



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
DE JESÚS INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 3295-12



LA ESTIGMATIZACIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

TESINA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Vera Conde Yessica Viridiana

ASESOR

Mtra. Sonia Osnaya Luna



Ciudad de México, Noviembre del 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LA ESTIGMATIZACIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mi familia, quien me brindo apoyo moral y emocional durante el proceso de elaboración del presente trabajo. En especial a mi madre, quien es la principal persona en fomentar y aplaudir todos los esfuerzos realizados durante la elaboración de este trabajo.

También agradezco a la profesora Sonia Osnaya Luna, quien me brindo sus conocimientos y me oriento de manera correcta para la elaboración del presente documento.

Agradezco a la clínica BRIMEX, por permitirme trabajar con las pacientes que acudían a sus instalaciones a recibir atención médica.

ÍNDICE

1. Introducción.....	6
2. Planteamiento del problema.....	8
3. Objetivos.....	9
3.1 General	
3.2 Específicos	
4. Marco teórico.....	10
4.1 Embarazo.....	10
4.1.1 Definición	
4.1.2 Fecundación	
4.1.3 Implantación	
4.1.4 Desarrollo de la placenta y anexos	
4.1.5 Embriogénesis	
4.1.5.1 Gastrulación	
4.1.5.2 Sangre y vasos sanguíneos	
4.1.5.3 Sistema gastrointestinal	
4.1.6 Desarrollo fetal	
4.1.7 Circulación materno-fetal	
4.1.7.1 Circulación fetal	
4.1.7.2 Circulación materna	
4.1.8 Modificaciones fisiológicas en el embarazo	
4.1.9 Cambios psicológicos y sociales en el embarazo	
4.2 Embarazo adolescente.....	32
4.2.1 Concepto	
4.2.2 Modificaciones psicológicas y sociales en el embarazo adolescente	
4.2.3 Embarazo adolescente en México	
4.2.3.1 Causas del el embarazo en la adolescencia	
4.2.3.2 Consecuencias y riesgos de la fecundidad en sdolescentes	
4.2.3.2.1 Físicas	
4.2.3.2.2 Emocionales	
4.2.3.2.3 Sociales	
4.2.3.2.4 Económicas	
4.2.3.3 Razón de muerte materna severa (RMMS) en el embarazo adolescente	

4.3 Estigmatización del embarazo adolescente.....	41
4.3.1 Conceptualización de estigma	
4.3.2 Mecanismos de producción del estigma y su clasificación	
4.3.3 Proceso de estigmatización de la adolescente embarazada	
4.3.4 Complicaciones más frecuentes en embarazadas adolescentes por estigmatización	
5. Metodología.....	44
5.1 Tipo y diseño	
5.2 Población	
5.3 Muestra	
5.4 Muestreo	
5.5 Criterios de selección	
5.5.1 Inclusión	
5.5.2 Exclusión	
5.5.3 Eliminación	
6. Desarrollo metodológico.....	46
6.1 Operacionalización de variable.....	46
6.2 Recolección de datos.....	48
6.2.1 Instrumento de recolección de datos	
6.3 Metodología de análisis.....	51
6.3.1 Método	
6.3.2 Análisis de datos	
6.4 Consideraciones éticas.....	52
7. Resultados.....	53
8. Conclusiones.....	64
9. Alternativa de solución.....	67
10. Bibliografía.....	73
11. Anexos.....	76

1. INTRODUCCIÓN

En el presente documento se valoró el impacto de la estigmatización del embarazo adolescente y se desarrolló una alternativa de solución ante esta situación, valorando el grado de estigmatización percibido por las adolescentes en el medio social en el que habitan. Se ha notado en las últimas décadas un aumento en el número de embarazos adolescentes y, referente a esto, las adolescentes tienen un mayor riesgo de ser estigmatizadas ante un embarazo, que una mujer adulta.

El estigma es una característica o un atributo que hace que el individuo que lo porta sea considerado como parte de un grupo inferior. El estigma permanece, basado en uno o más factores, como edad, clase, color, grupo étnico, creencias religiosas, sexo y sexualidad.

La estigmatización se produce en grupos de personas que ven condicionado su ejercicio de ciudadanía al negárseles el cumplimiento de derechos tales como el derecho a la salud, por ejemplo.

En el presente documento, se realizó un estudio cuantitativo bajo el diseño analítico, retrospectivo y transversal en donde se analizó la estigmatización percibida en el embarazo adolescente en pacientes que llevan su control prenatal en la clínica BRIMEX.

Se incluyeron a las mujeres embarazadas a partir de las 20 semanas de gestación, de 12 a 19 años. Se descartaron pacientes que no cumplan con las consultas establecidas en el programa llevado a cabo en la clínica (de nutrición, psicología, dental, medicina general y ginecológica), pacientes que vivan a más de una hora a la redonda de la clínica y pacientes que abandonen el estudio por finalización del embarazo o por elección propia.

Para la recolección de datos se utilizó el instrumento de valoración denominado "Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada" (EEAE), desarrollada por Wiemann, Blood, y King, validado en el instituto nacional materno perinatal con un índice de confiabilidad interna por Alfa de Cronbach de 0.76.

El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico para las ciencias sociales en su versión 25 con estadística descriptiva considerando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y cuantitativas.

Para las consideraciones éticas, me base en la normatividad ético-legal, nacional e internacional, estipulado por el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, el informe de Belmont y la NOM-012 para la investigación en seres humanos. Así mismo se aplicó un consentimiento informado (verbal y escrito)

solicitando su participación de los sujetos de estudio, en el caso de pacientes menores de edad, se les brindo dicho consentimiento a los tutores responsables de la menor en cuestión.

Así mismo, se desarrolló una alternativa de solución ante este problema, que busca disminuir o erradicar esta situación en pacientes embarazadas que busquen atención en salud.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la encuesta del INEGI 2014, existe un gran porcentaje de embarazos de mujeres jóvenes entre los 15 a 17 años, 9.6% de las adolescentes en este han estado alguna vez embarazadas, en donde, el 55.1% corresponde a las adolescentes de 17 años, 30.1% a las de 16 y 14.8% a las de 15 años.¹

El número de embarazos adolescentes es un número creciente que se ha percibido desde el 2007. Hoy en día existe mucha desinformación con respecto al manejo de un embarazo no deseado en las adolescentes.



GRÁFICA 1. El número de nacimientos en el país en general ha disminuido, no obstante, los nacimientos en el grupo de mujeres de menos de 19 años de edad, del 2007 al 2012 mostraron un incremento del 8%.²

Las diferencias de perspectivas y la dificultad que caracteriza a la circunstancia han fijado grandes desafíos para la creación de políticas públicas asociadas con la prevención y atención del embarazo en la adolescencia.

Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía, cuando corren mayores riesgos. Debido al estigma asociado con el embarazo fuera del matrimonio y el aborto, las adolescentes muchas veces no procuran abortos legales y seguros.²

1. INEGI. Características de las defunciones fetales registradas en México durante 2019. Comunicado de prensa núm. 410/20, 31-agosto-2020. Página 2.

2. Sánchez M. y Montoya Y. Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México. [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 53-64. Boletín CONAMED. Página 56

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la estigmatización percibida por las adolescentes embarazadas en el medio social en el que habitan, pacientes que acuden por atención prenatal a la clínica BRIMEX, a fin de generar estrategias que ayuden a las adolescentes en la toma de decisiones durante su gestación, disminuyendo así la presencia de complicaciones durante el embarazo adolescente.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Seleccionar a mujeres adolescentes embarazadas que se presenten en la clínica BRIMEX para llevar su control prenatal.
- ✓ Detectar a adolescentes embarazadas que presenten estigmatización, identificando el grado de estigmatización que perciben mediante un instrumento de valoración.
- ✓ Determinar una alternativa de solución que ayude a disminuir o erradicar la estigmatización del embarazo adolescente.
- ✓ Desarrollar estrategias que ayuden en la toma de decisiones durante el embarazo adolescente.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 EMBARAZO

4.1.1 Definición

El embarazo es el estado de gestación o gravidez por el que pasa una mujer fértil durante un periodo que abarca desde la fecundación hasta el parto o finalización del mismo. Este conlleva a una serie de cambios fisiológicos en el aparato reproductor femenino (Imagen 1).³

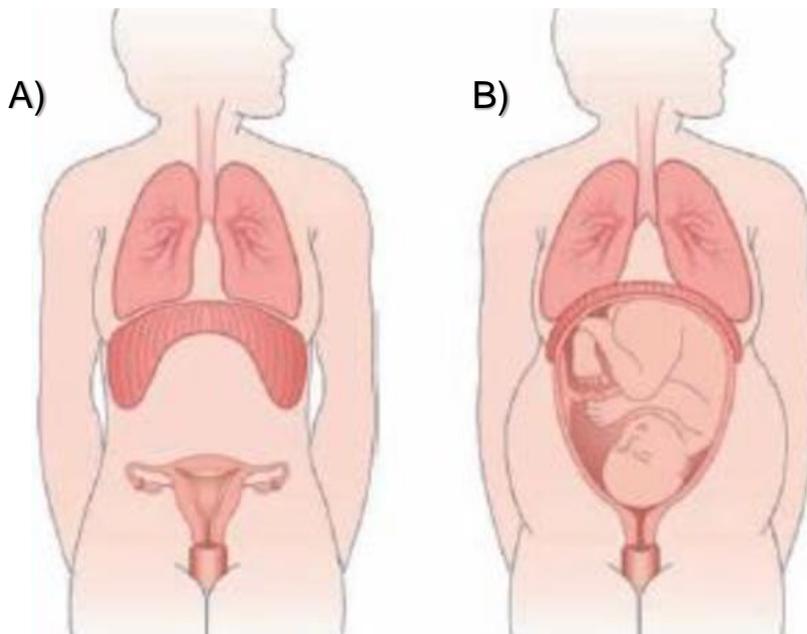


IMAGEN 1. A) Se muestra mujer no embarazada y B) Mujer embarazada en su tercer trimestre del embarazo.³

4.1.2 Fecundación

Es el proceso por el cual dos gametos se fusionan durante la reproducción sexual para crear un cigoto con un genoma derivado de ambos progenitores y tiene lugar en la región ampollar de la trompa de Falopio.

Los ciclos menstruales ovulatorios espontáneos, periódicos, regulares y predecibles se hallan bajo el control de las complejas interacciones del eje hipotálamo-hipófisis y los ovarios, así como el aparato reproductor (Imagen 2).³

La fecundación se regula por una producción altamente controlada de esteroides ováricos. Estas hormonas promueven la regeneración óptima del endometrio después del término de la menstruación en preparación para el siguiente periodo de implantación.³

3. Gary F. et al. Williams. Obstetricia, 23ª edición. México: Mc Graw Hill; 2011. Página 36, 37, 108.

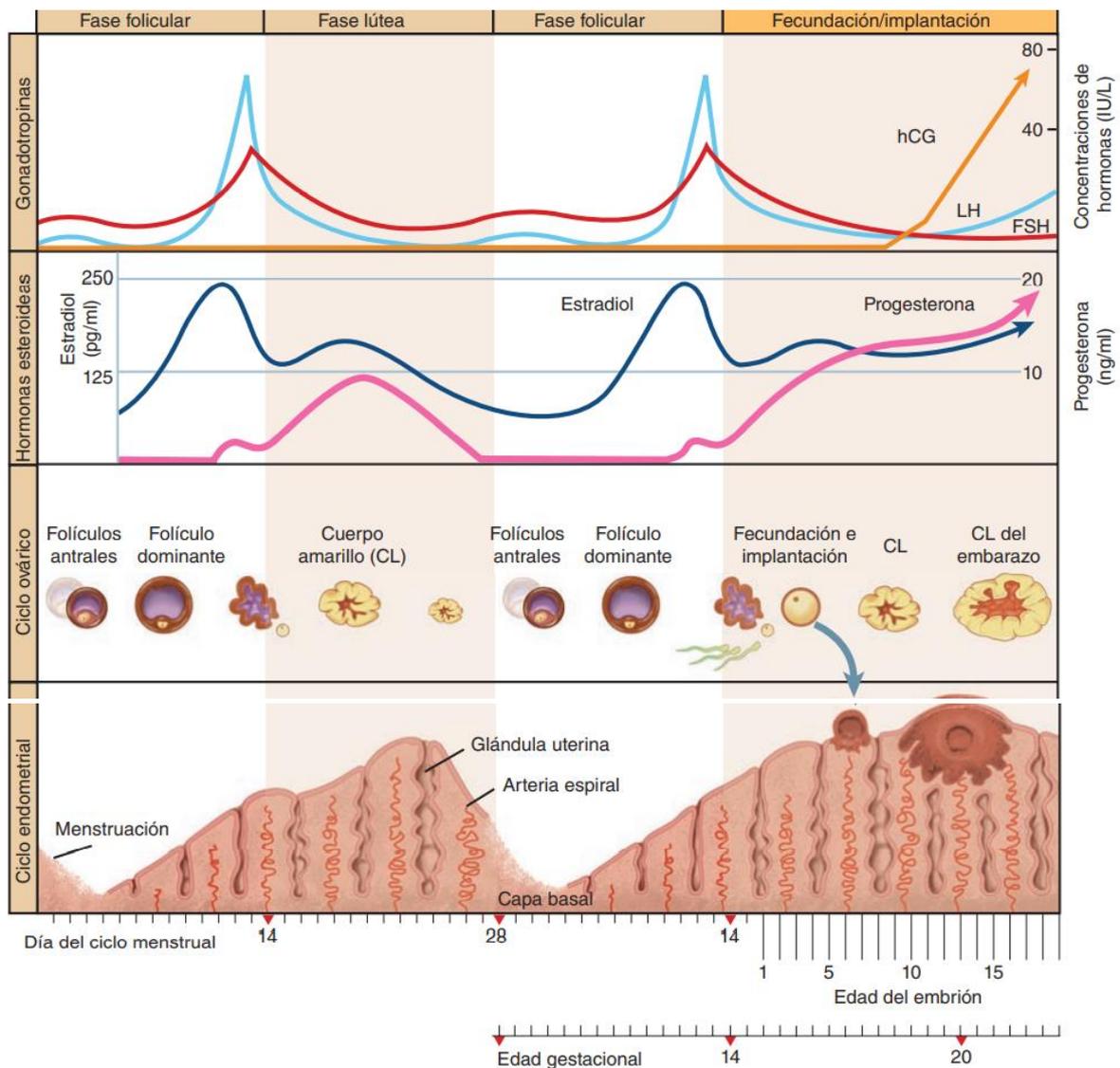


IMAGEN 2. Control hormonal de los ciclos ovárico y endometrial.

- hCG: Gonadotropina coriónica humana.
- LH: Luteinizante.
- FSH: Foliculoestimulante.³

Las señales químicas (factores de atracción) segregadas por el ovocito y por las células foliculares que lo rodean guían a los espermatozoides capacitados hasta el ovocito para dar lugar a la fecundación. A este proceso se le denomina quimiotaxis de los espermatozoides.⁴

3. Gary F. et al. Williams. Obstetricia, 23ª edición. México: Mc Graw Hill; 2011. Página 37.

4. Sadler T. et.al Langman: Embriología médica, 11ª edición. Wolters Kluwer. Página 41.

Las fases de la fecundación son 3:

FASE 1: PENETRACIÓN DE LA CORONA RADIADA

Los espermatozoides atraviesan la barrera formada por la corona radiada del ovulo. La liberación de las enzimas acrosómicas (acrosina) permite que los espermatozoides penetren la zona pelúcida y entren en contacto con la membrana plasmática del ovocito (Imagen 3).

FASE 2: PENETRACIÓN DE LA ZONA PELUCIDA

Cuando la cabeza del espermatozoide establece contacto con la superficie del ovocito, la permeabilidad de la zona pelúcida se modifica. Se produce una liberación de enzimas lisosómicas de los gránulos corticales, evitando así la penetración de otros espermatozoides (Imagen 3).

FASE 3: FUSIÓN DE LAS MEMBRANAS CELULARES DEL OVOCITO Y EL ESPERMATOZOIDE.

Un espermatozoide penetra la membrana del ovocito y pierde su propia membrana plasmática y se fusiona con la del ovocito, presentando así, un espermatozoide normal con su acrosoma (Imagen 3).⁴

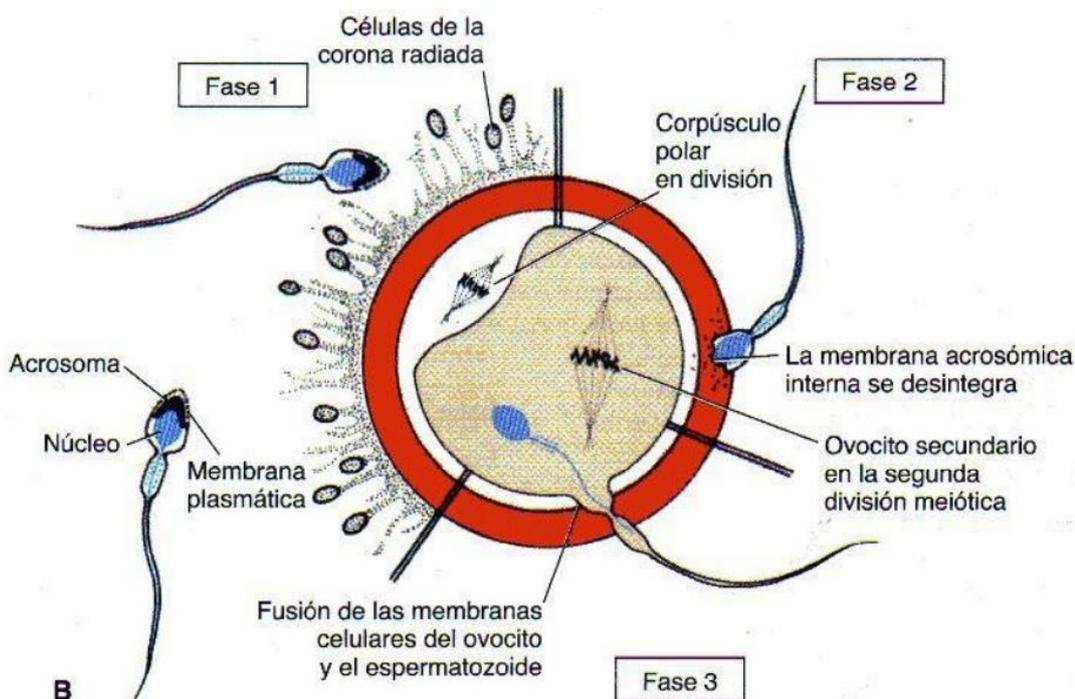


IMAGEN 3. Fases de la penetración del ovocito.⁴

4.1.3 Implantación

Después de la fecundación, el cigoto alcanza la fase de dos células aproximadamente 30 horas después y continúa experimentando una serie de divisiones mitóticas que aumentan el número de células (Imagen 4), cuyo tamaño se reduce con cada división, recibiendo el nombre de **blastómeros**.

La replicación de cuatro células se logra hacia las 40 horas. Hasta la fase de 8 células, forman un grupo laxo. Después de la tercera división los blastómeros maximizan el contacto entre ellos y forman una pelota compacta (Imagen 4).

La replicación de 12 a 16 células se logra hasta los 3 días. Las células del embrión compactado se dividen de nuevo y forman la **mórula** aproximadamente a los 4 días (Imagen 4). Las células internas de la mórula constituyen la masa celular interna (embrioblasto, origina los tejidos propios del embrión) y la masa externa (trofoblasto, que más adelante contribuye a la formación de la placenta) (Imagen 5).⁴

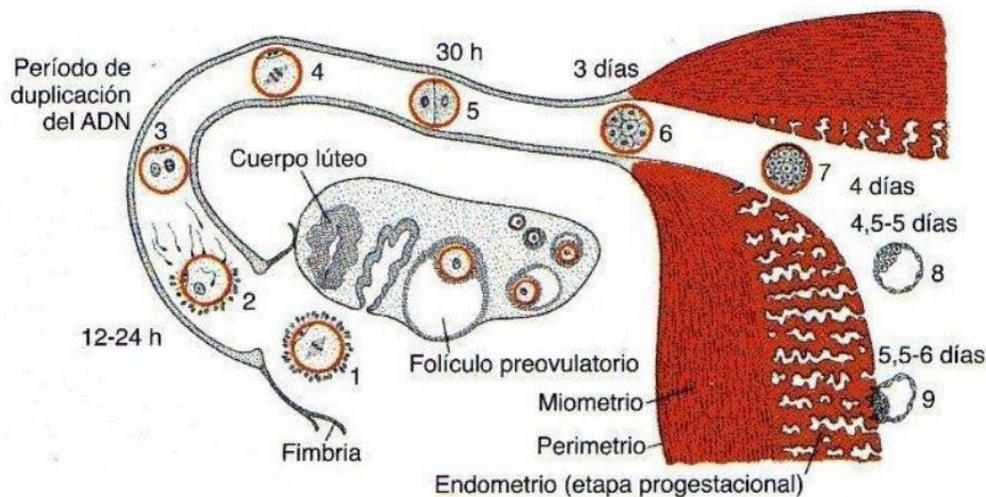


IMAGEN 4. Desarrollo del cigoto desde la fase de dos células hasta la fase final de mórula.⁴

Las células trofoblásticas del polo del embrioblasto empiezan a penetrar entre las células de la mucosa uterina hacia el sexto día. Al final de la primera semana de desarrollo, el cigoto ha pasado por los estados de mórula y blastocito y ha empezado a implantarse en la mucosa uterina, de manera que la implantación es el resultado de una acción trofoblástica y endométrica mutua (Imagen 5).⁴

Por lo tanto, al final de la primera semana de desarrollo el cigoto ha pasado por los estados de mórula y blastocito y ha empezado a implantarse en la mucosa uterina.

