UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.2

"CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2"

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
Peña López Mario
Residente de Medici

ASESOR DE TESIS
Dra. Brenda Paullette Morales Hernández
Profesor Titular de Residencia de Medicina Familiar

CO-ASESORES
Enf. Juan Martín Morales Bedolla
Especialista en Nefrología

Número de registro ante el Comité: R-2023-1603-002.
Zacapu, Michoacán, México. Enero de 2025

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.2

"CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2"

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
Peña López Mario
Residente de Medicina Familiar

ASESOR DE TESIS
Dra. Brenda Paullette Morales Hernández
Profesor Titular de Residencia de Medicina Familiar

CO-ASESORES
Enf. Juan Martín Morales Bedolla
Especialista en Nefrología

Número de registro ante el Comité: **R-2023-1603-002**.
Zacapu, Michoacán, México. Enero 2025

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2

Dr. Edgar Josue Palomares Vallejo
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Gerardo Muñoz Cortés
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dr. Enrique Gutiérrez González
Director del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2

Dr. Carlos Sánchez Anguiano
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Brenda Paullette Morales Hernández

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez

Director de Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez"

Dra. Martha Eva Viveros Sandoval

Jefa del Departamento de Posgrado

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez"

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTO

En primera instancia al Instituto Mexicano del Seguro Social por cobijarme en el manto de la mujer en su escudo, y permitirme abrir las alas como su águila para emprender el vuelo en la nueva etapa como Médico Familiar.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por ser mi estandarte, la universidad que respalda mi título, y la casa eterna y cálida de toda mi formación.

A la Dra. Brenda Paullette Morales Hernández, especialista en Medicina Familiar y profesora titular de la Especialidad de Medicina Familiar en el HGZ/MF No. 2, por su confianza, consejos y apoyo brindado en todo el proceso para llevar a cabo este proyecto, asi como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Al Dr. Carlos Sánchez Anguiano, especialista en Medicina Familiar y CCEIS del HGZMF No.2, por la paciencia, el apoyo y los consejos.

Al Enf. Juan Martin Morales Bedolla por su apoyo en la interpretación y análisis de los resultados.

A la Dra. Itza Luna Armenta, jefe de hospital, por el apoyo brindado, por la inducción en medicina familiar y protocolo de estudio.

DEDICATORIA

A Dios quien ha sido mi guía, y ha sabido darme la fuerza necesaria para la realización de todos mis proyectos.

A mi madre Ada López por motivarme a seguir superándome, donde quiera que te encuentres fuiste lo más importante de mi vida, mi luz, mi fuerza, mi todo, gracias por todo lo que hiciste por mí, tu amor, tus consejos, todo que soy te lo debo a ti, siempre estarás presente en mi corazón y mis pensamientos, este logro te lo dedico especialmente a ti.

A mi padre Amalio Peña por brindarme los recursos necesarios y estar a mi lado apoyándome y aconsejándome siempre, gracias por guiarme a ser una mejor persona, con tu amor y tu trabajo me educaste y apoyaste en toda mi formación profesional, eres el mejor padre del mundo.

A mi esposa Brenda Elorza por todo tu apoyo incondicional, tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo en los momentos más turbulentos de mi vida. El camino de la residencia no fue fácil, pero siempre estuviste motivándome y ayudándome hasta donde tus alcances lo permitían. Sin ti esto no hubiera sido posible.

Te lo agradezco muchísimo, amor.

A mi Hijo Mario eres mi motivación más grande, eres lo más importante y lo más bonito que la vida me ha dado, gracias por motivarme a seguir adelante para cumplir mi sueño.

Así mismo a todos mis seres queridos que físicamente ya no están aquí Mi Abuela Juana, y mis abuelos Fausto y Florencio, pero que siempre me brindaron su amor, apoyo y que fueron parte importante de mi vida.

INDICE

I.RESUMEN……..1

II.ABSTRACT……...2

III.ABREVIATURAS……3

IV.GLOSARIO……...4

V.RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS……6

VI.INTRODUCCCIÓN……7

VII.MARCO TEÓRICO……8

VIII.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……20

IX.JUSTIFICACIÓN……...22

X.HIPÓTESIS……..24

XI.OBJETIVOS……...24

XII.MATERIAL Y MÉTODOS……...25

XIII.RESULTADOS……38

XIV.DISCUSIÓN……43

XV.CONCLUSIONES……47

XVI.RECOMENDACIONES……..48

XVII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……...50

XVIII.ANEXOS……..56

I. RESUMEN

"CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2"

Introducción: El embarazo en adolescentes normalmente no es planeado y es poco aceptado por la sociedad generando sentimientos negativos en las embarazadas como aislamiento y abandono, así como mal control prenatal por la vergüenza que sienten debido a la estigmatización social, provocando complicaciones en el binomio y a la salud mental.

Objetivo General: Identificar la caracterización sociodemográfica y el porcentaje de adolescentes embarazadas con estigmatización.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo, en adolescentes embarazadas del HGZ/MF No.2, de febrero a julio 2023, que aceptaron participar en el estudio. Se aplicó el test "Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada", con alfa de Cronbach de 0.890, el puntaje es proporcional al grado de estigmatización de la paciente. Se utilizó el programa estadístico SPSS v.23 para su análisis.

Resultados: Se encuestó 64 embarazadas adolescentes, en etapa tardía principalmente (18-21 años), primigestas, en unión libre, con estudios nivel preparatoria y religión católica. Presentaron una estigmatización alta 37.5%, seguido de la media y baja con 23.4% cada una. El estrato socioeconómico medio bajo fue el más frecuente 40.7%. Las infecciones de vías urinarias se presentaron en el 39.1% de las pacientes.

Conclusiones: El nivel de estigmatización en embarazadas adolescentes en el HGZ/MF No.2 es alto. De ahí la importancia de brindar un apoyo por todo el equipo multidisciplinario a toda gestante adolescente y enfatizar en la consejería de planificación familiar a toda adolescente desde la primera atención médica en el Sector Salud.

Palabras Clave: Embarazo, Adolescencia, Estereotipo.

II. ABSTRACT

"SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERIZATION AND STIGMATIZATION OF THE PREGNANT TEENAGER ATTACHED TO THE ZONE GENERAL HOSPITAL WITH FAMILY MEDICINE NO.2"

Introduction: Pregnancy in adolescents is normally not planned and is poorly accepted by society, generating negative feelings in pregnant women such as isolation and abandonment, as well as poor prenatal control due to the shame they feel due to social stigmatization, causing complications in the marriage and Mental health.

General Objective: Identify the sociodemographic characterization and the percentage of pregnant adolescents with stigmatization.

Material and Methods: Observational, cross-sectional, descriptive study in pregnant adolescents from HGZ/MF No.2, from February to July 2023, who agreed to participate in the study. The "Pregnant Adolescent Stigmatization Scale" test was applied, with Cronbach's alpha of 0.890, the score is proportional to the degree of stigmatization of the patient. The SPSS v.23 statistical program was used for analysis.

Results: 64 teenage pregnant women were surveyed, mainly in the late stage (18-21 years), primigravida, in a common-law union, with high school education and Catholic religion. They presented a high stigmatization of 37.5%, followed by medium and low stigmatization with 23.4% each. The lower middle socioeconomic stratum was the most frequent 40.7%. Urinary tract infections occurred in 39.1% of patients.

Conclusions: The level of stigmatization in pregnant adolescents in HGZ/MF No.2 is high. Hence the importance of providing support from the entire multidisciplinary team to all pregnant adolescents and emphasizing family planning counseling to all adolescents from the first medical attention in the Health Sector.

Keywords: Pregnancy, Adolescence, Stereotype.

III. ABREVIATURAS

- λ EEAA: Escala de Estigmatización de la Adolescente Embarazada.
- λ FUNDACREDES: Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población
- λ HGZ/MF: Hospital General de Zona con Medicina Familiar.
- λ IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- λ ITU: Infecciones de Trasmisión Sexual
- λ OMS: Organización Mundial de la Salud
- λ SAHM: Sociedad de Medicina y Salud Adolescente.
- λ SIMF: Sistema de Información de Medicina Familiar.
- λ SPSS: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.
- λ UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

IV. GLOSARIO

- **Adolescencia:** Periodo de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo
- **Análisis cualitativo:** Análisis de datos no numéricos, propio de la metodología cualitativa.
- **Análisis cuantitativo:** Análisis de datos numéricos, propio de la metodología cuantitativa.
- **Ansiedad:** sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones.
- **Depresión**: Trastorno emocional caracterizado por una tristeza profunda sin motivos objetivos y por la inhibición de todas las funciones psíquicas.
- **Embarazo:** período de 9 meses lunares en el que tiene lugar el desarrollo del embrión o feto hasta su formación completa y durante el cual tiene lugar la formación y el desarrollo de todos los órganos.
- **Estigmatización**: señalamiento negativo hacia una persona o grupo de personas con el fin de insultar, ofender, atacar o someter, justificado por el desprecio, prejuicios y estereotipos aprendidos.
- **Familia**: grupo de personas, vinculadas generalmente por lazos de parentesco, ya sean de sangre o políticos, e independientemente de su grado, que hace vida en común, ocupando normalmente la totalidad de una vivienda.
- **Ítem:** Elemento o pregunta que configura una prueba, cuestionario o entrevista.
- **Maternidad:** Estado de la mujer que consigue tener hijos, aunque se refiere también al tiempo del embarazo y al de después del parto Vínculo biológico, psicológico y espiritual de una madre con su hijo.
- **Parto**: la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

- **Relaciones Sexuales:** conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto sexo o del mismo, y que generalmente suele incluir uno o varios coitos. Su objetivo primario es la reproducción.
- **Salud:** Estado completo de bienestar, físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o daño.
- **Sentimiento:** Se refiere tanto a un estado de ánimo como también a una emoción conceptualizada que determina el estado de ánimo.
- **Sociedad:** Conjunto de personas, pueblos o naciones que conviven bajo normas comunes.

V. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

FIGURAS

- Figura 1. Grado de estigmatización en la embarazada adolescente……40

TABLAS

- Tabla I. Variables sociodemográficas por grupo…….…….38
- Tabla II. Variables sociodemográficas de las adolescentes embarazadas por grupo …….....39
- Tabla III. Estrato socioeconómico de las adolescentes embarazadas…….41
- Tabla IV. Complicaciones asociadas en base al grado de estigmatización……....42

VI. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que los adolescentes tienen como principal causa de muerte las complicaciones que se desarrollan en el embarazo y parto; y que los nacimientos en el mundo corresponden a este grupo poblacional en un 11 %, sobre todo en países de escasos recursos.

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno mundial con causas claramente conocidas y graves consecuencias sanitarias, sociales y económicas tanto para las personas afectadas como para sus familias y comunidades.

Las adolescentes embarazadas tienen que lidiar muchas veces con su escasa economía, frustración y el sentimiento de abandono de muchas de ellas por parte de sus familias y parejas que las han llevado a asumir el rol prácticamente solas. Se observa que una de las consecuencias es el impacto psicológico que tienen que enfrentar solas.

En consecuencia, surge el aislamiento por parte de la comunidad y/o familia, a ello se le denomina "estigmatización", lo cual cuenta como un factor de riesgo que amenaza a la dignidad de quienes lo vivencian, así como en una serie de determinantes sociales, que las colocan en una situación de mayor riesgo.

La estigmatización en nuestro país se observa más en el contexto sociocultural y se da cuando la sociedad empieza a juzgar la condición de la madre adolescente. Todos estos factores afectan a las adolescentes gestantes llegando a un punto donde se aíslan socialmente, se sienten inseguras y hasta llegan a la depresión, lo que puede causar problemas en la gestante o en el feto.

Por lo que el objetivo del presente estudio es conocer caracterización sociodemográfica y estigmatización de la adolescente embarazada adscrita al hospital general de zona con medicina familiar no.2 para implementar estrategias preventivas para disminuir el grado de estigmatización en esta población de estudio, e identificar en forma temprana aquellos casos que requieran de apoyo multidisciplinario y de segundo nivel para una referencia oportuna y atención integral, esperando alcanzar una salud mental óptima en quienes así lo requieran y con ello poder establecer estrategias preventivas según se amerite.

VII. MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN Y ETAPAS DE ADOLESCENCIA

El embarazo y el parto constituyeron hechos trascendentales en la vida de la mujer; son momentos de alta carga sentimental y emocional, que implican múltiples cambios biológicos en ella, los mismos representan un riesgo para el organismo materno y fetal.[1]

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto, en esta etapa se define la personalidad, se construye la independencia, se rompe con la seguridad de lo infantil, sin embargo, pese a estos cambios, es importante mencionar que el adolescente todavía necesita apoyo de la familia, la escuela y la sociedad.[2]

Con referencia a lo anterior la OMS define adolescencia como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, consolida los patrones psicológicos de la niñez y la adultez preparándolos para una independencia económica, este periodo se limita entre la edad de 10-19 años y constituye la importancia de la vida sexual y reproductiva.[3]

La OMS delimita la adolescencia cronológicamente en fases, según el rango de edad en que se encuentre el individuo, anteriormente la dividía de la siguiente manera:

- La pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- La adolescencia media, se extendía entre los 15 y 18 años. Esta la consideraban la más importante y trascendental de las adolescentes en nuestro medio, pues debemos tener en cuenta que es precisamente en estas edades que se produce, en la mayoría de nuestras adolescentes, el inicio de sus relaciones sexuales coitales. Son, por tanto, frecuentes motivos de consulta la búsqueda de orientación anticonceptiva, las infecciones genitales y las infecciones de transmisión sexual (ITS), la sospecha de embarazo y solicitud de interrupción de este, y muchos otros vinculados al inicio de la vida sexual.

- La adolescencia tardía era de los 19 a 24 años. Este grupo confronta un menor riesgo que los anteriores, aunque no por ello deja de ser importante. Presenta gran similitud en su comportamiento y morbilidad con la adulta jóven y tiene a su favor una más clara definición del proyecto de vida, así como la culminación del desarrollo biológico que facilita, entre otras cosas, la selección de los métodos anticonceptivos.[4]

Sin embargo, en la actualidad la OMS clasifica la adolescencia únicamente en dos fases:

- Adolescencia temprana de 12 a 14 años
- Adolescencia tardía de 15 a 19 años

Mientras que, según la UNICEF, la adolescencia es una etapa primordial en la vida del ser humano ya que, en ella, se adquiere la mayor cantidad de herramientas, destrezas y madurez necesaria para hacerse adultos, dependiendo de dichas circunstancias por lo tanto de que se convierta en un adulto proactivo y maduro hacia la sociedad o se desvíen hacia la delincuencia.

La UNICEF, y algunas asociaciones entre ellas la American Academy of Pediatrics y la Sociedad de Medicina y Salud Adolescente (SAHM) de Estados Unidos sitúan a la adolescencia entre los 10 y 21 años. Clasificándola en tres etapas:

- Adolescencia Inicial: La cual abarca de los 10 a los 14 años, iniciando las hormonas a estar presente e iniciar los cambios físicos como el cambio de voz, presencia de vello púbico y en axilas, olor corporal, aumento de sudoración, acné y se apegan más a los amigos.
- Adolescencia media: Corresponde entre los 15 a los 17 años. Se comienzan a evidencia cambios a nivel psicológico y a la construcción de la identidad. Inician la independencia por lo que pueden caer fácilmente en situaciones de riesgo.
- Adolescencia tardía: Abarca de los 18 a los 21 años. Se sienten más cómodos con su cuerpo, buscan la aceptación para poder definir su identidad. Se preocupan más

por el futuro y sus decisiones, comienzan a elegir relaciones individuales y grupos más pequeños.[5,6]

Se calcula que alrededor de 1.000.000 adolescentes menores de quince años dan a luz de forma anual en el mundo y alrededor de 16.000.000 adolescentes entre 15 y 19 años sus embarazos no son deseados y menos llevan un control de seguimiento de los mismos.[3]

Según se ha visto el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública mundial que altera la salud física, emocional, la condición educativa y económica de los futuros padres; Asimismo, frecuentemente se afecta también al producto de la gestación.

El embarazo en adolescentes habitualmente no es un evento planeado o deseado y, frecuentemente, difícil de aceptar por la pareja, aunque quizá sea más marcado en la futura madre, quien bruscamente se puede encontrar sin protección. Ello se agrava cuando su condición económica no le permite atender sus propias necesidades y las de su hijo.

Para hacer frente a este problema es necesario desarrollar estrategias preventivas orientadas al riesgo de embarazo temprano o la adquisición de enfermedades por transmisión sexual, mediante la implementación de programas educativos de alcance personal, familiar o escolar para este grupo etario.[7]

Muchos países han adoptado la causa de prevenir el embarazo en adolescentes, en general, mediante medidas orientadas a modificar el comportamiento de las niñas. En esas intervenciones está implícita la creencia de que la niña es responsable de prevenir el embarazo y la presunción de que, si queda embarazada, es ella la que está en falta.

Con referencia a lo anterior el embarazo en adolescentes está entrelazado con problemas de derechos humanos. A una niña, adolescente o joven embarazada y presionada o forzada a dejar la escuela, por ejemplo, se le niega su derecho a la educación. A una niña, adolescente o joven a quien se le prohíbe acceder a métodos anticonceptivos o incluso a información sobre la prevención de embarazos se le niega su derecho a la salud.[4]

En ese mismo sentido, cabe resaltar que en ciertos sectores sociales existe una menor valorización de la educación escolarizada en las mujeres porque se considera que la principal

función social de éstas es la maternidad y el cuidado del hogar. Lo anterior hace suponer la dificultad que conlleva disminuir el embarazo adolescente en contextos particulares, generando altos índices de embarazos en adolescentes al tener pocas aspiraciones a futuro relacionadas con la educación lo que en algunas poblaciones lo ven como algo común por ser el concepto que tienen de la función de la mujer la cual es procrear y atender el hogar, sin embargo en comunidades o ciudades más globalizadas la familia da un giro y deja de ser una familia tradicional y convertirse en una moderna, en la que el rol de la mujer es aportar económicamente de igual forma o incluso mantener los hogares por lo que son en dichas poblaciones principalmente vistos los embarazos adolescentes como algo poco aceptable generando un sentimiento de estigmatización en las mujeres adolescentes embarazadas.[8]

El embarazo y el parto son unas de las principales causas de muerte de adolescentes en países en desarrollo. En el mundo alrededor de 20 000 adolescentes dan a luz todos los días; en torno a 70 000 muertes en adolescentes por complicaciones del embarazo y del parto son registradas todos los años y se estima que ocurren 3,2 millones de abortos inseguros entre adolescentes cada año.

Son múltiples las organizaciones internacionales, instituciones públicas y privadas, preocupadas por la prevención y la educación, en torno al embarazo en la adolescencia.[9]

Resulta oportuno decir que el embarazo en la adolescencia es más frecuente en edad de 15 a 19 años, por lo que la OMS lo considera un problema de Salud Pública. Según la OMS para el 2020 la población adolescente de 12 a 19 años estará sobre los 1,200 millones de habitantes del mundo, pero especialmente en América Latina llegará a ser superior a los 180 millones de habitantes.[3,8]

En México la tasa de nacimientos entre adolescentes continúa siendo una de las más altas de la región y del mundo, con 77 nacimientos por cada mil mujeres entre 15-19 años. Se estima que en 2.7 millones de los hogares habita una mujer joven embarazada y el 7.1 % ya abandonó sus estudios (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015).

Calcularon que el 31.2% de las adolescentes de 15-19 años ha iniciado su vida sexual y más de la mitad (56%) de ellas han estado embarazadas y que estas cifras sitúan a México en el primer lugar mundial de embarazo en adolescentes.[10]

Las mujeres que quedan embarazadas antes de los 18 años con frecuencia no pueden ejercer sus derechos a la educación, la salud, y a un nivel de vida adecuado pierden su niñez y deben asumir responsabilidades de adultos, aunado a esto, el riesgo de morir por causas relacionadas a su embarazo y más si quedan embarazadas antes de los 15 años de edad.

El concepto de salud integral del adolescente abarca su condición biopsicosocial, de género, enmarcada en el período del ciclo vital y familiar por el que transita y con satisfacción de sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar social; es necesario que la sociedad asegure sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar; debido a que los índices de mortalidad de los adolescentes y jóvenes son bajos.

Tradicionalmente sus problemas de salud habían sido ignorados o atendidos insuficientemente. Es de suma importancia un enfoque clínico-epidemiológico y social en los programas y servicios de salud para adolescentes.

Al referirnos a la sexualidad investigadores expresan que es una parte integral de la personalidad, está presente durante toda la vida del ser humano desde el nacimiento hasta la muerte y la manera de manifestarla y vivirla es diferente en cada persona, así como su forma de expresión varían según cada época de la vida.[11]

Los adolescentes tienen sexo sin métodos anticonceptivos debido a que en la actualidad se desarrollan en una cultura en la que los amigos, la televisión, y las revistas transmiten mensajes sutiles de que las relaciones sin matrimonio son comunes y aceptadas, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica sobre las consecuencias. La mayor parte de la “educación sexual” que reciben es a través de sus compañeros.

Las secuelas psico-sociales se reflejan en los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar muy costosa por tratarse de niveles de educación

secundaria, preparatoria y en algunos casos universitaria. Las adolescentes no están preparadas para la maternidad y experimentan varios factores psicológicos.[12]

Entre los factores psicológicos que afectan la maternidad secundario a un sentimiento de estigmatización en la adolescencia se encuentran: autoestima disminuida, inseguridad, temor al rechazo, bajas aspiraciones en la vida, déficit de control de emociones, depresión, ansiedad, resentimiento, sentimientos de fracaso, negación, mala relación con los padres y carencia de creencias religiosas, es por ello que un apoyo integral y psicológico es de suma importancia en este grupo de pacientes embarazadas ya que sin duda alguna afectan el control del embarazo al acudir en menor frecuencia al médico por pena a lo que dirán los demás cuando se enteren que estén embarazadas, generando por ende mayor probabilidad de padecer de alguna complicación durante el mismo y no tratarlo en forma oportuna para disminuir la morbimortalidad en las adolescentes embarazadas.[13]

Las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, así como el ejercicio de la sexualidad influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes a una fecundidad temprana. En los adolescentes varones con hijos, la situación es diferente: muchos jóvenes siguen pensando que es obligación de la mujer emplear métodos anticonceptivos, otros en un aparente y limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto o simplemente la abandonan.

Se espera así que la adolescente embarazada sienta vergüenza y arrepentimiento, ya que el embarazo es la prueba de haber tenido relaciones sexuales y significa perder el honor y el respeto que se debe al padre, a la familia y a la comunidad (estigma y redención).[12,14]

En este propósito, la estigmatización se entiende que responde a la presencia de algún atributo que, en un contexto sociocultural determinado, se condice con un rasgo que devalúa y/o desacredita la condición de la persona.[15]

Los procesos de estigmatización se manifiestan como actitudes hostiles hacia una persona que pertenece a un determinado grupo solo por el simple hecho de pertenecer a él y en función de cualidades negativas que se atribuyen a ese grupo de personas.

Estas actitudes se construyen alrededor de representaciones sociales, es decir, de una serie de creencias y conocimientos prácticos que son socialmente construidos e intersubjetivamente compartidos. Frente al miedo a ser juzgadas, estigmatizadas y rechazadas las mujeres, interiorizan la visión negativa que de ellas tiene la sociedad y, consecuentemente, su autoestima tiende a ser más baja.[16]

Como ya se ha declarado el embarazo en niñas y adolescentes, es un problema que afecta prácticamente todo el mundo, también ocasiona más de 70 000 muertes por complicaciones asociadas al embarazo y al parto, además de que se estima que ocurren al menos 3.2 millones de abortos no seguros.

Tan solo en México, en 2017 se registraron más de 2.2 millones de nacimientos; 17.5% ocurrió en mujeres de entre 10 y 19 años, es decir, un poco más de 390 000, de los cuales 9748 fueron productos de la concepción en niñas de entre 10 y 14 años.[12]

El embarazo no planificado independiente de la edad cambia la ruta de vida de los padres, bien porque el embarazo se acepta y en consecuencia se tiene el bebé, o bien porque se interrumpe y se vive la experiencia traumática o no de la pérdida.[17]

La OMS desde el año 2003, emitió la celebración del "Día Mundial de Prevención del Embarazo no planificado en adolescentes" cada 26 de septiembre desde el año 2003; con el objetivo de crear conciencia para que conozcan alternativas anticonceptivas y tomen decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

En México el programa de acción "Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes", promueve acciones de información, educación y comunicación para sensibilizar sobre prevención, adopción de conductas saludables y difunde los beneficios de ejercer responsablemente los derechos sexuales.[4]

Después de lo anterior expuesto, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto diversas estrategias para enfrentar el problema, las cuales incluyen la limitación del matrimonio antes de los 18 años, el incremento de la oferta de métodos de planificación familiar, la reducción del aborto inseguro y el aumento de la atención calificada antes durante y después del parto.

En México, en enero de 2015 se lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, cuyo objetivo principal es reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos, y alcanzar para 2030 dos metas medibles: disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en 50% la tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años.[10]

En la adolescencia son frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo al no tener una adecuada información sobre los métodos anticonceptivos y actuarán basados en las opiniones y conceptos que pueden estar plagados de mitos y criterios erróneos en la mayoría de las ocasiones. También es posible que no utilicen de forma sistemática y correcta los métodos anticonceptivos, las relaciones sexuales no son planificadas y esporádicas, y es probable que no se protejan.[18]

Con referencia a lo anterior, los hallazgos relacionados con los sentimientos como la cohibición para preguntar que sienten las adolescentes al momento de despejar sus dudas sobre los métodos anticonceptivos establecen que la edad de las adolescentes se vuelve una barrera de críticas y cuestionamientos que puede detener la búsqueda de los mismos por el miedo a ser estigmatizado.[19]

El embarazarse trae consigo consecuencias, el primer problema es el que ellas saben que están embarazadas y no acuden a revisión médica ya que no avisan hasta los 4 o 5 meses, las chicas menores de 15 años corren riesgo de producir preeclampsia, eclampsia, bajo peso del producto, muerte materna, algunas optan por el aborto, carga de culpabilidad, Riesgos tanto biológicos, psíquicos y sociales, Hemorragias, Infecciones, Reacción depresiva que las puede llevar al suicidio.[3]

Ante este panorama, es necesario precisar que, al presentarse un embarazo, se inicia una serie de condiciones de vulnerabilidad que afectan la salud, educación y proyecto de vida de la adolescente, asociadas a la falta de preparación para esta nueva responsabilidad

Por lo que viven las condiciones de la maternidad no planeada, lo cual es representado por ser frecuentemente estigmatizadas, sufrir discriminación de género, desaprobación y

rechazo familiar, además de la indiferencia de la sociedad; lo cual desencadena en ellas una serie de frustraciones sociales y personales.[19]

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando en las adolescentes, el mayor riesgo observado no parece relacionarse a las condiciones fisiológicas, sino más bien a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione.

Debido a que en los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces, creímos importante realizar una investigación del tema en nuestra región enfocada a aclarar el concepto de embarazo adolescente y su epidemiologia actual, así como identificar los factores de riesgo y consecuencias del problema.[20]

Sobre la base de las consideraciones anteriores, existe evidencia de que el embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia.

Sin embargo, una parte importante de esta asociación se debe al origen étnico de la adolescente, del nivel socioeconómico del que proviene, del contexto familiar en el que creció y de los obstáculos que la sociedad interpone en su camino para un crecimiento y desarrollo adecuados.[21]

Por otro lado, se identificó la situación sentimental de los padres como un factor de riesgo, es decir, el hecho de que los padres se encuentren separados o divorciados se asocia al embarazo adolescente.[22]

En los hogares con historial de separación o divorcio, es más común que sea la madre quien se encargue de los hijos, lo que podría resultar negativo si existe un distanciamiento total del padre, dado que la ausencia de la figura paterna se ha identificado en la mayor parte de casos de gestantes adolescentes.[23]

Otros estudios señalan que la estructura familiar alterada, especialmente por la ausencia o la relación distante con la figura paterna, está relacionada a una iniciación de la

vida sexual a edad precoz, en comparación con los hogares donde ambos padres están presentes.[24]

La experiencia de diferentes países ha manifestado que la prevención efectiva de las conductas de riesgo sexual en adolescentes es la consecuencia de acciones intersectoriales en las que los medios de comunicación, la educación, la comunidad y la atención sanitaria tienen un papel supremo; involucra , a todos los grupos y contextos en contacto con este grupo etario: familia, grupos iguales, entorno escolar, medios de comunicación, profesionales de la salud, políticos, grupos religiosos.

Ante la situación planteada existen numerosas estrategias de prevención primaria, como el marketing social para la promoción de la salud sexual en la adolescencia, las actividades grupales de educación y desarrollo de habilidades desde el ámbito escolar y comunitario, el asesoramiento individualizado desde de los servicios de salud o la mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y de protección.

Por las consideraciones anteriores se exponen múltiples manifestaciones de que el embarazo en la adolescencia se comporta como un problema de salud, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud como la educación sexual y sanitaria, que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo, lo que avalará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para la descendencia y un efecto satisfactorio en el futro de la sociedad.[11]

El manejo de un embarazo en la adolescencia no puede considerarse exitoso si la paciente está deprimida, sin esperanzas, o tiene temores constantes de tener una recaída o complicación, o si está siempre de mal humor o irritable con la familia y con los que los rodean.

El estado de salud emocional forma parte de la calidad de vida de una gestante y hacia ello debe dirigirse el trabajo de los profesionales encargados de atender a las adolescentes embarazadas. Un programa integral de atención materno infantil debe tener en cuenta todos estos factores, incluyendo, por supuesto, los programas educativos.[25]

Hechas las consideraciones anteriores, el embarazo adolescente es un problema de salud pública por sus consecuencias sociales, de salud y nutrición para el binomio madre-hijo. La instrumentación de adecuadas medidas de prevención y control garantizarán el éxito en la reducción de los indicadores que involucran al embarazo, el parto y el puerperio.[26,27]

ESCALA DE LA ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA (EEAE)

Hasta el momento es la única escala que ayuda para estudiar si existe estigmatización en las pacientes embarazadas adolescentes, dicha escala fue creada en el año 2015 por Mori-Quispe E, Contreras-Pulache H, Hinostroza Camposano WD, Lam-Figueroa N, Huapaya-Huertas O, Chacon Torrico, con el objetivo de evaluar psicométricamente un instrumento destinado a cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada. Se realizó en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima Perú.

Dicha escala consta de 7 ítems, los cuáles evalúan el entorno de la familia y el entorno social. Se responde con una escala tipo Likert donde 0 = nunca, 1= a veces. 2= la mayoría de las veces. 3= siempre, para calificar el cuestionario se suma todo el puntaje total de los ítems y se califica de la siguiente forma: 0 puntos es igual a que no tiene estigmatización, 1-2 puntos es una estigmatización baja, 3,4 y 5 puntos es estigmatización media y 6 -7 puntos es una estigmatización alta,[27] es decir que a mayor puntaje obtenga en la encuesta la paciente significa que mayor grado de estigmatización presenta.

Dicha escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0.780.

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es preocupante y generador de graves consecuencias en la salud individual, familiar y colectiva. Quince millones de adolescentes aproximadamente en el mundo, dan a luz cada año. El aborto es la opción preferida y utilizada en los embarazos no deseados lo que pone en riesgo la vida de ellas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la principal causa de muerte en las adolescentes son las complicaciones durante el embarazo y parto, correspondiendo a un 11% el total de nacimientos en el mundo en este rango de edad.

Debido a que el embarazo adolescente se ha vuelto algo muy frecuente en el estado de Michoacán, se ha visto que la mayoría de los embarazos corresponden a madres solteras, de 15 a 24 años, con baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico, lo que genera que tengan un pobre control prenatal al sentirse señaladas por la poca aceptación ante la sociedad por su embarazo a una corta edad, haciéndolas sentir abandonadas o incluso sin el apoyo de sus familiares y pareja, aunado al problema económico que tienen, ya que frecuentemente se encuentran en etapa escolar y sin laborar al enterarse sobre su embarazo por no ser planeados, generando por ende un mal control prenatal al no acudir en forma rutinaria como está establecido a sus citas médicas por el temor y la pena a sentirse evidenciadas o señaladas ante la sociedad, lo que incrementa el riesgo de complicaciones al binomio durante el embarazo o el puerperio, llegando en algunos casos a tener un desenlace fatal.

Estudios realizados en Perú han demostrado que las embarazadas adolescentes presentan alto grado de estrés y sobrecarga emocional, posiblemente en relación a la inmadurez tanto física como mental que tienen en estos rangos de edad, estimando que el 42% de ellas han llegado a sentir cierto grado de estigmatización por parte de su familia como del personal de salud y la sociedad en lugares públicos al sentir miradas intimidantes. Sin embargo, en México y sobre todo en nuestro estado existe poca literatura que hable al respecto

Es por ello que nos dimos a la tarea de realizar el presente estudio de investigación con el objetivo de identificar si presentan estigmatización las adolescentes embarazadas de nuestra unidad y conocer la caracterización sociodemográfica que tienen, de esta forma podremos

implementar estrategias preventivas para disminuir el grado de estigmatización en esta población de estudio, e identificar en forma temprana aquellos casos que requieran de apoyo multidisciplinario y de segundo nivel para una referencia oportuna y atención integral, esperando alcanzar una salud mental óptima en quienes así lo requieran; por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de estigmatización de las adolescentes embarazadas adscritas al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 y cuál es su caracterización sociodemográfica?

IX. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido a las repercusiones biopsicosociales que tiene en la salud de la madre y del hijo(a) que conlleva frecuentemente a estigmatización en ellas. Esta misma estigmatización ocasiona que muchas veces las adolescentes embarazadas tengan un mal control prenatal, que incremente las complicaciones en el binomio, así como en el parto, las cuales son la principal causa de muerte de las adolescentes a nivel mundial. La falta de orientación y educación en salud pueden ser un factor determinante.

Aunado a ello, es frecuente que no cuentan con los recursos económicos para acudir a sus consultas, tienen sentimiento de abandono familiar o de su pareja; el aislamiento y la discriminación que llegan a percibir por parte de la sociedad hacen que el cursar con un embarazo sea aún más difícil, de tal manera que prefieren quedarse en casa antes de poder salir o ir a atenderse a un centro hospitalario.

En México, del total de nacimientos registrados en 2012, 19.2% corresponde a mujeres adolescentes. La construcción social de género, la falta de educación sexual integral, el poco acceso a métodos anticonceptivos y las pocas oportunidades económicas contribuyen a la explicación de este fenómeno. En el HGZMF No.2 del total de las consultas por embarazo, el 20% corresponde a adolescentes de 12 a 19 años de edad. La maternidad en las adolescentes significa riesgos para la salud del binomio, tanto física como mentalmente, pues la mayoría son embarazos no planeados ni deseados.

Por lo tanto con el presente estudio se pretende proporcionar información a la comunidad y al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a manera de diagnóstico sobre el grado de estigmatización y caracterización sociodemográfica que presentan las adolescentes embarazadas en sus diferentes etapas (temprana, media y tardía) según la clasificación de la SAHM, con fines de prevención ante la aparición de alteraciones durante alguna de estas etapas, y a modo de poder realizar oportunamente un diagnóstico temprano

de comorbilidades en el binomio desde el primer nivel de atención y de manera multidisciplinaria, esperando con ello, alcanzar una salud física y mental, óptima en cada una de ellas.

En el HGZMF NO.2 se cuenta con un área de consulta externa de medicina familiar en donde se lleva el control prenatal de adolescentes embarazadas en dos días específicos de la semana, por lo que se cuenta con la infraestructura necesaria y el recurso humano para realizar el presente estudio de febrero a julio 2023.

X. HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación (Hi)

Más del 80% de las embarazadas adolescentes del HGZ/MF NO.2 presentan estigmatización social, siendo en su mayoría solteras, estudiantes y con nivel socioeconómico bajo.

XI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el porcentaje de pacientes adolescentes embarazadas con algún grado de estigmatización y la caracterización sociodemográfica de ellas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas con estigmatización.
- Determinar el porcentaje de pacientes adolescentes embarazadas adscritas al HGZ/MF No.2 que presentan estigmatización del total de pacientes embarazadas en nuestra unidad.
- Conocer la asociación entre el estrato socioeconómico de las adolescentes embarazadas con estigmatización.
- Identificar las principales complicaciones durante el embarazo de las adolescentes con estigmatización.

XII. MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

- Control de asignación a los factores de estudio: Observacional.
- Secuencia y/o temporalidad: Transversal, definiéndose como una medición que será única.
- Método de observación: Descriptivo.
- Cronología de la recolección de datos: Prospectivo

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes embarazadas en etapa temprana (10-14 años), media (15-17 años) o tardía (18-21 años) de la adolescencia según la clasificación de la SAHM, que acepten participar en el estudio, sean derechohabientes y adscritas al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, realizado en las salas de espera de la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar de febrero a julio 2023.

ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se recabo una muestra de 64 pacientes, calculada por fórmula para población finita.

Tipo de muestra: Finita

Tamaño de muestra (n): 77 pacientes embarazadas adolescentes adscritas al HGZ/MF No.2

Margen de error máximo admitido(e): 5%

Nivel de confianza (z): 95%

CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA

Parámetro

N= Total de la población = 77 pacientes embarazadas adolescentes adscritas al HGZMF No.2

Z= Seguridad de 95% al ser un estudio de dos colas (1.960)

P= Proporción esperada (En este caso de 50,00% = 0.50)

q = 1 – p (En este caso 1 – 0.50 = 0.50)

e = Error de estimación máximo esperado (5,00% = 0.05)

Tipo de muestreo: Al azar.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^{2} * p * q}{e^{2} * (N-1) + Z_{\alpha}^{2} * p * q}$$

n= $\frac{(77)\ (1.96)^2\ (0.50)\ (0.50)}{(0.05)^2\ (75\text{-}1) + (1.96)^2\ (0.50)\ (0.50)} = \frac{73.95}{1.1454}$ = **64 participantes**

“n”: 64 participantes a encuestar

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes adolescentes embarazadas en etapa temprana (10-14 años), media (15-17 años) o tardía (18-21 años) de la adolescencia según la clasificación de la SAHM.
- Pacientes derechohabientes al IMSS y adscritas al HGZ/MF No.2
- Pacientes que firmen el consentimiento informado para la aplicación del instrumento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes adolescentes embarazadas bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico
- Pacientes con algún trastorno físico o mental que dificulte el interrogatorio

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes adolescentes embarazadas que no deseen continuar con el estudio.
- Pacientes adolescentes embarazadas con cuestionarios incompletos

VARIABLES DE ESTUDIO:

Variable dependiente:

Estigmatización de la adolescente embarazada

Variables independientes:

Etapas de la adolescencia, edad, ocupación, estrato socioeconómico, estado civil, complicaciones del embarazo, número de citas médicas de control prenatal, número de gesta, nivel académico y religión.

CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida
Estigmatización de la adolescente embarazada	Señal o huella, mala fama o deshonra a una mujer embarazada adolescente.	Se medirá si tiene estigmatización o no con la Escala de Estigmatización de la Adolescente Embarazada (EEAE), la cual consta de 7 ítems y se responde con escala tipo Likert, se califica de la siguiente forma: 1.-Sin estigmatización: 0 puntos 2.-Baja: 1-2 puntos 3.-Media: 3-5 puntos 4.-Alta: 6-7 puntos	Cualitativa ordinal	1.-Sin estigmatización 2.- Baja 3.- Media 4 - Alta
Variable dependiente	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Tipo de variable**	**Unidad de medida**
Etapas de adolescencia	Clasificación de la adolescencia en fases en base al número de años cumplidos desde su nacimiento de una	Se obtiene del interrogatorio del paciente y se clasifica según la SAHM en el número de	Cualitativa ordinal	Temprana Media Tardía

	mujer, dividiéndose por rangos de edad.	años cumplidos desde su nacimiento de la siguiente forma en tres fases: Temprana: 10-14 años. Media: 15-17 años. Tardía: 18-21 años		
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Años cumplidos. Lo refiere la paciente en el interrogatorio.	Cuantitativa numérica Continua	Años cumplidos de la paciente.
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	El estado civil que refiere la paciente en el interrogatorio. 1.Soltera 2.Casada 3.Unión libre 4.Divorciada 5.Separada 6.Viuda	Cualitativa nominal	1.Soltera 2.Casada 3.Unión libre 4.Divorciada 5.Separada 6.Viuda
Ocupación	Aquella actividad con sentido en la que la	La ocupación que refiere la paciente que tiene en el	Cualitativa nominal	a) Estudiante b) Empleada c) Estudia y trabaja d) Ama de casa

	persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura	interrogatorio. a) Estudiante b) Empleada c) Estudia y trabaja d) Ama de casa		
Estrato socioeconómico	Clasificación de los hogares, éstos se construyen a partir de una suma ponderada de características socioeconómicas de cada ocupación, esencialmente las referentes a educación e ingresos.	Se clasifica de acuerdo al Método Graffar-Méndez Castellanos, el cual consta de 4 ítems, que se califica en escala tipo Likert, se califica de la siguiente forma: 1. Alto: 4-6 pts 2. Medio alto: 7-9 pts 3. Medio bajo: 10-12 pts 4. Obrero: 13-16 pts 5.Marginal 17-20pts.	Cualitativo ordinal	1.Alto 2. Medio alto 3. Medio bajo 4. Obrero 5. Marginal
Complicaciones del embarazo	Son problemas de salud que se dan durante el período de gestación.	Se determina según lo registrado en la plataforma del SIMF del expediente	Cualitativa nominal	1.Diabetes gestacional 2.Preeclampsia/Eclampsia 3.Infecciones urinarias 4. Cervicovaginitis

	Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas.	electrónico de la paciente, de acuerdo al conjunto de atenciones médicas que se brinda a la gestante que presenta patologías durante el embarazo, parto y puerperio, como: hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia -eclampsia), infecciones, aborto, depresión, ansiedad, entre otras complicaciones.		5.Depresion y ansiedad 6.Aborto 7.Hemorragias 8.Otras complicaciones
Número de citas médicas de control prenatal	Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a	Número de citas médicas registradas en la plataforma de SIMF del expediente electrónico de la paciente, durante el embarazo.	Cuantitativa numérica discontinua	Número de consultas médicas a las que acude la paciente durante su embarazo

Número de gesta	Es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado.	Se obtienen los datos de lo que refiere la paciente en el interrogatorio, se clasifica de la siguiente forma: 1. Primigesta: un embarazo 2. Secundigesta: 2 embarazos Multigesta: 3 o más embarazos	Cuantitativa numérica discontinua	1. Primigesta 2. Secundigesta multigesta
Nivel académico.	Es el grado más elevado de estudios que tiene una persona	Se obtienen los datos de lo que refiere la paciente en el interrogatorio.	Cualitativa ordinal	Sin estudios. Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Licenciatura 3.
Religión	Conjunto de creencias religiosas de normas de comportamientos y ceremonias de oración que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Se obtienen los datos de lo que refiere la paciente en el interrogatorio.	Cualitativa nominal	Católica Cristiana Testigo de jehová 4. Otra ¿Cuál?

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

Previa aprobación del Comité Local de Investigación y de Ética en Investigación en Salud del IMSS y del Director del HGZ/MF No. 2 de Zacapu, Michoacán (Anexo 3), firma del consentimiento informado (Anexo 4) y carta de asentimiento informado (Anexo 5), se llevó a cabo el presente estudio en el área de consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF No.2, en el periodo de Febrero a Julio del 2023; Se eligieron 64 adolescentes embarazadas en etapa temprana (10 a 14 años), media (15-17 años) o tardía (18 - 21 años) según la clasificación de SAHM y la American Academy of Pediatrics,[5,6] que cumplan con los criterios de inclusión. A quienes se les aplicó la Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada (EEAE), la cual tiene una adecuada confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.890, creada y validada por Elizabeth Mori-Quispe y col. (Anexo 6). Dicha escala consta de 7 ítems, con respuestas en escala tipo Likert donde 0 = nunca, 1= a veces. 2= la mayoría de las veces. 3= siempre. Para calificar el cuestionario se sumó todo el puntaje total de los ítems y se calificó de la siguiente forma: 0 puntos es igual a que no tiene estigmatización, 1 a 2 puntos es una estigmatización baja, 3 a 5 puntos una estigmatización media y 6 a 7 puntos una estigmatización alta,[27] es decir que a mayor puntaje obtenido en la encuesta la paciente significa que mayor grado de estigmatización presentó.

Así mismo se llenó una hoja de recolección de datos, donde se recabo el nombre, así como variables sociodemográficas (Anexo 7) para conocer datos como la edad y en base a ello poder clasificar la etapa de la adolescencia en que se encuentra la participante según la clasificación de la SAHM, así mismo para conocer la ocupación, estado civil de la paciente, número de gesta, nivel académico, religión y con ello poder ingresar a la plataforma del SIMF (Expediente electrónico), para consultar las complicaciones por las que ha cursado la gestante durante su embarazo y el número de citas médicas a las que acudió de control prenatal.

Por último, se aplicó el Cuestionario de Graffar-Méndez Castellano (Anexo 8) con alfa de cronbach de 0.846, fue creado por el profesor Marcel Grafa de Bélgica, el cual permite la estratificación social, partiéndose de un método compuesto de variables cualitativas y cuantitativas. En Venezuela a partir de (1959) el Dr. Hernán Méndez Castellano, decidió

aplicar el método de estratificación social del Prof. Gafa de Bélgica, el cual sería posteriormente adoptado por FUNDACREDES; con algunas modificaciones introducidas por el Dr. Méndez, clasificándolo este en cuatro variables: Graffar-Méndez Castellano (1994), consideró las variables: profesión del jefe o jefa de la familia; nivel de instrucción de la madre; principal fuente de ingreso de la familia y tipo de vivienda. A cada una de estas variables, se le asignó una puntuación, de acuerdo con las diferentes alternativas de respuesta o indicadores y, luego se sumaron esos puntos para ubicar a la familia en un estrato, según una escala que varía entre 4 y 20 puntos, se consideró estrato alto 4-6 puntos, estrato medio alto 7-9 puntos, estrato medio bajo 10-12 puntos, estrato obrero 13-16 puntos y estrato marginal 17-20 puntos con una duración aproximada total para la contestación de los Test de 15 minutos.

Todos los datos se recabaron en una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 23 para su análisis.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva. Los datos numéricos continuos se expresaron en promedio ± desviación estándar. Los datos categóricos se reportaron en frecuencias y porcentajes (%). Se realizó estadística descriptiva. Se realizó X2 para determinar la asociación entre las variables categóricas.

Se estableció diferencia estadística significativa con p valor < 0.05.

Los datos se analizaron en el programa computacional SPSS versión 23.0 para Windows.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Los procedimientos propuestos se basan de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la Declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los Códigos y Normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respeta cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasificó en la siguiente categoría:

Categoría II. Investigación con riesgo mínimo: ya que se realizarán procedimientos comunes como realización de preguntas dirigidas a personas con aceptable estado de salud en una sola ocasión durante el estudio.

Así mismos se respalda bajo los lineamientos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, **capitulo 3** "De la investigación

en Menores de Edad o Incapaces", artículo 34.- Además de las disposiciones generales de ética que deben cumplirse en toda investigación en seres humanos, aquélla que se realice en menores o incapaces deberá satisfacer lo que se establece en este capítulo, excepto cuando se trate de mayores de 16 años emancipados. Articulo 36.- Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá, en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate. Artículo 38.- Las investigaciones clasificadas como de riesgo y con probabilidad de beneficio directo para el menor o el incapaz, serán admisibles cuando: I.- El riesgo se justifique por la importancia del beneficio que recibirá el menor o el incapaz, y II.- El beneficio sea igual o mayor a otras alternativas ya establecidas para su diagnóstico y tratamiento.

XIII. RESULTADOS

Se analizó un total de 64 embarazadas adolescentes adscritas al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 Zacapu, Michoacán (HGZ/MF No.2), principalmente en etapa tardía (18-21 años) según SAHM, amas de casa, primigestas, en unión libre, con estudios de nivel preparatoria y con religión católica **(Tabla I).**

Tabla I. *Variables sociodemográficas por grupo (n=64)*

VARIABLE		F (%)
Etapa de la adolescencia	Inicial 10-14 años	5(7.8)
	Media 15 -17 años	14(21.9)
	Tardía 18-21 años	45(70.3)
Ocupación	Estudiante	15(23.4)
	Empleada	14(21.9)
	Estudia y Trabaja	12(18.8)
	Ama de Casa	23(35.9)
Estado Civil	Soltera	22(34.4)
	Casada	13(20.3)
	Unión Libre	26(40.6)
	Divorciada	1(1.6)
	Separada	2(3.1)
	Viuda	-
Nivel Académico	Sin Estudios	-
	Primaria	2(3.1)
	Secundaria	19(29.7)
	Preparatoria	26(40.6)
	Técnica	5(7.8)
	Licenciatura	12(18.8)
Religión	Católica	48(75.0)
	Cristiana	13(20.3)
	Testigo de Jehová	2(3.1)
	Otra ¿Cuál?	1(1.6)
Numero de Gestas	Primigesta	48(75.0)
	Secundigesta	14(21.9)
	Multigesta	2(3.1)

F (%) = Frecuencia (Porcentaje)

La estigmatización alta se presentó en mayor frecuencia en embarazadas en etapa de la adolescencia media, estudiantes, solteras, con nivel escolar básico, católicas y primigestas;

encontrando asociación entre la etapa de la adolescencia, la ocupación y número de gestas con la estigmatización (**Tabla II).**

Tabla II. *Variables sociodemográficas de las adolescentes embarazadas por grupo (n=64)*

	GRADO DE ESTIGMATIZACIÓN				
	Sin Estigmatización	**Baja**	**Media**	**Alta**	**p Valor**
	F (%)	**F (%)**	**F (%)**	**F (%)**	
ETAPA DE LA ADOLESCENCIA					<0.001*
Inicial	-	-	-	5(7.8)	
Media	-	1(1.6)	2(3.1)	11(17.2)	
Tardía	10(15.6)	14(21.9)	13(20.3)	8(12.5)	
OCUPACION					0.040*
Estudiante	-	-	1(1.6)	14(21.7)	
Empleada	6(9.4)	6(9.4)	1(1.6)	1(1.6)	
Estudia y Trabaja	1(1.6)	2(3.1)	6(9.4)	3(4.7)	
Ama de Casa	3(4.7)	7(10.9)	7(10.9)	6(9.4)	
ESTADO CIVIL					0.101
Soltera	-	4(6.3)	2(3.1)	16(25.0)	
Casada	8(12.5)	5(7.8)	-	-	
Unión Libre	1(1.6)	6(9.4)	12(18.6)	7(10.9)	
Divorciada	-	-	-	1(1.6)	
Separada	1(1.6)	-	1(1.6)	-	
Viuda	-	-	-	-	
NIVEL ACADEMICO					0.363
Sin Estudio	-	-	-	-	
Primaria	2(3.1)	-	-	-	
Secundaria	3(4.7)	2(3.1)	3(4.7)	11(17.2)	
Preparatoria	1(1.6)	8(12.5)	7(10.9)	10(15.6)	
Técnica	2(3.1)	1(1.6)	2(3.1)	-	
Licenciatura	2(3.1)	4(6.3)	3(4.7)	3(4.7)	
RELIGION					0.232
Católica	8(12.5)	13(20.1)	11(17.2)	16(25.0)	
Cristiana	1(1.6)	2(3.1)	4(6.3)	6(9.4)	
Testigo de Jehová	1(1.6)	-	-	1(1.6)	
Otra ¿Cuál?	-	-	-	1(1.6)	
NUMERO DE GESTAS					<0.001*
Primigesta	4(6.3)	9(14.1)	14(21.9)	21(32.8)	
Secundigesta	4(6.3)	6(9.4)	1(1.6)	3(4.5)	
Multigesta	2(3.1)	-	-	-	

Chi^2; *Cifra *estadísticamente significativa* (p <0.05); F (%) = Frecuencia (Porcentaje).

Se encontró que el 84% de la población encuestada presentó algún grado de estigmatización, predominando el nivel alto. Los resultados obtenidos son confiables al presentar la Escala de Estigmatización de la adolescente embarazada un alfa de Cronbach de 0.890 **(Figura 1).**

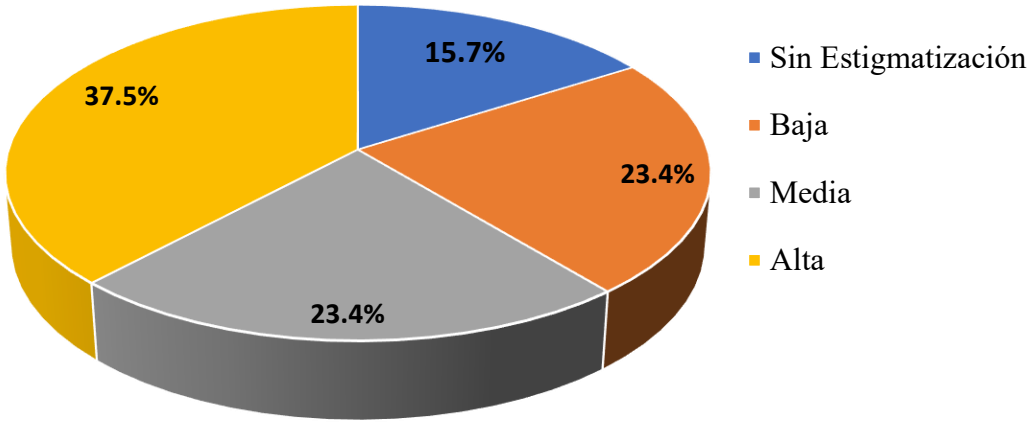

Figura 1. Grado de estigmatización en la embarazada adolescente (n=64)

El estrato socioeconómico medio bajo fue el que predominó en las adolescentes embarazadas. La confiabilidad de los resultados es adecuada al presentar la Escala de Graffar Méndez–Castellanos un alfa de cronbach de 0.846 **(Tabla III).**

Tabla III. *Estrato socioeconómico de las adolescentes embarazadas (n=64)*

	GRADO DE ESTIGMATIZACIÓN			
	Sin Estigmatización	**Baja**	**Media**	**Alta**
	F (%)	**F (%)**	**F (%)**	**F (%)**
ESTRATO SOCIOECONÓMICO				
Alto	-	-	-	-
Medio Alto	4(6.3)	2(3.1)	4(6.3)	2(3.1)
Medio Bajo	4(6.3)	8(12.5)	6(9.4)	12(18.8)
Obrero	2(3.1)	5(7.8)	5(7.8)	9(14.1)
Marginal	-	-	-	1(1.4)

Chi^2 7.299, gl 9, p= 0.606; F (%) = Frecuencia (Porcentaje)

El número de citas de control prenatal que tuvieron las embarazadas adolescentes en promedio fue de 7.00 ± 1.92, IC 95%: 2-10. Dentro de las principales complicaciones durante el embarazo de cada una de ellas, las más frecuente fueron las infecciones de vías urinarias en un 39.1% (**Tabla IV).**

Tabla IV. *Complicaciones asociadas al embarazo en base al grado de estigmatización (n=64)*

	Grado de estigmatización				p Valor
	Sin estigmatización	**Estigmatización Baja**	**Estigmatización Media**	**Estigmatización Alta**	
Aborto u Óbito					0.345
Si	-	-	1 (1.6)	-	
No	10 (15.6)	15(23.4)	14(21.9)	24(37.5)	
Cervicovaginitis					
Si	3 (4.6)	3 (4.6)	2 (3.1)	13 (20.5)	0.034*
No	7 (10.9)	12 (18.8)	13 (20.3)	11 (17.2)	
IVU					0.704
Si	4 (6.3)	4 (6.3)	7 (10.9)	10 (15.6)	
No	6 (9.4)	11 (17.2)	8 (12.4)	14 (21.9)	
STV					0.156
Si	1 (1.6)	3 (4.6)	1 (1.6)	-	
No	9 (14.1)	12 (18.8)	14(21.8)	24 (37.5)	
Otros					0.583
Si	-	2 (3.1)	1 (1.6)	2 (3.1)	
No	10 (15.6)	13 (20.3.)	14 (21.8)	22 (34.5)	

Chi^2; *Cifra *estadísticamente significativa* ($p < 0.05$); (%) = (Porcentaje); IVU = Infección de vías urinarias; STV= Sangrado transvaginal.

XIV. DISCUSION

El embarazo en adolescentes normalmente no es planeado y es poco aceptado por la sociedad generando sentimientos negativos en las embarazadas como aislamiento y abandono, así como mal control prenatal por la vergüenza que sienten debido a la estigmatización social, provocando complicaciones en el binomio y a la salud mental.

En el presente estudio se analizó un total de 64 embarazadas adolescentes atendidas en la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona No. 2 Zacapu, Michoacán, en etapa tardía principalmente (18-21 años de edad) primigestas, en unión libre, con estudios nivel preparatoria y religión católica, identificando que el 84% de las adolescentes embarazadas adscritas a dicha unidad hospitalaria presentaron algún grado de estigmatización, siendo alta en un 37.5% seguido de la media y baja, ambas con 23.4%. La estigmatización alta se presentó más frecuentemente en la etapa tardía de la adolescencia en el 54.7%, en amas de casa 31.4%, unión libre 38.9%, con nivel académico de preparatoria 39%, católicas 62.3% y primigestas 68.8%. Resultados similares a los de Espinosa-Parra S, et al, en un estudio realizado en la Ciudad de México, 2023, a 50 embarazadas adolescentes de 15 a 19 años de edad, quien encontró estigmatización en el 82% de la población, siendo más frecuente en gestantes de 19 años en el 36% de la población, unión libre 58%, escolaridad primaria 42%, y amas de casa 50%, sin embargo, a diferencia del nuestro ellos clasificaron la estigmatización en social y familiar, desconociendo por tal motivo si predominó la alta, media o baja.[28]

Mientras que Chavárry-Ysla P, en un estudio realizado en la Ciudad de Lima, Perú en 2018, a 57 pacientes embarazadas adolescentes de 12 a 19 años de edad, se aplicó la escala de estigmatización de la adolescente embarazada sobre la decepción y vergüenza familiar, 42% respondió que a veces sintieron estigmatización en ambos casos; en relación al temor a la familia, 53% afirmó que todo el tiempo percibió este miedo; en razón al personal de salud, 58% respondió sentirse discriminada entre la mayor parte a todo el tiempo que fueron atendidas; respecto a miradas intimidantes en lugares públicos, 77 % se sintió agraviada entre la mayor parte a todo el tiempo; sobre la actitud de sus vecinos, 65% sintió vergüenza ante ellos y respecto a sus padres el 68% sintió miradas prejuiciosas, sin embargo a diferencia del

nuestro ellos realizaron el análisis de sus resultados en base a las respuestas de cada uno de sus ítems y no realizaron análisis en base a las variables sociodemográficas.[15]

Muñoz Garcia X., en un estudio realizado a 50 gestantes adolescentes de 13 a 19 años en la ciudad de Huanyaco Perú en 2018, menciona que la mayoría de gestantes adolescentes contaba con secundaria completa 42%, provenían de zona rural 58% y pertenecían a un estrato socioeconómico familiar medio 62% y bajo 38%. Mientras que en nuestro estudio se identificó que el estrato socioeconómico medio bajo fue el más frecuente en un 40.7%.[29] Resultados diferentes a los de Moreno Lopez M, en un estudio realizado en la ciudad de México a 114 embarazadas adolescentes, quien determinó que el nivel socioeconómico predominante fue el bajo con un 81.3%. Sin embargo, este último fue realizado en la Secretaría de Salud instancia médica a la que acuden pacientes que no cuentan con IMSS lo que puede justificar que su nivel socioeconómico sea más bajo que el nuestro.[30]

A contra parte, Vanegas-Coveña DP en un estudio realizado a 127 mujeres universitarias con un promedio de edad de 24 +/- 1.86 en varias universidades de ecuador en 2013 describe las características sociodemográficas de las participantes en función de si habían tenido o no un embarazo no deseado. Eran católicas 85% de las mujeres que habían tenido un embarazo no deseado y 90% de las que no, con una edad media de 20.41+/- 2.18 años al embarazarse, 55.6% de las mujeres con embarazo no deseado pertenecían a un estrato socioeconómico medio alto, sin embargo, estos estudios fueron realizados solo en universidades, donde el 94% residía en el sector urbano, lo que puede justificar que su nivel socioeconómico sea más alto que el nuestro.[31]

Sanca Valeriano S y Espinola Sanchez M, en un estudio realizado a partir de las encuestas de población ENDES 2009 a 2018 en Perú, en el cual participaron mujeres adolescentes entre 12 y 19 años de edad, analizaron información sobre la condición de embarazo y características sociales y demográficas. Se incluyeron 49,676 adolescentes, de las cuales 40,911 no estaban embarazadas, 6256 contaban un embarazo y 2509 tuvieron dos o más embarazos. La prevalencia de embarazo en adolescentes fue del 17.7%; el 12.6% tuvo un embarazo y el 5.1% dos o más embarazos. El 27.5% de las adolescentes tenían entre 12 y 15 años, y el 72.6% entre 16 y 19 años. El 84.5% eran de lengua aprendida en la niñez de

origen castellano o extranjero, y el 15.5% de origen étnico. La mayor frecuencia de adolescentes se encontró en la región Costa (38.2%), en áreas urbanas (65.7%), con nivel secundario de educación (78.3%) y nivel económico predominantemente en los quintiles inferiores de riqueza, que en México esto es lo equivalente a un nivel socioeconómico medio bajo, resultados parcialmente similares a los nuestros debido a que en nuestros resultados predomino el estrato socioeconómico medio bajo.[32]

En cuanto a las complicaciones más frecuentes presentadas en las gestantes adolescentes, se concluyó que las infecciones de vías urinarias fueron las más frecuentes, presentándose en el 39.10%, seguido de las cervicovaginitis en el 32.80%, sangrado transvaginal en el 7.8% y aborto u óbito en el 1.6% de las adolescentes encuestadas; resultados diferentes a los obtenidos por Martínez - Guisasola Campa J, en un estudio realizado en el Hospital Universitario de Ginecología de Burgos en España, quienes dividieron a su población de estudio en embarazadas controladas y no controladas, encontrando como principales complicaciones asociadas a la gestación la preeclampsia en el 17% en el grupo de controladas a diferencia del 35% en las no controladas, parto prematuro 22% y 42% respectivamente, haciendo énfasis que el retraso en el crecimiento intrauterino, se duplicaba cuando el embarazo no presentaba un adecuado control, considerando la prematuridad como la complicación más frecuente en su grupo de estudio.[33]

Mientras que Rojas LA y Cruz BH, en un estudio realizado en Ecuador en el año 2022, realizaron un metaanálisis de 45 artículos de bibliotecas virtuales como Pub Med, EBSCO, ACCESSSS, Cochrane, además de buscadores de información científica como DynaMed, UptoDate, Google Schoolar, sobre el embarazo en la adolescencia para determinar los riesgos y complicaciones que pueden presentarse a consecuencia del embarazo en la adolescencia, encontrando que el embarazo principalmente se presenta en los rangos de edad de 15-19 años, siendo la preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, amenaza o parto pretérmino, muerte fetal intrauterina, desproporción cefalopélvica y muerte materna las complicaciones más frecuentes, con mayor índice de presentación en aquellas pacientes menores de 16 años, resultados diferentes a los nuestros probablemente debido a que nuestro estudio se llevó a cabo en la consulta externa de medicina familiar y se

analizaron las complicaciones que habían cursado hasta el momento durante el control prenatal.[34]

Dentro de nuestro estudio encontramos muchas limitantes para realizar una investigación más completa, en primera instancia el número de participantes ya que, al limitarlo a rangos de edad de 10 a 21 años, el tamaño de muestra disminuye. Otra limitante a considerarse es el escaso material de artículos médicos disponibles en línea que existen sobre estigmatización en el embarazo adolescente, generando por ende que la mayoría de los artículos médicos encontrados no sean actuales y provienen sobre todo de Sudamérica, principalmente de Perú.

Finalmente, consideramos que el apoyo familiar es muy importante ya que en la mayoría de los casos uno de los principales problemas que presentaban las adolescentes embarazadas era el temor a saber cómo reaccionaría su familia y principalmente que las miraran mal en algún lugar público por su embarazo, pero también consideramos de vital importancia que el médico de primer nivel de atención detecte el grupo de pacientes que se encuentre en mayor riesgo de un embarazo a corta edad para enfatizar en la salud sexual y reproductiva en ellas, así como en los métodos de planificación familiar independientemente de la causa por la que acuda a solicitar atención médica; ya que un embarazo en la adolescencia no solo implica cambios y riesgos a la madre, sino también para el feto y el recién nacido, esperando por lo tanto que dichos hallazgos beneficien en la base para establecer estrategias preventivas que puedan ayudar al bienestar del binomio y a trabajar en el bienestar emocional de todas aquellas gestantes adolescentes.

XV. CONCLUSIONES

En base a los datos que se han obtenido podemos concluir que:

- La estigmatización alta se presentó en mayor frecuencia en embarazadas en etapa de la adolescencia media, estudiantes, solteras, con nivel escolar básico, católicas y primigestas; encontrando asociación entre la etapa de la adolescencia, la ocupación y número de gestas con la estigmatización
- El 84.3% de las adolescentes embarazadas adscritas al HGZ/MF No.2 presentaron algún grado de estigmatización, siendo el grado alto la que predominó en un 37.5% del total de las pacientes encuestadas.
- El estrato socioeconómico más frecuente fue el medio bajo en un 40.7%, no se encontró asociación con la estigmatización.
- Las infecciones de vías urinarias fue la principal complicación que se presentó durante su embarazo.

XVI. RECOMENDACIONES

Dicha investigación ha sido de importancia para emitir las siguientes recomendaciones como médico de primer nivel de atención, esperando que sirva de soporte para difundir la importancia del apoyo por el equipo multidisciplinario a toda gestante adolescente, derivado del foco rojo de atención al que pertenece dicho grupo de población por las complicaciones que pueden llegar a presentar, como consecuencia del poco apego a la atención prenatal debido a la estigmatización percibida en un gran porcentaje de ellas.

Siendo fundamental la enfatización en la promoción de programas de educación sexual en los diferentes niveles de atención, a toda adolecente, desde su primera atención en el Sector Salud, esperando así, una adecuada consejería previa al inicio de su vida sexual.

De igual forma, se considera importante, ofertar un adecuado y oportuno control prenatal, a toda gestante adolescente, por lo que es primordial poder garantizar el acceso a servicios de la salud para su atención tanto física como mentalmente, esperando así, garantizar la salud materno fetal.

Otro aspecto importante a recomendar, será el de unificar criterios de referencia y contrarreferencia entre unidades de primer y segundo nivel de atención con el fin de evitar complicaciones y muertes maternas. Así como:

- Promover la educación sexual integral en las escuelas.
- Fomentar las oportunidades de capacitación técnica u ocupacional y trabajo decente para las adolescentes embarazadas.
- Garantizar la reinserción escolar de niñas y adolescentes por situación de embarazo y/o maternidad.
- Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario.
- Reducir las relaciones sexuales forzadas entre los adolescentes.

- Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años
- Fomentar la comprensión y apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años.
- Las adolescentes embarazadas deben de recibir apoyo psicológico para desarrollar sus sentimientos referentes a la maternidad y no solamente atención médica prenatal o posnatal.

XVII. BIBLIOGRAFÍA

1- García-Hermida MI, Lucero-Arcos GP. Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque epidemiológico y preventivo. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2019; 13(1): 88-102. Disponible en: https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/87

2- Flores-Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo adolescente en una región de México: un problema de salud pública. Rev Salud Pública [Internet]. 2017; 19(3): 374-378. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000300374&lng=es. https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.43903

3- Sampayo-Espinosa C, Márquez-Plancarte T, Ortega-Mendoza E, Salazar-Campos A. El embarazo en adolescentes, un verdadero problema de salud pública en México. JONNPR [Internet]. 2019; 3(1): 304-14. Disponible en: https://doi.org/10.19230/jonnpr.2836

4- Robaina-Castillo JI, Hernández-García F, Ruiz L. Consideraciones actuales sobre el embarazo en la adolescencia. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2019; 15(1): 123-133. Disponible en: http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/381

5- Hidalgo MI, Güemes M. La tormenta Hormonal del Adolescente. Formación Continuada [Internet]. 2013; 1(1): 2-10. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Adolescencia_Tema_4%20(1).pdf

6- Allen B, Waterman H. Etapas de la adolescencia. American Academy of Pediatrics [Internet]. 2019; 1(1): 1-4. Disponible en: https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx

7- Loredo-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, González-Corona J, Gutiérrez-Leyva CJ. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Rev Med Inst Mex Seg Soc [Internet]. 2017; 55(2): 223-229. Disponible

en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1379/2126

8- Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud pública Mex [Internet]. 2015; 57(2): 135-143. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008&lng=es.

9- Gálvez-Espinosa M, Rodríguez-Arévalo L, Rodríguez-Sánchez CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016; 32(2): 280-289. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200015&lng=es

10- Castañeda-Camey N, Siantz-Mary LL, Brasil-Cruz L. Embarazo y maternidad: percepciones de los jóvenes en un contexto binacional México-Estados Unidos. Rev latinoam cienc soc niñez uv [Internet]. 2019; 17(1): 327-342. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2019000100327&lng=en. https://doi.org/10.11600/1692715x.17120

11- Triviño-Ibarra CP, Acosta-Castro FE, Veimtimilla-Cedeño JB. Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y prevención. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2019; 5(2): 554-571. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7343700

12- Kuri-Morales P, Guevara-Guzmán R, Phillips-Gutiérrez V, Mota-Sánchez A, Díaz-Olavarrieta C. Panorama nacional del embarazo precoz en México: lecciones aprendidas en un sexenio. Gac Méd Méx [Internet]. 2020; 156 (2): 151-156. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000200151&lng=es. Epub 26-mayo-2021. https://doi.org/10.24875/gmm.20005588

13- Valdiviezo MA, Rivera EG, Barahona JG, Haro GT, González TA. Características de la maternidad adolescente en un hospital del segundo nivel del contexto ecuatoriano. REE [Internet]. 2021; 15(2):28-3. Disponible en: https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/121

14- Maque M. Vista de Embarazo no planeado: impacto de los factores socioculturales y emocionales de la adolescente. Revista de Investigación Valdizana [Internet]. 2018; 1(2): 83-94. Disponible en: http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/riv/article/view/143/136

15- Chávarry-Ysla PR. Estigmatización del sistema adolescente embarazada. Rev Cubana Enfermeria [Internet]. 2020; 36(1): e3146. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000100007&lng=es.

16- Díaz M, Pawlowicz MP, Vissicchio F, Amendolaro R, Barla JC, Muñiz A. Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. Salud colect [Internet]. 2020; 16(1): e2509. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652020000100067&lng=es.http://dx.doi.org/10.18294/sc.2020.2509.

17- Herrera-Cuenca M. Mujeres en edad fértil: Etapa crucial en la vida para el desarrollo óptimo de las futuras generaciones. Anales Venezolanos de Nutrición [Internet]. 2017; 30(2): 112-119. Disponible en: http://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2017/2/art-5/

18- Venegas M, Nayta B. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019; 21(83): e109-e119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006&lng=es

19- Reyes-López SV, Cordero-Cruz IC, Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V. Experiencias de las adolescentes que cursan un embarazo, desde un enfoque

cualitativo. Sanus [Internet]. 2020; 5(15): e00003. Disponible en: https://doi.org/10.36789/sanus.vi15.179

20- Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román JS, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2016; 62(1): 13-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es

21- Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Revista de la Facultad de Medicina UNAM [Internet]. 2021; 64 (1): 39-48. Disponible en: https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07

22- Angarita M, González C, Cardona H, Quitián M, Acero E. Historias de vida familiar en madres adolescentes: estudio cualitativo realizado en el hospital Engativá ese en Bogotá, Colombia. Rev Colomb Obstet Gine [Internet]. 2019; 70(1): 39-48. Disponible en: http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3162

23- Sánchez A, Favara M. Consequences of Teenage Childbearing in Peru Is the Extended School-day Reform an Effective Policy Instrument to Prevent Teenage Pregnancy? Young Lives [Internet]. 2020; 23(1): 1-28. Disponible en https://www.younglives.org.uk/sites/www.younglives.org.uk/files/YL-WP185.pdf

24- Ellis B, Bates J, Dogde K, Fergusson D, Horwood L, Woodward L. Does Father Absence Place Daughters at Special Risk for Early Sexual Activity and Teenage Pregnancy? Child Dev [Internet]. 2009; 74(3): 801–821. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2764264/

25- Guridi MZ, Franco V, Márquez I, Tómas V, Ferrás D. Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el área de salud de Calabazar. Revista Psicología Científica [Internet]. 2014; 16(3): 1-9. Disponible en: https://www.psicologiacientifica.com/caracterizacion-psicosocial-adolescentes-embarazadas

26- Rincón R, Castañeda B. Índice de masa corporal y estado nutricional en adolescentes embarazadas de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Boletín Médico de Postgrado [Internet]. 2019; 36(1): 7-13. Disponible en: file:///C:/Users/docto/Downloads/Dialnet-IndiceDeMasaCorporalYEstadoNutricionalEnAdolescent-8822515.pdf

27- Mori-Quispe E, Contreras-Pulache H, Hinostroza WD, Lam-Figueroa N, Huapaya-Huertas O, Chacón H, et cols. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. An Fac med [Internet]. 2015; 76(2): 141-146. Disponible en: http://dx.doi.org/dx.doi.org/10.15381/anales.v76i2.11140.

28- Espinoza-Parra SP, Reyes-Berlanga M, De la Garza-Carranza MT, Ramírez-Esparza DS. Factores de influencia en la estigmatización del embarazo en la adolescente. Caso de un estudio de un hospital mexicano. Revista Ocronos [Internet]. 2023; 6(2): 19. Disponible en: https://revistamedica.com/factores-influencia-estigmatizacion-embarazo-adolescente/amp/

29- Muñoz-García XH. Características sociodemográficas del embarazo en adolescentes en Hospital docente materno infantil el Carmen Huancayo 2018. UPLA-Institucional [Internet]. 2019; 279(1):1-5. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12848/552

30- Moreno-López M. Relationship between perceived stigma and depressive symptomatology in women who legally interrupt pregnancy in Mexico City. Salud Mental [Internet]. 2019; 42(1): 25-32. Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.01853325.2019.004/3606.

31- Vanegas-Coveña DP, Parrón-Carreño T, Aranda-Torres C, Alarcón-Rodríguez R. Factores de riesgo asociados con embarazos no deseados en mujeres estudiantes de medicina. Gac Méd Méx [Internet]. 2019; 155(4): 357-362. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132019000400357&lng=es. Epub 01-Jul-2021.

32- Sanca-Valeriano S, Espínola-Sánchez M, Racchumí-Vela A. Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. Rev niño obstetra gineco [Internet]. 2022; 87(1): 11-18. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262022000100011&Ing=es.

33- Martínez-Guisasola J, Guerrero M. Embarazo y maternidad en adolescentes. Pediatría Integral [Internet]. 2022; 26(5): 289-299. Disponible en: http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/xxvi05/03//n5-289-299_JavierMartinez.pdf

34- Rojas-Pérez LA. Riesgos y complicaciones del embarazo en adolescentes. La ciencia al servicio de la salud y la nutrición [Internet]. 2022; 13(1): 35-43. Disponible en: http://revistas.espoch.edu.ec./index.php/cssn/article/view/695.

XVIII. ANEXOS

ANEXO 1.- HOJA DE REGISTRO ANTE CLEIS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1603.**
H GRAL ZONA NUM 8

Registro COFEPRIS **17 CI 16 102 028**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 16 CEI 001 2017033**

FECHA Viernes, **27 de enero de 2023**

M.E. BRENDA PAULLETTE MORALES HERNANDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **"CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2023-1603-002

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

Patricia Ortega León
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 2.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Marzo - Agos 2022	Sept 2022- Enero 2023	Feb a Julio 2023	Agos a Sept 2023	Oct – Dic 2023	Enero - Dic 2024
Realización de Anteproyecto						
Envió y aprobación del CLEIS						
Aplicación de cuestionarios						
Análisis de resultados						
Discusión						
Realización de manuscrito al 100%						
Presentación en foro de investigación y redacción de artículo						

ANEXO 3.- CARTA DE NO INCONVENIENTE

Zacapu, Michoacán, a 23 de Diciembre 2022

CARTA DE NO INCONVENIENTE

DR. MARIO PEÑA LÓPEZ

Presente:

Por medio de la presente, me dirijo a usted de la manera más atenta, para informar que no existe inconveniente para que el C. Mario Peña López con matrícula 97179938, pueda llevar a cabo un interrogatorio y recolección de datos a pacientes adolescentes embarazadas adscritas al HGZMF NO.2 y revisión de expedientes electrónicos en SIMF, para realizar el trabajo de investigación titulado:

"CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2"

Recuerde que la información que usted vaya a utilizar para identificar a los pacientes, tales como nombre, edad, comorbilidades debe ser conservada de manera confidencial y no se debe otorgar información que pudiera revelar su identidad, ya que esta siempre debe permanecer protegida.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Enrique Gutiérrez González

IMSS

H.G.Z. M.F. No. 2 Zacapu, Mich.

Dr. Enrique Gutiérrez Gonzalez.
Director del HGZ MF No. 2

ANEXO 4.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL EN MICHOACÁN HGZ MF Nº 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Zacapu, Michoacán, a_____ de _____ del 2022.

Le estamos invitando a participar a su familiar en el estudio de investigación titulado:

"CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2"

Registrado ante el Comité Local de Investigación y de Ética de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número: R-2023-1603-002

El siguiente documento le proporciona información detallada sobre el mismo. Por favor léalo atentamente.

JUSTIFICACIÓN: Los casos de mujeres jóvenes embarazadas van cada día más en aumento debido a que inician a tener relaciones sexuales a edades tempranas, lo que las hace tener más riesgo de tener problemas de salud para ellas o su bebé, ya que sus cuerpos aún no están bien desarrollados físicamente ni mentalmente. Provocándoles de igual forma problemas emocionales ya que la mayoría pasa por una etapa en donde no aceptan su embarazo los familiares, amigos y sociedad, haciéndolas sentir rechazadas, abandonadas, tristes y aisladas. Por lo tanto el objetivo de este estudio es conocer si las pacientes adolescentes y jóvenes embarazadas que acuden a recibir atención médica a éste hospital tienen o se sienten señaladas y poco aceptadas por las demás personas debido a su embarazo por su corta edad y con ello poder implementar estrategias de apoyo para lograr una adecuada

salud mental en caso de considerarse necesario para recibir una atención integral. Así mismo buscamos conocer la edad, ocupación y estado civil de ellas.

PROCEDIMIENTOS: Si su familiar acepta participar le pediré que responda a una serie de preguntas que le aplicaré yo el Dr. Mario Peña López, residente de medicina familiar en las salas de espera de la consulta externa de medicina familiar, con duración aproximada de 15 minutos para su contestación. Para conocer si se siente o no señalada por las demás personas debido a que presenta un embarazo a una corta edad, de esta forma se espera detectar a tiempo este problema en caso de que lo padezca para poder orientarla en su manejo a seguir y enviarla con su médico familiar para que reciba el apoyo de un equipo multidisciplinario.

RIESGOS Y MOLESTIAS: Durante la contestación del cuestionario, se procurará estar en un ambiente tranquilo y a solas para evitar le incomode contestar las preguntas sinceramente, no existe ningún riesgo para ella, es posible que pueda tener un sentimiento de nerviosismo o apenada al responder las preguntas.

BENEFICIOS: Al participar en esta investigación, estará bajo la supervisión del investigador, si sus resultados no son los esperados y de acuerdo a los resultados que obtenga, se derivará con su médico familiar para que reciba el apoyo de un equipo multidisciplinario y valore si requiere el apoyo de psicología o psiquiatría en caso necesario.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO: Yo el investigador me comprometo a dar la información oportuna sobre cualquier resultado que pudiera beneficiar su estado de salud o algún resultado inadecuado que se pudiera presentar en el momento de hacerle las preguntas, así como responder cualquier pregunta o duda que tenga usted o su familiar acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo: los riesgos, los beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

PARTICIPACIÓNO RETIRO: Su participación en este estudio es completamente voluntaria, es decir, que, si usted o su familiar no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS o el mismo personal. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los

beneficios que tienen como derechohabientes. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que ustedes nos han brindado desde el momento en que aceptaron participar hasta el momento en el cual nos hagan saber que ya no desea participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: El investigador me ha dado seguridad de que no se le identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad serán manejados de forma confidencial.

Entendido que se conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente. Sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social o mi familiar.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES:

Si tiene preguntas o quiere hablar con alguien sobre este estudio de investigación puede comunicarse con:

Dr. Mario Peña López**,** residente de primer año de Medicina Familiar como investigador al teléfono 7671130686, con el Enfermero Juan Martin Morales Bedolla al teléfono 4361125587 o con la Dra. Brenda Paullette Morales Hernández, médico familiar, profesora titular de residencia en Medicina Familiar al teléfono 4431705263 e investigadora responsable.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse con: Dra. Anel Gómez García presidenta del Comité de Ética en Investigación en Salud 16028, con sede en el Hospital General Regional No. 1, ubicado en Av. Bosque de los Olivos 101, la Goleta, Michoacán, C.P. 61301, al teléfono 4433222600 Ext 15, correo anel.gomez@imss.gob.mx.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato.

Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe y que mi familiar también lo haga.

Nombre y Firma de la Madre, Padre, Tutor,	**Nombre y firma del**
O Representante Legal que firma el consentimiento	**Participante del Estudio**

Testigo 1	Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y firma	**Nombre, Dirección, Relación y Firma.**

ANEXO 5.- CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Instituto Mexicano Del Seguro Social
OOAD Michoacán
Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Has sido invitada a participar en un estudio médico que ayudará a muchas adolescentes y jóvenes de tu edad que se encuentren embarazadas como tú, para saber si es que te sientes señalada por las personas debido a que pienses que los demás no ven bien tu embarazo por tu corta edad. Estos problemas pueden prevenirse con tu ayuda, planeamos estudiarlos gracias a pacientes como tú, que nos ayudarán a conseguir la información que necesitamos, como conocer tu edad, si estas casada o no, si tienes pareja o no, si vives con el papá de tu bebé sin que aún se casen o si estabas casada pero ya te separaste de él o si murió y te quedaste sola; así como también conocer si aún estudias o trabajas, o realizas las dos cosas al mismo tiempo, o si solo te dedicas a trabajar en tu hogar sin trabajar ni estudiar, que año cursas en la escuela, tu religión, cuantos embarazos haz tenido, a cuantas citas con el médico haz acudido; de igual forma preguntarte a que se dedican tus papás y la persona quien mantiene económicamente tu hogar y como es la casa en donde vives.

¿Cómo puedes ayudarnos?

Eso es muy simple, cuando vengas a consulta vamos a hacerte unas preguntas, igual que las que te hacen los médicos cuando estas en consulta, solo que estas preguntas serán sobre cómo te has sentido desde que tú, tu familia, tus amigos y las demás personas, se enteraron que estabas embarazada. Solo ocuparemos que nos respondas 2 cuestionarios donde te daremos la opción de que elijas la respuesta con la que te sientas más identificada, no tomara más de 15 minutos para responder.

Queremos pedirte tu permiso para hacer todo esto, no obligaremos a nadie a participar si no quieres hacerlo y tu opinión es igual de importante que la de tus papás.

Aquí abajo marca con una “X” si quieres participar o no y nosotros entenderemos tu decisión.

SI ACEPTO ☐ NO ACEPTO ☐

ANEXO 6.-

ESCALA DE LA ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA (EEAE)

Tabla 1. Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada.

Ítem	Descripción	Respuestas tipo Likert			
		3	2	1	0
1	Sentí que mi embarazo decepcionaba a mi familia	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Nunca
2	Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Nunca
3	Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Raramente	Nunca
4	Durante mis cuidados del embarazo, sentí que el personal de salud me discriminaba por ser adolescente	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Raramente	Nunca
5	Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Raramente	Nunca
6	Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se enterase de mi embarazo	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Nunca
7	Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Raramente	Nunca

Mori-Quispe E, Contreras-Pulache H, Hinostroza WD, Lam-Figueroa N, Huapaya-Huertas O, Chacon H et al. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2015 ; 76(2): 141-146.(13)

ANEXO 7.-

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2

ZACAPU, MICHOACÁN

"CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2"

Fecha: _____ **Folio**: _____

Nombre de la paciente: _____

NSS: _____

Edad: _____ **Etapa de la adolescencia según SAHM**: _____

Ocupación: 1) Estudiante 2) Empleada 3) Estudia y trabaja 4) Ama de casa

Estado Civil: 1) Soltera 2) Casada 3) Unión Libre 4) Divorciada 5) Separada 6) Viuda

Nivel académico: 1) Sin estudios 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Técnica 6) Licenciatura

Número de gesta: 1. Primigesta 2. Secundigesta 3. Multigesta

Número de citas médicas en control prenatal: _____

Religión: 1) Católica 2) Cristiana 3) Testigo de Jehová 4) Otra ¿Cuál?

PUNTAJE DE MÈTODO GRAFFAR´-MENDOZA QUE OBTIENE: _____

Estrato socioeconómico: 1) Alto 2) Medio alto 3) Medio bajo 4) Obrero 5) Marginal

- **PUNTAJE DE ESTIGMATIZACIÒN**: _____

- **Grado de estigmatización que presenta la paciente**: _____

Complicaciones durante el embarazo:

_____

_____

ANEXO 8.-

ESCALA DE GRAFFAR MENDEZ- CASTELLANOS

Variables	Pts	Items
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar:

Puntaje	Interpretación
04-06	Estrato alto
07-09	Estrato medio alto
10-12	Estrato medio bajo
13-16	Estrato obrero
17-20	Estrato marginal

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Especialidad en Medicina Familiar	
Título del trabajo	**"CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2"**	
	Nombre	**Correo electrónico**
Autor/es	Mario Peña López	doctormariolo
Director	Brenda Paullette Morales Hernández	bpmh13@hot
Codirector	Juan Martín Morales Bedolla	rescueboypc
Coordinador del programa	Carlos Sánchez Anguiano	mdsanchez14

Uso de Inteligencia Artificial

Escaneado con CamScanner

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	no	
Traducción al español	no	
Traducción a otra lengua	no	
Revisión y corrección de estilo	no	
Análisis de datos	no	
Búsqueda y organización de información	no	
Formateo de las referencias bibliográficas	no	
Generación de contenido multimedia	no	
Otro		

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Mario Peña López
Lugar y fecha	Zacapu, Michoacán a 20 Enero 2024

Escaneado con CamScanner

Mario Peña López Mario Peña López

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA ADS...

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::3117:422185817

Fecha de entrega
20 ene 2025, 2:20 p.m. GMT-6

Fecha de descarga
20 ene 2025, 2:24 p.m. GMT-6

Nombre de archivo
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ESTIGMATIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZAD....pdf

Tamaño de archivo
839.1 KB

73 Páginas

15,358 Palabras

82,201 Caracteres

iThenticate Página 1 of 86 - Portada Identificador de la entrega trn:oid:::3117:422185817

Escaneado con CamScanner

56% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

56% Fuentes de Internet

21% Publicaciones

0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

Texto oculto

1 caracteres sospechosos en N.º de página

El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Escaneado con CamScanner