



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE PUEBLA



INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 57

“VINCULACION AFECTIVA Y LA ADAPTACION PRENATAL EN
EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 57”



TESIS PROFESIONAL

Para obtener el Diploma de Especialidad en:
Medicina Familiar

PRESENTA

Dr. Armando Ivan Xalteno Altamirano

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Victoria María Xochitotol Bautista

ASESORES

Dra. Laura Concepción Momox Vázquez

Puebla, Puebla. Febrero 2023.





UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimiento

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, a mis profesores y pacientes por dejarme aprender de ellos.

Dedicatorias

A mi madre que siempre ha sido mi ejemplo a seguir y fuente de inspiración para superarme.

A mis hermanos Eduardo y Alfredo que han estado a mi lado en todas las circunstancias, buenas y malas. A Mary y mis sobrinos Luis y Carla que siempre me alegraban el día.

A mis tíos por sus valiosos consejos, y a mis primos por su apoyo en este largo camino.

A la memoria de mi abuelo Leopoldo y especialmente a mi abuela Graciela por el ejemplo, amor y fuerza que me dieron para seguir adelante.

A Diana, gracias por coincidir conmigo y brindarme tu apoyo incondicional con tu amor y respaldo para alcanzar mis objetivos

A mis amigos y coRs de guardia que junto con su apoyo, experiencia y bromas hicieron más amenas las guardias aun en los momentos más difíciles.

INDICE	
1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
2.1 ANTECEDENTES GENERALES.....	6
2.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.....	13
3. JUSTIFICACIÓN	20
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
5. OBJETIVOS.....	22
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
6. HIPÓTESIS.....	23
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	24
7.2 UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO.....	24
7.3 MUESTREO.....	24
7.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACION.....	24
7.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	25
7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.....	25
7.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	25
7.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	25
7.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	25
7.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.....	26
7.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	26
7.7.1 DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	26
7.7.2 DEFINICIONES OPERACIONALES.....	27
7.8 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN.....	29
7.8.1 CUADRO DE OPERACIÓN DE VARIABLES.....	29
7.9 MÉTODO Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
7.10 ANÁLISIS ESTADISTICO DE DATOS.....	33
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	34
9. RESULTADOS.....	37

10. DISCUSIÓN.....	47
11. CONCLUSIONES.....	48
12. PROPUESTAS.....	49
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
14. ANEXOS.....	54

1.-RESUMEN:

“VINCULACIÓN AFECTIVA Y LA ADAPTACIÓN PRENATAL EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 57”

Dra. Victoria Maria Xochitotol Bautista¹, Dra. Laura Concepción Momox Vázquez²,
Dr. Armando Ivan Xalteno Altamirano³.

1.- Médico especialista en Medicina Familiar adscrita a la UMF 57. 2.- Médico especialista en Medicina Familiar adscrita a la UMF 57. 3.- Residente de Medicina Familiar en la UMF 57.

INTRODUCCIÓN: El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública. Adaptarse a las modificaciones de una gestación y próxima maternidad supone un desafío para las madres adolescentes y para la relación madre e hijo, de este modo su percepción de apoyo familiar, social y su personalidad determinara el desarrollo de la gestación.

OBJETIVO: Determinar la vinculación afectiva y la adaptación prenatal en adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 57.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, transversal. Se llevó a cabo con el universo de adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 57 del IMSS, en la ciudad de Puebla, en el periodo comprendido del 1 julio de 2021 al 31 de diciembre de 2021. La vinculación afectiva se midió con la Evaluación de la Vinculación Afectiva y Adaptación Prenatal (EVAP). Para medir la adaptación al embarazo se utilizó el Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (PSEQ) de Lederman.

RESULTADOS: En nuestra muestra de 50 adolescentes embarazadas encontramos que el promedio de edad era 18.04 años. El nivel de vinculación afectiva mas frecuente fue una vinculación alta con un 50% (n=25). Se encontró una mayor adaptación psicosocial el embarazo en un 66 de las pacientes (n=33).

CONCLUSIÓN: Con los resultados de nuestro estudio pudimos concluir que entre más alta es la vinculación afectiva de una madre hacia su hijo, la adaptación prenatal es mayor,. rechazando la hipótesis nula al obtener una P menor a 0.5. Además de que factores como la edad, ocupación, el nivel socioeconómico y el apoyo familiar influyen en como la adolescente embarazada enfrenta su embarazo y el futuro de su hijo

2.- INTRODUCCION

2.1 ANTECEDENTES GENERALES:

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos (1).

De acuerdo con la UNICEF la adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta y puede segmentarse en tres etapas: adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), mediana (14 – 16 años), y tardía (17 -19). Se estima que casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años y más de 500 millones son niñas adolescentes (1).

Esta es una etapa importante en la vida ya que todas las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en esta etapa tienen repercusiones importantes para las oportunidades del adolescente en la edad adulta (2).

Por lo anterior las características del desarrollo psicosocial normal en la adolescencia son el resultado de la interacción en el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, existen varios factores biológicos inherentes a esta etapa (el desarrollo puberal y el desarrollo cerebral propio de este período, fenómeno a la vez relacionado con los cambios hormonales de la pubertad) y la influencia de múltiples determinantes sociales y culturales. Por lo que la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de las diversas personas. Este proceso puede ser asincrónico en los distintos aspectos que engloba y puede presentar periodos de regresión en relación a estresores, además de presentar diferencias relacionadas con diferentes factores como el sexo etnia y el ambiente en que se producen (3).

Embarazo en la adolescencia

De acuerdo con la UNICEF alrededor de 16 millones de mujeres adolescentes se embarazan cada año. Lo que representa alrededor del 11 % de todos los nacimientos y el 95% de estos ocurren en países de ingresos bajos y medios. (4)

De acuerdo con la OMS el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil, aumento en la incidencia de enfermedades y pobreza. Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para desarrollarse en la vida y para encontrar un trabajo. Esto puede tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz (4).

En el artículo “El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad” se menciona que el embarazo en la adolescencia se asocia con algunos peligros médicos, como son: escaso y tardío control prenatal, incremento del aborto, mayor número de dificultades en el parto (cesáreas y fórceps), multiparidad precoz, mayor mortalidad materna, infantil y fetal, y mayor número de complicaciones (elevación de la presión arterial, anemia, enfermedades que se transmiten por medio del contacto sexual y malnutrición). Se considera que un millón de jóvenes entre 15 y 19 años se embarazan cada año y de ellas el 40 % terminan la gestación mediante el aborto. El embarazo tiene otras implicaciones además de un gran costo para los adolescentes y sus familias, además de esto es una carga económica enorme para las sociedades. El coste social incluye la asistencia pública para las madres con dificultades financieras, además de que se implementan programas sociales que se enfocan en darles educación a las adolescentes y desarrollar sus habilidades para que puedan independizarse económicamente. Además de que se dejan de percibir ingresos tributarios a causa de menor empleo con ingresos bajos (5).

Son varios los determinantes que pueden afectar el embarazo en adolescentes y adultas, como, pobreza, estructura familiar, calidad de la vivienda, acceso a alimentos saludables, acceso a servicios de salud y de atención primaria, tecnología

en salud, cohesión social, percepción de discriminación/ inequidad, acceso a empleo, situación laboral, políticas que apoyen la promoción de la salud, entornos escolares seguros e ingreso a la educación superior (6).

Como se menciona en el artículo social “issues of teenage pregnancy” la maternidad en adolescentes, la autora menciona que el embarazo en la adolescencia se asocia a resultados sociales negativos, lo que puede estar relacionado a que los padres adolescentes tienen menos servicios prenatales y desventajas sociales lo que lleva a que las madres adolescentes tengan que vivir con ingresos más bajos, menor nivel educativo, dificultades en la vivienda, problemas familiares tener problemas para conseguir empleo y tener malas experiencias laborales (7).

La maternidad en las adolescentes significa riesgo para su salud y la de su hijo desde su inicio, pues la mayoría de las veces son embarazos no deseados, puesto que en la mayoría de los casos son embarazos sin planificación y no deseados, por lo que las adolescentes no acuden a recibir atención médica prenatal (8).

Inicio temprano de la actividad sexual en adolescentes

Hay diferentes factores que se han asociado con el inicio de la actividad sexual temprana, incluyendo los individuales, familiares, socioculturales y políticos. Entre los determinantes individuales, se describen el sexo masculino, consumo de alcohol, tabaco y drogas. entre los determinantes familiares, están la ausencia de uno o ambos padres, convivir con familias reconstituidas, pobre educación sexual en el hogar, mayor escolaridad de los padres (bachillerato, carrera técnica o profesional) y el hecho de que el padre o la madre trabajen, la nula o pobre relación con los padres, la mala comunicación en temas de sexualidad. Entre los determinantes socio-culturales y políticos, el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos (9).

El inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, ya que por lo regular esta actividad comienza sin una adecuada orientación y con un desconocimiento total de las complicaciones que conlleva esta actividad a edad temprana sin tener protección (9).

Los factores sociales y familiares que inciden en el embarazo en adolescentes señalan que:

El sistema familiar es más que solo la suma de sus partes individuales. Por tanto, la familia como sistema será vitalmente afectada por cada unidad del sistema. Tan integral en esta relación entre las partes y el sistema social que, si un individuo o subsistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve afectada (10).

Varios factores se han asociado a tener un embarazo precoz como el inicio temprano de relaciones sexuales, despreocupación de los adolescentes, el distanciamiento entre padres e hijos, la independencia de los adolescentes y la pérdida de poder de los padres además el escaso conocimiento y uso de métodos anticonceptivos eficaces que impidan un embarazo no deseado (11).

Vinculación afectiva

Para Oiberman (1998,2001) la palabra vinculo, la cual proviene del latín vinculum (atadura) representa una conexión estrecha, pero no forzada, entre varios sujetos que implica proximidad, la cual nace de la voluntad, inicialmente del niño, como aspecto innato que está en función de su preservación, aunque también el adulto experimenta un interés genuino de protección y apoyo. De acuerdo con Bowlby (1989) se define como cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se le considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esta conducta de apego es de protección y es caracterizada por la intensidad de la emoción que lo acompaña y de esta emoción dependerá el tipo de relación que se establezca entre en apegado y la figura de apego (12).

El desarrollo afectivo motivacional de las adolescentes es aún inestable e inestructurado. Se denota la perdida de intereses cognoscitivos, intelectuales y espirituales, además de que no expresan interés por actividades y esferas. Sus intereses, necesidades y motivos tienen una dimensión temporal inmediata y muy limitada a su nuevo rol, madre/esposa. (13)

En esta etapa se mezclan las necesidades no satisfechas de la etapa de la adolescencia relacionadas con el estudio, la independencia, y las aspiraciones académicas y profesionales. También se manifiestan las necesidades económicas insatisfechas a través de motivos por lograr una actividad laboral que satisfaga sus necesidades de independencia y una vida prospera. Durante la etapa de la adolescencia no tienen un auto concepto integral, expresan pocos elementos de su identidad personal y están inconformes con su imagen corporal y asumen una posición de culpa con relación al embarazo, responsabilizándose de las consecuencias del mismo, lo que lesiona la autoestima de las adolescentes. (13)

La relación de las adolescentes con sus padres se distingue por un distanciamiento afectivo que se manifiesta con un dialogo pobre, dificultades para la comunicación verbal y con un limitado intercambio de información acerca de la sexualidad. Con los maestros la comunicación depende de la vinculación emocional que haya establecido en la escuela y en sus estudios. Y las relaciones con el grupo principalmente tienen como tema principal el ocio y la recreación y no están relacionados con los temas de sexualidad pues estos temas se desarrollan en relación con las amigas. En esta etapa comienzan las relaciones de pareja en las cuales se caracterizan por ser relaciones cortas y estrechas, y en ocasiones duradera en relación a su edad. Una característica de estas relaciones es la rapidez con las que se produce la convivencia y comienza la unión consensual (13).