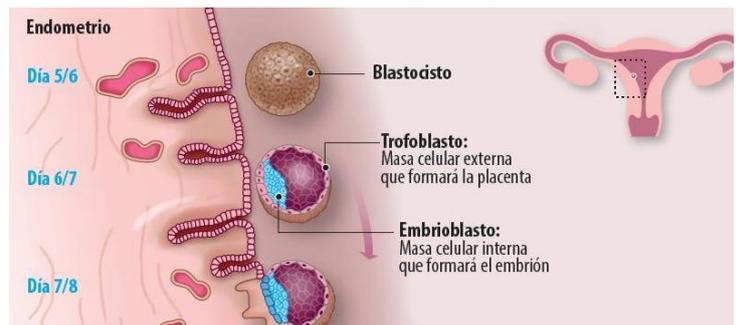


IMAGEN 5. Desarrollo e implantación del blastocito.³

3. Gary F. et al. Williams. Obstetricia, 23ª edición. México: Mc Graw Hill; 2011. Página 37.

4. Sadler T. et.al Langman: Embriología médica, 11ª edición. Wolters Kluwer. Página 42-43.

4.1.4 Desarrollo de la placenta y anexos

La placenta es el órgano que facilita el intercambio de nutrientes y gases entre los compartimientos materno-fetal.

Durante el embarazo temprano, las vellosidades se distribuyen sobre toda la periferia de la membrana coriónica. Conforme el blastocito con sus células del trofoblasto circundantes crece y se expande hacia la decidua, un polo se proyecta en dirección de la cavidad endometrial. El polo opuesto forma la placenta a partir de las células del trofoblasto de las vellosidades y las células de fijación del citotrofoblasto (Imagen 5).⁴

El trofoblasto extravelositario de la placenta del primer trimestre es altamente invasor. Forma columnas de células que se extienden desde el endometrio hasta el tercio interno del miometrio y las arterias espirales.

La sangre materna entra en la placenta procedente de las arterias espirales del útero, por medio de la invasión endovascular de las células citotrofoblasticas. A partir de los siguientes meses, las vellosidades troncales ya existentes se extienden en forma de **vellosidades libres** (Imagen 6).⁴

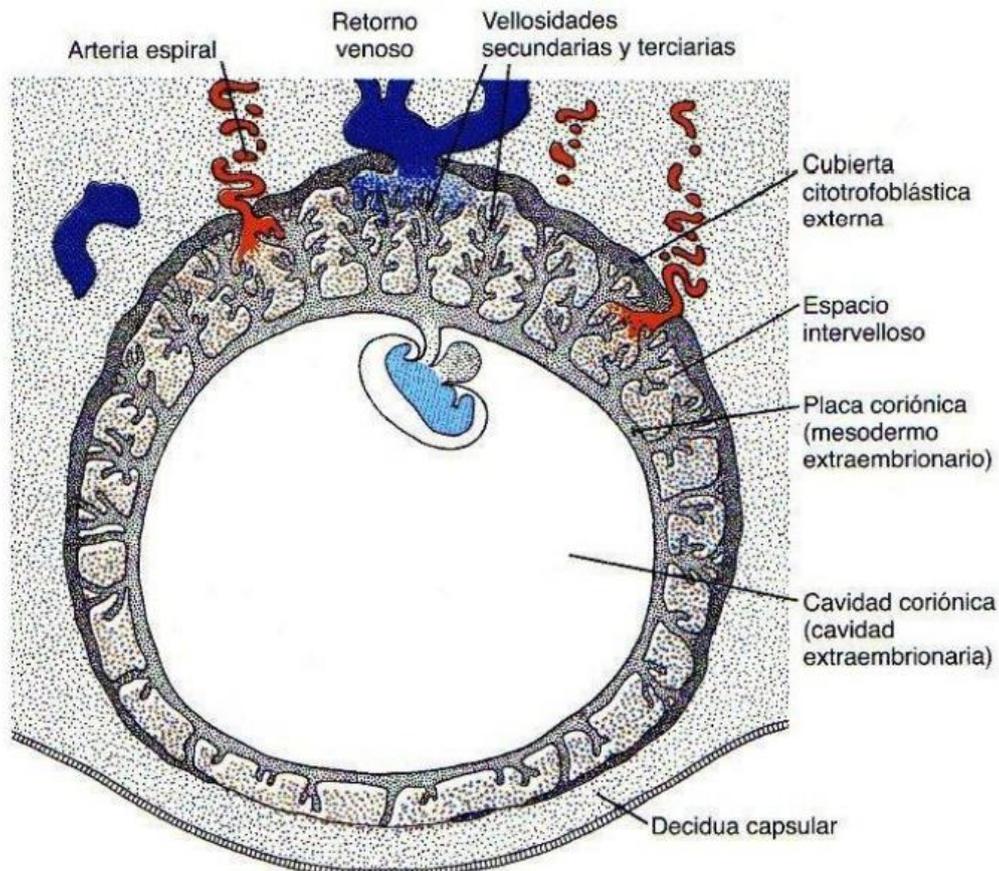


IMAGEN 5. Embrión al inicio del segundo mes de gestación, en donde ya hay numerosas vellosidades ya bien formadas.⁴

Al inicio del cuarto mes, la placenta consta de dos componentes, una parte fetal formada por el corion fundoso, y una parte materna formada por la decidua basal (Imagen 7). En el lado fetal la placenta está bordeada por la placa coriónica. En el lado materno está rodeada por decidua basal.⁴

En el cuarto y quinto mes de gestación la decidua forma diversos **tabiques deciduales** que se proyectan dentro de los espacios intervelllosos. La formación de estos tabiques divide a la placenta en distintos compartimentos o **cotiledones**.

Cuando el embarazo llega a término, la placenta tiene forma discoide, midiendo unos 15 a 20 cm de diámetro y un peso de entre 500 y 600 g en el momento del nacimiento se desgarra de la pared uterina, aproximadamente 30 minutos después del mismo.⁴

Si se observa el lado materno de la placenta se pueden reconocer de 15 a 20 cotiledones cubiertos por una delgada decidua basal.

La superficie fetal está totalmente cubierta por la placa coriónica, en donde diversos vasos coriónicos convergen en el cordón umbilical (Imagen 7).

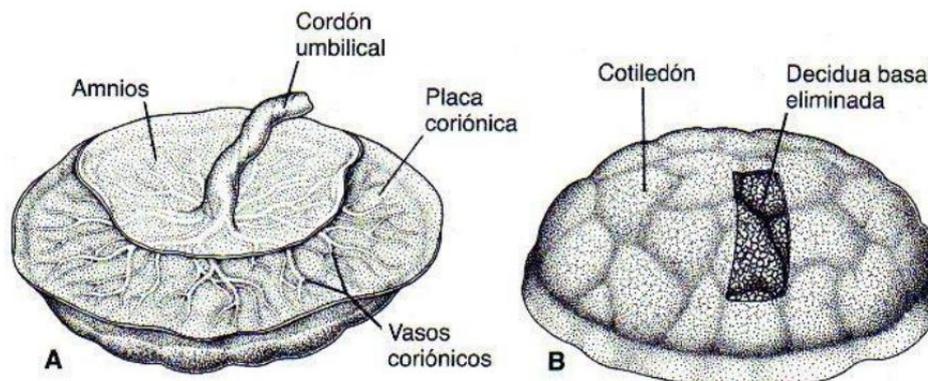


IMAGEN 7. Placenta a término del embarazo. A. Cara fetal, con la placa coriónica. B. Cara materna que muestra los cotiledones.⁴

La forma en la que puede desprenderse la placenta después del periodo expulsivo se puede dar de dos formas. En una se forma el hematoma retroplacentario en el borde de la inserción placentaria y va ocupando posteriormente todo el lecho de la misma (**placenta tipo Duncan**). Y en la otra el mecanismo de desprendimiento placentario consiste en la producción del hematoma retroplacentario en la parte media de la placenta (**placenta tipo Shultze**). Es el mecanismo más frecuente de desprendimiento placentario.⁴

En 65% de las placentas, las arterias coriónicas forman una fina red que irriga los cotiledones, un patrón del tipo de ramificación dispersa. El restante 35% se irradia al borde de la placenta sin disminuir su calibre.⁴

4.1.5 Embriogénesis

La embriogénesis es el periodo de evolución de una simple célula hacia el periodo de establecimiento de los primordios de los órganos, este periodo comprende desde la tercera semana de desarrollo embrionario hasta las 8 semanas de gestación. Antes de la embriogénesis el blastocito se desarrolla de la siguiente manera.⁴

❖ Día 8.-

El blastocito está parcialmente sumergido en el estroma endometrial. El trofoblasto se ha diferenciado en dos capas, una capa interna (**citotrofoblasto**) y una externa (**sincitiotrofoblasto**) (Imagen 8).

El embrioblasto también se diferencia en dos capas, una capa de células adyacentes a la cavidad del blastocito (**capa hipoblástica**) y una capa de células adyacentes a la cavidad amniótica (**capa epiblastica**) (Imagen 8). Al mismo tiempo hay una cavidad dentro del epiblasto, la cual se agranda y se convierte en la **cavidad amniótica**.⁴

❖ Días 11 y 12.-

El blastocito está completamente inmerso en el estroma endometrial. El trofoblasto se caracteriza por la presencia de espacios lagunares en el sincitio (**sistema lagunar**). Las lagunas sincitiales se comunican con los sinusoides y la sangre materna entra en el sistema lagunar, fluyendo a través del sistema trofoblástico y se establece la **circulación uteroplacentaria**.⁴

Entre tanto, aparece una nueva población de células entre la superficie interna del citotrofoblasto y la superficie externa de la cavidad exocelómica, formando un tejido conjuntivo laxo llamado **mesodermo extraembrionario**.

Pronto se desarrollan grandes cavidades en el mesodermo, cuando confluyen, forman un nuevo espacio denominado **cavidad coriónica** (Imagen 9).

❖ Día 13.-

Las células del citotrofoblasto proliferan localmente, penetran el sincitiotrofoblasto y forman columnas celulares rodeadas por sincitio, conocidas como **vellosidades primarias**.

Mientras tanto, el celoma extraembrionario se expande y forma una gran cavidad, la **cavidad coriónica**. Entonces el mesodermo extraembrionario que

4. Sadler T. et.al Langman: Embriología médica, 11ª edición. Wolters Kluwer. Página 47-54.

reviste el interior del citotrofoblasto pasa a denominarse **placa coriónica** (Imagen 9).

El pedículo de fijación es el único que atraviesa la cavidad coriónica, y con el desarrollo de los vasos sanguíneos, se convierte en el **cordón umbilical**.

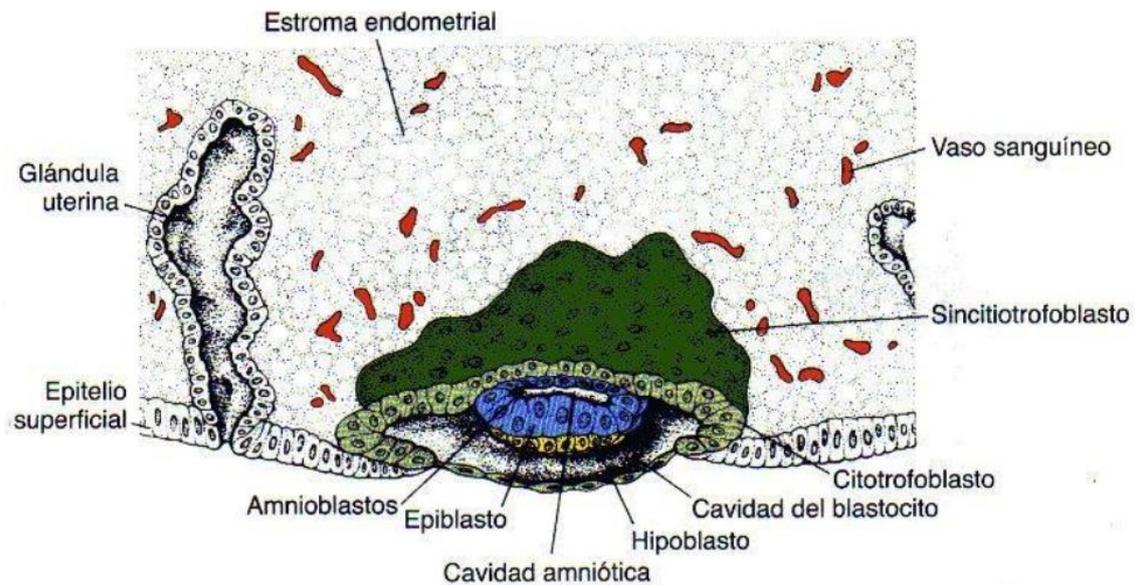


IMAGEN 8. Blastocito de 7.5 días.4

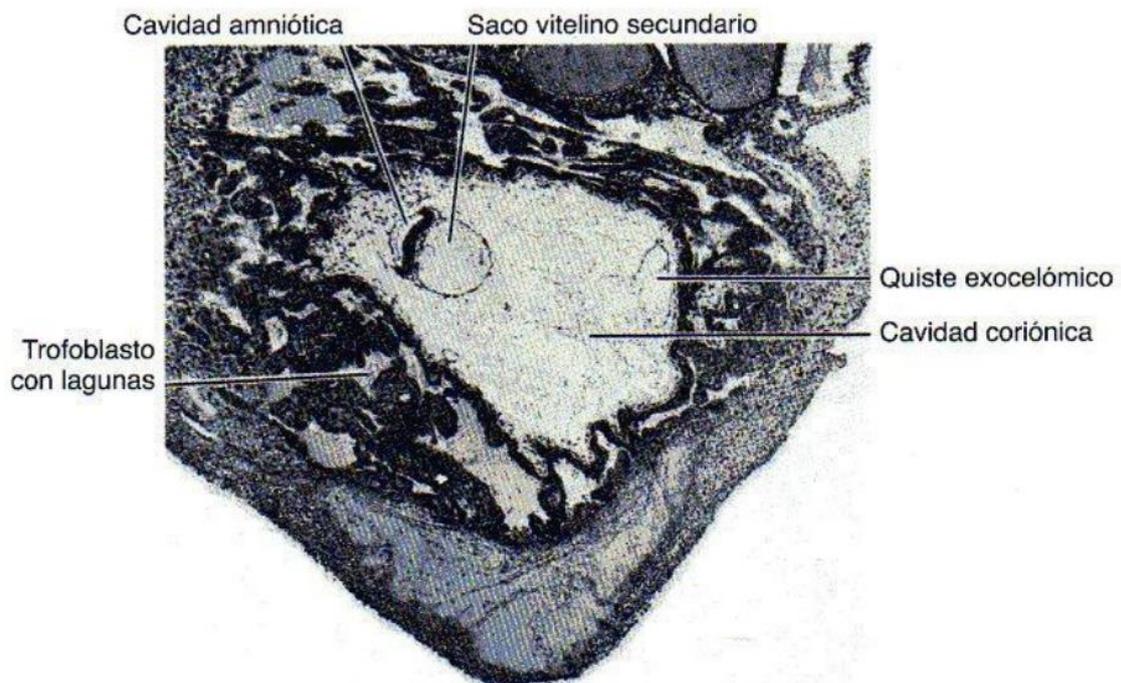


IMAGEN 9. Embrión de 13 días.4

4.1.5.1 Gastrulación

El acontecimiento más característico del desarrollo embrionario es la **gastrulación**, la cual sucede en la tercera semana de gestación. Es un proceso que establece las 3 capas germinales (**ectodermo**, **mesodermo** y **endodermo**) del embrión.⁴

Inicia con la formación de una **línea primitiva** en la superficie del epiblasto. El extremo cefálico de la línea (**nódulo primitivo**), consiste en un área ligeramente elevada que rodea una pequeña **fosita primitiva** (Imagen 10).

Las células del epiblasto migran hacia la línea primitiva, se separan del epiblasto y se deslizan debajo de él. A esto se le llama **invaginación** (Imagen 10 y 11).

Después de invaginarse, algunas células desplazan el hipoblasto y crean el **endodermo** embrionario, mientras que otras sitúan entre el epiblasto y el endodermo acabado de formar y generan el **mesodermo**. Las células que quedan en el epiblasto forman el **ectodermo** (Imagen 12).⁴

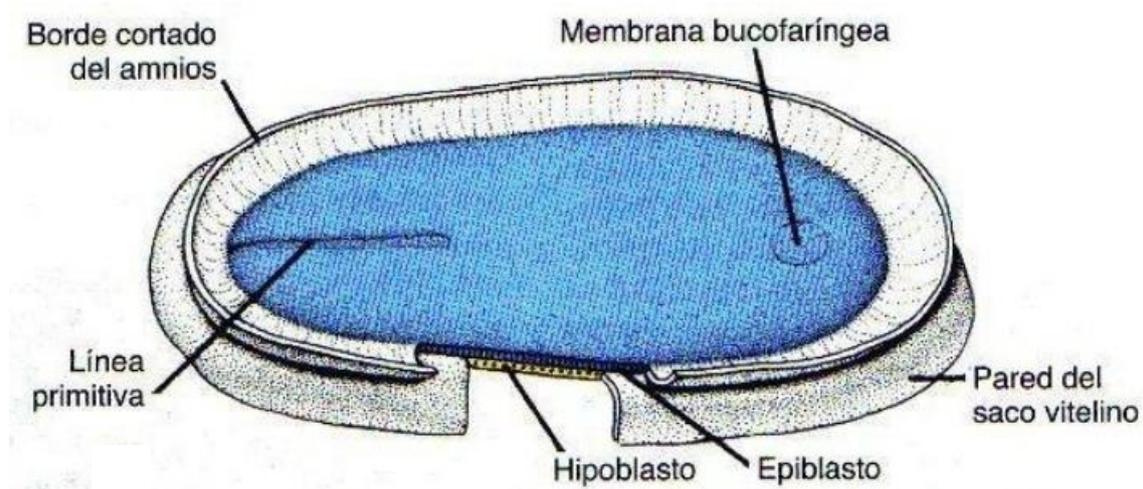


IMAGEN 10. Vista representativa del disco germinativo al final de la segunda semana de desarrollo.⁴

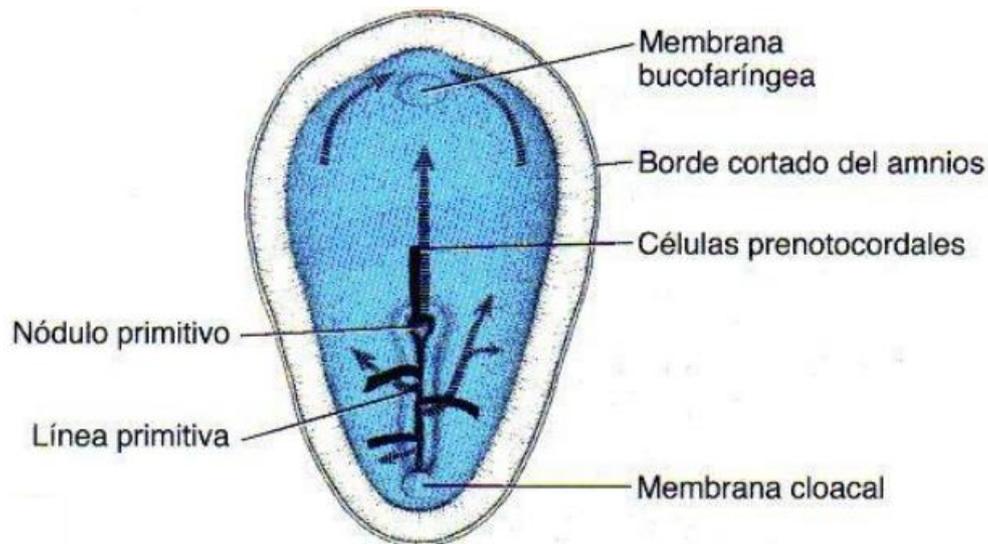


IMAGEN 11. Disco germinativo trilaminar en la tercera semana de desarrollo, vista frontal.⁴

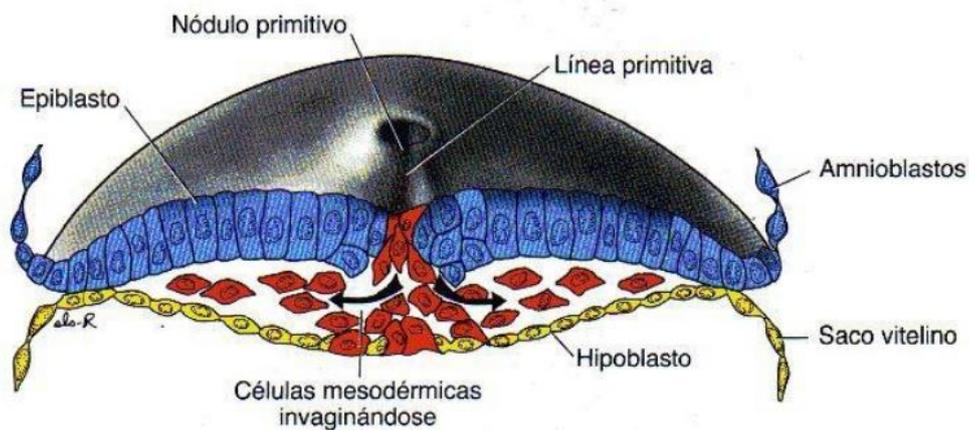


IMAGEN 12. Disco germinativo trilaminar en la tercera semana de desarrollo, vista transversal.⁴

4.1.5.2 Neurulación

Es el proceso mediante el cual la placa neural forma el tubo neural. Al final de la tercera semana los bordes laterales de la placa neural se elevan para formar los **pliegues neurales**, los cuales se fusionan y la región central deprimida forma el **surco neural**. La fusión empieza por la región cervical y avanza craneal y caudalmente (Imagen 13), formando así el **tubo neural**.⁴

Al completar la neurulación, el sistema nervioso central queda representado por una estructura tubular cerrada, la **médula espinal**, y una parte cefálica mucho más ancha que se caracteriza por diversas dilataciones, las **vesículas encefálicas**.

