una actualización en lo referente al peso habitual así como de los antecedentes personales patológicos ya que los estados de mal nutrición son cada vez más frecuentes.

Es imperativo la inclusión en el formato MF-5 la categoría de violencia contra las mujeres, así como la consecuente asignación de un puntaje a esta, debido a las repercusiones que tiene en el proceso salud – enfermedad y a que es considerada un grave problema de salud pública que requiere la atención inmediata por parte de autoridades y sociedad.

Existe concordancia entre los resultados obtenidos desde el enfoque cuantitativo respecto a la detección de riesgo reproductivo, con el discurso que denotan las mujeres desde el análisis de la metodología cualitativa, esto significa, que la investigación cualitativa podría utilizarse para explorar la comprensión del riesgo reproductivo.

## Cronograma de actividades 2014 -2016.

Actividades Programadas	AÑO 2014	AÑO 2015												AÑO 2016											
	Julio-Noviembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agostó	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Definición de título	X	X	X					X																	
Planteamiento de problema	X	X	X					X																	
Justificación	X	X	X					X																	
Marco teórico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Objetivos de investigación	X	X	X					X																	
Material y métodos:	X	X	X					X																	
Diseño de intervención	X	X	X					X																	
Gestión de permisos		X	X					X	X																
Recolección de datos para completar formato										X	X														
Realización de grupo focal												X	X												
Plan de análisis de resultados														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## Referencias

- Abehsera, D., Gonzalez, C., Lopez, S., Sancha, M., & Magdaleno, F. (2011). Placenta percreta, experiencia en 20 años del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*, 76(2), 127-131.
- Almeida, F. N., Castiel, L., & Ayres, J. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), 323 - 344.
- Astiazarán, I., Lasheras, B., & Martínez, A. (2003). *Alimentos y Nutrición en la Práctica Sanitaria*. Diaz de Santos.
- Botella, L. J., & Clavero, L. J. (1993). *Tratado de Ginecología*. Ediciones Diaz de Santos.
- Cardenas, R. (2007). Acciones y programas para la reducción de la mortalidad materna: ¿qué necesitamos hacer? *Salud Pública de México*, 49, 231-233. doi:ISSN 0036-3634
- Carreon, V. J., Mendoza, S. H., Perez, H. C., Gil, A. I., Soler, H. E., & Gonzalez, S. R. (Septiembre- Diciembre de 2004). Factores socioeconómicos asociados. *Archivos en Medicina Familiar*, 6(3), 70-73.
- Chen, X., Wen, S., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G., & Walker, M. (Abril de 2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 368-373.
- Cleary-Goldman, J., Malona, F., Ball, R., Nyberg, D., Comstock, C., Saade, G., . . . DÁlton, M. (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol*, 983-990.
- CONEVAL. (2012). *Evaluacion Estrategica sobre Mortalidad Materna en Mexico 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*. México, DF:

CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Consejo de Salubridad General . (Noviembre de 2004). Decreto del Consejo de Salubridad General.

D'Ángelo, D., Williams, L., Morrow, B., Cox, S., Harris, N., Harrison, L., . . . Zapata, L. (Diciembre de 2007). *Preconception and Interconception Health Status of Women Who Recently Gave Birth to a Live-Born Infant --- Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 26 Reporting Areas, 2004*. Obtenido de Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5610a1.htm>

De La Mata, C. (2008). MALNUTRICIÓN, DESNUTRICIÓN Y SOBREALIMENTACIÓN. *Revista Medica del Rosario*, 74, 17 - 20.

Diario Oficial de la Federación. (1993). NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. México.

Diario Oficial de la Federación. (noviembre de 2009). NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. México.

Diario Oficial de la Federación. (Noviembre de 2012). PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. México.

Echemendia, T. B. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiol*, 49(3), 470-481.

Ferreira, N. E., & Angulo, C. M. (2007). Predicción del acretismo placentario con ultrasonido Doppler en el Hospital Universitario de Neiva, estudio de cohorte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(4).

