



Anales de la Facultad de Medicina

ISSN: 1025-5583

anales@unmsm.edu.pe

Universidad Nacional Mayor de San

Marcos

Perú

Mori-Quispe, Elizabeth; Contreras-Pulache, Hans; Hinostroza Camposano, Willy David;
Huapaya-Huertas, Oscar; ChaconTorrico, Horacio; Black-Tam, Carolina; Urrutia-Aliano,
Debora

Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente
embarazada en el Perú

Anales de la Facultad de Medicina, vol. 76, núm. 2, abril-junio, 2015, pp. 141-146
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37941081006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú

Evaluation of an instrument to quantify stigmatization of pregnant adolescents in Peru

Elizabeth Mori-Quispe^{1,2,3,a}, Hans Contreras-Pulache^{4,a}, Willy David Hinostroza-Camposano^{3,a}, Nelly Lam-Figueroa^{3,b}, Oscar Huapaya-Huertas^{2,5,c}, Horacio Chacon-Torrico^{2,5,c}, Carolina Black-Tam^{1,2,d} Debora Urrutia-Aliano^{1,a}

¹ Facultad de Medicina Humana, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

² Centro de Investigación ANASTOMOSIS.

³ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

⁴ Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

⁵ Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina, UCSUR, Lima, Perú.

^a Médico Cirujano; ^b Especialista en Ginecología y Obstetricia; ^c Estudiante de Medicina; ^d Estudiante de Psicología, Universidad Científica del Sur.

Resumen

Introducción: El embarazo adolescente es un problema de salud pública que representa una situación que posiciona la vida de la adolescente en una condición de particular vulnerabilidad no solo biomédica, sino también social, siendo particularmente importante la estigmatización hacia la adolescente embarazada. **Objetivo:** Evaluar psicométricamente un instrumento destinado a cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada. **Diseño:** Estudio transversal. **Lugar:** Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú. **Participantes:** Adolescente puérpera. **Intervenciones:** Se estudió 292 adolescentes puérperas atendidas durante los meses de enero a mayo del 2010. Se usó la Escala de Estigmatización de la Adolescente Embarazada (EEAE), la cual está compuesta de 7 ítems. Para la construcción teórica de la escala, se asumió dos entidades sociales promotoras de la estigmatización: la familia y el entorno social. Para evaluar la predictibilidad de la EEAE se trabajó con la siguiente hipótesis: los mayores niveles de estigmatización están asociados a un menor autoconcepto de la adolescente como madre. **Principales medidas de resultados:** Coeficiente de alfa de Cronbach, medias, T de student. **Resultados:** El análisis psicométrico de la EEAE reveló un coeficiente alfa de Cronbach de 0,78, con dos dimensiones que explicaron el 65,8% de la varianza total. **Conclusiones:** Se probó la hipótesis planteada: un menor autoconcepto de la adolescente como madre está asociado significativamente a mayores puntajes en la EEAE ($p < 0,05$). La EEAE presentó consistencia alta. Además existió una asociación con un menor autoconcepto materno, por lo que se considera una escala confiable y válida para su uso en adolescentes embarazadas.

Palabras clave: Adolescente, cuestionarios, embarazo, estudios de validación, estigmatización.

Abstract

Introduction: Teenage pregnancy is a public health problem that places the status of a teenager in biomedical and social vulnerability, the stigmatization of a pregnant adolescent. **Objective:** To evaluate psychometrically an instrument to measure stigmatization of pregnant adolescents. **Design:** Cross-sectional study. **Location:** National Maternal Perinatal Institute, Lima, Peru. **Participants:** Adolescent puerperae. **Interventions:** To 292 postpartum adolescents attended from January through May 2010 an Adolescent Pregnant Stigma Scale (APSS) consisting in 7 items was applied. For the theoretical construction of the scale, two promoter entities of social stigma were assumed: family and social environment. To assess the predictability of APSS the following hypothesis was considered: the higher levels of stigma are associated with a lower self-concept of the adolescent mother. **Main outcome measures:** Cronbach's alpha coefficient, medians, T student. **Results:** The psychometric analysis revealed for APSS a Cronbach's alpha coefficient of 0.78; two dimensions accounted for 65.8% of the total variance. **Conclusions:** The hypothesis was verified: a lower self-concept of the adolescent as a mother was significantly associated with higher scores of APSS ($p < 0.05$). APSS had high consistency. There was also an association with a lower maternal self-concept, making the scale reliable and valid for use in pregnant adolescents.

Keywords: Adolescent, questionnaires, pregnancy, validation study, stigmatization.

An Fac med. 2015;76(2):141-6 / dx.doi.org/10.15381/anales.v76i2.11140

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es considerado un problema de salud pública que afecta principalmente a países en vías de desarrollo, según informes del Organismo Mundial de la Salud. Hasta 95% de los embarazos adolescentes perte-

necen a estos países^(1,2). El embarazo adolescente repercute sobre la salud de la madre y del niño, así como en una serie de determinantes sociales, que lo colocan en una situación de mayor riesgo. Se ha descrito asociación con mayor incidencia de problemas perinatales re-

lacionados a la inmadurez biológica de la madre, al embarazo no planificado, escaso conocimiento de puericultura, desconocimiento de temas de salud reproductiva y sexual; asimismo a la violación sexual, experiencia negativa del embarazo, truncamiento del proce-

so educativo, dependencia económica, desempleo o baja calificación académica del padre, entre otros⁽³⁻⁶⁾.

Debe añadirse que como fenómeno social, el embarazo adolescente posiciona la vida de la adolescente en particular vulnerabilidad a las macroestructuras sociales de pensamiento, como son el machismo, los roles estereotipados de género y el prejuicio^(4,7,8). Así, más allá de los estados biomédicos (obstétricos) emerge una realidad particularmente importante: la estigmatización hacia la adolescente embarazada^(6,9).

La estigmatización responde a la presencia de algún atributo que, en un contexto sociocultural determinado, se condice con un rasgo que devaltúa y/o desacredita la condición de la persona. Al respecto, un estudio realizado por Weimann reveló que 4 de cada 10 madres adolescentes refirieron haberse sentido estigmatizadas debido a su condición de embarazada⁽⁶⁾, mientras que en el ámbito nacional se encontraron similares frecuencias en torno al tema⁽⁹⁾. En ambos estudios se halla además que las madres adolescentes estigmatizadas tienen mayor probabilidad de presentar comorbilidades psicopatológicas, como aislamiento social, deseo de interacción bajo, abandono social, autoconcepto bajo, sentimiento de inseguridad y sintomatología depresiva^(6,9).

Las personas que viven en una realidad de estrés hacen funcionar un sistema complejo de mediadores de los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico, los cuales reorganizan la estructura corporal y la actividad de la persona⁽¹⁰⁾. En el caso de una gestante, el problema es mayor, pues dichos mediadores no solo reestructurarán el cuerpo de la madre sino también el del feto en desarrollo, tal como ha sido descrito por la teoría de la programación fetal⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Dada la importancia del tema, y su relevancia como fenómeno determinante de la salud, se propuso el presente estudio para evaluar un instrumento que cuantifique la estigmatización que vive la adolescente durante su embarazo.

MÉTODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico, observacional y transversal en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Se consideró como unidad de estudio a toda adolescente que acudiera al INMP para atención del parto (operativamente el INMP considera adolescencia hasta los 19 años, 11 meses y 29 días), y que hubieran sido atendidas durante los meses de enero a mayo del 2010. El presente forma parte de un estudio mayor cuyo objetivo fue caracterizar la violencia de género asociada al embarazo (cuyos resultados están en proceso de publicación). Como parte de la caracterización psicosocial de la adolescente se incluyó preguntas asociadas a la estigmatización (la naturaleza de estas preguntas se expone más adelante).

Se analizó específicamente la estigmatización del embarazo adolescente. Para el muestreo, se tomó como referencia la tasa de natalidad del año anterior para el mismo periodo. El estudio original trabajó con una muestra probabilística con un nivel de confianza del 95%, un margen de error de 0,054 y una proporción estimada como prevalencia de violencia del 40%. La selección de la muestra se hizo en base a un muestreo sistemático con arranque 2. Se incluyó a toda adolescente que se encontrara en las instalaciones de hospitalización después del parto (el tiempo de hospitalización en promedio es 2 días para parto vaginal y 4 días en cesárea). Se consideró como criterios de inclusión que la madre adolescente residiera en Lima, sin antecedente psiquiátrico o tratamiento psiquiátrico en curso, que no se encontrara debido al proceso perinatal en un estado médico que le impidiera la evaluación de las variables a estudiar, siendo esto verificado en la historia clínica. Se excluyó a todas las madres adolescentes iletradas, y a las que presentaron óbito fetal o muerte neonatal.

Las variables incluidas en el estudio fueron: edad materna, estado civil, nivel educativo de la madre, edad paterna, motivo y planificación del emba-

razo, número de controles prenatales, patología obstétrica, antecedente patológico y tipo de parto.

Para la determinación de la estigmatización de la adolescente embarazada, se construyó un instrumento a partir de lo mostrado en un estudio previo realizado en nuestro país, que evaluó el sentimiento de estigmatización en madres adolescentes⁽⁹⁾. Al instrumento propuesto se le ha denominado Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada (EEAE, tabla 1). La EEAE está constituida por 7 ítems que evalúan cuán estigmatizadas (prejuiciadas, marginadas y/o discriminadas) se han sentido las adolescentes en el transcurso de su embarazo. Para la construcción teórica de nuestra EEAE se asumió dos entidades sociales promotoras de la estigmatización: la familia (en torno a la cual se plantearon tres ítems) y el entorno social (en torno a los cuales se plantearon cuatro ítems). Dentro del entorno social, se incluyó como participes a los amigos y pares (un ítem), vecinos (un ítem), personal de servicios de salud (un ítem) y público en general (un ítem). Los siete ítems contaron con respuesta tipo Likert de cuatro opciones, según frecuencia.

Para evaluar psicométricamente a la EEAE, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, para medir la consistencia interna de la escala, así como el grado de correlación mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Para evaluar las dimensiones subyacentes a la EEAE se realizó un análisis factorial, previo al cual se determinó la factibilidad del mismo mediante el cálculo de la existencia de relaciones significativas entre las variables aplicándose el test de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación de la muestra KMO. Para las variables cualitativas se analizó las frecuencias y proporciones, para las variables cuantitativas se determinó los valores de tendencia central y las medidas de dispersión. Para el análisis diferencial de medias se utilizó el t de student. Se consideró un intervalo de confianza al 95 % y a todo valor de $p < 0,05$ como significativo.

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

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

Para evaluar la validez de constructo de la EEAE se trabajó con la siguiente hipótesis: mayores niveles de estigmatización están asociados a un menor autoconcepto de la adolescente como madre. Las preguntas para evaluar el autoconcepto de la adolescente como madre fueron tres en total y fueron di-

cotómicamente (“No es cierto”, “Sí, es cierto”): “Siento que soy una inútil, que no sirvo para nada”, “No me siento capaz de ser una buena madre”, “No me siento capaz de criar bien a mi bebe”. Estas preguntas de validación fueron propuestas por un juicio de expertos (constituido por tres especialistas en temas de salud mental perinatal). Según nuestra hipótesis de trabajo, aquellas adolescentes que respondieran “Sí, es cierto” a las tres preguntas para evaluar el autoconcepto materno deberán presentar significativamente mayores puntuajes en la EEAE.

Las participantes que decidieron su participación firmaron voluntariamente un consentimiento informado. Las entrevistas fueron realizadas por una obstetra capacitada en temas de psicología perinatal y con amplia experiencia en el campo. Los datos restantes fueron tomados de la revisión de las historias clínicas. La presente investigación fue revisada y aprobada por el Comité Metodológico y el Comité de Ética del Instituto Nacional Materno Perinatal.

de la muestra estudiada: edad materna, estado civil, nivel educativo materno y padre según grupo etario. El antecedente de aborto se registró en 22 (7,5%) casos, mientras que 8 (2,7%) puérperas tenían un hijo previo.

En relación a los controles prenatales, 190 (65,1%) puérperas presentaron seis o más controles prenatales mientras que 102 (34,9%) tuvieron menos de seis controles. En relación a patología obstétrica, 34 (11,6%) casos presentaron amenaza de aborto, 164 (56,2%) casos anemia, hiperemesis en 16 (5,5%), placenta previa en 2 (0,7%) y desprendimiento prematuro de placenta en 2 (0,7%). Solo 151 casos tuvieron información sobre antecedente de infección urinaria, y de estos 110 (72,8%) presentó dicho antecedente. En 231 casos se obtuvo información sobre antecedente de trastorno hipertensivo; de estos 28 (12,1%) y 17 (7,4%) presentaron hipertensión gestacional y preeclampsia, respectivamente. El antecedente de amenaza de parto prematuro se registró en 28 (9,6%) casos.

Según el tipo de parto, 190 (65,1%) y 102 (34,9%) dieron a luz por vía vaginal y cesárea, respectivamente. De toda la muestra, 22 (7,5%) casos fueron prematuros. De las 190 que dieron a luz por vía vaginal, 166 (87,4%) refirieron haber experimentado contacto precoz con su recién nacido, contacto que duró no más de un minuto; 265 (90,8%) estaban en alojamiento conjunto al momento de la entrevista.

Tabla 2. Caracterización demográfica de las 292 adolescentes puérperas.

Variable	N (%)
Edad materna	
13 años	2 (0,7%)
14 años	10 (3,4%)
15 años	46 (15,8%)
16 años	60 (20,5%)
17 años	124 (42,5%)
18 años	50 (17,1%)
Estado civil	
Casada	2 (0,7%)
Conviviente	140 (47,9%)
Soltera	150 (51,4%)
Nivel educativo materno	
Secundaria incompleta	198 (67,8%)
Secundaria completa	68 (23,3%)
Superiores inconclusos	26 (8,9%)
Padre según grupo etario	
Adolescente	48 (16,4%)
Joven	224 (76,7%)
Adulto	20 (6,8%)
Motivo del embarazo	
Violación sexual	8 (2,7%)
Relación consentida	284 (97,3%)
Planificación del embarazo	
Sí	28 (9,8%)
No	256 (90,1%)

RESULTADOS

El estudio abarcó una muestra de 292 puérperas adolescentes. La edad promedio de las participantes fue $16,5 \pm 1,1$ años (rango: 13 a 18). La edad promedio de los padres fue $21,9 \pm 5,4$ años (rango: 16 a 48). En la tabla 2 se muestra la caracterización demográfica

En torno a la EEA, en la tabla 3 se muestra las distribuciones de frecuencia de respuesta referentes a los 7 ítems. El análisis psicométrico reveló un coeficiente alfa de Cronbach de 0,78, con correlaciones ítem-total 0,53 a 0,78 (todos con valor $p < 0,001$), tal como se muestra en la tabla 4. Para definir si procedía un análisis factorial, primero se determinó si los ítems de la EEA presentaban relaciones significativas. La medida de adecuación muestral KMO fue 0,79; dados estos resultados,

se procedió a la realización de un análisis factorial a fin de estudiar la estructura subyacente de la EEA en términos de factores o dimensiones. Las dos dimensiones encontradas explicaron el 65,8 % de la varianza total. La tabla 4 resume los valores del análisis factorial exploratorio a la que se aplicó una rotación varimax con el objeto de aumentar la dispersión de las ponderaciones factoriales y facilitar la interpretación de los factores.

En la tabla 5 se muestra la distribución de frecuencias de respuesta a los tres ítems propuestos para evaluar el autoconcepto materno: "Siento que soy una inútil, que no sirvo para nada" (57,5% respondió afirmativamente), "No me siento capaz de ser una buena madre" (22,6% respondió afirmativamente), "No me siento capaz de criar bien a mi bebe" (26% respondió afirmativamente). En esta tabla también se muestra el análisis bivariado que se usó como método para probar nuestra hipótesis de trabajo entre los ítems antes descritos y el puntaje obtenido en la EEA.

Tabla 3. Frecuencia de respuesta de los 7 ítems propuestos para la EEA en las 292 adolescentes puérperas.

Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada		N (%)
Sentí que mi embarazo decepcionaba a mi familia		
Siempre		38 (13%)
La mayoría de las veces		158 (54,1%)
A veces		50 (17,1%)
Nunca		46 (15,8%)
Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia		
Siempre		140 (47,9%)
La mayoría de las veces		116 (39,7%)
A veces		12 (4,1%)
Nunca		24 (8,2%)
Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares		
Todo el tiempo		50 (17%)
La mayor parte del tiempo		108 (37 %)
Raramente		78 (26,7%)
Nunca		56 (19,2%)
Durante mis cuidados del embarazo, sentí que el personal de salud me discriminaba por ser adolescente		
Todo el tiempo		182 (62,3%)
La mayor parte del tiempo		70 (24%)
Raramente		26 (8,9%)
Nunca		14 (4,8%)
Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos		
Todo el tiempo		106 (36,3%)
La mayor parte del tiempo		116 (39,7%)
Raramente		48 (16,4%)
Nunca		22 (7,5%)
Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se enterase de mi embarazo		
Siempre		172 (58,9%)
La mayoría de las veces		74 (25,3%)
A veces		26 (8,9%)
Nunca		20 (6,8%)
Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada		
Todo el tiempo		134 (45,9%)
La mayor parte del tiempo		94 (32,2%)
Raramente		50 (17,1%)
Nunca		14 (4,8%)

DISCUSIÓN

En cuanto a las características socio-demográficas, 8 de cada 10 (81,1%) adolescentes embarazadas era mayor de 16 años, lo cual nos hace pensar en el enorme beneficio que traería replantear el marco legal actual hacia una disminución de la edad de acceso a los servicios de consejería y asesoramiento en salud reproductiva y sexual de modo autónomo y sin supervisión de padres o apoderados como un método para la disminución del embarazo adolescente.

Además se encontró que aproximadamente 7 de cada 10 (67,8%) madres adolescentes no habían concluido sus estudios escolares, y todas aquellas que tenían estudios de educación superior (8,9%) vieron su profesionalización truncada, al menos momentáneamente, debido al embarazo, lo cual posiciona a la madre adolescente en una condición particular de dependencia económica a corto plazo, pero sobre todo, a largo plazo. Ante esta realidad, el Estado debería elaborar planes de inclusión de las gestantes adolescentes en el proceso educativo, reconocido como un requisito para tener acceso a oportunidades de trabajo mejor remuneradas, así como una mejor calidad de vida ⁽¹⁵⁾.

En relación a la pareja, la edad promedio fue mayor a la de las madres; sin embargo, se mantiene su situación de vulnerabilidad, pues 9 de 10 (93,2%) eran adolescentes o jóvenes.

Tabla 4. Análisis psicométrico de la Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada.

Ítem	Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada	Alfa de Cronbach si se elimina ítem	Correlación ítem-total *	Análisis dimensional	
				I (Social)	II (Familiar)
1	Sentí que mi embarazo decepcionaba a mi familia	0,75	0,68	0,15	0,81
2	Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia	0,76	0,64	0,15	0,75
3	Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares	0,77	0,61	-0,01	0,84
4	Durante mis cuidados del embarazo, sentí que el personal de salud me discriminaba por ser adolescente	0,78	0,53	0,74	-0,04
5	Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos	0,74	0,74	0,84	0,23
6	Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se enterase de mi embarazo	0,73	0,78	0,62	0,51
7	Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada	0,76	0,65	0,82	0,09

* En todos los casos el valor $p < 0,001$.

Por otro lado, llama la atención el porcentaje de violaciones como motivo del embarazo. Para esto, debemos considerar que el estudio se realizó en la capital del país, específicamente en la zona céntrica de la ciudad (Lima Metropolitana), y en un Instituto del máximo nivel resolutivo. Por lo tanto, si se incluye grupos excluidos sería probable que se manejaran cifras aún más altas.

De las madres que refirieron una relación sexual consentida como motivo del embarazo, se halló que una de cada diez planificó su embarazo, lo cual se condice con investigaciones previas, y resalta nuevamente la naturaleza no planificada del embarazo adolescente⁽⁴⁾. En cuanto a la situación civil, más de la mitad (51,4%) refirió estar soltera. Lo cual hace surgir la pregunta: *¿cómo*

se puede plantear el establecimiento de una familia? Este antecedente y el mencionado anteriormente ponen en evidencia que el planificar y poner el empeño responsable en la consecución del proceso obstétrico y perinatal son aspectos independientes. A partir de ello se puede estructurar un inicio adecuado de la familia, primer entorno social determinante del recién nacido⁽¹⁶⁾.

En relación a la estigmatización de la adolescente embarazada, en la tabla 3 se muestran los ítems de la EEAE en los cuales se puede identificar claramente que la estigmatización de la adolescente embarazada es un fenómeno frecuente, cotidiano, y que incluye no solo a la familia y al entorno social cercano sino también al propio personal de salud.

Con respecto a las características psicométricas, un valor del coeficiente alfa de Cronbach en el rango 0,70 a 0,90 indica una adecuada consistencia interna^(17, 18). En el presente estudio se observa valores que fluctúan entre 0,73 y 0,78, además de una constitución de 2 dimensiones que ponen de manifiesto el foco central a partir del cual se establece la estigmatización. Así, según se ha podido identificar, existen 2 dimensiones para la EEAE. La primera, hace referencia a la estigmatización de la familia; la segunda, hace referencia a la estigmatización proveniente del entorno en general, incluyendo a amigos, pares, vecinos, público en general y personal de salud. A la luz de lo expuesto podríamos decir que la EEAE se trata de una escala confiable y válida para evaluar la estigmatización de la adolescente embarazada.

En torno a la comprobación de nuestra hipótesis de trabajo (tabla 5), queda claro que aquellas adolescentes que durante el embarazo refirieron mayores índices de estigmatización tienden a presentar valores significativamente menores en cuanto a percibir su propia capacidad como madres (autoconcepto materno). Es decir, la estigmatización a la adolescente embarazada se asocia con un mal inicio de la maternidad. Esto nos motivaría a pensar la asociación que existiría entre estigmatización del embarazo y el síndrome de *blues* materno (una medida de la efectividad de

Tabla 5. Frecuencia de respuesta a los ítems propuestos para evaluar autoconcepto materno y resultados del análisis bivariado.

Autopercepción de la capacidad materna	N (%)	EEAE	
		Media ± DE	Valor p
Siento que soy una inútil, que no sirvo para nada			
No es cierto	124 (42,5%)	5,5 ± 3,8	
Sí es cierto	168 (57,5%)	7,2 ± 4,3	0,001
No me siento capaz de ser una buena madre			
No es cierto	226 (77,4%)	6 ± 3,9	
Sí es cierto	66 (22,6%)	8,3 ± 4,4	<0,001
No me siento capaz de criar bien a mi bebe			
No es cierto	216 (74%)	6 ± 4,1	
Sí es cierto	76 (26%)	7,9 ± 4,2	0,001

la adaptación de la mujer en el inicio de la maternidad) (19-22).

La investigación permite corroborar que aquellas adolescentes que sufren de estigmatización no se encuentran en las mejores condiciones de asegurarle al recién nacido un entorno adecuado a nivel biológico, debido a que la inseguridad se asocia con una lactancia deficiente, a nivel mental por los malos indicadores de autoconcepto materno, ni a nivel social ya que debido a la dependencia económica se ven restringidas las posibilidades de autogestionarse el desarrollo individual y familiar, y se ven incrementadas otras realidades como la violencia de género, por ejemplo (2,19,22,23).

Ante lo descrito, resulta necesario replantearnos la concepción del embarazo, dejando de considerar a la mujer como elemento principal (acaso el único) del proceso obstétrico y empezar a considerar a los otros actores también principales: el feto en desarrollo y el padre en la asunción de su paternidad. El embarazo por tanto, es un proceso fisiológico (natural) cuyas repercusiones, mucho más allá de representar situaciones de riesgo, representan mecanismos de autoconocimiento, autoformación, autorrealización y autodesarrollo; todo esto con grandes impactos en la estructuración de la familia, base de la sociedad (23).

Habría que considerar los aportes de la teoría de la programación fetal en el contexto del proceso obstétrico (11,13,14,24). De igual forma se debe tener en mente los estudios que han probado que madres con fallas adaptativas luego del parto tienen una deficiente interacción maternofilia y un inadecuado estándar de calidad de lactancia (22,25,26).

En conclusión, la EEAE es una escala confiable y válida para su uso en la estigmatización de la adolescente embarazada, que demuestra que la es-

tigmatización no es un mecanismo ajeno al proceso obstétrico adolescente sino todo lo contrario, es altamente prevalente; y, además, que las madres adolescentes que han sido estigmatizadas presentan un mal autoconcepto materno (27-29).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS, OMS. Derechos Humanos y VIH, Legislación, Política y Práctica en cinco países de Centroamérica. Nov 2007. Disponible en: http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/format_long.php?lang=en&ret=topics.php&fiche=6452.
2. Braine T. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. Bull World Health Organ. 2009 Jun;87(6):410-1.
3. Edirne T, Can M, Kulusari A, Yildizhan R, Adali E, Akdag B. Trends, characteristics, and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. Int J Gynaecol Obstet. 2010 Aug;110(2):105-8. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.03.012.
4. Molina RC, Roca CG, Zamorano JS, Araya EG. Family planning and adolescent pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2010 Apr;24(2):209-22. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.09.008.
5. Santos MI, Rosario F. A score for assessing the risk of first-time adolescent pregnancy. Fam Pract. 2011 Oct;28(5):482-8. doi: 10.1093/fampra/cmr015.
6. Wiemann CM, Rickert VI, Berenson AB, Volk RJ. Are pregnant adolescents stigmatized by pregnancy? J Adolesc Health. 2005 Apr;36(4):352 e1-8.
7. Lohan M, Cruise S, O'Halloran P, Alderdice F, Hyde A. Adolescent men's attitudes in relation to pregnancy and pregnancy outcomes: a systematic review of the literature from 1980-2009. J Adolesc Health. 2010 Oct;47(4):327-45. doi: 10.1016/j.jadocheds.2011.02.044.
8. Katz A. Adolescent pregnancy: the good, the bad and the promise. Nurs Womens Health. 2011 Apr-May;15(2):149-52. doi: 10.1111/j.1751-486X.2011.01623.x.
9. Lam-Figueroa N. Estudio del Sentimiento de Estigmatización en Madres Adolescentes de Lima Metropolitana. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
10. Bale TL. Is mom too sensitive? Impact of maternal stress during gestation. Frontiers in neuroendocrinology. 2005 Apr;26(1):41-9.
11. Abbott DH, Zhou R, Bird IM, Dumesic DA, Conley AJ. Fetal programming of adrenal androgen excess: lessons from a nonhuman primate model of polycystic ovary syndrome. Endocr Dev. 2008;13:145-58. doi: 10.1159/000134831.
12. Merlot E, Couret D, Otten W. Prenatal stress, fetal imprinting and immunity. Brain Behav Immun. 2008 Jan;22(1):42-51.
13. Nesterenko TH, Aly H. Fetal and neonatal programming: evidence and clinical implications. Am J Perinatol. 2009 Mar;26(3):191-8. doi: 10.1055/s-0028-1103027.
14. O'Donnell K, O'Connor TG, Glover V. Prenatal stress and neurodevelopment of the child: focus on the HPA axis and role of the placenta. Dev Neurosci. 2009;31(4):285-92. doi: 10.1159/000216539.
15. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. Lancet. 2002 Apr 6;359(9313):1232-7.
16. Fuller N, editor. Paternidades en América Latina. Lima, Perú: Fondo Editorial PUCP; 2000.
17. Oviedo H, Campo A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005;34(4):572-80.
18. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha International. J Med Educ. 2011;2:53-5. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd
19. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam-Figueroa N, Quino-Villanueva K, Hinostroza-Camposano W, Espinoza-Lecca E, et al. Blues Materno en Puérperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009. Rev Peru Epidemiol. 2011;15(2):3-8.
20. Ehlert U, Kirschbaum C, Piedmont E, Hellhammer D. Postpartum blues: salivary cortisol and psychological factors. J Psychosom Res. 1990;34(3):319-25.
21. Ferber SG. The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity. Early human development. 2004 Aug;79(1):65-75.
22. Ferber SG. "With sorrow you will have sons": the constructive consequence of maternity blues. Psychoanalytic review. 2006 Feb;93(1):117-30.
23. Ellison K. El cerebro de mamá: cómo la maternidad estimula la inteligencia. Barcelona, España: Destino; 2007.
24. Gicquel C, El-Osta A, Le Bouc Y. Epigenetic regulation and fetal programming. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2008 Feb;22(1):1-16. doi: 10.1016/j.beem.2007.07.009.
25. Adewuya A. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. Am J Obstet Gynecol. 2005 Oct;193(4):1522-5.
26. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreatsas G, Christodoulou GN. Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. Journal of affective disorders. 2007 Apr;99(1-3):107-15.
27. Ortiz P. Desarrollo formativo de la actividad psíquica personal. Paediatrica. 2004;6(1):29-41.
28. Ortiz P. El valor moral del tiempo. An Fac med. 2004;65(4):260-6.
29. Ortiz P. Educación y formación de la personalidad. Lima: Fondo editorial-UCH; 2008.

Artículo recibido el 4 de enero de 2015 y aceptado para publicación el 14 de febrero de 2015.

Conflictos de intereses: Los autores niegan que existan conflictos de intereses.

Autor corresponsal:

Oscar Huapaya Huertas

Av. Roosevelt 877-2, Santiago de Surco, Lima, Perú

Correo electrónico: oscarh@gmail.com