4. Sadler T. et.al Langman: Embriología médica, 11ª edición. Wolters Kluwer. Página 67-90.

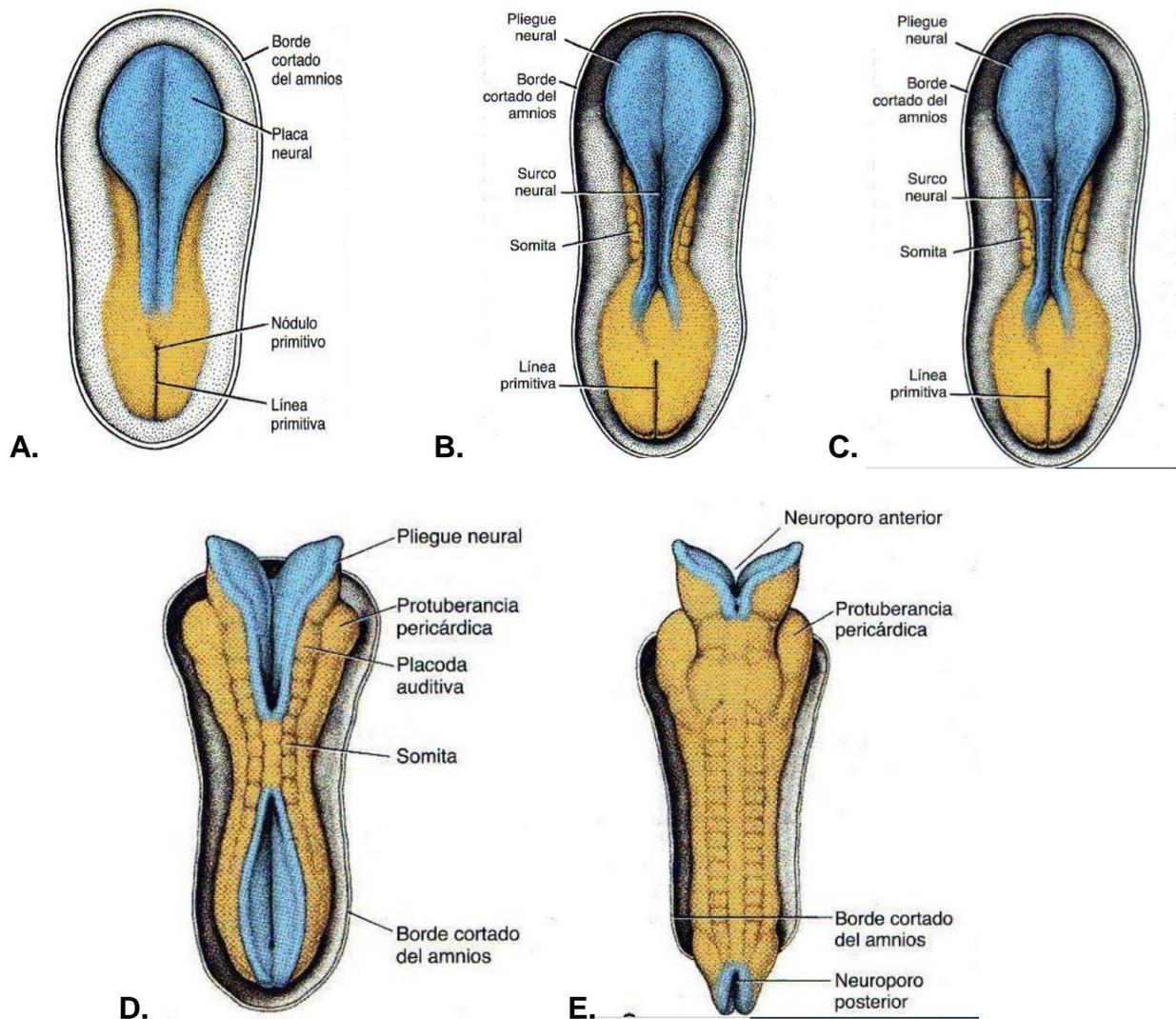


IMAGEN 13. A. Vista dorsal de un embrión de 19 días. B. Vista dorsal de un embrión de 20 días. C. Vista dorsal de un embrión de 21 días. D. Vista dorsal de un embrión de 22 días, observándose la región pericárdica. E. Vista dorsal de un embrión de 23 días.⁴

Cuando el tubo neural se ha cerrado, en la región cefálica del embrión se observan dos **engrosamientos ectodérmicos** bilaterales, las **placodas auditivas**, que forman las vesículas auditivas, y las **placodas del cristalino**, formando el cristalino de los ojos.⁴

En términos generales, la capa germinal ectodérmica origina los órganos y las estructuras que están en contacto con el mundo exterior:

- El sistema nervioso central
- El sistema nervioso periférico
- El epitelio sensorial del oído, la nariz y el ojo
- La epidermis (incluidos el pelo y las uñas)
- Las glándulas subcutáneas
- Las glándulas mamarias

4. Sadler T. et.al Langman: Embriología médica, 11ª edición. Wolters Kluwer. Página 67-90.

- La hipófisis
- El esmalte de los dientes.

4.1.5.2 Sangre y vasos sanguíneos

Las células sanguíneas y los vasos sanguíneos (por vasculogénesis y angiogénesis) se originan del mesodermo.

Las células madre hematopoyéticas definitivas, derivadas del mesodermo, colonizan el hígado, que entre el segundo y séptimo mes de gestación se convierte en el principal órgano hematopoyético del embrión. En el séptimo mes de gestación las células madre del hígado colonizan la médula ósea, y a partir de ese momento el hígado ya no desempeña función hematopoyética.⁴

4.1.5.3 Sistema gastrointestinal

El tubo gastrointestinal es el principal sistema de órganos que deriva de la capa germinal endodérmica. Esta capagerminal cubre la superficie ventral con vesículas encefálicas. El disco embrionario sobresale en la cavidad amniótica y forma un **pliegue cefálico** y un **pliegue caudal**, incorporándose al cuerpo del embrión para formar el tubo intestinal, el cual se divide en **intestino anterior**, **medio** y **posterior** (Imagen 14).⁴

El extremo cefálico anterior está delimitado por la **membrana bucofaríngea**, la cual separa la membrana bucal primitiva de la faringe. En la cuarta semana la membrana bucofaríngea se rompe dejando un orificio que conecta la cavidad bucal con el intestino primitivo.

Hacia la quinta semana el conducto del saco vitelino, el alantoides y los vasos umbilicales quedan limitados a la región umbilical (Imagen 15).

Durante las siguientes etapas del desarrollo, el endodermo origina:

- El revestimiento epitelial del aparato respiratorio
- El parénquima de las glándulas tiroidea y paratiroidea, el hígado y el páncreas.
- El estroma reticular de las amígdalas y el timo.
- El revestimiento epitelial de la vejiga urinaria y la uretra
- El revestimiento epitelial de la cavidad timpánica y el conducto auditivo.⁴

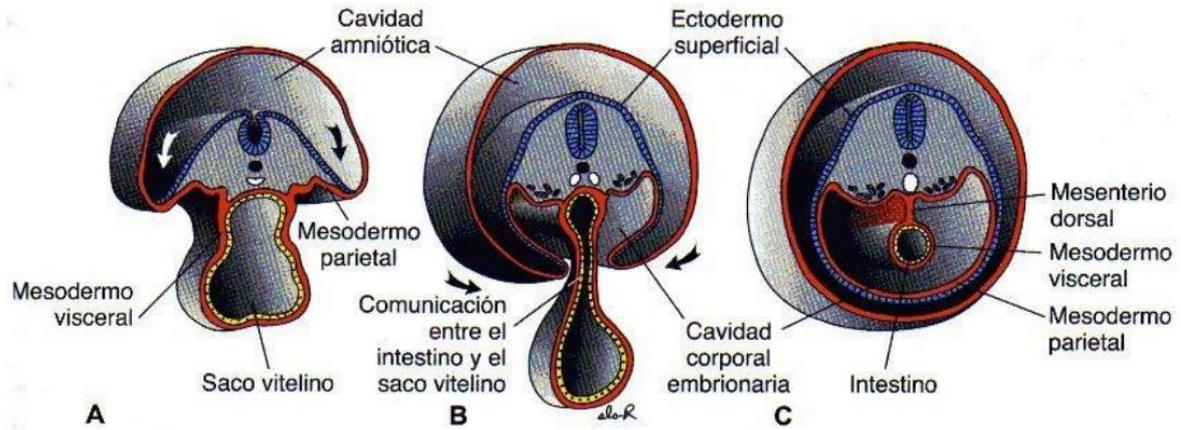


IMAGEN 14. Secciones transversales del embrión. A. Se inicia el plegamiento. B. Sección transversal del intestino medio que muestra la comunicación entre el intestino y el saco vitelino y C. Sección debajo del intestino medio que muestra la pared abdominal ventral cerrada y el intestino suspendido de la pared abdominal.⁴

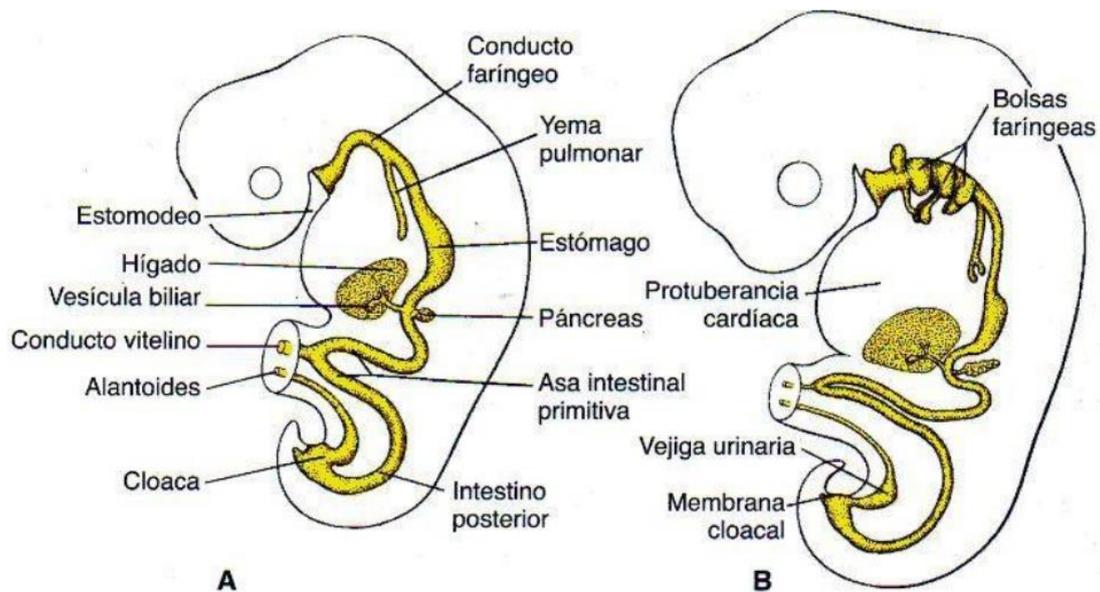


IMAGEN 15. Secciones sagitales a través del embrión que muestran los derivados de la capa germinal. A. Bolsas faríngeas, revestimiento epitelial de las yemas de los pulmones y la tráquea, el hígado, la vesícula biliar y el páncreas. B. La vejiga urinaria derivada de la cloaca y en esta fase del desarrollo se comunica con el alantoides.⁴

4. Sadler T. et.al Langman: Embriología médica, 11ª edición. Wolters Kluwer. Página 67-90.

4.1.6 Desarrollo fetal

Este periodo comprende a partir de la novena semana de gestación hasta el nacimiento. Este periodo se caracteriza por la maduración de los tejidos y órganos, y por el crecimiento rápido del cuerpo.

SEGUNDO MES

Durante el segundo mes el aspecto externo del embrión va cambiando debido al aumento de tamaño de su cabeza y las diversas formaciones que se van generando de extremidades, cara, orejas, nariz y ojos.

Hacia el principio de la quinta semana aparecen las yemas, en forma de paletas, correspondientes a las extremidades inferiores. Al ir creciendo, las partes terminales de las yemas se aplanan y separan del segmento proximal. Pronto, en la parte distal de las yemas aparecen cuatro surcos radiales que separan cinco áreas, anunciando la formación de los dedos.

TERCER MES

Al iniciarse el tercer mes, uno de los cambios más espectaculares es la relativa desaceleración del crecimiento de la cabeza, en comparación con el cuerpo (Imagen 16). La cara adquiere un aspecto más humano (Imagen 17). Los ojos que al principio se encontraban a los lados, se desplazan al lado ventral de la cara, las orejas van a situarse cerca de la posición definitiva.

Hacia la doceava semana ya hay centros de osificación primarios en huesos largos y cráneo. Las asas intestinales provocan unas grandes protuberancias (hernia) en el cordón umbilical que comienzan a desaparecer.⁴

CUARTO Y QUINTO MES

El feto se alarga rápidamente, el feto está cubierto por un vello fino llamado **lanugo**, el pelo de las cejas y cabeza también es visible. Durante el quinto mes la madre puede notar los movimientos fetales. Durante la segunda mitad de vida intrauterina el peso aumenta considerablemente, en especial durante los últimos 2.5 meses.⁴

SEXTO Y SEPTIMO MES

La piel del feto es rojiza y tiene un aspecto arrugado, debido a la falta de tejido conjuntivo subyacente. Un feto que nace al inicio del sexto mes tiene muchas

4. Sadler T. et.al Langman: Embriología médica, 11ª edición. Wolters Kluwer. Página 91-112.

dificultades para sobrevivir, ya que, aunque diversos órganos ya son capaces de funcionar, el aparato respiratorio y el sistema nervioso central no están suficientemente diferenciados y la coordinación entre ambos no está bien establecida.

Si el feto nace en este momento, el bebé tiene una probabilidad del 90% de sobrevivir, debido a que hay un mayor desarrollo generado.⁴

✚ OCTAVO Y NOVENO MES

El feto adquiere contornos bien redondeados gracias al depósito de grasa subcutánea. Cuando se acerca el final de la vida intrauterina, la piel está recubierta por una sustancia grasa blanquecina, **vernix caseosa**, compuesta por secreciones de las glándulas sebáceas.⁴

Al final del noveno mes, de todas las partes del cuerpo, el cráneo es el que posee mayor perímetro. Los rasgos sexuales son pronunciados y los testículos deben estar en el escroto, en su caso.

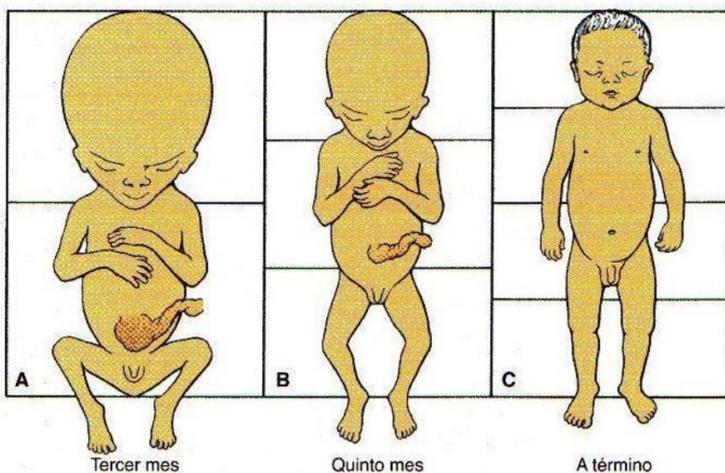
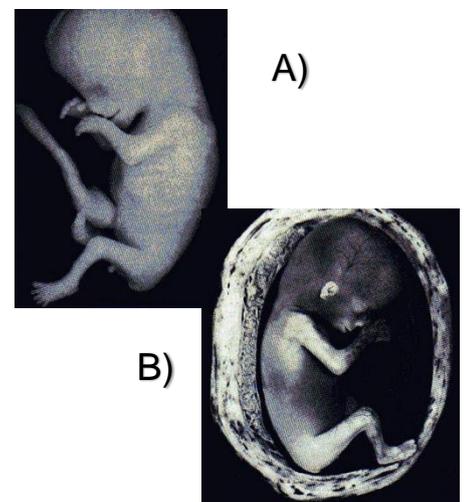


Figura 7-2. Tamaño de la cabeza en relación con el resto del cuerpo en distintas etapas del desarrollo.

IMAGEN 16. Tamaño de la cabeza en relación con el cuerpo.⁴

IMAGEN 17. A. Feto de 11 semanas, el cordón umbilical todavía presenta prominencia en su base, la cara carece de contornos lisos y los dedos no están bien desarrollados. B. Feto de 12 semanas, piel extremadamente fina, vasos sanguíneos subyacentes, la cara presenta características humanas, los movimientos empiezan en este momento pero por lo general son imperceptibles.⁴



4. Sadler T. et.al Langman: Embriología médica, 11ª edición. Wolters Kluwer. Página 91-112.

4.1.7 Circulación materno-fetal

4.1.7.1 Circulación fetal

La sangre fetal de tipo venoso y desoxigenada fluye a la placenta a través de dos arterias umbilicales. A medida que el cordón se une a la placenta, estos vasos umbilicales se ramifican de manera repetida bajo el amnios y de nueva cuenta dentro de las vellosidades en división para formar al final redes capilares en las divisiones terminales.⁴ La sangre con una concentración significativamente mayor de oxígeno retorna de la placenta a través de una sola vena umbilical al feto (Imagen 18).

Antes de la semana 10 no hay un patrón de flujo diastólico terminal dentro de la arteria umbilical al término del ciclo cardiaco fetal. Después de ese punto aparece el flujo diastólico terminal y se mantiene durante toda la gestación normal.⁴

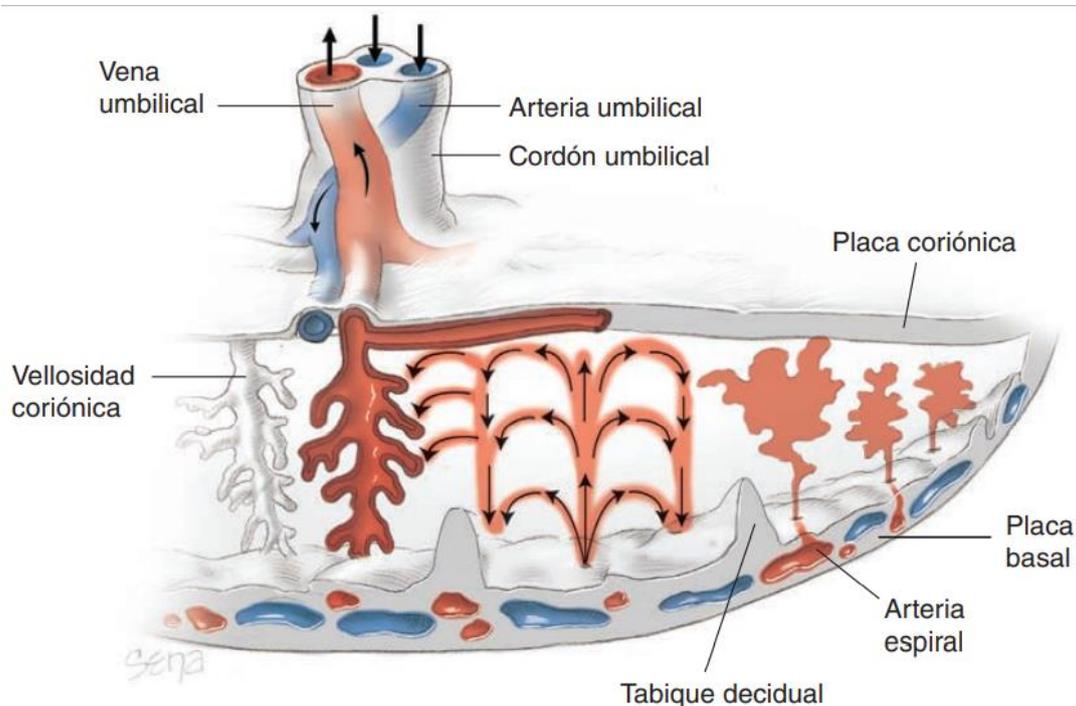


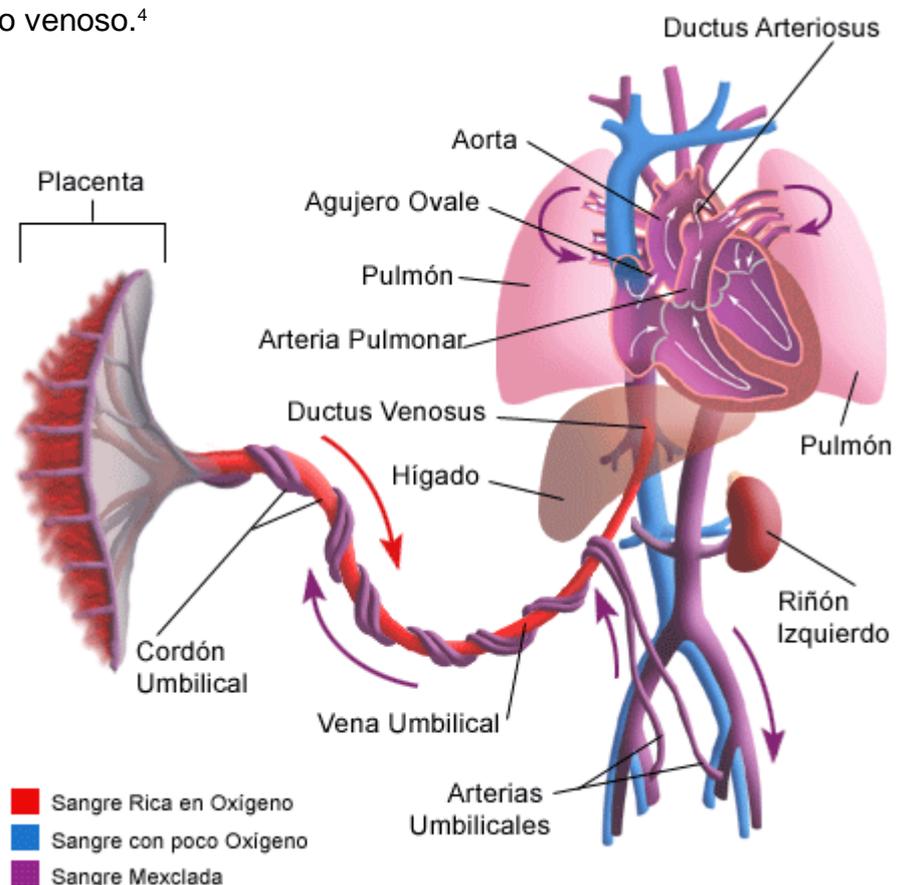
IMAGEN 18. Esquema de un corte a través de una placenta a término. La sangre materna fluye a los espacios intervillosos en chorros con forma de embudo. Se observan intercambios con la sangre fetal cuando la sangre materna fluye alrededor de las vellosidades.⁴

Hay cuatro estructuras en el aparato circulatorio del feto que lo diferencian del de un adulto:

1. Conducto arterioso.- Se trata de una anastomosis, es un pequeño conducto que conecta la arteria pulmonar principal (se dirige a los pulmones) y la arteria aorta (se dirige al resto del cuerpo y placenta). Esta estructura va a permitir que la circulación sanguínea evite el paso por los

- pulmones, de forma que la mayoría de la sangre que lleva el tronco arterioso pulmonar va a desembocar en la arteria aorta.⁴
2. Placenta.- Órgano efímero en el que ocurre el intercambio de sustancias entre la circulación materna y la circulación fetal. A ella llega la sangre desoxigenada que circula por la arteria aorta descendente y las arterias umbilicales. En la placenta la sangre se oxigena, y se dirige al corazón del feto para ser bombeada.⁴
 3. Conducto venoso.- Se trata de un pequeño vaso sanguíneo que comunica dos venas: la vena umbilical (que lleva sangre oxigenada procedente de la placenta), y la vena cava inferior (que recoge la sangre desoxigenada de la parte inferior del cuerpo del feto), con la finalidad de evitar la irrigación del hígado. El hígado si posee funciones de alta relevancia en el feto, como por ejemplo la hematopoyesis. Sin embargo, para su irrigación basta de una pequeña porción de sangre circulada por la vena porta.⁴
 4. Foramen oval.- Una abertura en el tabique entre la aurícula izquierda y derecha, la cual permite que la sangre oxigenada procedente de la vena cava inferior fluya hacia la aurícula izquierda. La función de esta estructura es que la sangre que proviene de las venas cava no se mezcle.⁴
 - La vena cava superior lleva sangre desoxigenada procedente de los tejidos superiores del cuerpo del feto: cabeza, cuello, tórax, etc.⁴
 - La vena cava inferior lleva dos tipos de sangre: sangre desoxigenada procedente de los tejidos inferiores del cuerpo del feto y del hígado, y sangre oxigenada procedente de la placenta que a la altura del hígado atraviesa el conducto venoso.⁴

IMAGEN 6. Representación de la circulación materno-fetal.⁴



4.1.7.2 Circulación materna

La sangre materna ingresa a través de la placa basal y asciende hacia la placa coriónica por la presión arterial antes de dispersarse hacia los lados. Después de perfundir la superficie externa de las microvellosidades de la superficie de las vellosidades coriónicas, la sangre materna regresa a través de orificios venosos en la placa basal e ingresa a las venas uterinas.⁴ En consecuencia, la sangre materna cruza la placenta en forma aleatoria sin conductos preformados. La invasión trofoblástica antes descrita de las arterias espirales crea vasos de baja resistencia que pueden adaptarse al aumento masivo de la perfusión uterina durante el embarazo.⁴

Después de las 30 semanas, un gran plexo venoso separa a la decidua basal del miometrio, de este modo, participa en la provisión de un plano de disección natural para el desprendimiento de la placenta.

4.1.8 Modificaciones fisiológicas en el embarazo

Durante el embarazo normal, todos los sistemas orgánicos experimentan cambios anatómicos y funcionales que se describirán en la tabla 1.

TABLA 1. Descripción de los cambios fisiológicos en el embarazo.

ORGANO O SISTEMA	CAMBIOS
UTERO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El volumen total promedio del contenido al término de la gestación es de alrededor de 5 L, pudiendo pesar hasta 1100 g aproximadamente. ✓ Incrementa en forma considerable el tejido elástico. ✓ La porción principal de la pared uterina está formada por fibras del estrato medio (red densa de fibras musculares perforadas en todas direcciones por vasos sanguíneos), en forma de ocho, lo cual ayuda al momento de las contracciones. ✓ Asciende y hace contacto con la pared abdominal anterior, desplaza a los intestinos a los lados y hacia arriba. ✓ Cuando la mujer está en posición supina, el útero se desplaza hacia atrás, descansa sobre la columna vertebral y los grandes vasos adyacentes, sobre todo la vena cava y la aorta. ✓ A partir del comienzo del embarazo, el útero experimenta contracciones irregulares que en condiciones normales son indoloras. ✓ Durante el segundo trimestre se presentan las contracciones de Braxton Hicks, las cuales aumentan con forme se acerca el término de la gestación. ✓ Aumento progresivo del flujo sanguíneo.

<p>CUELLO UTERINO</p>  <p>IMAGEN 18. Eversión cervical del embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comienza a presentar ablandamiento y cianosis pronunciados. ✓ Las glándulas cervicales experimentan una proliferación tan marcada que al final del embarazo ocupan casi la mitad de toda la masa cervical (Imagen 16). ✓ Las células mucosas endocervicales producen grandes cantidades de un moco pegajoso que obstruye el conducto cervical (tapón mucoso).
<p>OVARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La ovulación cesa durante el embarazo y se suspende la maduración de folículos nuevos. ✓ Existe un solo cuerpo amarillo. ✓ Aumenta el calibre de las venas ováricas. ✓ Secreta relaxina, la cual produce la remodelación del tejido conjuntivo del aparato reproductor para adaptarse al parto.
<p>VAGINA Y PERINEO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumenta la vascularidad y hay hiperemia en la piel y los músculos del perineo y la vulva. ✓ Se presenta el signo de Chadwick. ✓ Aumento considerable del grosor de la mucosa vaginal. ✓ Aumento considerable de volumen de las secreciones cervicales en el interior de la vagina.
<p>MAMAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Al principio, experimentan sensibilidad y parestesias mamarias. ✓ Después del segundo mes, las mamas aumentan de tamaño y aparecen venas más visibles. ✓ Los pezones se vuelven mucho más grandes, más pigmentados y eréctiles. ✓ En la segunda mitad del embarazo aparece el calostro ante la estimulación. ✓ Brotan las glándulas de Montgomery.
<p>HEMATOLÓGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipervolemia, la cual se genera para cubrir las siguientes necesidades: <ul style="list-style-type: none"> • Cubrir las demandas metabólicas del útero crecido. • Aportar una abundancia de nutrientes y elementos. • Salvaguardar a la madre contra los efectos adversos de la pérdida sanguínea relacionada con el parto. ✓ La concentración de hemoglobina y el hematocrito disminuyen como resultado de la hipervolemia.
<p>CARDIOVASCULAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El gasto cardíaco aumenta desde la quinta semana y refleja un descenso de la resistencia vascular sistémica y un aumento de la frecuencia cardíaca. ✓ Conforme el diafragma se eleva en forma progresiva, el corazón se desplaza hacia la izquierda y arriba.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La punta se desplaza en sentido lateral con respecto a su posición habitual.
SISTEMA RESPIRATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ la ventilación por minuto en reposo aumentan en forma considerable a medida que avanza el embarazo. ✓ La capacidad funcional residual y el volumen residual disminuyen como consecuencia de la elevación del diafragma.
SISTEMA URINARIO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El tamaño renal aumenta un poco. ✓ El índice de filtración glomerular y el flujo plasmático renal aumentan desde el principio. ✓ Se presenta polaquiuria. ✓ Después que el útero sale por completo de la pelvis, descansa sobre los ureteres, los desplaza a los lados y los comprime en el borde pélvico, provocando una dilatación ureteral. ✓ Aumenta la presión vesical debido al desplazamiento del útero. ✓ Algunas mujeres experimentan cierto grado de incontinencia urinaria en el tercer trimestre.
SISTEMA GASTROINTESTINAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El estómago e intestino se desplazan por el útero en crecimiento. ✓ En la segunda mitad del embarazo el aumenta el tiempo de vaciamiento gástrico. ✓ La pirosis es frecuente debido a que la peristalsis esofágica tiene ondas de menor velocidad. ✓ Las encías pueden volverse hiperémicas y blandas, sangrando con traumatismos leves.
SISTEMA ENDOCRINO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La fase folicular se caracteriza por cifras crecientes de estrógenos, engrosamiento del endometrio y selección del folículo dominante "ovulatorio". Durante la fase lútea el cuerpo amarillo produce estrógenos y progesterona, que preparan el endometrio para la implantación. El blastocito en desarrollo comienza a producir gonadotropina coriónica humana y rescata al cuerpo amarillo al mantener la producción de progesterona (Imagen 2). ✓ HORMONA DEL CRECIMIENTO HUMANO (hGH): Desde las 8 semanas se produce por la placenta. Alrededor de las 17 semanas, la placenta es la principal fuente de hormona del crecimiento. ✓ PROLACTINA (PRL): Las concentraciones plasmáticas maternas de prolactina aumentan mucho durante el embarazo. ✓ GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA (hCG): La hCG se produce casi de forma exclusiva en la placenta, también se sintetiza en el riñón fetal. ✓ LACTOGENO PLACENTARIO HUMANO (hPL): Se concentra en el sincitiotrofoblasto. Se detecta en la tercera semana después de la fecundación. Tiene una amplia similitud con la acción de la hGH. ✓ GLÁNDULA TIROIDES: Se genera un aumento marcado y temprano en la producción hepática de globulina de unión con tiroxina (TBG) y en la síntesis placentaria de gonadotropina coriónica (hCG).

	<p>✓ GLANDULAS PARATIROIDEAS: La regulación de la concentración de calcio está muy interrelacionada con la fisiología del magnesio, el fosfato, la hormona paratiroidea, la vitamina D y la calcitonina. El calcio necesario para el crecimiento fetal y la lactancia puede obtenerse en parte del esqueleto materno.</p>
--	--

Fuente: Elaboración propia basado en Gary F. et al. Williams. Obstetricia, 23ª edición. México: Mc Graw Hill; 2011.

4.1.9 Cambios psicológicos y sociales en el embarazo

El embarazo produce una alteración psicológica transitoria en la mujer, ya que requiere de adaptarse a la nueva situación y esto puede provocar alguna manifestación psicológica aguda.

Para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida. Dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, cómo debe ser y comportarse para ser una “buena madre”, además de que se le considera una función exclusiva de ella.

Por otra parte influyen aspectos importantes como el hecho de que no se dé en circunstancias socialmente deseables, por ejemplo, con una pareja estable y en una situación económica apropiada, lo cual se agrava cuando no cuenta con apoyo familiar por la misma situación.⁵

Esto no favorece en absoluto la adaptación de la mujer ante un evento como lo es el embarazo, impactando esto en su estado emocional, generando estados ansiosos o depresivos.

Estudios anteriores han podido establecer que existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales ayudan al especialista a comprender mejor su expresión como parte del evento reproductivo.⁵

Entre las diversas manifestaciones emocionales que se presentan en el embarazo, se encuentran:

- ✓ Estado depresivo que se puede manifestar a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por su salud, traducido en varias quejas somáticas.⁵
- ✓ Sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal.
- ✓ También tiende a elevarse la autoestima de la mujer que vive el embarazo como un logro.

- ✓ Ansiedad transitoria como adaptación a su estado, la cual puede incrementarse más en casos de presión social que por el propio embarazo, así como por temor a la pérdida y miedo a lo desconocido, y al propio papel de madre y a la situación económica.⁵

Estas características son de tipo transitorio y están supeditadas al desarrollo y resolución del embarazo, sin embargo, en ocasiones se requiere la intervención terapéutica de apoyo para su mejor resolución, dado que su manifestación dificulta la adaptación de la mujer frente al evento y le origina los conflictos.

La morbilidad psicológica y en especial la depresión y ansiedad que surgen en el periodo prenatal, son más comunes que en el periodo posnatal. La valoración psicosocial de todas las mujeres embarazadas es una parte integral del cuidado prenatal adecuado.⁵

5. Gómez M.E.; Aldana E.; Carreño J. & Sánchez C. Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. [Publicación periódica]. Diciembre 2006 [Citada en octubre, 2021]. 14 (2): 28-35. Psicología Iberoamericana. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.

4.2 EMBARAZO ADOLESCENTE

4.2.1 Concepto

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Normalmente la dividen en dos fases; adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años.¹

Al igual que el aborto, el embarazo en adolescentes es una situación compleja y tiene influencia de opiniones intensas e ideología religiosa que, en algunos casos, ha dado como resultado un bloqueo del acceso a los servicios de planificación familiar para las adolescentes.² Otro factor de confusión es aquel que se vincula con la presencia de la educación sexual en las escuelas.

4.2.2 Modificaciones psicológicas y sociales en el embarazo adolescente

La adolescencia es un periodo de cambios importantes en una persona, en donde se convierte en una etapa clave para el desarrollo de una vida adulta normal y una gran toma de decisiones que a la larga formara a los adultos en los que se convertirán.

En este período, son incipientes aún las estrategias de autodefinición que la niña o el niño toman para conformar la propia identidad, lo que los vuelve aún más vulnerables a un desarrollo alterado.⁶

Asociado a todos los cambios físicos que se generan, emergente en esta etapa viene el despertar sexual, que implica un creciente e intenso impulso e interés en este tema.

La madre adolescente debe asumir múltiples roles, que son aquellos que se consideran una tarea de adultos como es la maternidad, para los cuales aún no está psicológicamente madura.

1. INEGI. Características de las defunciones fetales registradas en México durante 2019. Comunicado de prensa núm. 410/20, 31-agosto-2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesFetales2019_08.pdf

2. Sánchez M. y Montoya Y. Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México. [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 53-64. Boletín CONAMED. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/numero_completo.pdf

6. Valdivia M.; Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. 2003. [Citada en octubre, 2021]. 12 (2): 85-109. Revista de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26412207>

4.2.3 Embarazo adolescente en México

4.2.3.1 Causas del embarazo adolescente

Se ha detectado que conductualmente se indica como frecuente, en este grupo de riesgo (adolescentes) el consumo de alcohol con el uso de drogas y una actividad sexual precoz.

Además se ha señalado que hay un bajo índice de uso de medidas anticonceptivas en la primera relación sexual, y que esto es más frecuente en las adolescentes de menor edad (menores de 15 años).⁶

En investigaciones realizadas en Ecuador, E.E.U.U. y otros países; se observó que las adolescentes embarazadas reportaban menor calidad en la comunicación familiar, que sus pares no embarazadas. Además se han planteado otras características que se pueden asociar a algún grado de disfunción familiar, como son, relaciones intrafamiliares complicadas y/o con violencia.⁶

En México, según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2014, 59.6 % de las mujeres en edad fértil que se encontraba embarazada al momento de la encuesta se clasifica en la categoría de embarazo planeado; el 18.5 % como embarazo no planeado, y el 21.9 % como embarazo no deseado.⁷ se han encontrado que los porcentajes más altos de un embarazo no planeado se presentan entre las adolescentes, donde el 50 % los reportan como no intencionales.

El embarazo adolescente representa principalmente una de la problemáticas con más importancia en el ámbito de salud pública, y ha ocupado un espacio importante en las áreas de población, educación, equidad de género y desarrollo socio-económico, siendo que se está presentando más de un embarazo no planeado en la adolescencia (Tabla 2).

En los últimos 20 años se ha tratado de realizar un gran esfuerzo de investigación sobre las características, determinantes y resultados negativos del embarazo en la adolescencia. Los resultados de investigación han ayudado a interiorizar en el nivel de dificultad de un tema que se encuentra estrechamente vinculado con la inequidad socioeconómica, la pobreza y las desigualdades que perduran en el acceso a la salud y educación, así como con los contextos socioculturales y con las incongruencias de género y generacionales.²

6. Valdivia M.; Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. 2003. [Citada en octubre, 2021]. 12 (2): 85-109. Revista de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Taller de capacitación: Planificación familiar y anticoncepción en México. Prescripción de métodos anticonceptivos. México; 2020.

2. Sánchez M. y Montoya Y. Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México. [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 53-64. Boletín CONAMED.

En este marco se ha demostrado la necesidad de dar progreso a la realización de información cuantitativa y cualitativa que atribuya a caracterizar y entender el fenómeno en contextos sociales específicos, así como visualizar alcances y retos de las estrategias y programas que se han propuesto para atender la salud sexual reproductiva de la población adolescente.

El problema del control de la natalidad en población adolescente es otro problema sin respuesta ya que se manifiesta que el 22.8% de las mujeres en estos grupos de edad cuentan con embarazos previos.

Tabla 2. Número de embarazos en mujeres embarazadas menores de 19 años de edad en México 2017.

No. De Embarazos	Edad	10 a 14 a	15 a 19 a	TOTAL	%
	1 embarazo		11,438	295,194	306,632
2 embarazo		283	76,837	77,120	19.41
3 embarazo		18	11,862	11,682	2.99
Más de 3 embarazo		7	1,681	1,688	.42
No especificado		3	72	75	.02
	Total	1749	385,646	397,395	100

Fuente: Sánchez M. y Montoya Y. Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México. [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 53-64. Boletín CONAMED.

4.2.3.2 Consecuencias y riesgos de la fecundidad en adolescentes

4.2.3.2.1 FÍSICAS

El uso de métodos anticonceptivos modernos contribuye a prevenir embarazos no intencionados y desempeña un papel clave en la disminución de la mortalidad y la morbilidad maternas, en la reducción del número de mujeres que recurren al aborto en condiciones de riesgo, en la reducción de la mortalidad neonatal y en la mejora de la salud y la supervivencia infantil World Health Organization - WHO, 2009 y 2010

Las complicaciones por embarazo o por parto prematuro son más frecuentes entre las adolescentes y las personas recién nacidas tienen el doble de riesgo de morir durante su primer año de vida que las nacidas de madres mayores de

20 años. Al garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos y otros servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), se salvan muchas vidas.⁷

El 8.3% de los nacimientos ocurridos en mujeres adolescentes presentan problemas desde el nacimiento, siendo los más frecuentes los traumatismos al nacimiento, trastornos relacionados con la duración de embarazo y defectos al nacimiento; diagnósticos que revelan la inmadurez física para la procreación en estos grupos de edad (Tabla 3).²

TABLA 3. Diagnósticos en nacidos vivos de mujeres menores de 19 años de edad en México.

DX	EDAD		TOTAL	%
	10 a 14	15 a 19		
Sin afección	10,731	354,752	365,483	91.97
Traumatismo del nacimiento	121	3,884	4,005	1.01
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	228	641	6,646	1.67
Malformaciones y deformidades congénitas y anomalías congénitas	84	3,044	3,128	0.79
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	16	643	659	0.17
Infecciones	3	141	144	0.04
Las demás afecciones y anomalías	566	16,764	17,330	4.36
Total	11,749	385,646	397,395	100

Fuente: Sánchez M. y Alanis D. Sistema de vigilancia epidemiológica sobre morbilidad materna severa [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 31-42. Boletín CONAMED.⁸

4.2.3.2.2 EMOCIONALES

La adolescente madre debe asumir una multiplicidad de roles, que son aquellos que conlleva una tarea de adultos como es la maternidad.

El embarazo adolescente puede desencadenar una serie de alteraciones emocionales en:

- **Autoestima:** Las adolescentes embarazadas poseen un pobre autoconcepto de sí mismas, encontrando un bajo nivel de autoconcepto general, poca confianza en sí mismas, sentimientos ansiosos y depresivos

7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Taller de capacitación: Planificación familiar y anticoncepción en México. Prescripción de métodos anticonceptivos. México; 2020.

2. Sánchez M. y Montoya Y. Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México. [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 53-64. Boletín CONAMED.

8. Sánchez M. y Alanis D. Sistema de vigilancia epidemiológica sobre morbilidad materna severa [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 31-42. Boletín CONAMED.

una autoestima “narcisista”, tendiendo a valorarse en exceso y a interesarse sólo en su persona.⁶

- Depresión: Se han encontrado hallazgos en investigaciones realizadas en México con adolescentes embarazadas, mayores niveles de depresión, encontrando sentimientos de inseguridad, culpa y la tendencia a apartarse del grupo social.⁶

4.2.3.2.3 SOCIALES

Esto también afecta a la familia de la adolescente embarazada, ya que, todo el grupo familiar se debe adaptar para recibir a un nuevo miembro, que de alguna manera va a modificar sus vidas.

Otra consecuencia evidente de esta situación es la deserción escolar. Así, en una investigación realizada en E.E.U.U., se observó que alrededor del 50% de las embarazadas adolescentes abandonaron la educación formal.⁶

Los adolescentes y jóvenes cursan por una etapa de sus vidas en donde harán decisiones y transiciones que en buena medida determinarán el curso de sus vidas, y en esa circunstancia, la toma de buenas o malas decisiones influye en el futuro de sus vidas, dependiendo de las oportunidades de desarrollo personal que se les abran.

Las situaciones que influyen en la vida futura de los/las adolescentes son:

- ✓ Abandonar o continuar en la escuela
- ✓ Acceder a una fuente de empleo remunerada
- ✓ El inicio de las relaciones sexuales
- ✓ Abandonar el hogar familiar
- ✓ Casarse o unirse
- ✓ Tener el primer hijo.

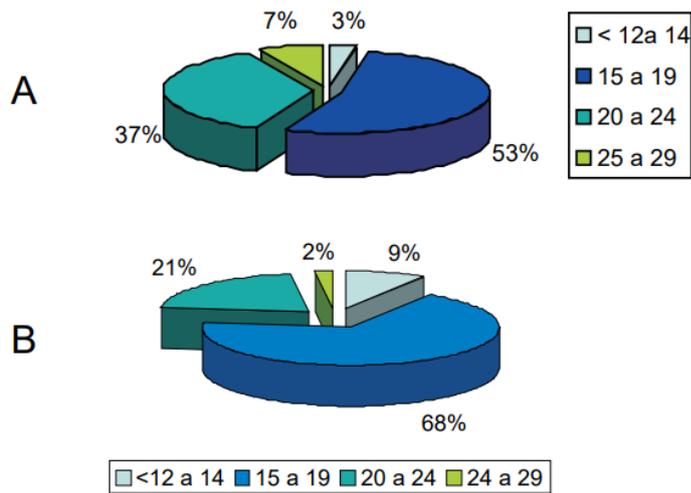
La presente generación adolescente tiene acceso a más y mejores oportunidades de desarrollo que las generaciones previas, el perfil social es más urbano y ha aumentado el nivel promedio de escolaridad.⁹

Sin embargo, a pesar de la evolución tecnológica que estamos presenciando, el nivel educativo sigue siendo bajo, debido a la influencia de tanta información a la que los y las adolescentes tienen acceso por medio de internet, en donde más que informarse adecuadamente, incurren a obtener información falsa que no es fidedigna para tomarse en cuenta en la toma de decisiones.

El inicio de la vida sexual es un acontecimiento importante que influye de una manera muy importante la vida de las y los jóvenes, y la importancia que le den a esta decisión (Grafica 2).

6. Valdivia M.; Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. 2003. [Citada en octubre, 2021]. 12 (2): 85-109. Revista de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

9. Díaz V. El embarazo no deseado y el aborto como problema de salud pública: El embarazo de las adolescentes en México. 2003, agosto. [Citada en julio, 2021]. 1 (139): 23-28. Academia Nacional de Medicina de México.



GRÁFICA 2. Sexualidad en los adolescentes y jóvenes en México. A) Edad de la primera unión. B) Edad de inicio de la actividad sexual.⁹

Es por ello que debemos generar políticas que ayuden a los adolescentes en la toma de decisiones, fomentando espacios en donde se pueda brindar información que oriente a las y los adolescentes sin el temor de ser discriminados, recriminados o estigmatizados por acercarse a pedir información. En donde se puedan acercar a aclarar dudas o reforzar conocimientos ya adquiridos sobre planificación familiar.

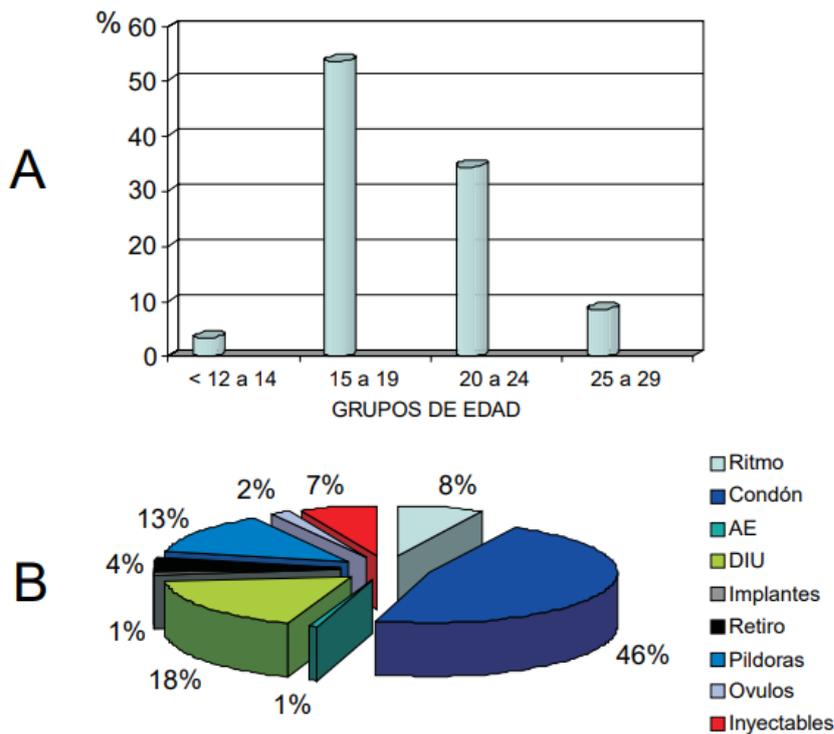
En las prácticas para evitar un embarazo no planeado es donde se aprecia una incongruencia entre el conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso práctico. A pesar de declarar que no se busca el embarazo, solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún tipo de métodos anticonceptivo (Gráfica 3).⁹

Al explorar el nivel de educación en las mujeres fallecidas de 10 a 14 años del 2002 al 2017, se observó que el 82.5% contaba con el nivel de educación correspondiente a su edad y el 10.3% fueron registradas en el estrato de ninguna educación. Esto demuestra la forma en que influye un embarazo no deseado a corta edad.⁸

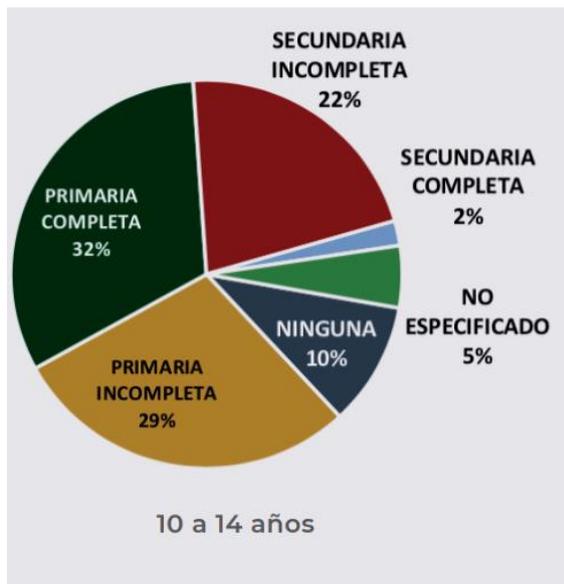
Otra situación importante que se presenta en un embarazo no deseado es la idea de la interrupción del mismo, ya que, el aborto es un problema de salud pública con un elevado índice de mortalidad y de complicaciones (Gráfica 4 y 5).⁵ Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía, cuando corren mayores riesgos. Debido al estigma asociado con el embarazo fuera del matrimonio y el aborto, las adolescentes muchas veces no procuran abortos legales y seguros.⁹

8. Sánchez M. y Alanís D. Sistema de vigilancia epidemiológica sobre morbilidad materna severa [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 31-42. Boletín CONAMED.

9. Díaz V. El embarazo no deseado y el aborto como problema de salud pública: El embarazo de las adolescentes en México. 2003, agosto. [Citada en julio, 2021]. 1 (139): 23-28. Academia Nacional de Medicina de México.



GRÁFICA 3. Uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes y jóvenes en México. A) Edad de Inicio de la Anticoncepción; B) Mezcla de Métodos.⁹

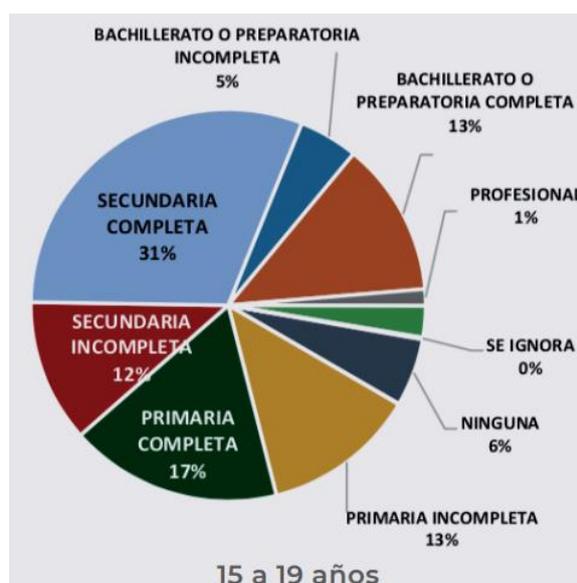


GRÁFICA 4. Muertes maternas en menores de 10 a 14 años de edad por escolaridad materna, México 2002-2017.⁸

8. Sánchez M. y Alanís D. Sistema de vigilancia epidemiológica sobre morbilidad materna severa [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 31-42. Boletín CONAMED.

9. Díaz V. El embarazo no deseado y el aborto como problema de salud pública: El embarazo de las adolescentes en México. 2003, agosto. [Citada en julio, 2021]. 1 (139): 23-28. Academia Nacional de Medicina de México.

GRÁFICA 5. Muertes maternas en menores de 15 a 19 años de edad por escolaridad materna, México 2002-2017.⁸



En la Ciudad de México la interrupción del embarazo es legal hasta las 12 semanas de gestación si la mujer lo solicita.⁷ Posterior a este período, la ley solo reconoce el derecho al aborto si:

- El embarazo es resultado de una violación.
- Pone en riesgo la salud de la mujer.
- Cuando el producto presenta malformaciones genéticas o congénitas.

Para llevar a cabo este procedimiento existen instancias en la CDMX en donde se practica la Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

4.2.3.2.4 ECONÓMICAS

Otra consecuencia evidente de esta situación es la deserción escolar. Lo que conlleva a menores logros educacionales y laborales, generando así la transmisión intergeneracional de la pobreza, ya que tendríamos a una niña pobre que tiene un hijo a temprana edad, y que asociado a esto, deserta de sus estudios, o que en algunos casos, ya los había dejado previamente. Por lo tanto, podrá aspirar sólo a trabajos mal remunerados.

4.2.3.3 Razón de muerte materna severa (RMMS) en embarazos adolescentes

El número de embarazos adolescentes es un número creciente que se ha percibido desde el 2007. Hoy en día existe mucha desinformación con respecto al manejo de un embarazo no deseado en las adolescentes.

8. Sánchez M. y Alanís D. Sistema de vigilancia epidemiológica sobre morbilidad materna severa [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 31-42. Boletín CONAMED.

7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Taller de capacitación: Planificación familiar y anticoncepción en México. Prescripción de métodos anticonceptivos. México; 2020.

Debido a esto, se está presentando cierto número de casos con RMMS en embarazos adolescentes, y aunque no sea un número mayor, es un dato de alarma que se comienza a presentar (Gráfica 6).



GRAFICA 6. Casos con RMMS por grupo de edad.⁸

1.1.1 Educación en el embarazo adolescente

Es muy importante tener una buena educación sexual para evitar los embarazos en la adolescencia que en la mayoría de los casos se convierten en embarazos no deseados.

La realidad es que los adolescentes en México inician su vida sexual a distintas edades, generalmente en el bachillerato, el embarazo suele ser el resultado por la falta del uso de métodos anticonceptivos cuando se mantienen relaciones sexuales activas.⁷

En situaciones de emergencia, el uso de métodos anticonceptivos modernos permite continuar con una vida sexual satisfactoria y segura. Las mujeres pueden postergar o evitar un embarazo si así lo desean y ejercer su derecho a la autonomía reproductiva.⁷

En México existen programas y talleres que están enfocados en la educación de las y los adolescentes sobre planificación familiar.

Esto con la finalidad de contribuir a que la población mexicana disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, mediante servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción, con respeto a sus derechos y a su libre decisión.⁷

7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Taller de capacitación: Planificación familiar y anticoncepción en México. Prescripción de métodos anticonceptivos. México; 2020. Disponible en: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/taller_01_pf.pdf

8. Sánchez M. y Alanís D. Sistema de vigilancia epidemiológica sobre morbilidad materna severa [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 31-42. Boletín CONAMED. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/numero_completo.pdf

4.3 ESTIGMATIZACIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

4.3.1 Conceptualización del estigma

El término estigma posee diferentes significados de acuerdo al momento histórico al que se refleja.

- Para los griegos, se trataba de signos corporales para señalar algo malo como la esclavitud, crimen o traición.
- El cristianismo designa con este concepto, tanto la gracia divina como la perturbación física.
- En el último período, un estigma designa, ya no manifestaciones del cuerpo, sino al mal en sí mismo.¹⁰

La palabra estigma es de origen griego y se refiere a la marca física que se dejaba con fuego o con navaja en los individuos considerados extraños o inferiores. En la actualidad las marcas físicas han desaparecido, pero el estigma permanece, basado en uno o más factores, como edad, clase, color, grupo étnico, creencias religiosas, sexo y sexualidad.¹¹

La estigmatización produce grupos de personas que ven condicionado su ejercicio de ciudadanía al negárseles el cumplimiento de derechos tales como el derecho a la salud.¹⁰

4.3.2 Mecanismos de producción del estigma y su clasificación

Goffman 2006 conceptualiza el manejo del estigma como un rasgo general de la sociedad. Refiere que los roles denominados normal y estigmatizado, son parte de la misma trama, en donde cada individuo participa en ambos roles en algún momento de la vida. Normal y estigmatizado, entonces, no son personas sino perspectivas.¹⁰

De acuerdo con Erving Goffman, se puede hablar de tres tipos de estigma:

- 1) Las abominaciones del cuerpo: en las cuales se inscriben todas las deformidades y dismorfias del cuerpo.
- 2) Los estigmas tribales: relacionados con la pertenencia del sujeto a cierta raza, nación o credo y que son susceptibles de ser transmitidos a través de la herencia.
- 3) Los defectos del carácter: relacionados con fallas morales que devalúan a los sujetos como el alcoholismo, la drogadicción, etc.

10. Vázquez A. & Stolkiner A. Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia [Publicación periódica]. 2009 [Citada en octubre, 2021]. 16 (1): 295-303. Anuario de Investigaciones. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

11. Callejas L. & Piña C. La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil [Publicación periódica]. Noviembre-diciembre, 2005 [Citada en octubre, 2021]. 134 (1): 64-70. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco. Distrito Federal, México.

4.3.3 Proceso de estigmatización de adolescentes embarazadas

Ser madre adolescente, potencia por otra parte, la probabilidad de ser objeto de discriminación por género, experimentar estigma cultural o permanecer atadas a roles tradicionales que perpetúan la feminización de la pobreza.¹¹

Se identificaron solo tres estudios que exploran las RS de la maternidad adolescente en embarazadas menores de 19 años. Uno de ellos documentó la existencia de experiencias distintas en cuanto al estigma social y familiar, en función del número de gestación de la adolescente.¹¹ Los otros dos fueron realizados en Australia y señala que las jóvenes combaten dicha situación, invirtiendo gran parte de su energía en desempeñar una identidad de “buena madre” a manera de una práctica resiliente para legitimarse socialmente y combatir dicho estigma.

En un estudio realizado a adolescentes embarazadas de México, en Morelia, se identificó que, una parte importante de las jóvenes contempla la maternidad como una experiencia para la que sus cuerpos y mentes no están preparados, conscientes de los riesgos que implica el embarazo.¹¹

Prevaleció un intenso miedo frente a un peligro real o supuesto, presente o futuro, a las consecuencias que para su vida y desarrollo traería la maternidad.

Las jóvenes identifican la maternidad, como una experiencia en la que las mujeres-madres deben someterse a estrategias de control por parte de sus parejas, obligadas a cumplir con una serie de exigencias sociales que se imponen sobre el rol de esposas y madres, pero sobre todo, como una condición que potencia su vulnerabilidad, por la dependencia económica que les representa la manutención de los hijos.¹¹ Es por ello que se sienten estigmatizadas, al no cumplir con el rol establecido por la sociedad.

4.3.4 Complicaciones más frecuentes en embarazadas adolescentes por estigmatización

Las mujeres que cursan con un embarazo adolescente tienen que sortear una serie de estigmas y prejuicios que impiden su acceso a oportunidades de empleo. Así lo refiere la Encuesta sobre Discriminación de la Ciudad de México 2013, EDIS-CDMX 2013 la cual señala que existen diversas formas de discriminación a mujeres embarazadas, especialmente hacia quienes están solteras.¹²

11. Callejas L. & Piña C. La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil [Publicación periódica]. Noviembre-diciembre, 2005 [Citada en octubre, 2021]. 134 (1): 64-70. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco. Distrito Federal, México.

12. Villalobos A., Campero L., Suárez L., Atienzo E., Estrada F. & De la Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Marzo-abril 2015. [Citado en octubre, 2021]. 57 (2). Salud pública de México.

La evidencia muestra que el embarazo temprano incrementa las dificultades para manejar situaciones tanto cotidianas como eventuales, como aquéllas vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral. Dicha condición agudiza las inequidades de género y precariedad, particularmente para las mujeres.¹²

La expectativa social de la adolescencia es que esta es una etapa en la que los individuos se preparan para la vida y adquieren habilidades para desarrollarse con plenitud. La permanencia escolar favorece el desarrollo personal y abre alternativas a otros roles sociales además de la maternidad.¹²

El aborto practicado en condiciones inseguras es un problema social y de salud pública de gran importancia en México.¹³ En donde en ocasiones, adolescentes embarazadas, mal informadas, por temor a pedir ayuda e información, incurren a la mala toma de decisiones.

En la Ciudad de México la interrupción del embarazo es legal hasta las 12 semanas de gestación si la mujer lo solicita, independientemente de las razones que tenga para ello.¹³ Posterior a ese tiempo la ley identifica como ilegal la interrupción del embarazo, a excepción de algunos casos (si el embarazo es resultado de una violación, pone en riesgo la salud de la mujer o cuando el producto presente malformaciones genéticas o congénitas graves).

Para llevar a cabo este procedimiento, existen clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud del Gobierno de la CDMX que proveen el servicio de manera segura, confidencial y gratuita, sin importar la entidad de residencia y si cuentan con algún tipo de derechohabencia.¹³

También, el embarazo en las adolescentes es considerado un problema médico-social, presentando resultados perinatales adversos, como el retraso en el crecimiento intrauterino, anemias, hemorragias obstétricas, infección de vías urinarias, complicaciones del parto e incremento del nacimiento vía cesárea.¹⁴

Las complicaciones en embarazadas adolescentes, cuando se comparan con las embarazadas adultas, se incrementan sobre todo en aquellas mujeres sin control prenatal, pudiendo ser:

- Presentan una mayor incidencia de malformaciones.
- La atención prenatal tardía o deficiente.
- Riesgo de presentar anemia, deficiencia de hierro y de zinc.
- Presentar vulvovaginitis, amenazas de aborto o de parto pretérmino.
- Los desgarros cervicales durante el parto, (frecuentemente en menores de 15 años).¹⁴

12. Villalobos A., Campero L., Suárez L., Atienzo E., Estrada F. & De la Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Marzo-abril 2015. [Citado en octubre, 2021], 57 (2). Salud pública de México.

13. Navarro A. Interrupción legal del embarazo, experiencia en la ciudad de México. [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en octubre, 2021] 5 (25): 65-70. Boletín CONAMED.

14. Osorio P., Flores A. & Mendez P. Embarazo en adolescentes y riesgo de complicaciones perinatales. [Citada en octubre, 2021]. México.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO Y DISEÑO

Se realizó un estudio cuantitativo bajo el diseño analítico, retrospectivo y transversal en donde se analizó la repercusión de la estigmatización del embarazo adolescente en pacientes que llevan su control prenatal en la clínica BRIMEX, en donde se incluyen a las mujeres embarazadas a partir de las 20 semanas de gestación.¹⁵

5.2 POBLACIÓN

Pacientes embarazadas de 12 a 18 años que llevaron su control prenatal en la clínica BRIMEX

5.3 MUESTRA

Son 53 pacientes que acudían a la clínica BRIMEX para llevar su control prenatal, de las cuales 23 eran menores de 19 años

5.4 MUESTREO

La selección de las participantes fue a través de una elección no probabilística por conveniencia.

5.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.5.1 Inclusión

Pacientes embarazadas de 12 a 19 años que llevaron su control prenatal en la clínica BRIMEX

5.5.2 Exclusión

Mujeres embarazadas mayores de 19 años

15. Vallejo M. El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. 2002, [Citado en julio, 2021]. 72 (1). Ciudad de México, Archivos de Cardiología de México.

5.5.3 Eliminación

- ❖ Pacientes embarazadas que se presentaron en la clínica BRIMEX antes de la semana 20 de gestación; ya que las candidatas a participar en la atención brindada por la clínica deben cumplir las 20 SDG.
- ❖ Pacientes que no cumplieron con las consultas establecidas en el programa de atención de la clínica (de nutrición, psicología, dental, medicina general y ginecológica), ya que se daban de baja para la atención.
- ❖ Pacientes que vivían a más de una hora a la redonda de la clínica BRIMEX.
- ❖ Pacientes que abandonaron el estudio por finalización del embarazo o por elección propia

6. DESARROLLO METODOLÓGICO

6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

TABLA 3. Variables a tomar en cuenta.

VARIABLE	DEFICINIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	PROPIEDAD	MEDICIÓN	CÓDIGO O VALOR
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Tiempo en años cumplidos por una persona en el momento de la aplicación de la encuesta	Cuantitativa discontinua	=, ≠, <, >, 0 relativo o absoluto	Años cumplidos	Dato duro
Semanas de gestación	Tiempo de gestación que lleva un embarazo	Tiempo en semanas que lleva gestando una mujer a partir del primer día de la última menstruación	Cuantitativa discontinua	=, ≠, <, >, 0 relativo o absoluto	Tiempo de gestación en semanas	Dato duro
Estado civil	Conjunto de cualidades que distinguen a un individuo en la sociedad y en la familia.	Cualidades que distinguen a un individuo en la sociedad y en la familia.	Cualitativa nominal	=, ≠	Situación actual de las personas en la sociedad	1: Soltero 2: Casado 3: Unión libre 4. Viudos 5. Divorciados 6. Separados
Estado emocional al enterarse del embarazo	Reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos de	Reacción subjetiva al ambiente representativo del embarazo.	Cualitativa nominal	=, ≠	Reacción emocional al enterarse del embarazo	1: Enojo 2: Felicidad 3: Tristeza 4: Temor

	origen innato, influidos por la experiencia.					5: Otro
Estado emocional actual	Reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos de origen innato, influidos por la experiencia.	Reacción subjetiva al ambiente representativo del embarazo.	Cualitativa nominal	=, ≠	Reacción emocional actual ante el embarazo	1: Enojo 2: Felicidad 3: Tristeza 4: Temor 5: Otro

Fuente: Elaboración propia.

6.2 RECOLECCIÓN DE DATOS

6.2.1 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada (EEAE), instrumento de valoración desarrollado por Wiemann, Blood, y King, validado en el instituto nacional materno perinatal, con un índice de confiabilidad interna por Alfa de Cronbach 0.78.¹⁶

Está constituida por 8 ítems que evaluaron cuán estigmatizadas (prejuiciadas, marginadas y/o discriminadas) se han sentido las adolescentes en el transcurso de su embarazo. Para la construcción teórica de la EEAE se asumió tres entidades sociales promotoras de la estigmatización: la familia (tres ítems), el entorno social (cuatro ítems) y personal (un ítem). Los ocho ítems contaron con respuesta tipo Likert de cuatro opciones, según frecuencia.¹⁶

TABLA 4. Ítems de la Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada (EEAE).

Variable	Def. conceptual	Def. operacional	Dimensión	Indicadores	Medición	Código o valor
Estigmatización	Estigma es una característica o un atributo que hace que el individuo que lo porta sea considerado como parte de	Característica o atributo negativo que hace que las adolescentes embarazadas sean marginadas o rechazadas por la sociedad	Familiar	Sentí que mi embarazo decepcionaba a mi familia	N=Nunca AV=A veces LMV=La mayoría de las veces S=Siempre	1=Nunca 2=A veces 3=La mayoría de las veces 4=Siempre
				Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia	N=Nunca AV=A veces LMV=La mayoría de las veces S=Siempre	0=Nunca 1=A veces 2=La mayoría de las veces 3=Siempre

16. Mori E., Contreras H., Hinostrza W., Lam N., Huapaya O., Chacon H., Black C. & Urrutia D. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. 2015 [Citado en julio, 2021]. 76 (2):141-146. An Fac med. Pp 142-143.

	un grupo inferior, inaceptable o negativo.		Entorno social	Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares	N=Nunca R=Raramente LPT=La mayor parte del tiempo TT=Todo el tiempo	0=Nunca 1=A veces 2=La mayoría de las veces 3=Siempre
				Durante mis cuidados del embarazo, sentí que el personal de salud me discriminaba por ser adolescente	N=Nunca R=Raramente LPT=La mayor parte del tiempo TT=Todo el tiempo	0=Nunca 1=A veces 2=La mayoría de las veces 3=Siempre
				Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos	N=Nunca R=Raramente LPT=La mayor parte del tiempo TT=Todo el tiempo	0=Nunca 1=A veces 2=La mayoría de las veces 3=Siempre
				Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se enterase de mi embarazo	N=Nunca AV=A veces LMV=La mayoría de las veces S=Siempre	0=Nunca 1=A veces 2=La mayoría de las veces 3=Siempre
				Sentí que las personas de mi	N=Nunca R=Raramente	0=Nunca 1=A veces

				edad me miraban mal por haber salido embarazada	LPT=La mayor parte del tiempo TT=Todo el tiempo	2=La mayoría de las veces 3=Siempre
			Personal	He sentido que salir embarazada siendo adolescente fue una oportunidad para mí	N=Nunca R=Raramente LPT=La mayor parte del tiempo TT=Todo el tiempo	0=Nunca 1=A veces 2=La mayoría de las veces 3=Siempre

Fuente: Elaboración propia, basado en Mori E., Contreras H., Hinostroza W., Lam N., Huapaya O., Chacon H., Black C. & Urrutia D. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. 2015 [Citado en julio, 2021]. 76 (2):141-146. An Fac med

Según la hipótesis de trabajo planteada en la validación del instrumento (EEAE), aquellas adolescentes que respondieran “Siempre” a las tres preguntas para evaluar el autoconcepto materno de estigmatización percibida, deberán presentar significativamente mayores puntajes de estigmatización presentada.¹⁶

16. Mori E., Contreras H., Hinostroza W., Lam N., Huapaya O., Chacon H., Black C. & Urrutia D. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. 2015 [Citado en julio, 2021]. 76 (2):141-146. An Fac med. Pp 142-143.

6.3 METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS

6.3.1 Método

Para la recolección de los datos, con la intención de mantener su estandarización y limitar el riesgo de sesgo, los datos fueron recolectados por la propia investigadora, tomando en cuenta las siguientes fases:

❖ FASE I: Aprobación

- Se valoró previamente la revisión, dictamen y aprobación del proyecto por el comité de investigación y ética.

❖ FASE II: Identificación de participantes

- Se identificó en el área de BRIMEX a las participantes que cumplieran con los criterios de selección.
- Se invitó personalmente a las participantes.
- Se explicó a las participantes el objetivo del estudio.

❖ FASE III: Recolección

- Una vez que las pacientes aceptaron participar en el estudio, se explicó cómo contestar la encuesta.
- Se explicó la forma de llenar el formulario.
- Se aclararon las dudas sobre palabras que no conocían.
- Se les proporcionó un consentimiento informado donde autorizaron su participación en el estudio.
- Se les proporcionó el instrumento y el tiempo necesario para contestarlo.

❖ FASE IV: Validación

Una vez que el participante contestó el instrumento, el investigador verificó que los ítems fueron contestados al 100%, en los casos contrarios, se les invitó a contestar las frases o preguntas pendientes.

❖ FASE V: Agradecimiento

- Una vez concluido el instrumento, se les agradeció a las participantes por su colaboración en el estudio.

6.3.2 Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico para las ciencias sociales en su versión 25 con estadística descriptiva considerando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y cuantitativas.

6.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con base en la normatividad ético-legal, nacional e internacional, estipulado por el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, el informe de Belmont, la NOM-012 para la investigación en seres humanos, el presente estudio se considera sin riesgo, debido a que no se manipularan variables biológicas y el investigador se compromete a respetar los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Así mismo se aplicó un consentimiento informado (verbal y escrito) solicitando su participación de los sujetos de estudio, en caso de que la persona abandone el estudio no se verá perjudicada su atención en la institución de salud.^{17, 18, 19, 20.}

17. Código de Nuremberg: Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. Publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Nüremberg [Citado en julio, 2021].

18. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989. Últimos cambios realizados en mayo 2012. [Citado en julio, 2021].

19. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comprobado el 16 de abril de 2003. [Citado en julio, 2021].

20. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Citado en julio, 2021].

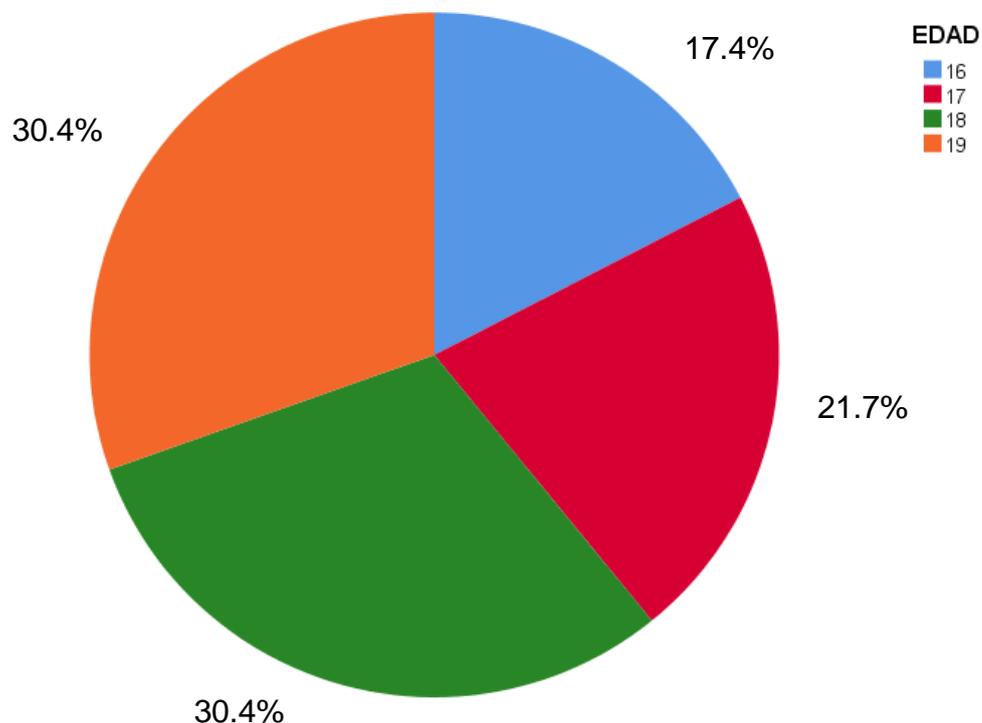
7. RESULTADOS

Se realizó el estudio a 23 adolescentes embarazadas que acudían a recibir atención prenatal en la clínica BRIMEX, de las cuales 9 fueron menores de edad y 14 mayores de edad (Gráfica 7).

TABLA 5. Edad de las participantes que contestaron el instrumento de valoración.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16	4	17.4
17	5	21.7
18	7	30.4
19	7	30.4
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.



GRÁFICA 7. Porcentaje de edad de las participantes. Elaboración propia.

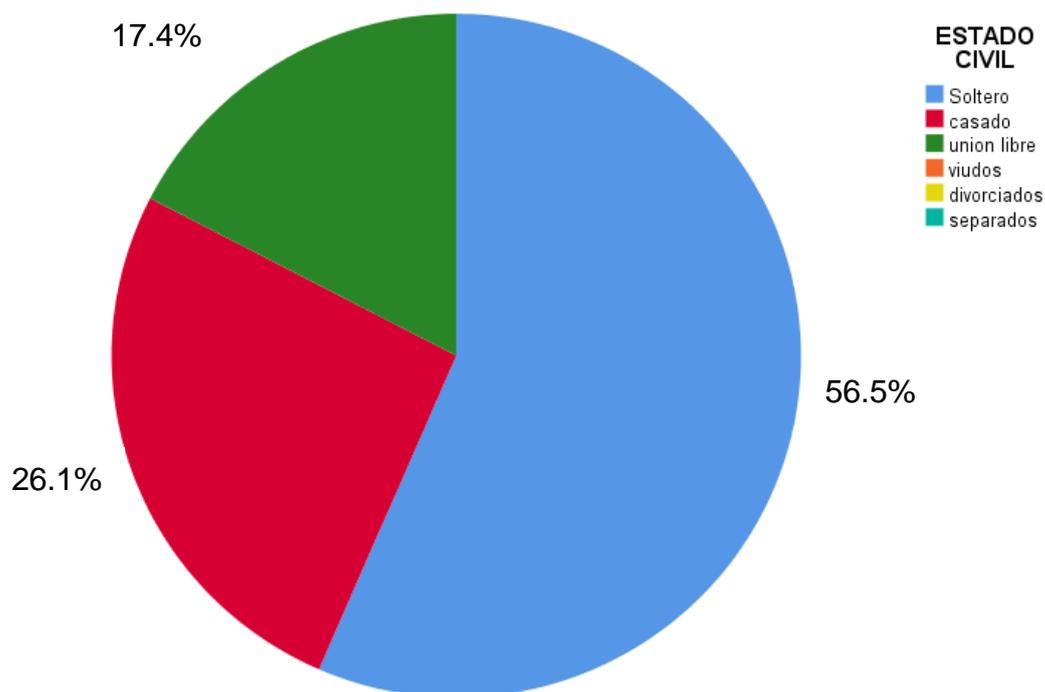
En la gráfica 7 se observa un mayor número de pacientes mayores de edad con respecto al grupo de menores de edad, la participante de menor edad que encuestamos fue de 16 años (Tabla 5).

Se detectó un mayor número de pacientes cursando por su embarazo siendo solteras (Tabla 6), observándose un 56.5% de pacientes solteras (Gráfica 8). También se detectó que el 26.1% se encontraban casadas, el resto en unión libre.

TABLA 6. Resultados del estado civil de las participantes.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	13	56.5
Casado	6	26.1
Unión libre	4	17.4
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.



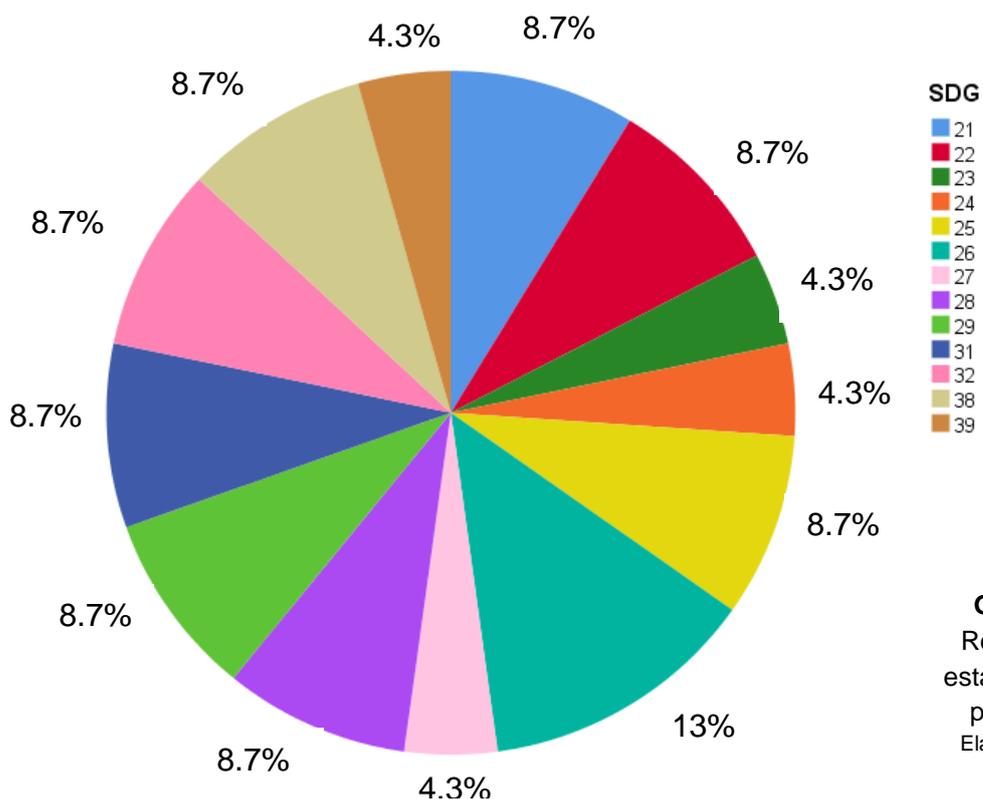
GRÁFICA 8. Porcentajes del estado civil de las participantes. Elaboración propia

También tomamos en cuenta las semanas de gestación de las pacientes, encontrando una gran variedad, por lo que se podría decir que se evaluó la estigmatización percibida por las embarazadas adolescentes durante diferentes etapas del embarazo (Tabla 7, Gráfica 9).

TABLA 7. Resultados de las semanas de gestación de las participantes.

SDG	FRECUENCIA	PORCENTAJE
21	2	8.7
22	2	8.7
23	1	4.3
24	1	4.3
25	2	8.7
26	3	13.0
27	1	4.3
28	2	8.7
29	2	8.7
31	2	8.7
32	2	8.7
38	2	8.7
39	1	4.3
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.



GRÁFICA 9.
Resultados del estado civil de las participantes.
Elaboración propia

Se valoró el estado emocional de las participantes al momento de enterarse del embarazo y en el momento en el que responden el instrumento (Tabla 8 y 9). Logré identificar que presentan, en su mayoría, emociones negativas al enterarse del embarazo y felicidad en el momento en el que responden el instrumento (Gráfica 10). Hubo una persona que en estado emocional actual selecciono la opción de “otro”, refiriendo sentir ansiedad.

TABLA 8. Estado emocional de las pacientes al enterarse del embarazo.

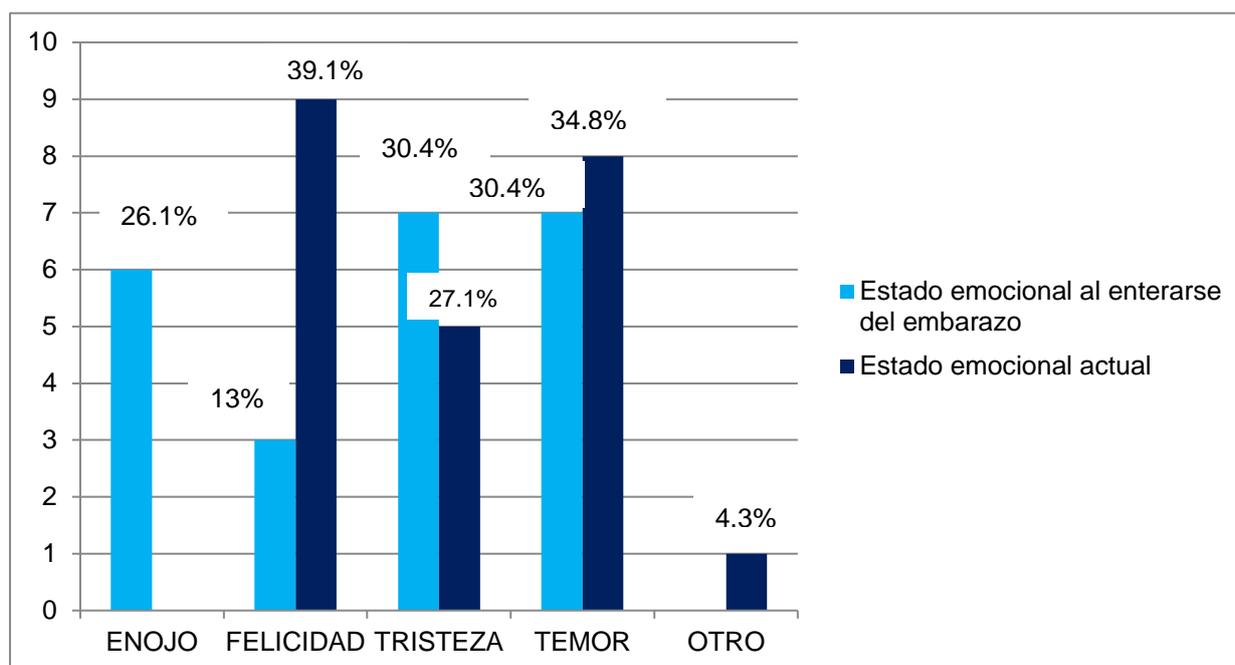
ESTADO EMOCIONAL AL ENTERARSE DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enojo	6	26.1
Felicidad	3	13.0
Tristeza	7	30.4
Temor	7	30.4
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.

TABLA 9. Estado emocional actual de las pacientes ante el embarazo.

ESTADO EMOCIONAL ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Felicidad	9	39.1
Tristeza	5	21.7
Temor	8	34.8
Otro	1	4.3
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.



GRÁFICA 10. Diferenciación del estado emocional de las pacientes al enterarse y durante el embarazo. Elaboración propia

Al valorar los resultados del instrumento utilizado identifique lo siguiente. En la dimensión familiar detecte que la mayoría de las pacientes sienten que su embarazo avergüenza o decepciona a sus familias, haciendo notar que en la mayoría de las pacientes se presenta la estigmatización desde casa, ya que fueron muy pocas las que no notaron estas situaciones en sus casos (Tabla 10 y 11). También, otro porcentaje importante menciona sentir temor de la reacción de sus familiares al enterarse del embarazo (Tabla 12). Hubo participantes que no sintieron la presencia de este estigma en su familia, sin embargo es mayor el número que si lo presento (Gráfica 11).

TABLA 10. Resultados de la variable “Sentí que mi embarazo decepcionaba a mi familia”.

SENTÍ QUE MI EMBARAZO DECEPCIONABA A MI FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	4	17.4
A veces	6	26.1
La mayoría de las veces	6	26.1
Siempre	7	30.4
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.

TABLA 11. Resultados de la variable “Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia”.

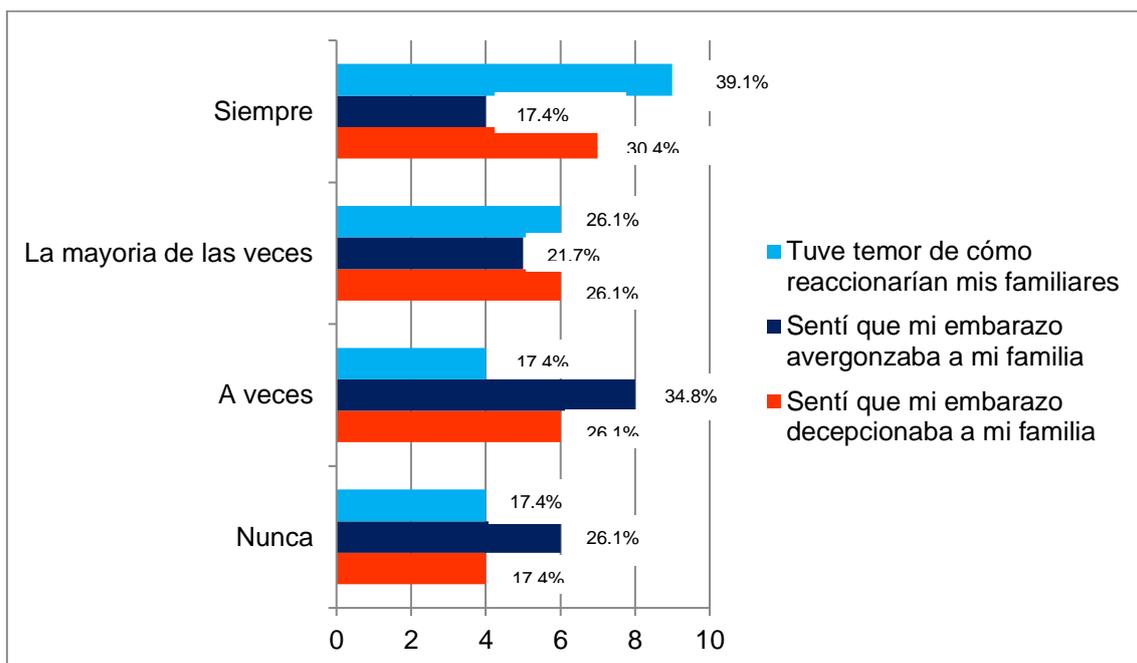
SENTÍ QUE MI EMBARAZO AVERGONZABA A MI FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	6	26.1
A veces	8	34.8
La mayoría de las veces	5	21.7
Siempre	4	17.4
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.

TABLA 12. Resultados de la variable “Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares”.

TUVE TEMOR DE CÓMO REACCIONARIAN MIS FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	4	17.4
A veces	4	17.4
La mayoría de las veces	6	26.1
Siempre	9	39.1
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.



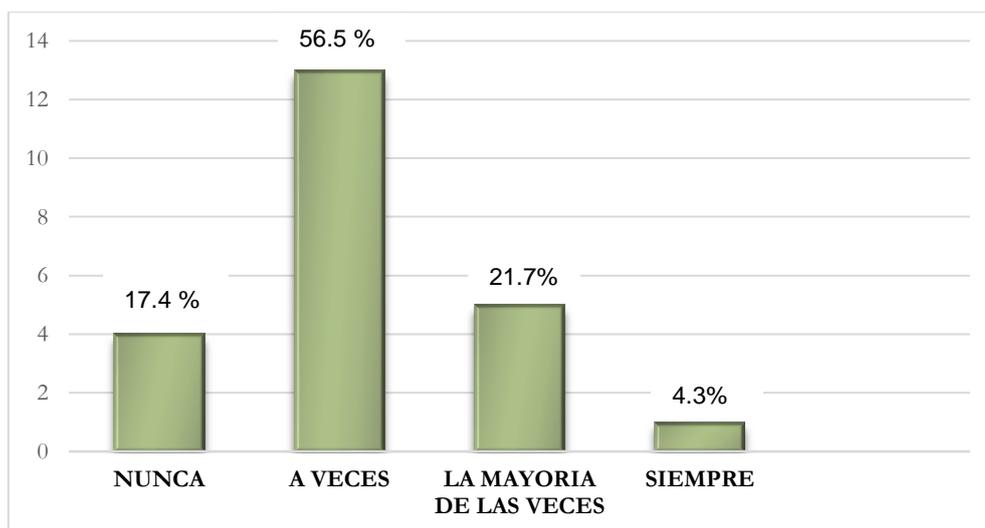
GRÁFICA 11. Porcentaje de las variables de la dimensión familiar. Elaboración propia

En la dimensión social se valora la estigmatización que perciben las participantes por parte del personal de salud (Tabla 13), observándose que el mayor porcentaje de participantes seleccionaron la respuesta de “a veces” (Gráfica 12).

TABLA 13. Resultados de la variable “Durante mis cuidados del embarazo, sentí que el personal de salud me discriminaba por ser adolescente”.

SENTÍ QUE EL PERSONAL DE SALUD ME DISCRIMINABA POR SER ADOLESCENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	4	17.4
A veces	13	56.5
La mayoría de las veces	5	21.7
Siempre	1	4.3
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.



GRÁFICA 12. Porcentaje de la variable “Sentí que el personal de salud me discriminaba por ser adolescente”. Elaboración propia

En esta dimensión también se valora el estigma percibido por las participantes en lugares públicos, así como en el lugar en el que viven, identificando que de igual manera perciben estigmatización del embarazo adolescente por parte de la sociedad en la que habitan (Tabla 14, 15 y Gráfica 13).

TABLA 14. Resultado de la variable “Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos”.

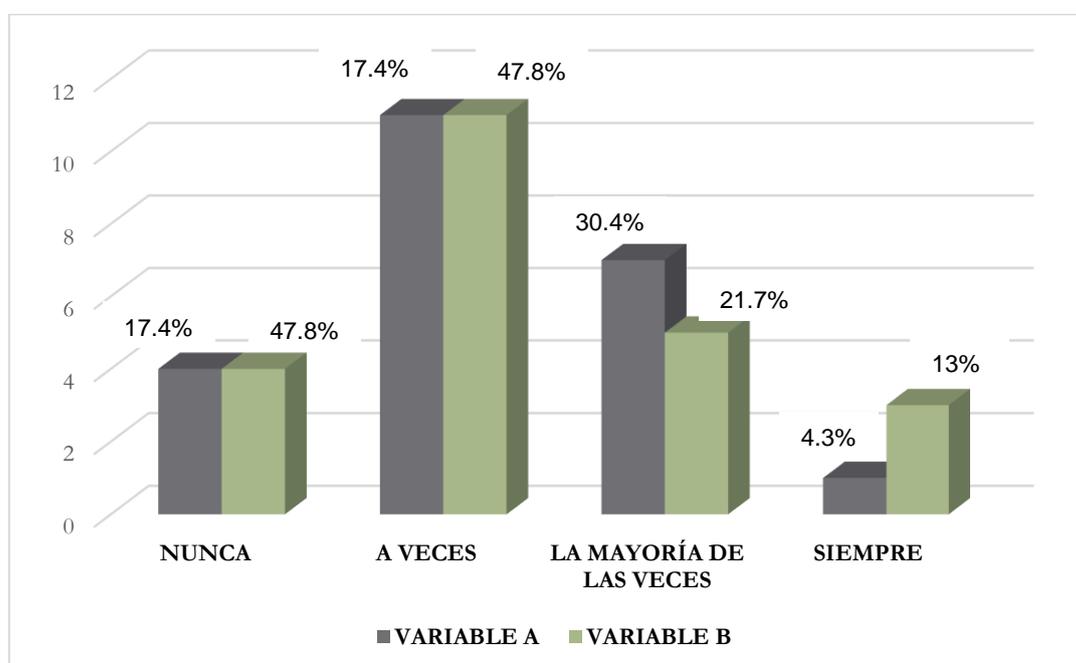
SENTÍ QUE LAS PERSONAS ME MIRABAN MAL EN LUGARES PÚBLICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	4	17.4
A veces	11	47.8
La mayoría de las veces	7	30.4
Siempre	1	4.3
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.

TABLA 15. Resultado de la variable “Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se enterase de mi embarazo”.

SENTÍ VERGÜENZA DE QUE LA GENTE DE MI BARRIO SE ENTERASE DE MI EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	4	17.4
a veces	11	47.8
la mayoría de las veces	5	21.7
siempre	3	13.0
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.



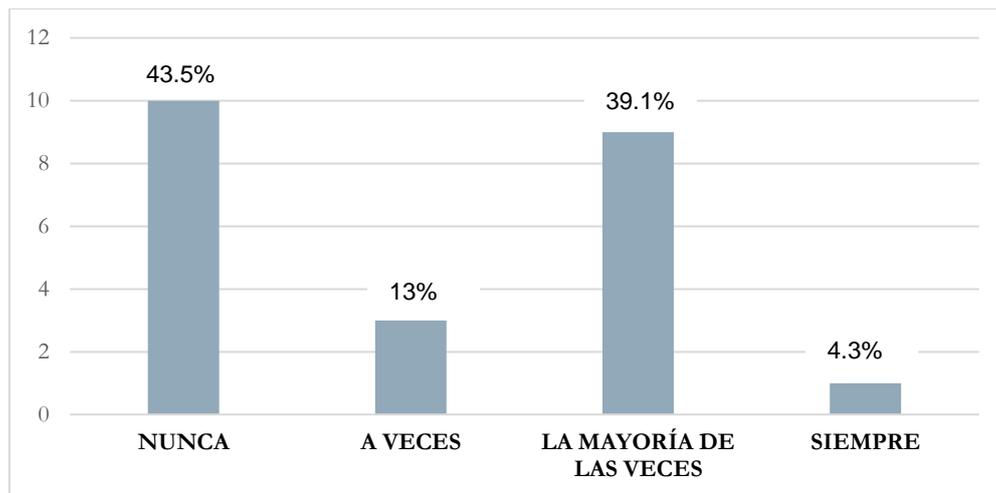
GRÁFICA 13. Porcentaje de la variable A) “Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos” y la variable B) “Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se enterase de mi embarazo”. Elaboración propia

También notamos que identifican estigma por parte de personas de su edad (adolescentes), siendo casi la mitad de las participantes las que no perciben estigma, así como la mitad percibiéndolo por parte de otras y otros adolescentes (Tabla 16 y Gráfica 14).

TABLA 16. Resultado de la variable “Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada”.

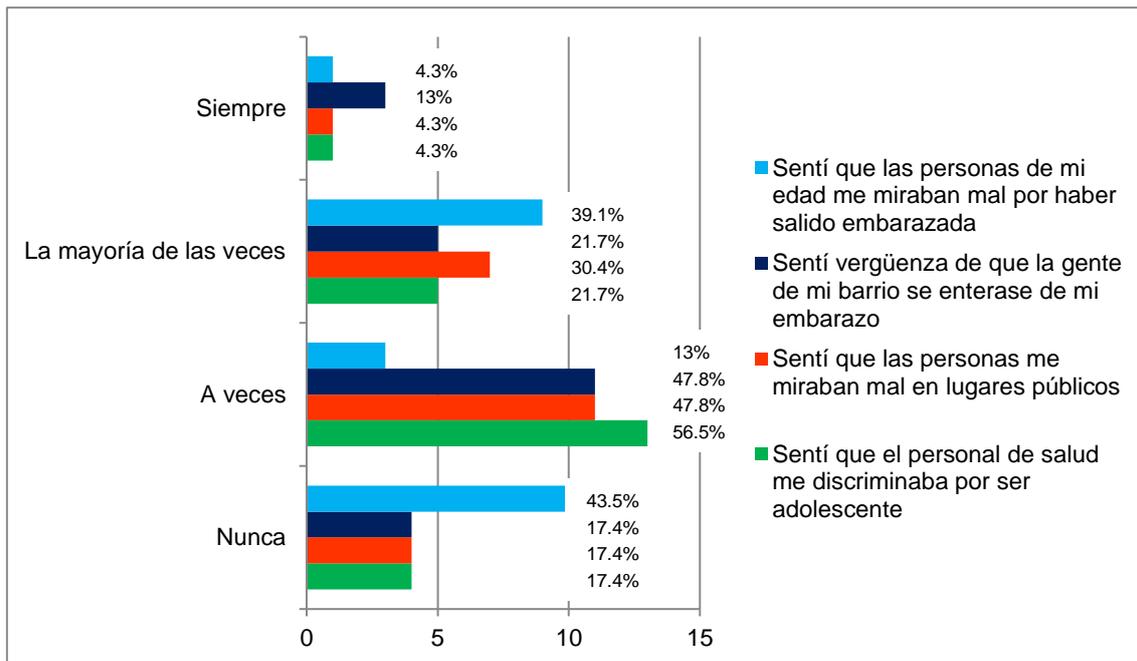
SENTÍ QUE LAS PERSONAS DE MI EDAD ME MIRABAN MAL POR HABER SALIDO EMBARAZADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	10	43.5
a veces	3	13.0
la mayoría de las veces	9	39.1
Siempre	1	4.3
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.



GRÁFICA 14. Porcentaje de la variable “Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada”. Elaboración propia

Se identificó que en la dimensión social la mayoría de las participantes selecciono la respuesta de “a veces”, dando a notar que ésta presente el estigma en sus vidas, sin embargo, cierto porcentaje de pacientes selecciono la respuesta “nunca”, demostrando así la ausencia de estigma en su vida social (Gráfica 15 y Tablas 13, 14 15 y 16).



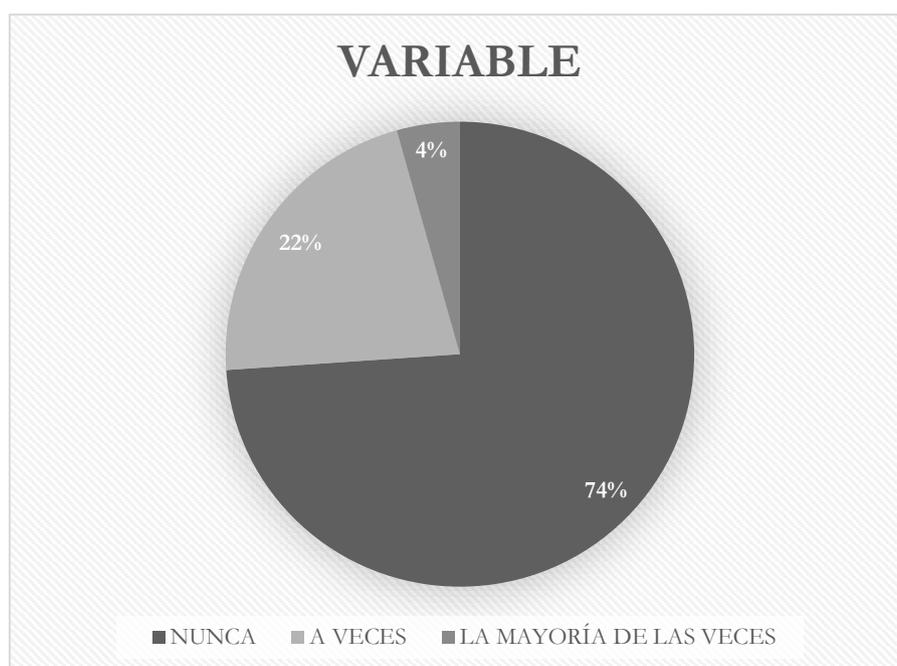
GRÁFICA 15. Porcentaje de las variables de la dimensión social. Elaboración propia

Por último en la dimensión personal se observó que la mayoría de las pacientes no toma su embarazo como una oportunidad (Tabla 17 y Gráfica 16).

TABLA 17. Resultados de la variable “He sentido que salir embarazada siendo adolescente fue una oportunidad para mí”.

HE SENTIDO QUE SALIR EMBARAZADA SIENDO ADOLESCENTE FUE UNA OPORTUNIDAD PARA MI	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	17	73.9
a veces	5	21.7
la mayoría de las veces	1	4.3
Total	23	100.0

Fuente: elaboración propia con información obtenida del cuestionario aplicado en el periodo de noviembre a diciembre del 2020 a adolescentes embarazadas que acudían a la clínica BRIMEX.



GRÁFICA 16. Porcentaje de la variable “He sentido que salir embarazada siendo adolescente fue una oportunidad para mí”. Elaboración propia

8. CONCLUSIONES

En los resultados obtenidos, pudimos observar que el 100% de las participantes presentan estigmatización, ya que, en los resultados, las pacientes contestaron sentirse estigmatizadas en más de 3 ítems. La mayoría de las pacientes refirió no haberse dado cuenta del estigma social que sufren día a día por su embarazo adolescente, hasta que respondieron el instrumento de valoración.

Pudimos observar un 56.5% de pacientes cursando su embarazo solteras y, como bien se vio, es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones en el embarazo, debido a la falta de apoyo emocional y económico, orillando a estas pacientes a buscar por su propia cuenta la manera de sustentar sus gastos para este gran cambio que se avecina con la finalización del embarazo.

Se consiguió realizar el estudio en una gran variedad de edades gestacionales (Tabla 7), logrando así detectar que las participantes perciben estigma en cualquier edad gestacional.

Se valoró también el estado emocional de las pacientes en el momento en el que se enteraron del embarazo y al momento en el que se les aplicó el instrumento de valoración, logrando identificar que presentan, en su mayoría, emociones negativas al enterarse del embarazo. Sin embargo, noté también, que un mayor número de pacientes perciben felicidad en el momento en el que responden el instrumento, demostrándose así, que algunas adolescentes están presentando un mejor afrontamiento ante la situación (Gráfica 10), debido a que perciben emociones positivas al momento en el que responden el instrumento de valoración. También se observa que el temor se presenta en algunas otras pacientes al principio, notándose que este persiste al momento en el que responden el instrumento, sin embargo son una minoría.

En la dimensión familiar logramos valorar que las participantes perciben estigma desde sus hogares, debido a que la mayoría de las pacientes sienten que su embarazo avergüenza o decepciona a sus familias, ya que fueron muy pocas las que no notaron estas situaciones en sus casos (Tabla 10 y 11). También, otro porcentaje importante menciona sentir temor de la reacción de sus familiares al enterarse del embarazo (Tabla 12). Hubo participantes que no sintieron la presencia de este estigma en su familia, sin embargo es mayor el número que sí lo presento (Gráfica 11).

En la dimensión social se valora la estigmatización que perciben las participantes por parte del personal de salud, observándose que el mayor porcentaje de participantes seleccionaron la respuesta de “a veces” (Tabla 13). Esta es una situación preocupante, ya que nosotros como profesionales de la salud estamos para fomentar la salud y el cuidado de la misma, sin dejar que nuestro juicio

moral intervenga en la atención que brindamos a cualquier tipo de pacientes. Las pacientes embarazadas de cualquier edad, deben ser orientadas en las consultas prenatales sobre los mejores cuidados necesarios para llevar a término su gestación preservando una buena salud tanto en la madre como en el producto de la gestación.

En esta dimensión también se valora el estigma percibido por las participantes en lugares públicos, así como en el lugar en el que viven, identificando que de igual manera perciben estigmatización del embarazo adolescente por parte de la sociedad en la que habitan (Gráfica 15). Muchas de ellas no sabían que es la estigmatización y al terminar de responder el instrumento de valoración se dieron cuenta de que viven en un ambiente lleno de estigma con respecto a su situación, ambiente del que forman parte sin darse cuenta.

Por último en la dimensión personal se observó que la mayoría de las pacientes no toma su embarazo como una oportunidad (Tabla 17), ya que como ya se mencionó un embarazo es una situación compleja que no tan fácilmente se maneja por adolescentes debido a su falta de madurez.

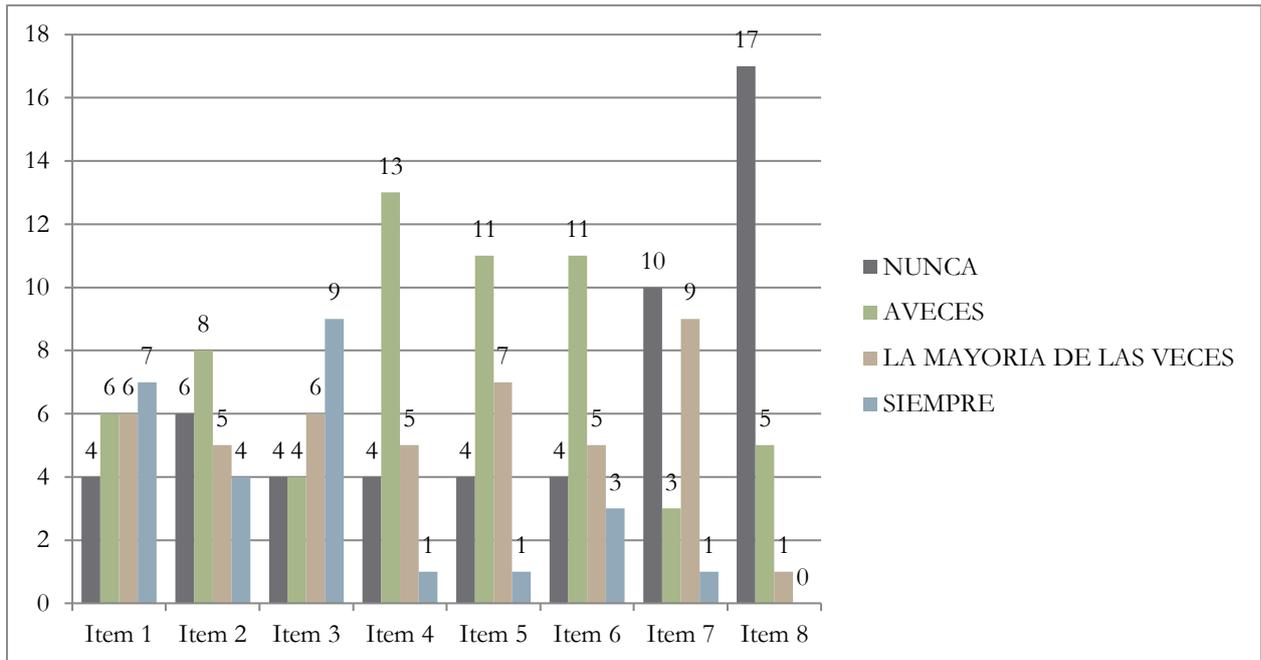
Es muy importante que nosotros como profesionales de la salud, sobretodo enfermería, que es el primer contacto de las pacientes en el primer nivel de atención, seamos las principales personas en detener esta estigmatización que se genera, brindando confianza y seguridad en las pacientes cada vez que acuden a consulta prenatal, orientándolas a mejorar la toma de decisiones sobre su embarazo.

La estigmatización es un tema de real importancia, ya que hoy en día podemos encontrar información y estudios realizados sobre diversas patologías y complicaciones que se generan en el embarazo y sobre todo en el embarazo adolescente, debido a la inmadurez fisiológica que presentan las pacientes al embarazarse a tan corta edad. Sin embargo, es poca la información que encontramos sobre el estigma y las repercusiones que este genera en las adolescentes embarazadas, dejando de lado la parte emocional, la cual se ve afectada al sentir la presión social y a veces familiar que ejercen inconscientemente sobre estas adolescentes embarazadas.

La mejor manera de ayudar a disminuir las repercusiones del estigma es orientando adecuadamente a las pacientes en la toma de decisiones, evitando los juicios Morales personales y fomentando la eliminación de ese estigma.

En los resultados obtenidos, a grandes rasgos, se observó que más de la mitad de las participantes presentan estigmatización desde el hogar, siendo el 79.71%

las pacientes que detectan estigmatización por parte de su familia. El 82.6% detecto estigma por parte del personal de salud durante la atención prenatal recibida. El 82.61% de las participantes detecto estigma en el lugar en donde habitan y os lugares públicos a los que visitan. El 56.52% detecto estigma por parte de personas de su edad y el 26.1% ve el embarazo que presentan como una oportunidad en la vida (Gráfica 17).



Gráfica 17. Porcentajes de las respuestas a los ítems del instrumento de valoración:

1. Sentí que mi embarazo decepcionaba a mi familia.
2. Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia.
3. Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares durante mis cuidados del embarazo.
4. Durante mis cuidados, sentí que el personal de salud me discriminaba por ser adolescente.
5. Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos.
6. Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se enterase de mi embarazo.
7. Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada.
8. He sentido que salir embarazada siendo adolescente fue una oportunidad para mí.

Elaboración propia

9. ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN

En alternativa a la situación mencionada anteriormente, podemos contribuir empezando por nosotros mismos, ya que como se notó anteriormente, las adolescentes percibieron estigmatización hasta por parte del personal de salud que las atendía. Debemos fomentar la erradicación de estos prejuicios ante el embarazo adolescente que se presenta en la sociedad y fomentar la educación de estas pacientes, mejorando así la toma de decisiones.

Como alternativa podemos crear grupos de apoyo que detecten a adolescentes embarazadas que estén siendo estigmatizadas, mediante encuestas o instrumentos de valoración (como el utilizado en este estudio), que se les realice con previa autorización.

Las personas que lleven a cabo las estrategias para esta alternativa podrían ser cualquier persona del área de la salud, debidamente seleccionadas mediante valoraciones previas que avalen que no mezclan prejuicios sociales con la atención que brindan a los pacientes. Estas personas serán las encargadas de detectar y convencer a las pacientes adolescentes que presenten estigma en su embarazo para que entren a estos grupos de apoyo.

Para la selección del personal de salud que participe en los grupos de apoyo se realizaran evaluaciones de los mismos por parte de personas que hayan recibido atención por parte de estos, mediante un instrumento de evaluación (Imagen 18).

De acuerdo con la American Association of Colleges of Nursing, en la práctica de la enfermería son necesarios los siguientes valores: estética (entendida como el interés por las cosas amables, la habilidad e iniciativa creadora), altruismo, igualdad, libertad, respeto a la dignidad humana, justicia, verdad, prudencia, tolerancia, responsabilidad personal y profesional, y atención al cuidado y la salud.²¹

Estos valores deben verse reflejados en el trato que se les da a los pacientes cuando acuden por atención médica, es por eso que considero que las mejores personas para poder evaluar el trato que brinda el personal de salud son los mismos pacientes.

El área donde se trabajaría, tendría carteles y propaganda debidamente seleccionada con información y frases que inviten a las pacientes a participar (Imagen 19). También, el área de reuniones deberá ser un lugar tranquilo, alejado de los demás pacientes que acuden por atención, un lugar en donde los mismos integrantes designen sus propias reglas de convivencia, un lugar en

21. Lagunes Córdoba R. & Hernández Manzanares M. A. Escala de evaluación de la conducta ética del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes. [Publicación periódica] Colombia, diciembre 2012. [Citado en noviembre, 2021]. 12:(3). 252-262.

donde puedan interactuar entre sí, dar sus puntos de vista y vivencias con respecto al estigma que presentan.

1. ¿La enfermera acude amablemente a su llamado?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

2. ¿La enfermera avisa inmediatamente lo grave que está un paciente?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

3. ¿La enfermera le explica cómo debe tomar sus medicamentos?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

4. ¿La enfermera procura tratarlo como persona?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

5. ¿La enfermera le brinda palabras de apoyo durante su hospitalización?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

6. ¿La enfermera le permite hablar de su padecimiento?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

7. ¿Le parece que la enfermera se comunica bien con todos sus pacientes?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

8. ¿La enfermera acude de buena gana cuando debe realizarle un procedimiento?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

9. ¿La enfermera le comunica rápidamente al médico cuando sufre un dolor o molestia?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

10. ¿La enfermera tiene buenas relaciones con el resto del personal del hospital?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

11. ¿La enfermera es respetuosa cuando debe realizarle un procedimiento?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

12. ¿La enfermera se acerca a los pacientes que están infectados?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

13. ¿Considera que la actitud de la enfermera contribuye a su mejoría?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

Observaciones:

Muchas gracias por su colaboración.

IMAGEN 18. Ejemplo de instrumento de evaluación para el personal de salud.²¹

La finalidad de estos grupos de apoyo sería:

1. Ayudar a las pacientes a detectar cuando son o no estigmatizadas por la sociedad que las rodea.
2. Generar un espacio en donde puedan expresar sus ideas y pensamientos sin ser juzgadas.
3. Brindar información sobre el manejo de sus embarazos.
4. Informar a las pacientes sobre dudas que surjan sobre el manejo de su embarazo, ayudando así a mejorar la toma de decisiones.
5. Evitar estigmatización y prejuicios por parte del personal de salud y por parte de las mismas integrantes del grupo.
6. Darles seguridad a las pacientes ante el manejo de sus embarazos.
7. Ayudar a las pacientes a manejar situaciones donde presenten estigmatización.

21. Lagunes Córdoba R. & Hernández Manzanares M. A. Escala de evaluación de la conducta ética del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes. [Publicación periódica] Colombia, diciembre 2012. [Citado en noviembre, 2021]. 12:(3). 252-262.

ESTAS INVITADA A PARTICIPAR EN GRUPOS DE APOYO EN DONDE TE BRINDAREMOS:

- Grupos en donde puedas expresar tus emociones sin temor a ser juzgada
- Un espacio en donde tu creas tus reglas de convivencia
- Toda la información que necesites acerca de tu embarazo
- Asesoramiento sobre la finalización de tu embarazo, si es lo que deseas

ACERCATE, PIDE AYUDA. NO SERAS JUZGADA POR NADIE !!!




¿Sabes que es el estigma?

Es condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como inaceptables o inferiores.

¿Eres víctima de la estigmatización?

¡Acércate a nuestros grupos de apoyo!

¿ESTAS EMBARAZADA Y NO SABES QUE HACER CON TU EMBARAZO?

Acude a nuestros grupos de apoyo y te brindaremos la información y el apoyo que necesites.



IMAGEN 19. Propaganda de difusión de los grupos de apoyo. Elaboración propia

El manejo de sus embarazos se podría hablar individual o grupalmente, será elección de la paciente.

Si se presentaran pacientes que decidieran terminar con su embarazo, se canalizarían a los centros de salud que tengan ILE (Interrupción Legal del Embarazo), previamente informadas sobre el programa de ILE (Tabla 18).

TABLA 18. Información sobre el ILE que se maneja en la CDMX

DEFINICIÓN	Es un derecho humano garantizado a las mujeres de la Ciudad de México y un servicio médico al que toda mujer tiene derecho, si desea interrumpir el proceso de gestación. ²²
MARCO LEGAL	En la Ciudad de México toda mujer puede ejercer su derecho a interrumpir el embarazo, si así lo decide, de forma SEGURA, GRATUITA Y LEGAL dentro de las primeras 12 semanas de gestación. ²²
REQUISITOS PARA USUARIAS MENORES RESIDENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y MIGRANTES NACIONALES Y NATURALIZADOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acta de Nacimiento en original y copia. ✓ CURP (Puede imprimirse desde este sitio web). ✓ Credencial de la escuela o certificado de estudios (con fotografía) o pasaporte vigente en original copia. ✓ Comprobante de domicilio en original y copia (último recibo de predial, luz, agua, gas, televisión de paga, teléfono fijo o servicio de internet). ✓ Cédula de Gratuidad (residentes de la Ciudad de México). NOTA: En caso de no contar con algún documento, personal de las unidades brindarán opciones. ✓ Ir acompañada por padre, madre o tutor con identificación oficial (INE, pasaporte, licencia, cartilla militar o cédula profesional). ✓ El límite para realizar la ILE son 12 semanas completas de embarazo.
REQUISITOS PARA USUARIAS MAYORES DE EDAD RESIDENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y MIGRANTES NACIONALES Y NATURALIZADOS.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación oficial, en original y copia ✓ Identificación oficial (los documentos con los que una persona física puede acreditar su identidad son: INE o IFE, pasaporte vigente, cedula profesional o constancia de identidad). ✓ CURP (Puede imprimirse desde este sitio web). ✓ Comprobante de domicilio en original y copia (último recibo de predial, luz, agua, gas, televisión de paga, teléfono fijo o servicio de internet). ✓ Cédula de Gratuidad (residentes de la Ciudad de México). NOTA: En caso de no contar con algún documento, personal de las unidades brindarán opciones. ✓ Se recomienda acudir con un acompañante con identificación oficial en original y copia. ✓ El límite para realizar la ILE son 12 semanas completas de embarazo.
REQUISITOS PARA USUARIAS MENORES Y MAYORES DE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acreditar identidad y residencia, presentando el original y copia de uno de los siguientes documentos oficiales. ✓ Pasaporte visa o constancia de identidad ✓ CURP (si son residentes del país).

EDAD MIGRANTES EXTRANJERAS.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acta de nacimiento. ✓ El límite para realizar ILE son 12 semanas completas de embarazo.
TIPOS DE PROCEDIMIENTOS	<p>Aspiración Endouterina</p> <p>Consiste en extraer el contenido del útero por succión suave, utilizando una cánula que se introduce en el cuello uterino. Puede practicarse con mayor seguridad hasta las 12 semanas de embarazo.</p>
	<p>Aborto con el uso de medicamentos</p> <p>Es un método en el que se toman o aplican pastillas para expulsar los contenidos del útero. Este procedimiento se practica, generalmente, hasta la semana nueve de embarazo. Con este procedimiento se presenta un sangrado que dura algunos días hasta que se completa la expulsión.</p>

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la página de internet:
<http://ile.salud.cdmx.gob.mx/requisitos-interrupcion-legal-embarazo-df/>

10. BIBLIOGRAFÍA

1. INEGI. Características de las defunciones fetales registradas en México durante 2019. Comunicado de prensa núm. 410/20, 31-agosto-2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodem/DefuncionesFetales2019_08.pdf
2. Sánchez M. y Montoya Y. Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México. [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 53-64. Boletín CONAMED. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/numero_completo.pdf
3. Gary F. et al. Williams. Obstetricia, 23ª edición. México: Mc Graw Hill; 2011.
4. Sadler T. et.al Langman: Embriología médica, 11ª edición. Wolters Kluwer. Página 41.
5. Gómez M.E.; Aldana E.; Carreño J. & Sánchez C. Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. [Publicación periódica]. Diciembre 2006 [Citada en octubre, 2021]. 14 (2): 28-35. Psicología Iberoamericana. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920321004>
6. Valdivia M.; Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. [Publicación periódica] 2003. [Citada en octubre, 2021]. 12 (2): 85-109. Revista de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26412207>
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Taller de capacitación: Planificación familiar y anticoncepción en México. Prescripción de métodos anticonceptivos. México; 2020. Disponible en: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/taller_01_pf.pdf
8. Sánchez M. y Alanis D. Sistema de vigilancia epidemiológica sobre morbilidad materna severa [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 31-42. Boletín CONAMED. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/numero_completo.pdf
9. Díaz V. El embarazo no deseado y el aborto como problema de salud pública: El embarazo de las adolescentes en México. [Publicación periódica] 2003, agosto. [Citada en julio, 2021]. 1 (139): 23-28. Academia Nacional de Medicina de México. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031e.pdf>
10. Vázquez A. & Stolkiner A. Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia [Publicación periódica]. 2009 [Citada en octubre, 2021].

- 16 (1): 295-303. Anuario de Investigaciones. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945027>
11. Callejas L. & Piña C. La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil [Publicación periódica]. Noviembre-diciembre, 2005 [Citada en octubre, 2021]. 134 (1): 64-70. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco. Distrito Federal, México. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32513409.pdf>
 12. Villalobos A., Campero L., Suárez L., Atienzo E., Estrada F. & De la Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. [Publicación periódica], marzo-abril 2015. [Citado en julio, 2021], (2):10. Salud pública de México. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008
 13. Navarro A. Interrupción legal del embarazo, experiencia en la ciudad de México. [Publicación periódica]. 2019, agosto. [Citada en julio, 2021] 5 (25): 31-42. Boletín CONAMED. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/numero_completo.pdf
 14. Osorio P., Flores A. & Mendez P. Embarazo en adolescentes y riesgo de complicaciones perinatales. [Citada en octubre, 2021]. México. Obtenido de: <https://www.saludtlax.gob.mx/documentos/revista/Vol3/V03Art01.pdf>
 15. Vallejo M. El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. 2002, [Citado en julio, 2021]. 72 (1). Ciudad de México, Archivos de Cardiología de México. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402002000100002
 16. Mori E., Contreras H., Hinostroza W., Lam N., Huapaya O., Chacon H., Black C. & Urrutia D. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. 2015 [Citado en julio, 2021]. 76 (2):141-6. An Fac med. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n2/a06v76n2.pdf>
 17. Código de Nuremberg: Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. Publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Nüremberg [Citado en julio, 2021]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INT L_Cod_Nuremberg.pdf
 18. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989. Últimos cambios realizados en mayo 2012. [Citado en julio, 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

19. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comprobado el 16 de abril de 2003. [Citado en julio, 2021]. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/por-tipo>
20. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Citado en julio, 2021]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
21. Lagunes Córdoba R. & Hernández Manzanares M. A. Escala de evaluación de la conducta ética del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes. [Publicación periódica] Colombia, diciembre 2012. [Citado en noviembre, 2021]. 12:(3). 252-262. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a05.pdf>

11. ANEXOS

El instrumento proporcionado a las participantes fue:

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA ESTIGMATIZACIÓN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 SEMANAS DE GESTACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____

ESTADO EMOCIONAL					
INDICADOR	ENOJO	FELICIDAD	TRISTEZA	TEMOR	OTRO
ESTADO EMOCIONAL AL ENTERARSE DEL EMBARAZO					
ESTADO EMOCIONAL ACTUAL					

ESTIGMATIZACIÓN				
INDICADOR	NUNCA	A VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	SIEMPRE
SENTÍ QUE MI EMBARAZO DECEPCIONABA A MI FAMILIA				
SENTÍ QUE MI EMBARAZO AVERGONZABA A MI FAMILIA				
TUVE TEMOR DE CÓMO REACCIONARIAN MIS FAMILIARES				
DURANTE MIS CUIDADOS DEL EMBARAZO, SENTÍ QUE EL PERSONAL DE SALUD ME DISCRIMINABA POR SER ADOLESCENTE				
SENTÍ QUE LAS PERSONAS ME MIRABAN MAL EN LUGARES PÚBLICOS				
SENTÍ VERGÜENZA DE QUE LA GENTE DE MI BARRIO SE ENTERASE DE MI EMBARAZO				
SENTÍ QUE LAS PERSONAS DE MI EDAD ME MIRABAN MAL POR HABER SALIDO EMBARAZADA				
HE SENTIDO QUE SALIR EMBARAZADA SIENDO ADOLESCENTE FUE UNA OPORTUNIDAD PARA MÍ				

Los consentimientos informados brindados a las participantes fueron:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “Estigmatización del embarazo adolescente”, éste es un proyecto de investigación científica.

Entiendo que este estudio busca conocer el grado de estigmatización al que se ven sometidas las embarazadas adolescentes ante la sociedad y sé que mi participación consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 5 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sé que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

FIRMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de este documento queremos hacerle una invitación a, la menor en cuestión, para participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Tiene como objetivo valorar el grado de estigmatización al que se ven sometidas las embarazadas adolescentes ante la sociedad.

Antes de que usted acepte que la menor participe en este estudio, se le presenta este documento de nombre “Consentimiento Informado”, que tiene como objetivo comunicarle de los posibles riesgos y beneficios para que usted pueda tomar una decisión informada para la menor.

Entiendo que este estudio busca conocer el grado de estigmatización al que se ven sometidas las embarazadas adolescentes ante la sociedad y su participación consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 5 minutos. La información registrada será confidencial, y los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Los datos no le serán entregados y no habrá retribución por la participación en este estudio, esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, podrán negar la participación o retirarse en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para ustedes. Favor de firmar el documento si concede el permiso al menor de participar en esta investigación.

FIRMA: _____

RELACIÓN CON EL MENOR PARTICIPANTE: _____