Ford, J. B., Shand, A. W., & Roberts, C. L. (2013). Characteristics, causes and treatment of postpartum haemorrhage in first and second pregnancies. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 53, 90-93.

- Fraser, A., Brockert, J., & Ward, R. (Abril de 1995). Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 332(17), 1113-1117.
- Frias, A., Luikenaar, R., Sullivan, A., Lee, R., Porter, T. F., Branch, D. W., & Silver, R. (2004). Poor Obstetric Outcome in Subsequent Pregnancies in Women With Prior Fetal Death. *Obstetrics & Gynecology*, 104, 521- 526.
- Hernandez- Diaz, S., Toh, S., & Cnattinguis, S. (2009). Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: prospective cohort study. *BMJ*.
- IMSS, I. M. (29 de Septiembre de 2014). *IMSS México*. Obtenido de IMSS México: <http://www.imss.gob.mx/imss-opportunidades>
- Johnson, K., Posner, S., Biermann, J., Cordero, J., Atrash, H., Parker, C., . . . Curtis, M. (Abril de 2006). *A Report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care*. Recuperado el octubre de 2015, de Center for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>
- Kahl-Martin, C. (1990). *Fundamentos de Epidemiologia*. Ediciones Diaz Santos S.A.
- Khoshnood, B., Bouvier-Colle, M., Leridon, H., & Blondel, B. (diciembre de 2008). Impact of advanced maternal age on fecundity and women's and children's health. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 37(8), 733 - 747.
- Koyanagi, A., Zhang, J., Dagvadorj, A., Hirayama, F., Shibuya, K., Paulo, S. J., & Metin, G. A. (2013). Macrosomia in 23 developing countries: an analysis of a multicountry, facility-based, cross-sectional survey. *The Lancet*, 476-483.
- Latham, M. C. (2002). *NUTRICIÓN HUMANA EN EL MUNDO EN DESARROLLO* (Vol. 29). Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

- Lisonkova, S., Janssen, P., Sheps, S., Lee, S., & Dahlgren, L. (junio de 2010). The effect of maternal age on adverse birth outcomes: does parity matter? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32(6), 541-548.
- Lombardia, P. J., & Fernandez, P. M. (2007). Capitulo 14 Embarazo. En *Ginecología y Obstetricia: Manual de consulta rapida* (Segunda ed., págs. 286 - 289). Argentina; Colombia; España; Mexico y Venezuela : Ed. Medica Panamericana.
- Naciones Unidas. (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado el Octubre de 2016, de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- Naciones Unidas. (2014). El marco de los derechos humanos en la práctica . En *Los derechos de la mujer son derechos humanos*. Nueva York y Ginebra.
- Observatorio de Mortalidad Materna . (2012). *Indicadores 2012, objetivo del desarrollo del Milenio 5; Avances en México*. Mexico .
- Observatorio de Mortalidad Materna . (mayo de 2013). *Intervenciones altamente efectivas para reducir la muerte materna y perinatal*. Mexico. Obtenido de <http://omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/PDF%20INTERVENCIONES%20ALTAMENTE%20EFECTIVAS%20PARA%20REDUCIR%20LA%20MUERTE%20MATERNA%20Y%20PERINATAL.pdf>
- Observatorio de Mortalidad Materna. (2013). *Indicadores 2013. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), Mexico.
- OMS. (1978). *la atencion primaria de salud es la clave para que todos los pueblos del mundo alcancen en el años 2000 un nivek de salud que les permita llevar una vida social y economicamente productiva*. Alma-Ata.
- OMS. (1998). *Manual sobre educacion sanitaria en atencion primaria de salud*. Ginebra.