La depresión post parto es uno de los desórdenes mentales que más se presentan en esta etapa, con significativa prevalencia en mujeres adolescentes; una de las situaciones vitales de estrés es el parto, época donde aparecen síntomas propios de los trastornos afectivos (ansiedad, irritabilidad, fobias, hipersomnia, sentimientos de culpa, y pensamientos intrusivos autodestructivos principalmente); los cuales están estrechamente relacionados al desarrollo neuro cognitivo y emocional del neonato. Esta alteración emocional que según la idea de Fernández (2007) acompaña la mujer gestante durante o después del embarazo, donde inciden factores personales (características psicológicas, estilos de afrontamiento) que son determinantes en la evolución del desorden, lo que repercute en la adaptación al embarazo y como consecuencia en la vinculación afectiva con el infante (14).

La teoría del apego (John bowlby, 1969) nos permite contextualizar el déficit que se da en la relación madre e hijo debido a la depresión post parto. En esta etapa se presenta carencia, que conlleva a que el niño carezca de herramientas básicas para explorar el mundo, porque el primer vínculo verdaderamente significativo que se construye es con las figuras paternas esencialmente la madre, es de ahí la importancia del vínculo que se crea cuando la madre amamanta al niño, cuando éste llora y ella satisface esa necesidad sea de hambre, miedo a la ausencia de la madre, o de dolor. Cuando esa demanda de seguridad del niño no es satisfecha, va creando una desvinculación con la madre lo cual genera un déficit en el desarrollo de la personalidad (15).

La primera definición procedente del campo de la salud mental, se origina en la investigación acerca del vínculo en el post-parto temprano del psiquiatra australiano John Condon (1988) que plantea que este vínculo es predecible con un alto grado de certeza si se presta atención a la calidad del vínculo de la madre hacia su hijo no nacido. Su teoría de la "primera impresión" abarca tanto aspectos cognitivos, como aspectos afectivos. Dentro de los primeros se encuentran el examen físico minucioso al recién nacido, valorando su comportamiento y apariencia; los segundos se basan en representaciones, que pueden incluir desde un profundo cariño y ternura hasta shock o ambivalencia. (16)

Es imprescindible evidenciar que tanto la ansiedad, el estrés percibido en una etapa compleja y dinámica como el embarazo, están en gran medida influidos por factores sociodemográficos como la presencia de pareja estable, el nivel de estudios, el nivel socioeconómico y la aceptación social del embarazo, originando una hipótesis multifactorial acerca de cómo el estado emocional de la madre influye en el desarrollo del feto y el vínculo materno-fetal (alhusen et al., 2012). mujeres expuestas a niveles crónicos de estrés psicosocial tienen una probabilidad más alta de desarrollar angustia o depresión durante el embarazo, comprometiendo de esta forma la vinculación afectiva con el feto y las prácticas de salud asociadas al bienestar del mismo, como la abstinencia en el consumo de alcohol (sedgmen et al., 2006), tabaco (magee et al., 2014; massey et al., 2015), drogas (shieh y kravitz,

2006) y el acceso y utilización de recursos de educación y atención prenatal (Lindgren, 2001) (16).

Escala de vinculación afectiva y la adaptación prenatal (EVAP).

Es importante evaluar la vinculación-adaptación prenatal para detectar actitudes y conductas que revelen indiferencia, rechazo, y otros factores de riesgo que puedan intervenir en el desarrollo del embarazo. La escala EVAP. Explora actitudes y comportamientos en los futuros padres para valorar su adaptación y vinculación prenatal. La escala EVAP consta de 30 ítems y 5 opciones de respuesta, basándose en las variables aportadas por Hughes y Lederman. Esta escala cuenta con una fiabilidad de alfa de Cronbach de 0.81 (17).

Cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ)

El instrumento de autoevaluación prenatal consta de 42 ítems distribuidos en 6 dimensiones que miden aspectos distintos aspectos psicosociales en transcurso de la gestación, las 6 dimensiones del cuestionario son: adaptación del embarazo, rol materno, relación con la madre, relación con la pareja, preparación para el parto y preocupación por el bienestar propio y del bebé. Estas dimensiones fueron estructuradas y definidas a partir de los planteamientos teóricos y metodológicos propuestos por Lederman y Weis (2009). Este instrumento arrojó una buena consistencia interna con un coeficiente de Cronbach de 0.856 (18).

2.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS:

La OMS considera al embarazo adolescente como un problema de salud pública, y se encuentra más frecuentemente en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad. Según la OMS la población adolescente para el 2020 de entre 12 a 19 años de edad sobrepasara los 1.200 millones de habitantes en el mundo y en especial en América latina llegara a ser superior a los 180 millones de habitantes. De acuerdo con las proyecciones de población de México (2010–2050) del CONAPO 2012, la tasa de fecundidad de adolescentes muestra una tendencia a la baja ya que la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 en el 2015 fue de 65.6 por cada mil adolescentes en comparación con el año 2010 que fue de 66.8 por cada mil mujeres adolescentes (19).

En el artículo realizado por Niurka Rodríguez Rodríguez, titulado “Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el municipio de Guantánamo Cuba”, publicado en el año 2018 dice que los casos estudiados vivencian abandono emocional directo e indirecto por parte de sus padres y contextos de privación social y cultural. El embarazo en la adolescencia también acarrea desventajas expresadas por las alumnas: perdida de la libertad, asumir responsabilidades parentales, exclusión del grupo de pares, dedicándose la madre adolescente al cuidado del bebe. En este estudio el objetivo es dar a conocer los factores de riesgo que inciden sobre la ocurrencia de embarazos adolescentes desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Se usó un estudio cualitativo, que se basa en la perspectiva fenomenológica. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 6 estudiantes embarazadas de entre 16 a 19 años de edad provenientes de un sector rural de Chile. En los resultados se observó que en la mayoría de los casos no hubo deserción del sistema escolar, pero estas adolescentes no vivencian la etapa de la adolescencia de manera similar a sus compañeras que no son madres, centrándose en su rol de madre y no de hija dependiente del cuidado de sus padres, lo que acarrea conflictos internos, generando angustia, miedo, sentimiento de culpa y frustración, cambiando drásticamente la reacción o respuestas ante los acontecimientos de diario vivir, acelerando el proceso de maduración cognitiva que a su edad correspondería, modificando su conducta, necesidades y prioridades.

Este estudio concluye que los resultados obtenidos constituyen un llamado de alerta y un incentivo a la revisión y promoción de estrategias para prevención del embarazo adolescente (20).

Vinculación afectiva y adaptación prenatal.

Belén Acuña Rojas en su artículo “Characteristics of the affective bond between mothers and children, conceived as a result of Sexual Assault, according to expert professionals”, elaborado en el año 2018 menciona que en la actualidad en Chile, existen elevadas cifras de delitos sexuales, de las cuáles una gran cantidad de casos no se conoce en el ámbito público, denominándose a ésta “cifra negra”, lo que dificulta la cuantificación real del fenómeno. Asimismo, dichas agresiones conllevan consecuencias, dentro de las cuales puede encontrarse el embarazo de la víctima, confluyendo en estos casos, diversas variables psicosociales a tener en consideración. Según datos a nivel nacional, en la mayoría de las agresiones sexuales el agresor es conocido o familiar de la víctima, por lo cual es relevante poder investigar qué sucede en dicha vinculación materno-filial una vez que nace el niño/a; realizando para ello, entrevistas a profesionales expertos, con la finalidad de poder conocer cuáles son las características presentes en dicha vinculación afectiva, considerando además, el contexto en el país, donde la madre se encontraba hasta el año 2018 en obligatoriedad legal de mantener la gestación hasta el término del embarazo, lo que conllevaría según la observación de profesionales, en un vínculo de tipo ambivalente, viéndose en desmedro la calidad vincular y el posterior desarrollo del niño. Para recopilar la información pertinente para la presente investigación, se llevó a cabo una investigación cualitativa, basada en la Teoría fundamentada, la cual intenta generar una teoría a través de la recopilación sistemática de datos. Generándose por parte de los investigadores, categorías atinentes a la investigación. En este estudio participaron dos profesionales del área de las Ciencias Sociales, un Psicólogo y un Trabajador Social, con más de cinco años de experiencia profesional, con un promedio de treinta casos relacionados a la intervención con mujeres agredidas en la esfera de su sexualidad, donde se produjo un embarazo a partir de éste (21).

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales expertos en área de protección de la infancia, basando la pauta de entrevistas en la “Guía de valoración de habilidades parentales a través de la observación participante” de los autores Jorge Barudy y Maryorie Dartagnan (Barudy, 2005). Se realizó un microanálisis con datos obtenidos en las entrevistas, utilizando la codificación abierta la cual es “el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones” (Strauss & Corbin, 2002, p. 110), generando, de esta manera, categorías generales – conceptualizaciones – a partir de la información extraída del microanálisis. El objetivo de este estudio fue conocer la calidad vincular entre madres e hijos concebidos producto de agresión sexual, según el relato de profesionales expertos. En los resultados de este estudio se observó que esta vinculación se caracterizaría por la existencia de un distanciamiento afectivo, en particular por parte de las madres hacia sus hijos, donde se detecta la existencia de una valoración negativa de los niños/as, significándolos como una obligación que deben cumplir, sin desear mantener dicho rol, con un reconocimiento despectivo hacia éstos. Asimismo, se distingue en la relación materno-filial, rasgos simbióticos a nivel vincular, donde no existiría el reconocimiento del hijo, como un otro diferenciado a ella, anteponiendo sus propias necesidades por sobre las del niño. Del mismo modo, y en torno a la esfera afectiva, se presentan sentimientos asociados al rechazo, el cual se manifiesta en una ausencia de cercanía emocional, con la proyección de la rabia provocada a partir del contexto de trasgresión sexual vivenciada, la cual es dirigida hacia los niños/as, lo que en consecuencia, generaría dificultades en el ámbito de socialización de éstos, no favoreciendo la madre un adecuado desarrollo del infante en lo que se refiere a sus habilidades en el contacto con su entorno social (21).

En el artículo “Affective link between the adolescent gestants with depression and their newborns in huánuco health establishmen”; elaborado en el año 2018 por Nancy Castañeda Eugenio, se realizó un estudio en el cual el objetivo fue determinar el vínculo afectivo entre las embarazadas adolescentes con depresión y sus recién nacidos en establecimientos de salud de Huánuco. Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra contó con 19 gestantes

adolescentes atendidas entre mayo a octubre del 2013 en establecimientos de salud de Huánuco con diagnóstico de depresión. Los datos se recolectaron a través de un test adaptado por los investigadores para realizar un descarte rápido de depresión basado en la escala de depresión perinatal de Edimburgo y un cuestionario que evaluó la vinculación afectiva prenatal mediante la técnica de entrevista. En los resultados de este estudio se observó que la prevalencia de depresión durante el tercer trimestre fue 17,7%, de ellas 78,9% presentó depresión leve. Respecto a los datos sociodemográficos, la mayoría de las adolescentes presentaron estudios incompletos, solteras, ocupación estudiante o ama de casa, viven con padres y dependen económicamente de ellos. Durante el puerperio el 57,9% mostró cariño por el recién nacido, en el 47,4% son otras personas las que se encargan del cuidado del neonato, el 78,9% de adolescentes se cataloga como madre poco responsable; el 52,6% da de lactar a su bebé solo porque existe la necesidad de alimentarlo. La depresión se asoció con el vínculo afectivo prenatal ($p=0,02$). En este estudio se concluyó que las gestantes adolescentes con depresión constituyen una población vulnerable y en el 63,1% existe un alto vínculo afectivo con sus recién nacidos. La depresión en el tercer trimestre del embarazo se relaciona con el vínculo afectivo entre la madre y su recién nacido (22).

En el 2018, la autora Urgilés León, Sandra Jackeline publicó un estudio titulado "Socio-family influence in pregnant adolescents", donde se comprobó la hipótesis al señalar que el afecto, amor, cariño, expresado de los padres hacia la embarazada se relaciona significativamente con la afectada, este resultado es apoyado por otros estudios publicado por la Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos, Universidad del Bío Bío (Muñoz y Oliva, 2009), en el que se observó que la disfunción familiar ha demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal, también se observó que el apoyo familiar durante el embarazo se asoció significativamente a la ausencia de Hipertensión en el Embarazo y Parto Prematuro. Además, permitió conocer los indicadores individuales, familiares, sociales académicos, afectivos de adolescentes embarazadas, y determinar los factores de influencia socio familiar. Lo que confirma a importancia de realizar este estudio para conocer los factores de riesgo presentes

en esta unidad de medicina familiar y por lo tanto desarrollar estrategias para disminuirlos y evitar que se presentes este tipo de patologías en las embarazadas adolescentes (23).

Por otro lado, en el “artículo Evidencias de validez de la escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP)” publicado por el autor José Artica-Martínez en el año de 2018 se realizó un estudio en embarazadas usuarias del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) se llevó a cabo una investigación de tipo instrumental tuvo como propósito desarrollar evidencias de validez y confiabilidad de la Escala para la evaluación de la vinculación afectiva y la adaptación prenatal (EVAP) en una población de gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. En esta investigación participaron de la investigación gestantes, adolescentes y adultas (N=310), a partir del segundo trimestre de embarazo; es decir, a partir de las 14 semanas. Este estudio concluyó que las seis dimensiones propuesta por Lafuente representan micro dimensiones de los constructos adaptación y vinculación afectiva prenatal; por tanto, no se requiere la subdivisión, siendo necesaria una estructura solo con dos dimensiones. La versión final de la escala quedó conformada por 21 ítems, doce integraron la dimensión Adaptación al embarazo y nueve conformaron la dimensión Vinculación afectiva prenatal. El análisis factorial confirmatorio demostró que esta versión de la escala presenta mejores bondades de ajuste en comparación con la propuesta teórica y la estructura sugerida por el análisis factorial exploratorio sin omisión de ítems, en cuanto a la confiabilidad de la escala se obtuvieron valores de .746 y .749 para las dimensiones Adaptación al embarazo y Vinculación afectiva prenatal respectivamente. Estos valores fueron estimados a través del coeficiente omega resultando adecuados para ambas sub escalas (24).

Juan José Gabriel Artica Martínez, en su artículo “Adaptación y validación del cuestionario de autoevaluación prenatal en gestantes usuarias del instituto nacional materno perinatal”, publicado en el 2019; realizó un trabajo de investigación, de tipo instrumental, el cual tiene por objetivo adaptar y validar el Cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ) en una muestra de 790 gestantes usuarias del Instituto Nacional Materno Perinatal, con edades comprendidas entre 13 y 45 años

(M = 23.8, DE=6.7). En este trabajo se desarrollaron evidencias de validez respecto al contenido y a la estructura interna del cuestionario; en cuanto a lo primero, se utilizó la V de Aiken y los intervalos de confianza, encontrando 69 ítems del cuestionario con IC superiores a .75, lo cual indica acuerdo de los jueces expertos sobre la relevancia de los ítems. Respecto al análisis de la estructura interna, se realizó el análisis factorial exploratorio encontrando un KMO=.97; $\chi^2(45) = 49430.3$, $p < .001$; posteriormente se comparó, a través de un análisis factorial confirmatorio, el modelo teórico propuesto por la autora con el modelo resultante del AFE el cual sugirió cinco dimensiones. Se observó un mejor ajuste en el modelo de cinco dimensiones en su versión de 30 ítems $\chi^2 = 787.75$, $\chi^2/gf = 1.99$, CFI = .979, RMSEA = .035 [.032- .039], SRMR = .038, AIC = 927.75. Se estimó los coeficientes de confiabilidad para cada una de las cinco dimensiones encontrándose valores mayores a .92 los cuales son considerados aceptables. Se concluye que el instrumento resultante, con base en un modelo multidimensional de cinco factores, presenta adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a su validez y confiabilidad, por lo que su uso es aceptable como un instrumento para conocer aspectos psicosociales relacionados a la adaptación al embarazo (25).

La autora Janiny Lima e Silva, en su artículo "Validity and reliability of the Lederman prenatal self-evaluation questionnaire (Pseq)" publicado en el 2020 en Brasil, menciona que realizó un estudio en el cual se aplicó el cuestionario de autoevaluación prenatal de Lederman (PSEQ) el cual se utiliza para evaluar la adaptación psicosocial a embarazo, parto, parto y maternidad. El PSEQ es una herramienta utilizada en varios países y se ha traducido a portugués; sin embargo, necesita ser validado en Brasil. Este estudio tuvo como objetivo analizar la validez y confiabilidad del PSEQ para embarazadas brasileñas. Este estudio se enfocó en investigar la consistencia interna y la confiabilidad utilizando el alfa de Cronbach y coeficiente de correlación intraclase, respectivamente. La validez de constructo se evaluó mediante la correlación de Pearson entre el dominios y análisis factorial confirmatorio. Para evaluar la validez concurrente, la correlación de Pearson entre el PSEQ y se determinó la Versión Prenatal Psicosocial Prole-Portugués (PPP-VP). Resultados: Este estudio incluyó a 399 mujeres embarazadas de la región noreste

de Brasil. La consistencia interna y la confiabilidad de la puntuación total del PSEQ fue alta (alfa de Cronbach = 0,89; coeficiente de correlación intraclase = 0,95). Validez El análisis mostró correlaciones positivas y significativas entre todos los dominios del PSEQ, que van de 0,14 a 0,56. Confirmación El análisis factorial demostró los siguientes valores de bondad de ajuste: RMSEA = 0.05, SRMR = 0.08, CFI = 0.61, $\chi^2 / df = 1.77$. Se confirmó la validez discriminante y concurrente del PSEQ. El nivel de significación se fijó en 5%. Por lo tanto, este estudio concluyó que la versión portuguesa del PSEQ tiene propiedades psicométricas adecuadas y es una herramienta válida y confiable para evaluar la adaptación psicosocial al embarazo (26).

En el artículo "Pregnancy in adolescents: a quantitative scale social reading" publicado en el 2015 menciona que el embarazo en adolescentes actualmente es construido como un problema de salud pública y un fenómeno social crítico por todas las implicaciones individuales y colectivas en el significado otorgado al embarazo relacionado con la temprana edad. La frontera biológica de edad que define a la adolescencia como etapa del ciclo vital y al adolescente como un ser humano en un estado específico de crecimiento y desarrollo, también representa un reto para su diferenciación como tal. Este artículo realiza un análisis de las tasas de embarazo en adolescentes tomando datos internacionales, nacionales y regionales para contextualizar una investigación específica para el Área Metropolitana de Bucaramanga. El análisis realizado en este artículo permite observar la disparidad de mediciones entre las diferentes fuentes de consulta y la mínima información disponible. Se constata que dichos indicadores poco informan sobre esta realidad, alrededor de la educación, la salud, la economía, familia y situación afectiva (27).

3. JUSTIFICACION:

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública y se encuentra más frecuentemente en adolescentes de entre 15 a 19 años de edad, a pesar de los programas gubernamentales que se han desarrollado y que la prevalencia de embarazos en la adolescencia aparentemente va en decremento, sigue afectando a una gran cantidad de adolescentes las cuales no se encuentran emocional, económica ni mentalmente preparadas para afrontar una responsabilidad y cambio en el estilo de vida tan radical. Este cambio de emociones aunado a los cambios que conllevan la etapa de la adolescencia provoca que la relación entre la madre adolescente y su nuevo hijo pueda verse afectado ya que por la inmadurez propia del adolescente

Al tener varios factores involucrados en el embarazo en la adolescencia como aspectos sociológicos, psicológicos, culturales entre otros, como el inicio temprano de vida sexual y el no tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos ni planificación familiar. El que el adolescente tenga que pasar esta situación lo pone en medio de varias circunstancias negativas que involucran tanto a la madre adolescente como al feto. Para la madre se presentan complicaciones médicas, el rechazo social, depresión, aislamiento, sentimiento de pérdida de la juventud y déficit educacional. Por la interrupción de sus estudios, y en ocasiones conflictos con su familia de origen y en cuanto al feto existe alto riesgo de presentar peso bajo al nacer, el nacer prematuro, y mayor mortalidad infantil.

Todas estas circunstancias desfavorables para la joven madre la hacen crear un vínculo diferente al de una madre adulta por esta razón este estudio se enfoca en conocer como es el vínculo que se presenta en las madres adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 57, para poder conocer las características de este vínculo y como es que la madre se adapta a esta nueva situación. Este estudio será de utilidad para poder implementar medidas de prevención, mejorar la atención prenatal en las adolescentes embarazadas. El autoconocimiento del vínculo que tiene con su hijo para mejorar su situación personal y poder conocer que aspectos mejorar en su entorno familiar.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública, ya que de acuerdo a la UNICEF. Alrededor de 16 millones de mujeres adolescentes dan a luz cada año. Lo que representa alrededor del 11 % de todos los nacimientos y el 95% de estos ocurren en países de ingresos bajos y medios

Al ser un problema donde intervienen varios factores como el sociológico, cultural, y psicológico, el inicio temprano de vida sexual y el no conocer de métodos de planificación familiar se debe conocer cómo es que la madre adolescente afronta esta situación ya que al estar en desventaja por la inmadurez propia de su edad y los cambios intrínsecos de la adolescencia puede sentirse aislada, en depresión y tener conflictos con su familia de origen lo que ocasionaría que viera a su embarazo como un problema. Esto puede repercutir en el vínculo que se crea entre la madre y su hijo y el cómo la madre se adapta a esta nueva faceta del embarazo. Lo que me lleva a plantearme la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar Número 57?

5. OBJETIVOS:

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar Número 57

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Clasificar el nivel de adaptación prenatal en embarazadas adolescentes
- Describir el nivel de vinculación afectiva en embarazadas adolescentes
- Delimitar las características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes:

6. HIPOTESIS

H1 Existe una buena vinculación afectiva y adaptación prenatal en las embarazadas adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar Numero 57

H0 No existe una buena vinculación afectiva y adaptación prenatal en las embarazadas adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar Numero 57

7. MATERIAL Y METODOS

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Según la intervención de investigador sobre el fenómeno: Observacional

Según la finalidad del estudio: Descriptivo.

De acuerdo con el momento en que ocurre en fenómeno y su registro: Prospectivo

De acuerdo con el número de ocasiones que se recolectan los datos sobre el fenómeno estudiado: Transversal

7.2 UBICACIÓN ESPACIO TIEMPO

La presente investigación se llevó a cabo con la población de mujeres adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 57 IMSS Puebla Pue. Durante el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2021

7.3 MUESTREO

7.3.1 DEFINICION DE LA UNIDAD DE POBLACION

-Población Fuente: Población de mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 57 IMSS Puebla Pue. Durante el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2021, que acudan a control prenatal en ambos turnos

-Población Elegible: Población de mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 57 IMSS Puebla Pue. Durante el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2021, que acudan a control prenatal en ambos turnos

-Población Estudio: Población de mujeres adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 57 IMSS Puebla Pue. Durante el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2021, que acudan a control prenatal en ambos turnos.

7.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionó al universo de mujeres adolescentes embarazadas entre 10 a 19 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 57 IMSS Puebla, Puebla, durante el periodo de 1 de julio de 2021 año 31 de diciembre de 2021 Que cumplieron los criterios de inclusión.

7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

7.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres embarazadas
- Edad de 10 a 19 años
- Población derechohabiente
- Ambos turnos
- Mujeres que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado y que cumplan con los criterios de inclusión
- Que acudan a la unidad durante el periodo de estudio.
- Padres que firmen el consentimiento informado (en caso de ser menores de edad) y el asentimiento informado de las pacientes menores de edad.

7.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Mujeres que cursen con algún tipo de discapacidad: motriz, sensorial, intelectual y mental.
- Mujeres que padezcan de enfermedades psiquiátricas.
- Mujeres que declinen la invitación a participar en el estudio
- Mujeres que no cumplan con el rango de edad

7.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

- Mujeres que una vez iniciada la encuesta no deseen seguir participando
- Mujeres que no contestaran el 100 % de la encuesta.

7.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

- Universo total

7.6 DEFINICION DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

Variables independientes: mujeres adolescentes embarazadas

Variables dependientes: vinculación afectiva y adaptación prenatal en adolescentes embarazadas

7.7 DEFINICION DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

7.7.1 DEFINICIONES CONCEPTUALES

Adaptación prenatal: Un proceso de cambios que se llevan a cabo para aproximarse afectivamente al hijo, prepararse para la crianza y compatibilizar los roles a desempeñar

Vinculación afectiva: Es el lazo emocional que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para el desarrollo de sus habilidades psicológicas y sociales

Edad: Los años que refiere el paciente al momento de la consulta, años cumplidos.

Ocupación: El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.

Estado civil: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo

Escolaridad: Período de asistencia a un centro escolar.

Edad gestacional: Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

Nivel socioeconómico: Es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación con otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo

7.7.2 DEFICINIONES OPERACIONALES

Adaptación prenatal: Proceso de cambios que se llevan a cabo para aproximarse afectivamente al hijo, prepararse para la crianza y compatibilizar los roles a desempeñar.

Vinculación Afectiva: El lazo emocional que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para el desarrollo de sus habilidades psicológicas y sociales

Edad: Los años que refiere el paciente al momento de la consulta, años cumplidos.

Ocupación: Trabajo, oficio, profesión, quehacer o actividad que el paciente mencione al momento de realizar la encuesta, por ejemplo: ama de casa, trabajo manual.

Estado civil: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo

Escolaridad: El último grado de estudios, concluido de manera completa y que cuente con algún certificado que nos refiera la paciente

Edad gestacional: Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

Nivel socioeconómico: Conjunto de variables con las que se califica a un individuo dentro de la jerarquía social. Será calculado con base en la escala de estratificación social de GRAFFAR, que incluye cuatro rubros y 5 opciones de respuesta cada uno, con el siguiente desglose y puntaje:

Profesión del jefe de familia.

1. Universitario.
2. Profesionista técnico.
3. Empleado sin profesión técnica definida
4. Universidad inconclusa
5. Obrero especializado
6. Obrero no especializado

Nivel de instrucción de la madre.

1. Universitaria o su equivalente
2. Enseñanza técnica superior completa o secundaria completa
3. Secundaria incompleta o técnica inferior
4. Instrucción primaria
5. Analfabeta

Principal fuente de ingresos.

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente
2. Ingresos de una empresa privada, médicos, profesionistas
3. Sueldo quincenal o semanal
4. Salario diario o semanal Ingresos de origen público o privado (subsidios)

Condiciones de la vivienda.

1. Amplia, lujosa y óptimas condiciones sanitarias
2. Amplia, sin lujos excelentes condiciones sanitarias
3. Espacios reducidos, pero confortable, buenas condiciones sanitarias.
4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias
5. Improvisada

Resultados

- Estrato alto: puntaje de 4-6.
- Medio alto: puntaje de 7-9.
- Medio Bajo: puntaje de 10-22.
- Obrero: puntaje de 13-16.
- Bajo: puntaje de 17-20

7.8 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICION

7.8.1 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Parámetro
Adaptación prenatal	Cualitativa	Ordinal	Prenatal Self-Evaluation Questionnaire	- Mayor adaptación psicosocial: 42 a 84 puntos -Deficiencia en la adaptación psicosocial: 85 a 168 puntos
Vinculación afectiva	Cualitativa	Ordinal	Escala de Vinculación Afectiva y Adaptación Prenatal.	-Extremadamente baja: < 83 puntos. -Muy baja 83 – 98 puntos. -Baja: 99 – 114 puntos. -Moderada: 115 – 130 puntos. -Alta: 131 – 140 puntos -Vinculación muy alta 141-150
Edad	Cuantitativa	Continua	Lo referido por la encuestada.	Años cumplidos
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Lo referido por la encuestada.	-Estudiante -Ama de casa -Trabajadora dependiente -Trabajadora independiente
				-Soltera -Casada

Estado civil	Cualitativa	Nominal	Lo referido por la encuestada.	-Unión libre -Divorciada -Viuda -Separada
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Lo referido por la encuestada.	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Bachillerato -Técnico -Licenciatura -Posgrado
Semanas de Gestación	Cuantitativa	Ordinal	Lo referido por la encuestada.	-1er trimestre: 1 a 12 semanas -2do trimestre: 13 a 24 semanas -3er trimestre: ≥25 semanas
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	Estratificación social de GRAFFAR	-Alto: 4 -6 puntos -Medio alto: 7 – 9 puntos -Medio bajo: 10 – 22 puntos -Obrero: 13 – 16 puntos Bajo: 17 – 20 puntos

7.9 MÉTODO Y RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se registró el protocolo en el SIRELCIS para ser sometido a revisión por el CLIEIS, y una vez aprobado se solicitó la autorización a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar. 57 IMSS PUEBLA para la aplicación de los instrumentos tanto a los padres de las adolescentes como a ellas previo consentimiento informado.

La escala que se aplicó a las adolescentes embarazadas entre 10 a 19 años de edad fue la ESCALA DE VINCULACIÓN AFECTIVA Y ADAPTACIÓN PRENATAL (EVAP). La cual consta de puede ser contestada en 25 minutos máximo, y se orienta a evaluar cómo es la vinculación afectiva en la madre adolescente y el feto.

Se trata de un cuestionario de 30 ítems que se distribuyen en 7 sub escalas (actitudes ante el embarazo, relaciones personales, diferenciación del feto y comunicación con él, conductas de preparativo, conductas de protección, conductas de fantaseo, experiencias infantiles), cada uno de los ítems tiene 5 opciones de respuesta. La puntuación global se realiza sumando cada una de las preguntas, cuanto mayor es el resultado final mayor es la vinculación entre la madre y el feto.

La interpretación de los resultados seguirá el criterio de la escala:

Vinculación extremadamente baja	Puntuaciones menores a 83
Vinculación muy baja	Puntuaciones entre 83 y 98
Vinculación baja	Puntuaciones entre 99 y 114
Vinculación moderada	Puntuaciones entre 115 y 130
Vinculación alta	Puntuaciones entre 131 y 140
Vinculación muy alta	Puntuaciones entre 141 y 150

La escala que se aplicara a las adolescentes embarazadas de entre 10 a 19 años de edad será La cuál evalúa 6 dimensiones psicosociales de las 7 dimensiones del cuestionario original: la aceptación al embarazo que abarca los ítems 1,2,31, 33 y 34; el rol maternal los ítems 39, 40, 41 y 42, la relación con la madre los ítems 6,9, 10, 14, 17, 22 ,28, 32 y 36; la relación con la pareja los ítems 3,4,11, 15, 19, 20, 27 y 38; la preparación al parto los ítems 5,12,13, 23, 24, 26 y 29; y la preocupación por el bienestar propio y del bebe los ítems 7, 8, 16, 18,21,25, 30, 35 y 37; todos los ítems se valoran con la escala de Lickert de cuatro puntos (1-4), oscila entre los

adjetivos mucho a nunca, donde 1 corresponde a mucho, 2 con frecuencia, 3 a veces y 4 a nunca. El cuestionario contiene 13 reactivos con frases los que por advertencia de la autora del artículo se invierte el puntaje los cuales son 7, 8, 16, 18, 21 ,22, 25, 30, 31, 34, 35, 36 y 37. Su finalidad es evaluar los aspectos psicosociales del embarazo y evalúa la adaptación psicosocial al embarazo con el fin de prevenir posibles conflictos y preparara a las futuras madres a la maternidad. Se aplicó el cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ) el cual consta de 42 ítems distribuidos en 6 dimensiones los cuales miden diferentes aspectos psicosociales durante la gestación. Las 6 dimensiones conceptuales que evalúa este instrumento son: aceptación del embarazo, rol materno, relación con la madre, relación con la pareja, preparación al parto y preocupación por el bienestar propio y del bebé. Cada uno de los ítems engloba los aspectos psicosociales que intervienen en la gestación.

La interpretación de resultados seguirá el criterio de la escala:

Mayor adaptación psicosocial:	42 a 84 puntos
Deficiencia en la adaptación psicosocial:	85 a 168 puntos

7.10 ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectados los valores de las mediciones se codificarán los mismos y se elaboró una matriz de datos que se introdujo al Programa Estadístico SPSS V22. Realizamos un análisis uní variado de todas variables de investigación y de las sociodemográficas con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y determinación de frecuencias para las variables categóricas. Para el análisis bivariado, el objetivo estadístico será asociar, con prueba exacta de Fisher para la asociación entre la vinculación afectiva y adaptación prenatal y el embarazo en adolescentes, rechazando H_0 si p es menor de 0.05.

8.- ASPECTOS ÉTICOS.

El presente estudio que tiene por objetivo analizar cómo es el vínculo y la adaptación prenatal en las adolescentes embarazadas de la U.M.F 57, el cual estará sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

De acuerdo con el manual de operación y funcionamiento del fondo de investigación en salud I.M.S.S en el apartado 5.31 protocolo en investigación en salud establece un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica. El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad; con la formación de profesionales de la Medicina Familiar; con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

Este estudio observa los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea de la AMM, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea general de la

África, Octubre 1996, 52ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000; 53ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Octubre 2008. La cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y establece que el deber del médico es promover y velar por la salud de

las personas, y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

El Código de Núremberg que aborda el tema sobre experimentos médicos permitidos, nos menciona: que el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial, por lo que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento. El médico tiene la obligación de explicarle la naturaleza, duración y propósito del estudio, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse y los efectos que le puede causar a su salud.

Así mismo, se apega a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título primero (Disposiciones Generales) artículo 3º, apartado II, Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, Título Segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), Capítulo I, artículo 13º (En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar); considerando también el artículo 16 donde dice que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Considerándose a ésta investigación como de Riesgo Mínimo (Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, colección de excretas, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, entre otros) de acuerdo con lo establecido en su artículo 17º e incluirá la aplicación de un consentimiento informado, como se explica en su artículo 20, 21 y 22, al realizarse en menores de edad, éste se entregará a quien ejerza patria potestad o la representación legal del menor, tal y como se refiere en su artículo

36°. En nuestro caso solo se solicitan datos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad, ocupación, etc. y responder un cuestionario para evaluar la calidad de vida y otro para evaluar la actividad física, lo que no implica riesgo físico para la salud, por lo tanto, se considera como una investigación **con riesgo mínimo**.

Finalmente, en esta investigación todos los individuos serán tratados como personas autónomas, se les detallarán las características del estudio informándoles que ha sido registrado y aprobado ante el comité local de investigación, y que su decisión de participar es libre y voluntaria, señalando que pueden retirarse del estudio en el momento que lo deseen, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, en caso de aceptar participar se les realizará una entrevista sobre datos personales como edad, escolaridad, estado civil, ocupación, escolaridad, y datos personales sobre la relación el vínculo que tiene con su embarazo y como se está adaptando al mismo, manejando sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitirá la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de nuevas adolescentes embarazadas para poder conocer mejor sus necesidades y poder detectar factores de riesgo para prevenir patologías que puedan repercutir durante y después de su embarazo. Cumpliéndose así, con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

9.0 RESULTADOS:

El presente trabajo de investigación Se llevó a cabo con el universo de adolescentes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 57 del IMSS, en la ciudad de Puebla. durante el periodo de periodo comprendido del 1 julio de 2021 al 31 de diciembre de 2021. donde la muestra de estudio fue de 50 adolescentes embarazadas que fueron encuestadas dando cumplimiento a los criterios de inclusión de donde se obtuvieron los siguientes resultados

La edad promedio obtenida fue de 18.04 años +/- 1.355

Cuadro 1.- Análisis descriptivo de la edad

Estadígrafo	N=50
Media	18.04
Mediana	19.00
Moda	19
Desviación Estándar	+/-1.355
Rango	5
Mínimo	14
Máximo	19

Fuente: “Vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas adolescentes en la unidad de medicina familiar número 57”

Respecto a la escolaridad el 48% representa a las adolescentes con nivel secundaria en comparación con las que alcanzaron el nivel bachillerato que representan el 52 %.

Cuadro 2.- Distribución de la escolaridad

	N	%
Secundaria	24	48
Bachillerato	26	52
Total	50	100

Fuente: "Vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas adolescentes en la unidad de medicina familiar número 57"

Con respecto a la ocupación el 48% está representado trabajadoras independientes predominando sobre las estudiantes las cuales representan el 34% y las amas de casa las cuales representan el 18%.

Cuadro 3.- Distribución de la Ocupación

	N	%
Ama de casa	9	18
Estudiante	17	34
Trabajo independiente	24	48
Total	50	100

Fuente: "Vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas adolescentes en la unidad de medicina familiar número 57"

Referente al estado civil el 44% de las adolescentes se encuentran en unión libre, el 26% son casadas y el 30% son solteras.

Cuadro 4.-distribución del estado civil

	N	%
Soltera	15	30 %
Casada	13	26 %
Unión libre	22	44 %
Total	50	100 %

Fuente: "Vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas adolescentes en la unidad de medicina familiar número 57"

Referente a las semanas de gestación el 70% de las adolescentes se encontraba entre la semana 27 o más, el 18% entre la semana 13- 26 y el 12 % entre la semana 1 a la 12 al momento de responder la encuesta.

Cuadro 5.- Distribución de las semanas de Gestación

	N	%
1ª 12 semanas	6	12
13 a 24 semanas	9	18
Mas de 25 semanas	35	70
Total	50	100

Fuente: "Vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas adolescentes en la unidad de medicina familiar número 57"

Se determinó que el nivel socioeconómico que prevaleció fue la clase media baja con un 52% seguido por la clase obrera con un 48%.

Cuadro 6.- Distribución del nivel socioeconómico

	N	%
Clase media baja	26	52
Clase obrera	24	48
Total	50	100

Fuente: "Vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas adolescentes en la unidad de medicina familiar número 57"

"

Referente al grado de vinculación afectiva solo el 2% de la población total de adolescentes embarazadas encuestadas presento vinculación afectiva baja, 32% presento vinculación afectiva moderada, el 50 %presento vinculación afectiva alta y el 16% presentó vinculación afectiva muy alta.

Cuadro 7.- Distribución de vinculación afectiva

	N	%
Vinculación baja	1	2
Vinculación moderada	16	32
Vinculación alta	25	50
Vinculación muy alta	8	16
Total	50	100

Fuente: "Vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas adolescentes en la unidad de medicina familiar número 57"

Respecto a la adaptación psicosocial al embarazo el 66% de las adolescentes embarazadas presento mayor adaptación psicosocial y el 34 % presento deficiencia en la adaptación psicosocial.

Cuadro 7.- Distribución de adaptación psicosocial

	N	%
Mayor adaptación prenatal	33	66
Deficiencia en la adaptación prenatal	17	34
Total	50	100

Fuente: "Vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas adolescentes en la unidad de medicina familiar número 57"

Respecto a la relación entre vinculación afectiva y adaptación prenatal, se encontró que el 2 % presentó deficiencia en adaptación prenatal y vinculación afectiva baja, el 24% presentó deficiencia en la adaptación prenatal y vinculación afectiva moderada, el 8 % presentó mayor adaptación psicosocial y vinculación afectiva moderada el 8 % presentó deficiencia en la adaptación prenatal y vinculación afectiva alta. El 42% presentó mayor adaptación prenatal y vinculación afectiva alta. El 16% presentó mayor adaptación psicosocial y vinculación afectiva muy alta.

Cuadro 8. Vinculación afectiva-Adaptación prenatal

Vinculación afectiva	Adaptación prenatal				Total	
	Mayor		Deficiencia		N	%
	N	%	N	%		
Baja	0	0.0	1	2.0	1	2.0
Moderada	4	8.0	12	24.0	16	32.0
Alta	21	42.0	4	8.0	25	50.0
Muy alta	8	16.0	0	0.0	8	16.0
Total	33	66.0	17	34.0	50	100.0

Fuente: "Vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas adolescentes en la unidad de medicina familiar número 57"

Prueba exacta de Fisher de 20.743 P:0.000

10.DISCUSIÓN:

De acuerdo con Mauricio Rojas Betancur y colaboradores la edad promedio de adolescentes embarazadas promedio reportado en su artículo "El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa" las mujeres de 19 años representan el 38.4 % del total, con una diferencia de 1 año en relación a nuestro estudio donde el promedio de edad en la población adolescente embarazada fue de 18 años. Similar a la de nuestro estudio por lo que creemos que las campañas de información y prevención del embarazo adolescente han funcionado en nuestra comunidad ya que la mayoría de embarazos se presentaron cerca de la mayoría de edad. (27)

En el artículo características de las adolescentes embarazadas de un área de salud publicado por Muguercia Silva M y colaboradores menciona que Rojas y claros demostraron que en más del 40% de los casos las adolescentes embarazadas quedaron en un nivel de educación primario o menor. Mientras que en nuestro estudio el 52 % culminó la el bachillerato y el 42 % terminó la secundaria. En el artículo se menciona que el grado de estudios posteriormente determinó la ocupación de estas madres. Por lo que las campañas de prevención y planificación familiar establecidas en las escuelas (11)

El estrato socioeconómico bajo como se menciona en el artículo de Molina y Peña. es un factor que se presenta con más frecuencia en las embarazadas adolescentes lo que podemos observar que se relaciona con nuestro estudio ya que el 52% de las pacientes en nuestro estudio se encontraba en estrato medio bajo. Esto se relaciona con el grado de estudios de los padres y la ocupación de los mismos ya que entre menor sea el grado de estudios de los padres. Menor va a ser el cuidado y la comunicación que tengan con sus hijos y por lo tanto la educación sexual que puedan impartirles. (28)

Como se menciona en el artículo de Molina y Peña. en donde se menciona que, en el ámbito rural, la expectativa de vida es casarse y tener hijos podemos ver que en la zona urbana donde se realizó este estudio el 44% de las pacientes se encontraba viviendo en unión libre y el 30 % de las pacientes se refirió soltera. Estos resultados

los relacionamos con que la mayoría de los embarazos en adolescentes no son planeados y por lo tanto en nuestra sociedad el casarse no es una necesidad ya que se le da más peso a los estudios para mejorar el estrato socioeconómico (28)

En el estudio elaborado por Nancy Castañeda en el 2018 se observó que el 63.1 % de las adolescentes embarazadas demostró un alto vínculo afectivo con sus recién nacidos. En comparación con nuestro estudio en el cual tuvimos un 50% de pacientes con vinculación afectiva alta. La diferencia del 10% puede relacionarse con la cantidad de muestra, podemos observar que al menos la mitad de las adolescentes embarazadas tiene una vinculación alta con sus hijos. Y en vinculación afectiva moderada tuvimos un 32% de las pacientes. Esto puede relacionarse con varios factores como el entorno familiar, depresión y estado emocional de las embarazadas adolescentes. (22).

En el estudio de Nancy Castañeda Eugenio se observó que el 78.9% de las embarazadas adolescentes se cataloga como madre poco responsable y el 52 % da de lactar a su bebé solo porque existe la necesidad de alimentarlo. En nuestro estudio observamos que el 66% de las embarazadas tienen una mayor adaptación psicosocial al embarazo. Lo que puede estar relacionado con la edad de las pacientes ya que la mayoría tiene mayoría de edad y el 52 % tiene estudios de bachillerato completo y el 42 % tiene un trabajo independiente por lo que se encuentran mejor preparadas para afrontar un embarazo. (22).

11. CONCLUSIÓN:

Con los resultados de nuestro estudio concluimos que entre más alta es la vinculación afectiva de una madre hacia su hijo, la adaptación prenatal es mayor, aceptando la hipótesis alterna obteniendo un resultado de con la prueba exacta de Fisher de 20.742 y una P igual a 0.000. rechazando la hipótesis nula al obtener una P menor a 0.5. Además de que factores como la edad, ocupación, el nivel socioeconómico y el apoyo familiar influyen en como la adolescente embarazada enfrenta su embarazo y el futuro de su hijo

Observamos que a pesar de llevar una extensa búsqueda de información en diferentes bases de datos no encontramos información actual relacionada con la adaptación prenatal y el vínculo afectivo en población mexicana. Lo que abre varias líneas de investigación y áreas de oportunidad para la medicina familiar.

12. PROPUESTAS:

1.- Gestionar la difusión de un video dirigido a la población adolescente, sobre los riesgos del embarazo adolescente para las redes sociales del instituto.

2.- Identificación de redes de apoyo de toda embarazada adolescente para la orientación de factores de riesgo y promoción de una alta vinculación afectiva durante su gestación y en caso de identificar deficiencia referir a psicología.

3. Capacitar al médico familiar en el uso de instrumentos para valorar la adaptación prenatal y la vinculación afectiva y referirlas a los servicios de la unidad oportunamente.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1 Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva. Estados Unidos de América; 2020. Disponible en:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Acceso 16 de octubre 2020

2 Adolescencia y juventud. Estamos construyendo un nuevo UNICEF.org. Disponible en

[nicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html#:~:text=La%20adolescencia%20es%20un%20per%C3%ADodo,tard%C3%ADa%20\(17-19\)](https://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html#:~:text=La%20adolescencia%20es%20un%20per%C3%ADodo,tard%C3%ADa%20(17-19).). Acceso: el 27 de octubre de 2020.

3 Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr. 2015;86(6):436-443

4 Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva. Estados Unidos de America; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy>

Acceso: 20 noviembre 2020

5 Gálvez M. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev Cubana Med Gen Integr vol.32 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2016:280-289

6 Mendoza L. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.4 Santiago ago. 2016; 230-242

7 MC. Cook. S. Cameron.S. social issuea of teenage pregnancy. obstetrics, gynaecology and reproductive medicine 30:10 3. 2020 Elsevier Ltd. All rights reserved.

8 González L. Clinical and epidemiological characterization in pregnant adolescents. RCVC. Medicent Electron.2019 jul. Sep. 23(3). Pag 261.270

9 Mendoza L.et.al. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.3 Santiago jun. 2016;143-153

10 Urgilés S. Influencia socio familiar en adolescentes embarazadas. Artículo de Investigación. Revista Killkana Sociales. Vol. 2, No. 1, pp. 49-54, enero-abril, 2018.

11 Muguercia J. Vázquez.M, Estrada L. et.al. Características de las adolescentes embarazadas de un área de salud Characteristics of Pregnant Adolescents in a Health Area. Universidad de Ciencias Medicas de Santiago de Cuba. Policlínico Docente noviembre 2017

12 Villa I. Vínculo prenatal: la importancia de los estilos vinculares en el cuidado gestacional. Revista Katharsis. N 22, pp. 267-303, julio-diciembre 2015.

13 Maydee V. Psychosocial factors in the explanation of adolescent reproductive behavior. Novedades en Poblacion/CEDEM. ISSN:1817-4078. NO 28 recibido diciembre 2019. pp. 199-206.

14 Ortiz C. et.al. Depresión Post Parto. Revista electrónica psyconex, psicología, psicoanálisis y conexiones. Departamento de psicología. Medellín, Colombia.vol 10n 16-2019 ISSN2145-437X. 1-10

15 Patricia C. et al. Maternal-fetal bonding: implications for psychological development and proposal for early intervention Escritos de Psicología vol.8 no.2 Málaga may./ago. 2015

16 Mejía L, Trujillo J, Hernández P, et al. Knowledge about and use of contraceptive methods by pregnant teenagers and their sexual partners. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019 [citado 15 octubre 2020];4(35).Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/343571796_Knowledge_about_and_use_of_contraceptive_methods_by_pregnant_teenagers_and_their_sexual_partners

Acceso: 28 de octubre 2020

17 Josefa M. La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal). Un estudio piloto Index Enferm vol.17 no.2 Granada abr./jun. 2008

18 Lezama S. Buitrago L. Adaptación y Propiedades Psicométricas del cuestionario de autoevaluación prenatal en mujeres gestantes residentes de la ciudad de Bogotá. Psicología,12(2),61-73.doi: 10.24500/19002386.3370

- 19 Sampayo C, Márquez T, Ortega E, et al. El embarazo en adolescentes, un verdadero problema de salud pública en México. JONNPR. 2019;4(3):304-14, DOI: 10.19230/jonnpr.2836
- 20 Rodríguez N, Cala A, Napoles J, et al. Risk factors associated with pregnancy in adolescents. Revista Informacion Cientifica. 2018;97(5):945–954.
- 21 Acuña B, Valdivia M. Characteristics of the affective bond between mothers and children, conceived as a result of Sexual Assault, according to expert professionals. Revista De Psicología De La Academia. 2018; 31:6–15.
- 22 Castañeda N, Espinoza Tarrazona Y, Manrique de Lara D. affective link between the adolescent gestants with depression and their newborns in huánuco health establishments. revista int materno infantil. 2018 [citado 15 octubre 2020]; 3(35):15–19.
- 23 Urgiles S, Fernandez Y, Duran J. articulo de investigacion.socio-family influence in pregnant adolescents. revista killkana sociales. 2018; 2(1):49–54.
- 24 Artica J, Barba G. Mejía A. Evidencias de validez de la escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP) en gestantes usuarias del INMP. Revista de Investigación en Psicología Vol. 21 - N.º 2 - 2018, pp. 267 – 284.
- 25 Artica Martínez.J.J. Adaptación Y Validación Del Cuestionario De Autoevaluación Prenatal En Gestantes Usuarias Del Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev Peru Investig Matern Perinat 2019;8 (4):19-24
- 26 Lima e Silva J, Sousa M, Aires M. et.al. Validity and Reliability of the Lederman Prenatal Self-Evaluation Questionare (Pseq) in Brazil. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs-94529/v.2020> pag 1-20.
- 27 Rojas M. El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 48, núm. 1, pp. 81-90, 2016. Universidad Industrial de Santander

28 Molina A, Pena R. et al conditionin factors and social consequences of teenage pregnancy. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.45 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2019 Epub 02-Jun-2019

14. ANEXOS:

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y
POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“VINCULACION AFECTIVA Y LA ADAPTACION PRENATAL EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 57”
Lugar y fecha:	UMF 57 Puebla, Puebla a
Número de registro:	R-2021-2104-020
Justificación y objetivo del estudio:	Le invitamos a participar en esta investigación, cuyo objetivo es conocer como es la vinculación afectiva y como es la adaptación de las embarazadas adolescentes a su embarazo por lo que esto requiere realizarle un cuestionario con el cual con sus respuestas se evaluara como es el vínculo y su adaptación a su embarazo
Procedimientos:	Si acepta participar, en las instalaciones de la U.M.F. 57, se le realizarán algunas preguntas, sobre su edad, grado de estudios, ocupación, estado civil, embarazos anteriores, semanas de gestación en embarazo actual y deberá responder un cuestionario para conocer el vínculo y la adaptación que tiene en su embarazo. El tiempo en contestar las preguntas y la plática será de aproximadamente 25 min.
Posibles riesgos y molestias:	Usted no correrá ningún riesgo físico ya que su participación consistirá en responder unas sencillas preguntas de forma privada acerca de los datos de alarma que se presentan durante el embarazo, como lo son sangrado, convulsiones y contracciones antes de tiempo, luego le daremos una plática en donde le explicaremos como identificar a cada uno de ellos. Dentro de los riesgos psicológicos es que puede llegar a molestarle porque le preguntaremos sobre sus embarazos anteriores, sin embargo, no queremos causarle molestia, ya que los datos se guardaran y nadie más lo sabrá. No habrá riesgos económicos ya que solo deberá contestar una encuesta, únicamente le pediremos por favor nos regale aproximadamente unos 25 min en total. Los riesgos sociales como el que usted sea señalada por participar en el estudio lo evitaremos, porque la información que nos dé, la mantendremos guardada sin dársela a conocer a otras personas, aunque alguien de su familia venga a preguntar que contestó, no le diremos.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios que usted tendrá será poder conocer el vínculo afectivo que tiene con su bebe y como se va adaptando a los cambios durante su embarazo de esta manera se podrán desarrollar estrategias para apoyar de mejor manera a las embarazadas adolescentes y que lleven un mejor control prenatal y podamos entender los cambios por los que están pasando y además de ofrecerles un mejor servicio, mejorar la confianza y la relación médico - paciente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez obtenida la información y analizada, se procederá a otorgar los resultados a los pacientes participantes, en forma privada si alguna de ellas tuviera alguna duda o no entendiera aun con la intervención se realizará una asesoría personal con el fin de que tengan los conocimientos más claros, y tenga por seguro que nos comprometemos a darle la información más actualizada sobre el tema. Los resultados finales se darán a conocer a las autoridades de la clínica, pero no se dirán nombres de las participantes ni sus datos personales. Tenga por seguro que a nadie le daremos sus resultados ni sus datos personales, ni a su familia se le darán
Participación o retiro:	Solo usted decide si quiere o no participar y aunque ya nos haya dicho que, si participa, si usted ya no lo desea, solo nos debe decir en cualquier momento que no va a seguir, sin que su decisión afecte el trato que recibe en la clínica.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos son guardados con mucho cuidado para que nadie los conozca, todo lo que usted nos diga se mantiene en secreto y de forma confidencial, por lo que a la única que se le dará su información será a usted, si su pareja solicita información, usted debe estar segura que tampoco se le dará, ni le diremos que usted ha participado en el estudio.
Beneficios al término del estudio:	Mejora del nivel de conocimientos sobre la identificación de signos y síntomas de alarma obstétrica y con ello la probabilidad de buscar atención medica de manera oportuna impactando en la reducción de la muerte materna la cual continua con una alta prevalencia en nuestro país
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Dr. Investigador Responsable Del IMSS Dra. Victoria María Xochitotol Bautista Médico Familiar. Lugar De Adscripción U.M.F. 55 Matricula 98225236. Vicky_mishi03@hotmail.com Teléfono 044 2224592032
Colaboradores:	Dra. Investigador Asociado IMSS Dra. Laura Concepción Momox Vázquez Médico Familiar. Lugar De Adscripción U.M.F. No. 57 Matricula 99222588. laumovz@gmail.com . Teléfono 2221778760 Dr. Armando Ivan Xalteno Altamirano. Residente De Medicina Familiar U.M.F. 57 IMSS

Matrícula: 97222952 E-MAIL: xal0001@hotmail.com
Teléfono: 2461022451

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación calle 37 norte y avenida 15 de mayo, Puebla. Teléfono 2222497100 Unidad de Medicina Familiar No. 6, Correo electrónico: ceiumf6@gmail.com

Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx

Dr. Armando Ivan Xalteno Altamirano
Matricula: 97222952. Celular: 2461022451

Nombre y firma de Participante

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**Carta de consentimiento informado para
participación en protocolos de investigación
(padres o representantes legales de niños o
personas con discapacidad)**

Nombre del estudio:

**“VINCULACION AFECTIVA Y LA ADAPTACION PRENATAL EN
EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 57”**

Patrocinador externo (si
aplica)*

No se cuenta con ningún patrocinador externo.

Lugar y fecha:

UMF 57 Puebla, Puebla a

Número de registro
institucional:

R-2021-2104-020

Justificación y objetivo del
estudio:

Estamos invitando a su hija a participar en un protocolo de investigación que consiste en responder una serie de preguntas relacionadas con el vínculo que está experimentando con su bebe y como se está adaptando durante el proceso de su embarazo

Procedimientos:

Si usted acepta que su hija participe en el estudio, dentro de las instalaciones de la UMF 57, se le realizarán algunas preguntas, sobre su edad, grado de estudios, ocupación, estado civil, embarazos anteriores, semanas de gestación en embarazo actual y se le aplicara un cuestionario para recabar la información que necesitamos para nuestro estudio. El tiempo en contestar las preguntas y la plática será de aproximadamente 25 min.

Posibles riesgos y molestias:

Si hija no correrá ningún riesgo físico ya que su participación consistirá en responder unas sencillas preguntas de forma privada acerca de cómo se siente durante su embarazo y como es la relación sentimental con su futuro bebe y como es que se está adaptando en este proceso de su embarazo. Dentro de los riesgos psicológicos es que puede llegar a molestarle porque le haremos

preguntas personales sobre los sentimientos que experimenta durante su embarazo y como se adapta al mismo, sin embargo, no queremos causarle molestia, ya que los datos se guardaran y nadie más lo sabrá. No habrá riesgos económicos ya que solo se le entrevistará en un solo día, únicamente le pediremos por favor nos regale aproximadamente unos 25 min en total. Los riesgos sociales como el que usted sea señalada por participar en el estudio lo evitaremos, porque la información que nos dé, la mantendremos guardada sin dársela a conocer a otras personas, aunque alguien de su familia venga a preguntar que contestó, no le diremos.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Los beneficios que usted tendrá será poder conocer el vínculo afectivo que tiene con su bebe y como se va adaptando a los cambios durante su embarazo de esta manera se podrán desarrollar estrategias para apoyar de mejor manera a las embarazadas adolescentes y que lleven un mejor control prenatal y podamos entender los cambios por los que están pasando y además de ofrecerles una mejor atención, y mejorar la relación médico - paciente.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Una vez obtenida la información y analizada, se procederá a otorgar los resultados a los pacientes participantes, en forma privada si alguna de ellas tuviera alguna duda o no entendiera aun con la intervención se realizará una asesoría personal con el fin de que resolver todas sus dudas, y tenga por seguro que nos comprometemos a darle la información más actualizada sobre el tema.

Participación o retiro:

Usted es libre de decidir si su familiar participa en este estudio y podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte la atención que recibe del Instituto.

Privacidad y confidencialidad:

Sus datos son guardados con mucho cuidado para que nadie los conozca, todo lo que usted nos diga se mantiene en secreto y de forma confidencial, por lo que a la única que se le dará su información será a usted, si su pareja solicita información, usted debe estar segura que tampoco se le dará, ni le diremos que usted ha participado en el estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Investigador Responsable Del IMSS

Dra. Victoria María Xochitotol Bautista. Médico Familiar

Lugar De Adscripción U.M.F. 57. Matricula 98225236

vicky_mishi03@hotmail.com. Teléfono 044 2224592032

Investigador Asociado

Dra. Laura Concepción Momox Vázquez

Médico Familiar. Lugar De Adscripción U.M.F. No. 57. Matricula 99222588

laumovz@gmail.com. Teléfono 2221778760

Colaboradores:

Dr. Armando Ivan Xalteno Altamirano. Residente De Medicina Familiar UMF 57 IMSS

Matrícula: 97222952 E-MAIL: xal0001@hotmail.com

Teléfono: 2461022451

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación calle 37 norte y avenida 15 de mayo, Puebla. Teléfono 2222497100 Unidad de Medicina Familiar No. 6, Correo electrónico: ceiumf6@gmail.com

Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx

Dr. Armando Ivan Xalteno Altamirano
Matricula: 97222952. Teléfono: 2461022451

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-014

1 de 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD

**Carta de asentimiento en menores de edad (8 a
17 años)**

Nombre del estudio:

**“VINCULACION AFECTIVA Y LA ADAPTACION PRENATAL EN EMBARAZADAS
ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 57”**

Número de registro institucional: R-2021-2104-020

Objetivo del estudio y procedimientos:

El objetivo de este estudio es conocer como es el vínculo y la adaptación prenatal que las pacientes adolescentes embarazadas tiene durante el proceso de su embarazo.

Hola, mi nombre es Dr. Armando Ivan Xalteno Altamirano y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de: Vinculación afectiva y adaptación prenatal en adolescentes embarazadas y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en:

Si usted acepta participar en el estudio, dentro de las instalaciones de la UM 57, se le realizarán algunas preguntas, sobre su edad, grado de estudios, ocupación, estado civil, semanas de gestación en embarazo actual y se le aplicara un cuestionario para recabar la información que necesitamos para nuestro estudio. El tiempo en contestar las preguntas y la plática será de aproximadamente 25 min.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Dr. Armando Ivan Xalteno Altamirano
Matricula: 97222952
Teléfono: 2461022451

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

2 de 2

ANEXO 2

ENCUESTA (HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS)					
NOMBRE					
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL					
EDAD (en años)					
TELEFONO					
1. ESTADO CIVIL:		2. ESCOLARIDAD:		3.-OCUPACION:	
Soltero/a		Analfabeta		AMA DE CASA	
Casado/a		Primaria		ESTUDIANTE	
Unión Libre		Secundaria		Trabajadora dependiente	
Divorciado/a		Bachillerato		Trabajadora independiente	
Viudo/a		Carrera técnica			
Separado/a		Licenciatura			
		Posgrado			
4.- SEMANAS DE GESTACION					
1ª 12 SEMANAS ()		13 A 24 SEMANAS ()		MAS DE 25 SEMANAS ()	
5.- NIVEL SOCIOECONOMICO					
Profesión del jefe de familia.			Nivel de instrucción de la madre.		
1. Universitario.			1. Universitaria o su equivalente		
2. Profesionista técnico.			2. Enseñanza técnica superior completa o secundaria completa		
3. Empleado sin profesión técnica definida			3. Secundaria incompleta o técnica inferior		
4. Universidad inconclusa			4. Instrucción primaria		
5. Obrero especializado			5. Analfabeta		
6. Obrero no especializado					
Principal fuente de ingresos.			Condiciones de la vivienda.		
1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente			1. Amplia, lujosa y óptimas condiciones sanitarias		
2. Ingresos de una empresa privada, médicos, profesionistas			2. Amplia, sin lujos excelentes condiciones sanitarias		
3. Sueldo quincenal o semanal			3. Espacios reducidos, pero confortable, buenas condiciones sanitarias.		
4. Salariodiario o semanal Ingresos de origen público o privado (subsídios)			4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias		
			5. Improvisada.		

ENCUESTA PARA LA EVALUACION DE LA VINCULACION AFECTIVA PRENATAL (EVAP)

1. Cuando tuve mi primera falta:
1. se me cayó el mundo encima, porque no deseaba en absoluto quedarme embarazada.
2. me puse muy nerviosa, porque no había previsto quedarme embarazada.
3. me gustó pensar que posiblemente estaba embarazada, pero al mismo tiempo tuve ciertas dudas y temores.
4. me hizo ilusión la posibilidad de estar embarazada, aunque no lo estábamos buscando
5. me llevé una gran alegría, porque estaba deseando quedarme embarazada
2. Me considero una persona:
1. poco agradable a los demás
2. del montón
3. creo que valgo, pero que los demás no lo aprecian
4. mejor que la mayoría
5. que se hace querer
3. Toco mi vientre para sentir los movimientos de mi hijo o hija:
1. nunca
2. casi nunca
3. a veces
4. bastante
5. muchísimo
4. Cuando hablo de mi futuro hijo o hija suelo llamarlo:
1. eso, esa cosa
2. lo que tengo ahí dentro
3. no sé cómo llamarlo
4. el feto, el no nacido
5. mi hijo/hijo, el niño/niña o me refiero a él con el nombre que va a tener
5. Cuando pienso en mi vida con el bebé:
1. me siento mal
2. me agobio
3. tengo muchas dudas y temores
4. me considero una madre capaz
5. creo que le gustaré y que lo haré bien

6. He elegido un nombre para mi hijo o hija:
1. no, no tengo ganas de pensarlo
2. no, no he tenido tiempo de pensarlo
3. no, es aún un poco pronto para pensarlo
4. he dedicado un poco de tiempo a eso, pero aún no le he decidido
5. si, ya sé el nombre que le voy a poner o ya tengo elegidos dos o tres
7. He comentado con mi pareja los cambios (en las relaciones sociales, en las responsabilidades, en el trabajo, etc.) que la llegada del bebé producirá en nuestras vidas:
1. no nunca
2. casi nunca
3. alguna vez
4. bastante
5. mucho
8. Imagino cómo es ahora mi hijo o hija:
1. no, me resulta imposible
2. no, no lo he intentado
3. me cuesta hacerlo
4. lo hago algunas veces
5. lo hago con frecuencia
9. Las relaciones sexuales con mi pareja
1. no existen, han desaparecido del mapa
2. son malas
3. a veces son buenas y a veces no tanto
4. son bastante buenas en general
5. son excelentes
10. Acaricio mi abdomen para que mi hijo o hija sienta el cariño que le tengo o para calmarlo si está inquieto moviéndose demasiado:
1. no, porque no creo que vaya a darse cuenta
2. no, porque me siento ridícula haciendo eso
3. no, porque no se me ha ocurrido
4. si, algunas veces
5. sí, con relativa frecuencia

11. Encuentro que mi cuerpo actualmente:
1. es horrible, un desastre
2. es algo desgarrado
3. me da lo mismo
4. no es el de una modelo, pero tiene gracia
5. me encuentro favorecida con mi nuevo aspecto
12. Imagino cómo será mi bebé (su aspecto, su forma de ser, etc.):
1. no, me resulta imposible
2. no, no lo he intentado
3. me cuesta hacerlo
4. lo hago algunas veces
5. lo hago con frecuencia y me resulta fácil
13. Evito realizar actividades que pueden resultar peligrosas para mi hijo o hija (llevar excesivo peso, hacer ejercicio demasiado violento, fatigarse en exceso, etc...):
1. no, porque no creo que exista ningún peligro
2. no, porque no voy a ir pidiendo ayuda por ahí
3. no sé, no me he parado a pensarlo
4. sí, siempre que puedo
5. sí, siempre
14. Cuando mi hijo o hija se mueve:
1. me molesta
2. me pone un poco nerviosa
3. me resulta indiferente
4. me llama la atención
5. me gusta y/o me emociona
15. Cuando pienso en la época de mi infancia:
1. la aparto de mi pensamiento
2. creo que no fue demasiado buena
3. me gusta y disgusta al mismo tiempo
4. me parece buena en general
5. creo que fue estupenda

16. Voy/ he ido a clases de preparación para el parto:
1. no, ni pienso hacerlo, no las considero útiles
2. no, no tengo tiempo
3. no quizás más adelante
4. sí, porque quiero evitar en lo posible el dolor del parto
5. sí, porque quiero que el parto vaya lo mejor posible y pienso que así ayudo también a mi hijo o hija.
17. Le hablo a mi hijo o hija, le canto, le pongo música o le leo cosas en voz alta:
1. no, porque creo que es completamente inútil
2. no, porque me da vergüenza y pueden pensar que estoy algo loca
3. no, porque no me sale de forma espontánea
4. sí, hago alguna de esas cosas a veces
5. sí, con frecuencia hago alguna de estas cosas.
18. Cuando era pequeña:
1. nadie se mostraba cariñosa conmigo
2. mis padres me pegaban bastante, porque me lo merecía
3. algunas personas no se portaron bien conmigo
4. mis padres eran buenos, pero no me entendían bien
5. mis padres me querían y supieron educarme bien.
19. Puedo hacerme cierta idea del carácter de mi hijo o hija por su forma de moverse dentro de mí (por ejemplo, muy activo o muy reposado):
1. no
2. casi nada
3. tengo dudas
4. un poco
5. sí
20. He empezado a preparar algunas cosas para el nacimiento del bebé (su habitación, su ropa, la cuna, los biberones, etc....):
1. no, aún no he preparado nada porque me da pereza, no tengo muchas ganas, estoy poco motivada
2. no, aún no he tenido tiempo
3. poca cosa, ya tendré tiempo más adelante
4. algunas cosas
5. ya lo he preparado casi todo.

21. Cuando se confirmó el embarazo
1. no quería creérmelo, la verdad es que aún no deseo tener este hijo
2. me costó mucho hacerme a la idea y no sé aún si lo he aceptado del todo
3. me costó algún tiempo aceptarlo, pero ya lo tengo bien asumido.
4. lo acepté bien, porque aunque no lo había planeado, no hubiera tardado demasiado en hacerlo
5. me puse contentísima, ya que era lo que quería.
22. He recogido información sobre el feto, sobre el bebé o sobre ambos:
1. no, ninguna
2. algo, hablando con otras madres
3. algo, hablando con otras madres y leyendo algunas cosas
4. bastante (de otras madres, libros, revistas, etc.)
5. mucha (de otras madres, libros, revistas, matronas, médicos, etc.)
23. Procuero llevar una alimentación equilibrada:
1. no me preocupo de ello.
2. como de capricho
3. cuando me acuerdo de mi estado, procuro hacerlo
4. sí, aunque ya la llevaba antes
5. sí, sigo todas las indicaciones de mi ginecólogo
24. He pensado en la vuelta a casa desde el hospital:
1. no, creo que es un fastidio pensar en esas cosas
2. no, ni se me ha ocurrido
3. no, lo haré algo más adelante
4. sí, creo que me las podré arreglar sola
5. sí, creo que necesitaré algo de ayuda (de mi madre, de mi parejas o de algún otro)
25. Creo que el embarazo:
1. es un auténtico fastidio
2. es algo por lo que no hay más remedio que pasar si quieres un hijo
3. es una época como otra cualquiera
4. es algo nuevo e interesante, aunque pueda ocasionar algunas molestias
5. es algo muy especial, es un privilegio ser una mujer en este caso

26. Me resulta fácil imaginarme a mí misma dando de comer al bebé, cuidándolo, cambiándole los pañales, durmiéndolo, etc...:
1. para mí es imposible imaginar todo eso
2. me cuesta mucho esfuerzo imaginarlo
3. me lo imagino, pero no sé si sabré hacerlo
4. me lo imagino alguna vez
5. me lo imagino muchas veces y con facilidad
27. Mi pareja y yo hablamos del futuro bebé:
1. nunca
2. casi nunca
3. alguna vez
4. bastante
5. mucho
28. He pensado en la alimentación de mi futuro bebé:
1. no, me aburre dedicarme a eso
2. no, es demasiado pronto
3. estoy dudosa
4. sí, lo alimentaré con biberón
5. sí, sí puedo lo alimentaré con pecho
29. Siempre me han gustado los niños:
1. no, ahora siguen sin gustarme
2. no, pero los tolero
3. ni me gustan ni me disgustan
4. sí, pero me cuesta ganármelos
5. si, lo paso bien con ellos y suelen simpatizar conmigo
30. El embarazo:
1. me ha producido muchas molestias (náuseas, vómitos, dolores ...), creo que no volveré a repetir
2. me ha producido algunas molestias, que me han tenido bastante preocupada
3. me ha producido algunas molestias, pero eso es bastante corriente y sabes que va a pasar
4. apenas me ha producido molestias, creo que he tenido suerte
5. ha sido excelente, no he tenido ni una molestia

CALIFICACION:

CALIFICACION	
Vinculación extremadamente baja	puntuaciones menores a 83
Vinculación muy baja	puntuaciones entre 83 y 98
Vinculación baja	puntuaciones entre 99 y 114
Vinculación moderada	puntuaciones entre 115 y 130
Vinculación alta	puntuaciones entre 131 y 140
Vinculación muy alta	puntuaciones entre 141 y 150

Cuestionario de autoevaluación prenatal (Adaptación del PSQ)

A- MUCHO

B- CON FRECUENCIA

C- A VECES

D- NUNCA

		AFIRMACION	PUNTUACION			
			A	B	C	D
	AE	1.- creo que este es un buen momento para quedarme embarazada				
	AE	2.- puedo tolerar las molestias del embarazo				
	RP	3.- mi marido y yo hablamos del bebe que espero				
	RP	4.- mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada				
	PA	5.- creo que el parto tendrá lugar con normalidad				
	RM	6.- mi madre esta ilusionada con él bebe que espero				
R	PB	7.- me preocupa que él bebe pueda tener anomalías				
R	PB	8.- pienso en lo peor cuando me duele algo				
	RM	9.- mi madre está contenta con mi embarazo				
	RM	10.- mi madre me da buenos consejos				
	RP	11.- a mi marido le gusta hablar conmigo sobre el embarazo				
	PA	12.- estoy bien informada de lo que me espera en el parto				
	PA	13.- sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones				
	RM	14no me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas				
	RP	15.- como pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
R	PB	16.- no dejo de pensar en los problemas que él bebe pueda tener				
	RM	17 mi madre ya espera su nieto				
R	PB	18me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar a mi bebe				
	RP	19.- mi marido me ayuda en casa cuando lo necesito				
	RP	20.- puedo contar con el soporte de mi marido durante el parto				
R	PB	21.- tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto				
R	RM	22.- cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo				
	PA	23.- estoy preparada para el parto				
	PA	24.- se dé cosas que pueden ayudarme durante el parto.				
R	PB	25.-me angustian las posibles complicaciones del parto				
	PA	26.-pienso que podre resistir las incomodidades del parto				
	RP	27.- en el momento de tomar decisiones mi marido siempre nos ponemos de acuerdo.				
	RM	28.- mi madre me da ánimos cuando dudo d mi misma				

	PA	29.- me siento bien informada sobre mi parto				
R	PB	30.- me preocupa que algo pueda ir mal en el parto				
R	AE	31 me cuesta aceptar este embarazo				
	RM	32.- mi madre me anima a que haga las cosas				
	AEAE	33.- hasta el momento. Este ha sido un embarazo fácil				
R	PB	34.-ojalá no estuviera embarazada				
R	RM	35.-tengo miedo de perder él bebe durante el parto				
R	RM	36.-mi madre critica mis decisiones				
R	PB	37.- no puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto				
	RP	38.- puedo contar con mi marido para compartir el cuidado del bebe hasta que haya nacido				
	MI	39.- ya siento afecto por él bebe				
	MI	40.- ceo que puedo ser una buena madre				
	MI	41.- tengo la sensación de que disfrutare del bebe				
	MI	42.- estoy feliz con este embarazo.				

AE- Aceptación del embarazo MI: Rol materno RM: Relación con la madre RP: Relación con la pareja. PP: Preparación para el parto. PB Preocupación por el bienestar propio y del bebe

CALIFICACION:

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



GOBIERNO DE
MÉXICO



2020
AÑO DE LA
FAMILIA

ORGANO DE OPERACIÓN
ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
EN PUEBLA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.
57

Dr. José David López Borbolla
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 57
PRESENTE:

La que suscribe, Dra. Victoria María Xochitotol Bautista médico familiar, la Dra. Laura Concepción Momox Vázquez médico familiar y la Dr. Armando Iván Xalteno Altamirano residente de primer año de Medicina Familiar con adscripción en UMF No. 57 IMSS, Puebla e investigadora responsable del estudio titulado: **"VINCULACION AFECTIVA Y LA ADAPTACION PRENATAL EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 57"** solicito de la manera mas atenta la anuencia para la realización de este proyecto que consiste en aplicar un cuestionario a las embarazadas adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No 57 para conocer como es el vinculo afectivo y la adaptación prenatal de las pacientes adscritas a la unidad. Este proceso se realizará durante el periodo comprendido de enero a junio de 2021.

Entiendo y asumo de acuerdo al art. 16 del reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud, es mi obligación respetar la privacidad del individuo y mantener la confidencialidad de la información que se derive de mi participación en el estudio.

Por lo anterior me comprometo a no comentar ni compartir información obtenida a través del estudio mencionado, con personas ajenas a la investigación, ya sea dentro o fuera del sitio de trabajo, con pleno conocimiento de que la violación a los artículos antes mencionados es un causal de despido de mis funciones.

Sin otro particular aprovecho para mandarle un cordial saludo

Atentamente

Dra. Victoria María Xochitotol Bautista
Investigador Responsable ante el IMSS
Matricula: 98225236

Dra. Laura Concepción Momox Vázquez
Investigador asociado
Matricula: 99222588

Dra. Armando Ivan Xalteno Altamirano
Investigador asociado
Matricula: 97222952



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



2020
LEONA VICARIO

Puebla, Pue. a 01 de Marzo de 2021

Asunto: Carta de no inconveniente

Por medio de la presente me dirijo al comité local de investigación 2104 para manifestar que no tengo inconveniente para la realización del protocolo llamado **VINCULACION AFECTIVA Y LA ADAPTACION PRENATAL EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 57**, que se llevará a cabo en la UMF No.57, que tiene como autor principal a la Dra. Victoria Maria Xochitotol Bautista, como coautora a el residente de medicina familiar de esta unidad Dr. Armando Iván Xalteno Altamirano y como coautora a la Dra. Laura Concepción Momox Vázquez .

Durante el estudio se aplicara un cuestionario para conocer como es la vinculación afectiva y la adaptación prenatal en las embarazadas adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 57


DR. JOSÉ DAVID LOPEZ BORBOLLA
DIRECTOR DE LA UMF No. 57



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2104
U MED FAMILIAR NUM 6

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 137
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 005 2017102

FECHA Miércoles, 24 de marzo de 2021

Dra. VICTORIA MARIA XOCHITOTOL BAUTISTA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**VINCULACION AFECTIVA Y LA ADAPTACION PRENATAL EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 57**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-2104-020

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

ATENTAMENTE

Dr. LLUVIA MILITAY AYALA ALONZO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

Impresión

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

GOBIERNO DE
MÉXICO



2022 ^{Ricardo} Flores
Año de ^{Magón}

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE
ALTA ESPECIALIDAD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR UMF 57

PUEBLA, PUE., A 21/12/2022

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

Dra. Victoria María Xochitotal Baulista, Dra. Laura Concepción Momox Vazquez
DE LA TESIS TITULADA:

Vinculación afectiva y la adaptación prenatal en embarazadas
adolescentes en la unidad de medicina familiar número 57,
REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

Armando Ivan Xalteno Altamirano
DE LA ESPECIALIDAD:
Medicina Familiar

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO
REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS CON NUMERO DE REGISTRO
NACIONAL:

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

Dra. Victoria María Xochitotal
Baulista
Mat 98225236

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

DRA. LAURA CONCEPCION
Momox Vazquez
MAT 98225236

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Dra. Itzel Gutiérrez Gabriel
Mat: 98226458
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD
IMSS

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)