- OMS. (2008). *Mortalidad materna en el 2005, estimaciones elaboradas por la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- OMS. (2010). *Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños*. Nueva York.
- OMS. (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE - 10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio*. Ginebra, Suiza: Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int>
- OMS. (14 de noviembre de 2014). *World Health Statistics 2014*. Obtenido de <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Intervenciones%20altamente%20efectivas.%20%20Mayo%2027,%202013%20FINAL.pdf>
- OMS/OPS. (noviembre de 2014). *La violencia contra la mujer guarda relación con los problemas de la salud reproductiva*. Recuperado el octubre de 2016, de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10229%3A2014-violence-against-women-is-linked-to-reproductive-health-problems&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10229%3A2014-violence-against-women-is-linked-to-reproductive-health-problems&Itemid=1926&lang=es)
- OPS. (1970). *Nutrición materna y planificación de la familia en las Américas*. Washington. D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (1996). *Salud Reproductiva: concepto e importancia*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Oxford University . (1989). *Dictionary of Epidemiology*. En O. U. Press (Ed.). Nueva York: Last JM Editor.
- Oyelese, Y., & Ananth, C. (Marzo de 2010). Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Causes. *Clinical Obstetric & Gynecology*, 53, 147-156.
- Panduro, G., Perez, J., Panduro, E., Castro, J., & Maria, V. (2011). Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. *Revista Chilena de obstetricia y ginecologia*, 76(3).

- Paredes, L. P., & Calle, M. A. (2011). Cómo influyen la talla materna y diversos factores en el peso del recién nacido. *BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN*, 51, 53 - 59.
- Pinker, S. (2000). *Como funciona la mente*. Barcelona: Destino.
- Pita, F., Vila, A., & Carpena, M. (1997). Determinación de factores de riesgo. 4, 75-78.
- Prendes, M., Jiménez, G., & González, R. (2001). Estado Nutricional Materno y Peso al Nacer. *Rev Cubana Med Int.*, 17(1), 35 - 42.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (vigésimotercera ed.). Madrid.
- Rinaudo, M. C. (2003). Motivación y uso de estrategias en estudiantes universitarios. En Rinaudo, *Motivated Strategies Learning Questionnaire* (págs. 107-119). Anales de Psicología.
- Rosell, J. E., Delgado, H. M., & Trufeno, C. N. (2006). Riesgo reproductivo preconcepcional. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 10(6).
- Saure, E., Gonzalo, D. A., Fescina, R. H., Simini, F., Giacomani, H., & Schwarcz, R. (1992). *Efoque de Riesgo. Manual de Autoinstrucción*. Montevideo, Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.
- Shachar, B. Z., & Lyell, D. J. (Septiembre de 2012). Interpregnancy Interval and Obstetrical Complications. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 67(9), 584 - 596.
- Slovek, P. (Abril de 1987). Perception of Risk. *Science*, 236, 280-289.
- SNTSS, IMSS. (Abril de 2012). Contrato colectivo de trabajo 2011 -2013. Distrito Federal, México: Talleres Graficos de México.
- Solbes. (2009). Dificultades de aprendizaje y cambio conceptual, procedimental y axiológico (II): nuevas perspectivas. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 190 -212.

- Soto, R. E., Avila, E. J., & Gutierrez, G. V. (Septiembre - Diciembre de 2010). Factores de riesgo asociados al bajo peso. *Archivos de Investigacion Materno infantil*, 2(3), 117-122.
- Timofeev, J., Reddy, U., Huang, C.-C., Driggers, R., Landy, H., & Laughon, S. (2013). Obstetric Complications, Neonatal Morbidity, and Indications for Cesarean Delivery by Maternal Age. *Obstet Gynecol.*, 1184 - 1195.
- UNFPA. (2014). *Protocolo de atencion preconcepcional*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas
- Velasco-Lavín, M. (2016). La desnutrición y la obesidad: dos problemas de salud que coexisten en México. *Revista Mexicana de Pediatría*, 83(1), 5-6.
- Villanueva, E. L., Contreras, G. A., Pichardo, C. M., & Rosales, L. J. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(9), 542- 548.
- Walsh, J., McGowan, C., & McAuliffe, F. (2012). Low glycaemic index diet in pregnancy to prevent macrosomia (ROLO study): randomised control trial. *BMJ*.
- Wang, Y., Tanbo, T., Abyholm, T., & Henriksen, T. (2011). The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 284(7), 31-37.

# ANEXOS.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL  
 DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

## VIGILANCIA PRENATAL RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTETRICO

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL												AGREGADO											
NOMBRE DEL PACIENTE																							
PATERNO								MATERNO								NOMBRE(S)							
CURP																							
UNIDAD DE ADSCRIPCION																							
No. CONSULTORIO												TURNO											

A N T E C E D E N T E S	1. EDAD (EN AÑOS)	_ _	7. GESTA	_ _	12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS	
	20 A 29	_0_	2 A 4	_0_	NINGUNO	_0_
	15 A 19	_1_	PRIMIGESTA	_1_	PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA	_4_
	30 A 34	_1_	MAS DE 4	_4_	POLIHIDRAMNIOS	_4_
	MENOS 15 ó MAS DE 34	_4_	8. PARA	_ _	SANGRADO 3er. TRIMESTRE	_4_
	2. PESO HABITUAL (KILOS)	_ _ _	9. ABORTOS	_ _	PARTO PRE - TERMINO	_4_
	50 ó MAS	_0_	0 A 1	_0_	BAJO PESO AL NACER MENOS DE 2,500 g	_4_
	MENOS DE 50	_1_	2	_2_	MALFORMACION CONGENITA	_4_
	3. TALLA (CENTIMETROS)	_ _ _	3 ó MAS	_4_	MUERTE FETAL TARDIA	_4_
	150 ó MAS	_0_	10. CESAREA No.  _ _		MACROSOMIA MAS DE 4,000 g	_4_
	MENOS DE 150	_1_	NO	_0_	CIRUGIA PELVICO UTERINA	_4_
	4. ESCOLARIDAD MATERNA		SI	_4_	OTROS _____	_ _
	SECUNDARIA ó MAS	_0_	11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL EMBARAZO ACTUAL	_ _ _	13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	
	PRIMARIA ó MENOS	_5_	25 A 60 MESES	_0_	NINGUNO	_0_
5. F.U.M.		MENOS DE 25 MESES	_5_	HIPERTENSION ARTERIAL	_4_	
_ _  DIA  _ _  MES  _ _  AÑO		MAS DE 60 MESES	_5_	DIABETES MELLITUS	_4_	
6. F.P.P.		EL ULTIMO EMBARAZO:		CARDIOPATIA	_4_	
_ _  DIA  _ _  MES  _ _  AÑO		¿FUE DE TERMINO?	_SI_   _NO_   _ABORTO_	OTRA ENFERMEDAD CRONICA V/O SISTEMICA GRAVE _____	_4_	
VIDA SEXUAL ACTIVA	_SI_   _NO_	¿EL PARTO FUE NORMAL?	_SI_   _NO_   _CESAREA_	TABAQUISMO:		
NUMERO DE HIJOS VIVOS	_ _	¿HUBO MORTALIDAD PERINATAL	_SI_   _NO_	NEGATIVO ó MENOS DE 10 CIGARROS	_0_	
		VALORACION RIESGO REPRODUCTIVO	_ _	10 ó MAS CIGARRILLOS	_1_	
		FECHA DE LA VALORACION	_ _ _	ALCOHOLISMO	_SI_   _NO_	
			_ _ _	OTRA TOXICOMANIA _____	_SI_   _NO_	
			_ _ _			

 <b>CONTROL DE LA MUJER EN EDAD FERTIL</b>																						
UNIDAD:			REGION:			NOMBRE DEL MEDICO:																
NUM.	NOMBRE, AGRESADO Y LOCALIDAD			FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL				RIESGO REPRODUCTIVO	METODO DE P.F. UTILIZADO						RAZON DE NO USO DE METODO DE P.F.					
						UNION LIBRE/ CASADA	SOLTERA	VIUDA	DIVORCIADA/ SEPARADA		HORMONAL ORAL	HORMONAL INYECTABLE	IMPLANTE SUBDERMICO	PARCHE ANTICONCEPTIVO	DIU	SIU	OTB	VASECTOMIA	SIN RELACIONES SEXUALES	EMBARAZO ACTUAL	DESEO DE EMBARAZO ANTES DE 12 MESES	TEMOR A COMPLICACIONES
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
TOTAL																						

SISPA-SS-28P

EDAD	ESTADO CIVIL				RIESGO REPRODUCTIVO	METODO DE P.F. UTILIZADO								RAZON DE NO USO DE METODO DE P.F.									
	UNION LIBRE/ CASADA	SOLTERA	VIUDA	DIVORCIADA/ SEPARADA		HORMONAL ORAL	HORMONAL INYECTABLE	IMPLANTE SUBDERMICO	PARCHE ANTICONCEPTIVO	DIU	SIU	OTB	VASECTOMIA	SIN RELACIONES SEXUALES	EMBARAZO ACTUAL	DESEO DE EMBARAZO ANTES DE 12 MESES	TEMOR A COMPLICACIONES	DIFICULTAD PARA SU OBTENCION	OPOSICION DE LA PAREJA				

---

**Entrevista Semi-estructurada.**

Podría decirnos cuál es su nombre y cuántos años tiene?

Considera que existe una edad ideal para tener hijos?Cuál sería el rango?

Dígame cree usted que el peso de una mujer puede influir en el embarazo?

Cuénteme, cree usted que la escuela influye en la idea de tener un hijo?

En su opinión el primer el primer embarazo es más difícil?

Cree usted que tener muchos hijos puede causarle alguna enfermedad?

Alguna de ustedes opina que es más difícil tener un hijo normal o por cesárea?

Creen que es conveniente embarazarse seguido o es mejor planear sus embarazos?

Dígame usted padeció alguna enfermedad o complicación en alguno de sus embarazos?

Opinan que una persona que está enferma de diabetes o presión alta debería embarazarse? Por qué?

---

**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**  
**Maestría en Salud Pública**  
**Área Académica de Medicina**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**NOMBRE DEL ESTUDIO:** “Riesgo reproductivo preconcepcional y la comprensión por informantes clave respecto a mortalidad materna”

**LUGAR Y FECHA:** comunidad de San Pedrito, Agua Blanca, Hgo. Del 20 de Agosto al 19 de Diciembre del año 2015.

**JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DE ESTUDIO:** Determinar el riesgo reproductivo preconcepcional y el significado-percepción del riesgo reproductivo preconcepcional, así como su relación con la identificación y clasificación de este por informantes clave respecto a mortalidad materna en mujeres de 15 a 49 años de la comunidad.

**PROCEDIMIENTO:** Se aplicara un cuestionario para investigar datos sobre antecedentes personales patológicos y no patológicos, así como antecedentes gineco-obstétricos. Se realizara grupos focales en los cuales se abordaran temas referentes al riesgo reproductivo preconcepcional.

**POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS:** Ningún tipo de riesgo para la salud del paciente

**INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:** Se informará de manera oportuna en caso necesario.

**PARTICIPACIÓN O RETIRO:** En caso de no aceptar su participación no habrá afectación sobre su atención médica.

**PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:** No se darán a conocer los datos personales del paciente.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DCSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma Profesor Investigador de Tiempo Completo en Área Académica de Medicina [ICSa-UAEH] [Director del proyecto] Ex-Hacienda la Concepción, carretera a Actopan-Pachuca Tilcuautla s/n Hidalgo México. Tel (771) 1327538 ext. 4311.

Colaboradores: Medico: Jimenez Oropeza Sandra Angelica Estudiante de la Maestría en Salud Pública [ICSa-UAEH] Instituto de Ciencias de la Salud- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. Teléfono 771711249725. Correo electrónico [orojim86@hotmail.com](mailto:orojim86@hotmail.com)

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Clave: