



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 84



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA EN LA UMF 84 TACÍCUARO QUE ASISTIÓ A CONTROL
PRENATAL DURANTE EL PERIODO DE ABRIL 2017 A ABRIL 2021”**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. HÉCTOR ARTURO LÓPEZ DÍAZ DE SANDY

ASESOR DE TESIS

**DR. EDGARDO HURTADO RODRÍGUEZ
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 84**

CO-ASESORES

**DRA. LUCÍA HERNÁNDEZ MIRANDA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 84**

**DRA. MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ CORREA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 84**

**DR. EDGAR JOSUÉ PALOMARES VALLEJO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 84**

Número de registro ante el Comité de ética e investigación: R-2022-1602-007

MORELIA MICHOACÁN, MÉXICO A ENERO 2024.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 84

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Gerardo Muñoz Cortés
Coordinador Auxiliar Medico de Educación en Salud

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

Dr. Gilberto Calderón Tinoco
Director de la unidad de medicina Familiar No. 84

Dr. Edgar Josué Palomares Vallejo
Coordinador clínico de educación e investigación en salud

Dra. Ma. Del Pilar Rodríguez Correa
Profesora Titular de la residencia de Medicina Familiar.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez.

Director Facultad ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dra. Martha Eva Viveros Sandoval.

Jefa de posgrado Facultad ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dr. Cleto Álvarez Aguilar.

Coordinador del programa especialidad en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, les agradezco a mi familia que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. También son los que me han brindado el soporte material y económico para poder concentrarme en los estudios y nunca abandonarlos.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social que me abrió las puertas para formar parte de esta gran institución, gracias a todos los que me motivaron a seguir creciendo personal y laboralmente siendo parte importante de este proceso.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo a mi alma mater por haberme permitido formarme y por ser la base de mi vida profesional.

DEDICATORIA

Quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este sueño, aquellos que junto a mí caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza. Esta mención en especial para mis padres, mi esposa y mi hermosa hija. Muchas gracias a ustedes por demostrarme que el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que este se supere.

ÍNDICE

1.- RESUMEN	1
2.- ABSTRACT	2
3.- ABREVIATURAS	3
4.- ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS	3
5.- INTRODUCCIÓN	4
6.- MARCO TEÓRICO	8
6.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.....	12
6.2.- ESCOLARIDAD	13
6.3.- OCUPACIÓN	13
6.4.- NIVEL SOCIOECONÓMICO	14
6.5.- CONCEPTOS	14
7.- JUSTIFICACIÓN	17
8.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
9.- OBJETIVOS	19
9.1.- OBJETIVO GENERAL	19
9.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
10.- HIPÓTESIS	19
11.- MATERIAL Y MÉTODOS	20
11.1.- DISEÑO DE ESTUDIO.....	20
11.2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO	20
11.3.- ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	20

11.4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	21
11.5.- VARIABLES DEL ESTUDIO	21
11.6.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	22
11.7.- DESCRIPCIÓN OPERATIVA.....	26
11.8.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	27
11.9.- CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	28
11.10.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	29
12.- RESULTADOS	30
13.- DISCUSIÓN	32
14.- CONCLUSIONES	35
15.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
16.- ANEXOS.....	40
16.1 DICTAMEN	40
16.2 CRONOGRAMA	41
16.3.- CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	42
16.4.- HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
16.5.- FORMATO DE ESTUDIO SOCIAL MÉDICO	44
.....	45

1.- RESUMEN

Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en la UMF 84

Tacúcuaro que asistió a control prenatal durante el periodo de abril 2017 a abril 2021.

López-Díaz de Sandy HA¹, Hurtado-Rodríguez E¹, Hernández-Miranda L¹, Rodríguez-Correa MP¹, Palomares-Vallejo EJ¹;

UMF 84¹.

Introducción: Actualmente se presentan altos índices de embarazos en adolescentes en América Latina, siendo México uno de los países con mayor tasa de incidencia de embarazo precoz; Las principales características sociodemográficas reportadas fue edad de 18 años, escolaridad bachillerato, ocupación estudiante, estado civil unión libre y nivel socioeconómico bajo. Por lo que fue menester estudiar las características de las adolescentes que presentan un estado de gravidez ya que la mayoría cumplen con similitudes socioeconómicas de interés para poder desarrollar estrategias que disminuyan o desaparezcan el embarazo en la adolescencia. **Objetivo:** Conocer las características sociodemográficas de la adolescente embarazada que asistió a control prenatal en la UMF 84 durante el periodo de abril 2017 a abril 2021. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, en 168 expedientes clínicos correspondientes al total de embarazadas adolescentes atendidas en la unidad médica; identificando variables sociodemográficas. considerando que es una población pequeña se propone estudiar por conveniencia. Se utilizo estadística descriptiva, para variables cuantitativas a través de medidas de tendencia central. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes. **Resultados:** Se estudiaron 163 adolescentes cuya edad fue de 17.02 +/-1.4 años, siendo 18 años la edad preeminente, estableciendo una prevalencia de 36 embarazos por cada 1000 adolescentes, con una escolaridad de bachillerato (45%) y un nivel socioeconómico insuficiente (69.9%), encontrándose además como estudiantes (58.9%), en unión libre (44.8%). **Conclusiones:** Las características sociodemográficas de la población estudiada son semejantes a las reportadas a nivel nacional.

Palabras clave: embarazo, adolescente, características, educación, socioeconómico.

2.- ABSTRACT

Sociodemographic characteristics of the pregnant adolescent at UMF 84 Tacícuaro who attended prenatal care during the period from April 2017 to April 2021.

López-Díaz de Sandy HA¹, Hurtado-Rodríguez E¹, Hernández-Miranda L¹, Rodríguez-Correa MP¹, Palomares-Vallejo EJ¹;

UMF 84¹.

Introduction: There are currently high rates of adolescent pregnancy in Latin America, with Mexico being one of the countries with the highest incidence rate of early pregnancy; The main sociodemographic characteristics reported were age 18 years, high school education, student occupation, common-law marital status, and low socioeconomic level. Therefore, it was necessary to study the characteristics of adolescents who present a state of pregnancy, since most of them meet socioeconomic similarities of interest in order to develop strategies that reduce or eliminate pregnancy in adolescence. **Objective:** To know the sociodemographic characteristics of the pregnant adolescent who attended prenatal care at UMF 84 during the period from April 2017 to April 2021. **Methodology:** Descriptive, observational, cross-sectional and retrospective study, in 168 clinical records corresponding to all pregnant adolescents treated in the medical unit; identifying sociodemographic variables. Considering that it is a small population, it is proposed to study for convenience. Descriptive statistics were used for quantitative variables through measures of central tendency. Qualitative variables were expressed in percentages. **Results:** 163 adolescents whose age was 17.02 +/-1.4 years were studied, with 18 years being the preeminent age, establishing a prevalence of 36 pregnancies per 1000 adolescents, with a high school education (45%) and an insufficient socioeconomic level (69.9%), also being students (58.9%), in free union (44.8%). **Conclusions:** The sociodemographic characteristics of the studied population are similar to those reported at the national level.

Keywords: pregnancy, adolescent, sociodemographic characteristics.

3.- ABREVIATURAS

ARIMAC: Área de Información Médica y Archivo Clínico

DIU: Dispositivo Intrauterino

ENAPEA: Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescente

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

GEPEA: Grupo Estatal para para la Prevención del Embarazo en Adolescente

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

IVSA: Inicio de Vida Sexual Activa

IVU: Infección de Vías Urinarias

NOM: Norma Oficial Mexicana

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

SIMF: Sistema de Información de Medicina Familiar

SIU: Sistema Intrauterino

SSA: Secretaria de Salubridad y Asistencia

UMF: Unidad de Medicina Familiar

4.- ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

TABLA I.....	30
TABLA II.....	31

5.- INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia representa un problema de gran importancia a nivel mundial debido a los diversos factores que influyen como desencadenantes, al igual que los riesgos y complicaciones que existen para las mujeres adolescentes embarazadas durante y posterior al mismo. A lo largo de la historia diversos autores han estudiado este fenómeno como Victoria Cueva Arana (2005), quien investigó “Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo” donde se realizó un estudio transversal descriptivo en 74 adolescentes embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta externa del módulo de alto riesgo en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero”, entre el 1 de septiembre y el 30 de noviembre de 2003. Aplicando un cuestionario semiestructurado con previo consentimiento informado, dicho cuestionario abarco 3 dimensiones: personales (edad, escolaridad, interés en seguir estudiando, estado civil, adicciones, ocupación, motivos para embarazarse, actitud ante el embarazo y sentimiento de responsabilidad para el cuidado infantil), obstétricas (inicio de vida sexual, información de los métodos de planificación familiar y uso de los mismos) y familiares (relacionadas con los padres, como estado civil, antecedente de madre adolescente, escolaridad, familiar con quien viven, confianza y apoyo familiar): Dando como resultado que dentro de las características personales se presentó un elevado número de adolescentes de entre 16 y 17 años las cuales tenían sentimiento de responsabilidad para el cuidado infantil e interés por seguir estudiando, aceptación del embarazo y el hecho de referir alcoholismo, como también motivos relacionados al embarazo como el deseo de casarse y dejar a la familiar de origen, en cuanto a las características obstétricas: todas fueron primigestas y refirieron haber tenido sólo una pareja sexual, el promedio de edad de inicio de la vida sexual fue de 15 años; 85 % tuvo información sobre métodos de planificación familiar y 69 % refirió no haberlos utilizado, de las características familiares destaca que 85 % tuvo antecedente de madre adolescente. En relación con los padres, más de 50 % estaba casado y con bajo nivel de escolaridad. La mayoría vivía con la familia de su pareja, confiaba principalmente en su madre y hermana, y recibía apoyo esencialmente de su pareja¹.

Otro estudio que mostro las características epidemiológicas fue elaborado por César A. Zamudio Raya (2018), quien estudió “Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México” quien realizó un estudio transversal descriptivo, estudiando una muestra de 72 adolescentes embarazadas, se investigaron características sociodemográficas y clínicas. Se aplicó el cuestionario FF-Sil para funcionalidad familiar, Graffar para estrato socioeconómico y cuestionario de violencia intrafamiliar del Instituto Nacional de las Mujeres, de este estudio resultó que, de las 72 adolescentes embarazadas, 98.6% se encontraba en adolescencia tardía; el porcentaje de adolescentes casadas fue de 41.67% y 34.73% vivía en unión libre. En cuanto al nivel socioeconómico, 72.22% fue clasificado como obrero, seguido de un 19.44% en estrato bajo. La escolaridad de las pacientes se reportó en bachillerato o carrera técnica en 48.6% de los casos y en educación secundaria en 45.8%; 20.8% de las pacientes tenía empleo, mientras que 45.8% se dedicaba al hogar. En relación con patologías asociadas al embarazo se encontró infección de vías urinarias asociadas a cervicovaginitis en 44.4%, seguida por infección de vías urinarias sin cervicovaginitis en 25%, cervicovaginitis sin infección de vías urinarias en 11.1% y enfermedad hipertensiva del embarazo en 2.8%. Los antecedentes gineco-obstétricos se clasificaron en: inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, si había uso de método anticonceptivo, embarazos previos, planeación del embarazo y trimestre de inicio del control prenatal. De acuerdo con la tipología familiar, 73.61% de las pacientes pertenecía a una familia de origen nuclear, 52.78% reportó antecedente de embarazo adolescente en familiares de primera línea, mientras que 54.2% de las pacientes refirió no haber recibido información sobre método anticonceptivo en el entorno familiar. En relación con la funcionalidad familiar de las pacientes, 37.50% de las familias fue clasificado como funcional, 45.83% con moderada disfuncionalidad, 15.28% como familia disfuncional y 1.39% como severamente disfuncional. En cuanto a violencia de pareja, 83.33% se clasificó en una relación abusiva, 8.33% con primer nivel de abuso, 6.94% con abuso severo y 1.39% con abuso peligroso².

Por otro lado, Blanquet-García (2016), realizo un estudio sobre las “Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en un hospital de alta especialidad” con

un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en el que se estudiaron todas las pacientes en puerperio entre los 10 y 19 años que habían llevado vigilancia y atención obstétrica en el hospital de gineco obstetricia “Luis Castelazo Ayala” en el periodo de junio 2012 a enero de 2014. La información se obtuvo de la base de datos de la clínica del adolescente del hospital y del archivo clínico, donde se recolectaron los siguientes datos: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, uso previo de tabaco, alcohol o drogas, estado civil de los padres, tipo de vivienda, edad de la menarca, edad de inicio de relaciones sexuales, intervalo entre que conoció a su pareja e iniciaron vida sexual, número de parejas sexuales, uso de método de planificación familiar, si el embarazo era deseado o no, edad gestacional, número de gestas, patología asociada, edad de la pareja, ocupación de la pareja, uso previo de tabaco, alcohol o drogas por la pareja e ingreso mensual. Dando como resultado el estudio de 608 adolescentes cuya edad promedio fue de 16.7 según la clasificación de la OMS 0.2% ($n = 1$) estuvieron en adolescencia temprana, 39.9% ($n = 242$) en adolescencia media y 60% ($n = 364$) en adolescencia tardía. Con respecto a la escolaridad, 2.3% tenía la primaria, 28.7% la secundaria, 62.4% bachillerato o CCH, 4.4% carrera técnica y 2% licenciatura. De todas las adolescentes, 50.2% eran estudiantes, 35.1% desempleadas y el 14.7% tenían empleo; el 29.5% era soltera, 25.2% casada y 45.3% vivía en unión libre. De todas ellas el 24.5% no tenía adicciones, el 60.2% había consumido alcohol, 53.6% tabaco y 1.8% drogas. El 1.8% creció con madre o padre solteros, 55% con padres casados, 6.4% con padres en unión libre y 8% divorciados; el 25.7% de los padres se habían separado y 2.9% eran viudos. El 46.2% de las parejas adolescentes vivían en casa propia, 33.7% en casa prestada y 20.1% en casa rentada. La menarca se presentó a los 11.7 ± 1.4 años (6-16 años), el inicio de vida sexual fue a los 15.0 ± 1.3 años (8-18), el periodo transcurrido entre que la pareja empezó a salir y tuvo su primera relación sexual fue 5.8 ± 5.5 meses (1 a 56 meses) y el número de parejas sexuales fue 2.2 ± 1.4 (1-16). El 61% había utilizado algún método de planificación familiar como el preservativo 71.1%, hormonales 15.3% y DIU 6.1%. El 53% había utilizado anticoncepción de emergencia. El 78.1% indicó que el embarazo no era deseado. Para el 79% fue su primer embarazo, encontrándose antecedente de parto en 23.7%, cesárea en 27.1% y aborto en 28.5%³.

En un reporte hecho por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2020, establece que la incidencia de embarazo en adolescentes ha presentado un descenso considerable, aun siendo un tema de suma importancia porque aproximadamente el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial corresponde a jóvenes de entre 15 y 19 años, de éstos la gran mayoría se presentan en países de ingresos bajos, poco instruidas y rurales, donde debido a este fenómeno las adolescentes reciben presión social para contraer matrimonio y una vez casadas sigue teniendo hijos. En las últimas estadísticas sanitarias a nivel mundial reportadas en el 2014 indican que la tasa de natalidad es de 49 por cada 1000 mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años, una de las principales causas es el hecho de que las adolescentes no saben cómo evitar un embarazo, que en algunos países no hay una educación sexual, que se sienten demasiado cohibidas para solicitar servicios anticonceptivos o que no sean de fácil acceso ya sea por el precio o por la necesidad de consentimiento informado debido a la edad⁴.

Desde el año de 1994 con la aplicación de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 005-SSA2-1993, se estableció que se puede dar la consejería o incluso ofertar y aplicar un método de planificación familiar a los adolescentes sin la necesidad de la autorización de un padre o tutor. Con la sola autorización de la paciente en este caso adolescente se puede ofertar un método, estrategia que se aplicó de acuerdo con la norma para evitar embarazos en este grupo de edad⁵.

6.- MARCO TEÓRICO

En la antigüedad y en diversas culturas a nivel mundial se practicaba el matrimonio a temprana edad, en el caso de los hombres a los 14 años y en el caso de las mujeres a los 12 años consideraban que ya podían soportar a la pareja, esto implicaba que debido a su falta de desarrollo físico muchas de estas adolescentes sufrieron una muerte prematura durante el parto o alguna complicación asociada al propio embarazo; en el caso de México en la época prehispánica para contraer matrimonio en la cultura azteca se requería que el varón tuviera entre 20 y 22 años y la mujer de 15 a 18. Actualmente en algunas culturas han prevalecido algunas costumbres como es en el estado de Chiapas en México, en un grupo de nombre los costureros establecen que la edad para casarse de los hombres es de 14 a 16 años y las mujeres de 13 a 15 años, esto como consecuencia lleva a que los adolescentes inicien su vida sexual a edad temprana, estableciendo que las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en países en vías de desarrollo presentando una muerte por cada 150 adolescentes embarazadas, por lo que la OMS en el año 2003 establece el día 26 de septiembre como “Día Mundial de prevención del embarazo no planificado en adolescentes”⁶.

En razón a la relación que existe del embarazo adolescente con la pobreza, la exclusión, la violencia sexual y de género así como el matrimonio o la unión precoz, esto afecta de forma grave a las adolescentes, ya que se encuentran marginadas y limitadas por la falta de acceso a una educación sexual, servicios de salud sexual y el acceso a métodos anticonceptivos modernos, a raíz de esto tenemos como consecuencia el abandono escolar lo que repercute en oportunidades educativas, laborales, económicas, perdiendo la capacidad para participar en la vida pública y política.

La región de América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa estimada de fecundidad en adolescentes más elevada del mundo, con un registro de 66,5 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años en el período estudiado entre 2010 -2015, en comparación con la tasa global que es de 46 nacimientos por cada 1000 adolescentes. En el periodo del 2000

al 2015 América Latina presentó un descenso lento de esta incidencia en comparación con estados unidos y Canadá quienes registraron un descenso de casos mayor⁷.

En un estudio realizado en Cuba registran que cada año nacen 13 millones de niños hijos de madres menores de 20 años según la organización *save the children*, de los cuales el 90% (11.7 millones) se presentan en países en vías de desarrollo y el 10% restante en países desarrollados. Lo cual es importante porque de acuerdo a estos datos se evidencia que los países en vías de desarrollo tienen más factores predisponentes para desarrollar un embarazo en la adolescencia, y esto tiene una relación con respecto a enfermedades relacionadas con el embarazo donde la adolescente sufre más complicaciones que una mujer adulta dentro de las cuales está la toxemia, la eclampsia y las anemias, de igual manera la adolescente es más propensa a partos pretérmino, recién nacidos con bajo peso, traumas obstétricos y un riesgo más elevado de muerte neonatal en el primer año de vida⁸.

De acuerdo con el INEGI en el año 2019 se contabilizaron 2.1 millones de nacimientos, de estos el 16.2% corresponde a mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años y 8.5 por cada 1000 nacimientos en menores de 15 años; según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, existen en el país 5.5 millones de mujeres adolescentes de entre 15 a 19 años, lo que representa el 16.7% de todas las mujeres en edad reproductiva (15-49 años), registrando la edad media de la primera relación sexual a los 17 años y que la principal causa de no usar un método anticonceptivo es que no tenían planeado tener relaciones sexuales y en segundo lugar el desconocimiento de su uso o dónde obtenerlos y en un porcentaje bajo pero significativo (16%) que tenían el deseo de embarazarse⁹.

Desde el año 2005 México ocupa el primer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), con mayor número de nacimientos en adolescentes registrando 65.8 embarazos por cada 1000 adolescentes, donde se registró que de las principales causas está la desigualdad estructural en el contexto rural o urbano, el origen étnico, el nivel socioeconómico, el acceso a educación formal, a un

empleo remunerado y la presencia de alguna discapacidad¹⁰. Motivo por el cual se implementó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) que se presentó desde enero del 2015. Esta estrategia se implementó con el objetivo de disminuir a cero el nacimiento en adolescentes de entre 10 y 14 años y reducir en un 50% la tasa específica en adolescentes de entre 15 y 19 años metas establecidas para el año 2030, dentro del programa se establecieron 6 componentes principales que son: educación integral, educación sexual, oportunidades laborales, entorno legal e institucional, servicios de salud amigable y prevención y atención del abuso sexual¹¹.

En el año 2005 en el Instituto Mexicano del Seguro Social se reportó que el médico familiar tenía adscrita una población de 33 millones de derechohabientes, donde 4.6 millones eran adolescentes y de estos 49% hombres y 51% mujeres, destacando que dentro de las 20 principales causas de defunción en la adolescente para el año 2005 el embarazo, parto y puerperio ocuparon el 13° lugar, determinando en el médico familiar la necesidad de reconocer los factores socioeconómicos detonantes para presentar el embarazo en adolescentes, cumpliendo su papel como orientador e informador con la finalidad de disminuir la incidencia y las complicaciones¹².

En un estudio realizado por O. Gómez (2015) se registraron 404271 nacimientos en mujeres de entre 15 y 17 años, representando que por cada 1000 mujeres en este rango de edad 73.21 presentan un embarazo. Plasmando que el estado con mayor tasa fue Coahuila con 99.4 nacimientos por cada 1000 adolescentes de entre 15 y 19 años y el estado con menor incidencia fue Ciudad de México con 58.6 nacimientos por cada 1000 adolescentes. De los factores socioeconómicos valorados en este estudio indica que los estados con mayor rezago educativo fueron Oaxaca (30,7%), Veracruz (27,8%) y Michoacán (27,6%). Siendo este último quien presentó el mayor porcentaje de población sin acceso a servicios de salud¹³.

Es importante mencionar que, en el análisis realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se establece que el mayor porcentaje de los embarazos en adolescentes se

presenta en mujeres que no han cotizado a los sistemas de seguridad social, esto debido a que no cuentan con una edad laboral productiva y establece que 67.3% de adolescentes embarazadas y 56.7% de mujeres mayores de edad embarazadas no cotizan con un sistema de seguridad social. Siendo mayor porcentaje el grupo de adolescentes debido a que no cumplen con edad productiva y las que tienen acceso a un sistema de seguridad social son dependientes del trabajador¹⁴.

Para el año 2016 en el mes de septiembre en Michoacán, se implementó el Grupo Estatal de Prevención del Embarazo Adolescente (GEPEA) con la función de aplicar la ENAPEA. Actualmente la coordinación del GEPEA está desarrollando un sistema de registro y protocolo de atención para las niñas y adolescentes embarazadas esto con el fin de conocer el entorno las condiciones y la información sociodemográfica, esto para identificar las principales causas de embarazo en adolescentes, por municipio, región y la entidad en general.

En un registro elaborado en el 2015 por CONAPO, Michoacán ocupaba el lugar número 8 en incidencia de embarazo adolescentes, reportando 82.9 embarazos en adolescentes por cada 1000 mujeres, cifra que está por encima de la media nacional con 74.4 embarazos. A nivel municipal dentro de Michoacán destacan con mayor número de nacimientos registrados de mujeres de entre 15 y 19 años se encuentran Ixtlán, Yurécuaro, Aporo, Buenavista, Parácuaro, Nuevo Urecho, Briseñas, Numarán, Tocumbo, Aguililla, Carácuaro, Jaconá, Pajacuarán, Zamora, Múgica, Turicato, en los que se observa que de 2 de cada 10 embarazos corresponden a mujeres adolescentes. En los embarazos en menores de 15 años registrados en el 2016 los municipios con mayor incidencia son Morelia con 37 casos, Uruapan con 31 casos, Zamora con 22 casos, Lázaro Cárdenas con 20 casos, Apatzingán con 17 casos, Buenavista con 17 casos, y La Piedad con 10 casos¹⁵.

En medicina familiar la atención del adolescente está fundamentada en la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA-2015, como lo menciona Rivero-López (2017), ya que se encuentran en una situación de vulnerabilidad y riesgo; por lo que se debe manejar con un

enfoque multidisciplinario haciendo énfasis en la educación sexual, así como abordar temas relacionados con violencia y el embarazo, siendo este último el de interés para este estudio. El médico familiar debe otorgar una atención con actitud propositiva, integral y de calidad en cuanto al abordaje biológico y psicosocial, promoviendo factores protectores y de autocuidado¹⁶.

6.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Se ha registrado que a la par de la incidencia de embarazo precoz se identifican características sociodemográficas de interés, tomando en cuenta que la mayoría de las adolescentes embarazadas cuentan con similitudes como lo expone Gálvez Henry (2017) quien realizó un estudio sobre las características epidemiológicas del embarazo en la adolescente, concluyendo que de 45 casos registrados en el año 2016 en una localidad de Venezuela la mayoría de las adolescentes (26 casos) 57.8% tenían solo secundaria siendo el rango de edad de 17-19 años el más común con 60%. En cuanto a estado civil se registró que el 55.6% eran gestantes solteras, mientras que el 44.4% estaban con pareja durante el embarazo. De la situación económica estudiada el 64.4% (29 casos) vivían con una mala situación económica. De acuerdo con el uso de método anticonceptivo se registró de acuerdo con la encuesta que 66.7% (30 casos) no usan ningún método anticonceptivo¹⁷.

De las principales causas de embarazo adolescente que se han estudiado hasta el día de hoy se establecen en un estudio elaborado por Loredó (2017), donde las jóvenes embarazadas se caracterizan por sentir un cúmulo de dificultades sociales, los escenarios más comunes que predisponen a un embarazo adolescente son las características personales, como una Menarca temprana, inicio precoz de actividad sexual, pensamientos mágicos en relación al sexo, el abandono escolar, disfunción familiar, violencia familiar y la falta o mala información respecto al sexo¹⁸.

6.2.- ESCOLARIDAD

La escolaridad es un factor de mucho impacto para el desarrollo de un embarazo adolescente, se reporta en un estudio realizado por INEGI en 2017 que las mujeres sin instrucción escolar presentan una mayor tasa con 3.3 hijos por cada mujer, seguidas por mujeres con primaria incompleta quienes presentan 3.2 hijos por cada mujer y con primaria completa disminuyó a 2.9 hijos por cada una, aquellas con estudios hasta nivel medio superior o superior registraron una tasa de 1.7 hijos por cada una y finalmente las mujeres con licenciatura presentan en promedio 1.5 hijos por cada mujer. Lo cual nos lleva a establecer la escolaridad como un factor detonante de importancia para el desarrollo de este fenómeno en las adolescentes que debido a la ubicación aislada y dispersa dificulta el acceso a servicios públicos como educación y salud, de la mano con la escolaridad está la marginación que reside en las localidades rurales ya que cuentan con un menor acceso a medios para la prevención del embarazo, la misma situación de marginación y falta de educación lleva a la adolescente a incurrir en creencias locales que son detonantes para matrimonios a temprana edad y a su vez la presencia de embarazo adolescente¹⁹.

6.3.- OCUPACIÓN

Estudiar la ocupación de la adolescente representa un alto impacto ya que la adolescente que no está estudiando tiene mayor riesgo representar un embarazo como se plasma en un estudio hecho por Izaguirre-González (2016) donde de un total de 100 casos de adolescentes embarazadas 58 eran de un medio rural, 82 vivían en Unión libre, 54 de estos adolescentes tenían educación básica completa (primaria) y la condición laboral de 45 adolescentes eran amas de casa y 34 eran dependientes de papas o de pareja. Esto deja ver que dentro de la ocupación de estos adolescentes quienes dejaban o no tenían oportunidad de un desarrollo académico presentan mayor riesgo de un embarazo precoz, En cuánto a quienes tenían un trabajo remunerado presentaron menos riesgo en razón a las adolescentes que dependían de alguien más o se dedicaban a las labores domésticas²⁰.

6.4.- NIVEL SOCIOECONÓMICO

De acuerdo con el nivel socioeconómico desde el 2018 se establecen 7 niveles que son A/B, C+, C, C-, D+, D, E; los cuales corresponden a su vez al nivel alto, nivel medio alto, nivel medio típico, nivel medio emergente, nivel bajo típico, nivel bajo extremo y nivel bajo muy extremo²¹. Esto es de importancia ya que en diversos artículos se comenta que uno de los factores de riesgo para un embarazo precoz es un nivel socioeconómico bajo como se marca por Massiel Venegas (2019), quien en testimonios de adolescentes embarazadas manifiestan que la escasez de recursos económicos y de redes sociales dificultaron su realización personal, por lo cual se sienten condicionadas por el medio en relación al embarazo que les ha tocado vivir, lo que marca el factor socioeconómico como elemento fundamental para figurar sus proyectos de vida en razón a una condición socio económica adversa que limita su desarrollo personal²².

En el IMSS se cuenta con la herramienta Estudio Social Médico a través de la cual se obtiene información con respecto al nivel socioeconómico de las embarazadas con riesgo obstétrico alto, considerando a la adolescente embarazada como parte de este grupo. Dicha valoración es realizada por personal de trabajo social de las unidades médicas de primer nivel, registrando datos generales del asegurado, datos de la familia, datos económicos, condiciones del hogar y el estatus del caso en estudio (anexos).

6.5.- CONCEPTOS

- Adolescencia

La adolescencia es un periodo de la vida entre los 10 y los 19 años que puede ser segmentado con base en la ENAPEA y para efectos de análisis, en dos etapas: de los 10 a los 14 años y de los 15 a los 19 años. Se trata de una fase crucial para el desarrollo de las personas, ya que las experiencias, conocimientos y habilidades²³. En cada una de estas etapas se presentan cambios fisiológicos (estimulación y funcionamiento de los órganos por

hormonas, femeninas y masculinas), estructurales (anatómicos), psicológicos (integración de la personalidad e identidad) y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales.

- Adolescencia temprana (10-14 años)

Es el periodo peripuberal con grandes cambios corporales y funcionales tales como la menarca, en esta etapa el adolescente presenta cambios psicológicos en los que empieza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo género, a nivel intelectual aumenta sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales poco reales, en esta etapa tienden a generar ideas concretas y extremistas, enfocándose en ellos mismos por lo cual llegan a sentirse cohibidos por su apariencia y llegan a sentirse juzgados, como respuesta a esto sienten mayor necesidad de privacidad comenzando a explorar formas independientes a su familia poniendo a prueba límites y reacciones de los padres respondiendo con intensidad a la reafirmación de límites²⁴.

- Adolescencia tardía (15-19 años)

En esta etapa ya completó su crecimiento y desarrollo somático, a nivel psicológico es el periodo cuando tiene más relación con adolescentes de la misma edad, compartiendo valores propios y los conflictos con sus padres, esta es la edad promedio en la que inician sus experiencias y actividad sexual. Durante este periodo se llegan a cuestionar sobre su identidad sexual y la exploran, situación que llega a ser estresante si no cuentan con una red de apoyo por parte de sus pares, familia o comunidad, en esta misma etapa inicia la autoexploración por lo que inicia lo que conocemos como masturbación, como consecuencia de estos cambios hormonales es que si no se cuenta con una red de apoyo adecuada se presente un embarazo que es muy frecuente en este rango de edad²⁴.

- Embarazo

Es el período del tiempo durante el cual un bebé se desarrolla en el útero de la madre que va desde la concepción hasta el nacimiento, idealmente consta de 40 semanas.

- Embarazo adolescente

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) se ha definido “al embarazo adolescente o embarazo precoz” como aquel que se produce en una mujer entre la adolescencia inicial o pubertad y el final de la adolescencia¹⁸.

7.- JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de un embarazo es un proceso generalmente positivo propio de la vida de una mujer, esto difiere si se presenta en la etapa de la adolescencia. El embarazo en la adolescencia se caracteriza según la OMS como aquel en el que individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socioeconómica, haciendo que la mayoría de las veces se trate de un embarazo no deseado y no planificado, generando un impacto negativo en el desarrollo económico, físico y emocional de la madre. Por lo anterior el embarazo precoz constituye un problema más de carácter social que médico⁴.

Al conocer las características relacionadas al embarazo en adolescentes, esta investigación podrá contribuir a una realidad franca sobre este fenómeno social que favorezca propuestas de intervención. Es posible abordar este estudio por que se cuenta con los recursos necesarios en la institución (pacientes) y con el personal disponible y capacitado para su ejecución y análisis de resultados.

Como es una unidad de reciente apertura no se cuenta con la evidencia documental del problema en estudio que determine la caracterización de la adolescente embarazada, los resultados esperados de la investigación podrán determinar las características sociodemográficas de la adolescente a través de una intervención efectiva y segura.

8.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia afecta profundamente a la trayectoria de vida de las mujeres, además de que altera su desarrollo psicosocial, lleva a resultados precarios en materia de salud, que obliga a enfrentar múltiples desafíos en el proceso de transformar políticas, programas e iniciativas de escala internacional²⁵.

Este fenómeno tiene una alta incidencia a nivel mundial, siendo México uno de los países con mayor índice según la OCDE. Está registrado como un severo problema de salud, ya que esta población se posiciona en un alto grado de riesgo obstétrico.

Es alarmante porque es un factor de riesgo modificable y prevenible y que aún se sigue presentando. Debido a que Michoacán ocupa el octavo lugar en incidencia de embarazo precoz a nivel nacional¹⁵.

De este estudio surge la necesidad de conocer las características sociodemográficas identificadas para desarrollar el embarazo en las adolescentes; lo cual dará oportunidad a estrategias de mejora. Por lo anterior surge la interrogante de investigación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la adolescente embarazada en la UMF 84 Tacícuaro que asistió a control prenatal durante el periodo de abril 2017 a abril 2021?

9.- OBJETIVOS

9.1.- OBJETIVO GENERAL

- Conocer las características sociodemográficas de la adolescente embarazada que asistió a control prenatal en la UMF 84 durante el periodo de abril 2017 a abril 2021.

9.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la edad más frecuente en que se presenta el embarazo precoz en la UMF 84.
2. Reconocer la escolaridad preeminente de la adolescente embarazada de la UMF 84.
3. Identificar el nivel socioeconómico predominante de las adolescentes embarazadas de la UMF 84.

10.- HIPÓTESIS

1. La adolescente de 18 años que estudia bachillerato y tiene un nivel socioeconómico bajo es más susceptible a presentar un embarazo.

11.- MATERIAL Y MÉTODOS

11.1.- DISEÑO DE ESTUDIO

Tipo de estudio: Cualitativo

Secuencia y/o temporalidad: Transversal

Método de observación: Descriptivo

Cronología de la recolección de datos: Retrospectivo

11.2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años derechohabientes que acudieron a control prenatal a la Unidad de Medicina Familiar 84, durante el periodo comprendido del 16 de abril del 2017 al 16 de abril del 2021.

11.3.- ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se analizó una muestra independiente por conveniencia, con un solo grupo de estudio tomando el total de casos reportados en la unidad.

Total de adolescentes de 10 a 19 años que cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados.

Datos de ARIMAC

Total, de adolescentes femeninas de 10-19 años	4516
Total, de embarazadas adolescentes 10-19 años	37

11.4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Embarazadas adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes con control prenatal y registro en expediente electrónico en la UMF 84 durante el periodo de abril 2017 a abril 2021

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Expedientes incompletos que no cuentan con los datos necesarios para la elaboración del estudio.

11.5.- VARIABLES DEL ESTUDIO

Se estudiaron las características sociodemográficas como variables independientes ya que se busca cual es el impacto que tienen estas para que se presente un embarazo en la adolescencia quedando como variable dependiente el embarazo adolescente.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Embarazo adolescente

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Características sociodemográficas
 - Edad
 - Escolaridad
 - Ocupación
 - Estado civil
 - Nivel socioeconómico

11.6.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

	<i>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</i>	<i>DEFINICIÓN OPERACIONAL</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>UNIDAD DE MEDICIÓN</i>
EMBARAZO ADOLESCENTE	Estado de gravidez comprendido entre los 10 a los 19 años	Mujeres que presentaron Embarazo entre los 10 – 19 años	Cuantitativa	- 10-19 años
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años vividos al momento del estudio	Cuantitativa	Años
ESCOLARIDAD	Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios	Número de años cursados según edad.	Cualitativa politémica	Ninguna Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Licenciatura
OCUPACIÓN	Actividad trabajo que realiza de manera cotidiana, para conseguir sustento, sea remunerada o no	Oficio, tipo de trabajo en el cual se desempeña el generador del ingreso económico	Cualitativa politémica	Hogar Estudiante Trabajo remunerado Ninguno
ESTADO CIVIL	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas	El estado civil reportado por los pacientes mediante la historia clínica	Cualitativa	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
NIVEL SOCIO- ECONÓMICO	Posición o estatus que obtiene una	Estatus identificado en el	Cualitativa politémica	Suficiente Insuficiente

	persona en la sociedad a través de los recursos económicos que posee	estudio social médico contenido en el expediente electrónico (anexo 3), estableciendo que si el gasto es menor al ingreso se considera suficiente y si el gasto es mayor al ingreso se considera insuficiente.		
IVSA	Cuando una persona inicia o mantiene contactos sexuales.	Edad en la que inicio relaciones sexuales.	Cuantitativa	Años
GESTAS	Número total de embarazos, sin importar el resultado.	Número de embarazos que ha presentado.	Cuantitativa	Número de gestas
PARTOS	Expulsión con o sin ayuda, del feto maduro y anexos fetales.	Número de partos que ha presentado.	Cuantitativa	Número de partos
CESÁREAS	Extracción del feto maduro por vía abdominal.	Número de cesáreas que ha presentado.	Cuantitativa	Número de cesáreas

ABORTOS	Interrupción y finalización del embarazo de forma natural o voluntaria hecha antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.	Numero de aborto que ha presentado.	Cuantitativa	Número de abortos
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Mecanismo utilizado de forma voluntaria, con el fin de evitar la concepción.	Tipo de método de planificación que se utilizó posterior a la gestación.	Cualitativa politémica	-Ninguno -Preservativo -DIU -SIU -Hormonal inyectado -Implante subdérmico -OTB
PRIMERA CONSULTA	Consulta en que inicia el control del embarazo y se obtiene información inicial sobre el estado de salud.	Trimestre en que se llevó a cabo la primera cita de control prenatal.	Cualitativa politémica	-1er trimestre -2do trimestre -3er trimestre
NÚMERO DE CONSULTAS	Número de consultas de vigilancia prenatal a las que acude a lo largo de su periodo gestacional.	Número de consultas de control prenatal registradas en expediente.	Cuantitativa	Número de consultas

COMPLICACIONES	Problemas de salud que se presentan durante el periodo gestacional que pone en riesgo la salud de la madre, del bebe o ambos.	Complicaciones registradas en las consultas de control prenatal	Cualitativa politómica	Complicaciones registradas en consultas de control prenatal.
DESENLACE DEL EMBARAZO	Suceso por el cual se llegó a la culminación del embarazo.	Hecho registrado por el cual se llevó a cabo la culminación del embarazo.	Cualitativa politómica	-Aborto -Parto -Cesárea -Sin registro

11.7.- DESCRIPCIÓN OPERATIVA

Previa autorización del protocolo por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud se procederá a lo siguiente:

Primera etapa: El médico residente solicitó por oficio la autorización del director médico para el acceso al Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) y servicio de ARIMAC obteniendo el total de mujeres adolescentes y el total de adolescentes embarazadas adscritas a la UMF 84 en el periodo comprendido del 16 de abril 2017 al 16 de abril 2021, con la finalidad de identificar y obtener los datos correspondientes de los expedientes clínicos seleccionados.

Segunda etapa: se llevó a cabo la revisión de los 174 expedientes clínicos recolectados de los censos de los cuales se eliminaron 11 por no cumplir con los datos necesarios para el estudio por lo cual se estudiaron 163 expedientes clínicos, recolectando información de las variables sociodemográficas mediante una cédula de recolección de datos.

Tercera etapa: Se capturó información en Excel y los datos obtenidos serán analizados y procesados en el programa computacional SPSS versión 23 de Windows.

11.8.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En abril del 2017 se inicia operaciones en la UMF 84 en la localidad de Tacícuaro, tenencia perteneciente al municipio de Morelia, Michoacán; desde entonces se han registrado 37 pacientes adolescentes con control prenatal, en dicha cohorte se decidirá iniciar el estudio analítico, transversal, descriptivo, recabando información retrospectiva de forma intencionada en el departamento de ARIMAC quien arroja dicha cifra.

Teniendo en cuenta el objetivo, se selecciona la población adolescente y considerando que es una población pequeña se propone estudiar de forma por conveniencia.

Se utilizó estadística descriptiva, para variables cuantitativas a través de medidas de tendencia central. Las variables cualitativas se expresarán en porcentajes u odds ratio (OR).

Los datos se analizaron y procesaron en el programa computacional SPSS versión 23.

11.9.- CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

La investigación corresponde a una observación sin riesgos para el paciente según el artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en nuestro país (capítulo 1/título 2: De los aspectos éticos de investigación en seres humanos), por lo cual no se profundiza en los tratados Internacionales como la Declaración de Helsinki de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos ni del Código de Nuremberg cuyas Normas éticas hablan sobre la experimentación en seres humanos. No existen conflictos de interés que declarar en el presente trabajo, con base a la norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos estipula que “la carta de consentimiento informado” es un requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto de investigación. Sin embargo, NOM-012-SSA3-2012 también especifica que en los casos de investigaciones sin riesgo o con riesgo mínimo la “carta de consentimiento informado” no será requisito para solicitar la autorización del proyecto o protocolo de investigación. En consecuencia, este estudio no la requiere²⁶.

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

Categoría I. Investigación sin riesgo ya que se trata de un estudio cualitativo, observacional, transversal y descriptivo.

11.10.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Los recursos se cubrieron por el investigador.

Humanos: Investigador titular.

Materiales: Hojas, lápices, bolígrafos, borrador, formato de recolección de datos, expedientes clínicos.

Tecnológicos: Computadora portátil, internet, impresora, USB, Acceso al SIMF.

RECURSOS FINANCIEROS

Cubiertos por el investigador principal del proyecto.

FACTIBILIDAD

Operativa: Los participantes cuentan con la capacidad y experiencia necesarias en sus áreas de conocimiento para conducir la investigación propuesta.

Técnica: Se cuenta con laptop y acceso a internet, se cuenta con hoja de recolección de datos, se cuenta con el software estadístico en versión 23 para el análisis de datos (SPSS).

Económica: se cuenta con el recurso económico para cubrir los gastos necesarios que se presentan durante la revisión de los expedientes clínicos en el SIMF.

Ética o legal: debido a que se trata de un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo. Se cuenta con autorización del directivo de la unidad para la revisión de expedientes y obtención de datos requeridos. Por lo cual no interfirió en los principios básicos establecidos en el código internacional de ética médica.

Temporal: es un estudio factible ya que se contó con el tiempo necesario para su realización. El análisis es relativamente sencillo por el carácter descriptivo del estudio.

12.- RESULTADOS

De un total de 4516 adolescentes registradas en la UMF 84 tacúcuaro, Se estudiaron 163 adolescentes cuya edad fue de 17.02 +/- 1.4 años, siendo 18 años la edad preeminente, estableciendo una prevalencia de 36 embarazos por cada 1000 adolescentes.

Se recolectaron características sociales y ginecobstétricas preeminentes en las adolescentes embarazadas, registradas en el **Cuadro I** y **Cuadro II**.

Cuadro I CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

		n= 163	%
ESTADO CIVIL	Soltera	69	42.3
	Casada	21	12.9
	Unión libre	73	44.8
OCUPACIÓN	Estudiante	96	58.9
	Hogar	54	33.1
	Empleada	13	0.8
ESCOLARIDAD	Licenciatura	10	6
	Bachillerato	73	45
	Secundaria	67	41
	Primaria	13	8
NIVEL SOCIOECONOMICO	Suficiente	50	30.1
	Insuficiente	113	69.9

Cuadro II *CARACTERÍSTICAS GINECOBSTETRICAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS*

		n= 163	%
IVSA	11	1	0.6
	12	4	2.5
	13	11	6.7
	14	23	14.1
	15	33	20.2
	16	44	27
	17	42	25.8
	18	5	3.1
PRIMERA CONSULTA	Primer trimestre	57	35
	Segundo trimestre	58	35.6
	Tercer trimestre	48	29.4
COMPLICACIONES	Anembrionico	1	0.6
	Anemia	7	4.3
	Cervicovaginitis	20	12.3
	IVU	65	39.9
	Preeclamsia	2	1.2
	Ninguna	68	41.7
DESENLACE DEL EMBARAZO	Aborto	6	3.7
	Parto	53	32.5
	Cesárea	32	19.6
	Sin registro	72	44.2
MPF	Hormonal inyectable	1	0.6
	SIU	5	3.1
	DIU	46	28.2
	Implante SD	8	4.9
	Ninguno	101	62
	OTB	2	1.2

13.- DISCUSIÓN

El embarazo en la adolescente en razón a que es un evento no planeado por la pareja contribuye en la presentación de complicaciones obstétricas, disfunciones familiares, afcción en el desarrollo de los hijos y repercusión en el desarrollo educativo de la futura madre¹, los datos obtenidos en este proyecto son importantes para el desarrollo de herramientas y estrategias necesarias para disminuir los eventos obstétricos en adolescentes.

Según la edad más frecuente en que se presenta un embarazo precoz en este proyecto destaca la edad de presentación más frecuente fue de 18 años, resalta que el grado académico a nivel bachillerato y el nivel socioeconómico insuficiente como se muestra en la **Tabla 1**. Esto es afín a un estudio realizado por Zamudio Raya cesar en la UMF 80 en Morelia quien estudio el perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a la UMF en Morelia, Michoacán, México, en donde estudiaron 72 adolescentes en el periodo del 2015 al 2016, presentado como resultados que el grupo de edad preeminente fue de mayores de 15 años con 71(98.6%) de las adolescentes, en cuanto a la escolaridad presentó mayor impacto que 35(48.6%) adolescentes se encontraban cursando el bachillerato y en cuanto al nivel socioeconómico 52(72.2%) se les clasificó como obrero².

Estos resultados concuerdan con los de este estudio lo que corrobora que son factores importantes para la presentación de un embarazo adolescente, como también lo plasma Blanquet García Jaime (2016) quien analizo las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas en un hospital de alta especialidad, en el cual se estudiaron a 608 adolescentes, donde se reportó que la edad promedio de las pacientes fue de 16.7 +/- 1.2 años, con respecto a la escolaridad del bachillerato predominó con 62.4%, de todas las adolescentes estudiadas el 50.2% eran estudiantes al momento del estudio y en cuanto a estado civil la unión libre fue predominante con 45.3%³.

Estas características que se tienen en común con diversos estudios repercute directamente en el desarrollo académico de las adolescentes ya que se ven obligadas en cierta manera a dejar de estudiar, afectando directamente en sus oportunidades laborales, esto impacta

directamente en el ciclo educación pobreza en relación con el nivel académico.

Uno de los objetivos del estudio es el nivel socioeconómico en el que se establece que un nivel insuficiente es factor de riesgo, esto se fue registrado por Rosales Silva José (2013), quien analizó las características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una UMF en San Luis Potosí, México, en el cual se entrevistó a 41 adolescentes embarazadas de las cuales 38 pertenecían a hogares con estrato socioeconómico bajo y las tres restantes a un hogar con nivel medio bajo. Dichos resultados tienen relación con este estudio en el cual el nivel socioeconómico insuficiente fue el predominante con 113 casos y solo 50 vivían con un nivel socioeconómico suficiente¹². Estos resultados concuerdan con los obtenidos en este estudio dejando claro que el nivel socioeconómico representa impacto en este fenómeno, como se corrobora por Gálvez Henry Francisco en su publicación sobre las características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia el cual se llevó a cabo en una localidad de Venezuela, donde se estudió a 45 adolescentes embarazadas de las cuales 29 (64.4%) vivían en una mala situación económica¹⁷. Los resultados confirman lo planteado pues la mayoría de las adolescentes tenían un nivel socioeconómico insuficiente como se presenta en los resultados.

Al analizar los resultados con otros autores se encontró que en varios países de América Latina como Chile, México, Colombia y Venezuela se cuentan con características similares desde hace bastantes años, como lo menciona Villalobos Hernández Aramis (2015) en su artículo sobre el embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México, que es un estudio transversal con información obtenida de la encuesta nacional de salud y nutrición (Ensanut) en el año 2012, presentando resultados donde resalta que de 8.9 millones de adolescentes el 20.5% tenían un vida sexual activa, en cuanto a la escolaridad las adolescentes con antecedente de embarazo solo curso hasta la secundaria el 58.9% mismas que se registraron con un nivel socioeconómico bajo, dicho estudio registró igualmente que la edad preeminente de las adolescentes que presentaban un embarazo al momento de la revisión se encontraban en el rango de edad entre 17-19 años siendo el 69.2% de ellas, estos resultados son equivalentes con los resultados obtenidos en este estudio, lo que refleja el poco avance que se tiene en las estrategias para la prevención del embarazo adolescente²⁷.

En razón a las características sociodemográficas y ginecobstétricas que se muestran en el **cuadro 1 y cuadro 2**. Los resultados plasmados son idénticos a los que registra Avalos Guerrero ángel en su artículo sobre la vía de resolución del embarazo en una muestra de adolescentes mexicanas, plasmando que de 587 adolescentes estudiadas, la incidencia del embarazo precoz fue de 131 por cada 1000, con una edad promedio de 17.32 +/- 1.6 años, registrando características sociodemográficas como estado civil, con un 73.8% de estas entre 17-19 años, que 60.6% estaban en unión libre, de su ocupación el 74.6% estaban dedicadas al hogar y de características ginecobstétricas registro que el inicio de vida sexual de a los 15.59 +/- 1.59 años, la atención prenatal el 70.4% inicio su control el primer trimestre, las morbilidades registradas en el primer trimestre 1% con cervicovaginitis, 0.9% con infección de vías urinarias, durante el segundo trimestre 6.8% registro infección de vías urinarias, 5.3 con cervicovaginitis, en el tercer trimestre 7.7% con oligohidramnios, 5.6% con ruptura prematura de membranas, 6.1% infección de vías urinarias, 5.1% con cervicovaginitis y 4.8% con preeclamsia severa. Para la resolución obstétrica el 39.7% culminó en cesárea y el 60.3% en parto²⁸. Estos datos concuerdan con los obtenidos en este estudio, reflejando cuales son las principales complicaciones en el desarrollo de un embarazo precoz y es posible concluir con base en los resultados obtenidos, que la detección oportuna de factores de riesgo permitirá incidir para prevenir y atender en caso necesario el embarazo en la mujer adolescente.

Se reconoce como limitación los expedientes incompletos y la deserción en el control prenatal por falta de conocimiento sobre los acuerdos 178 para atención de adolescentes embarazadas menores de 16 años y el acuerdo 196 en extensión de atención obstétrica en mayores de 16 años.

14.- CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas fueron similares a las características registradas a nivel nacional y con las establecidas a nivel estatal.

15.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arana VC, Olvera J, Chumacera R. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Rev. Médica del IMSS [Internet]. 2005;43:1–6. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im0531.pdf>.
2. Zamudio CA, Silva JG, Gómez C, Chacón P. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México Epidemiological. Aten Fam [Internet]. 2018;25(2):54–8. Available from: http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/64119/56262.
3. Blanquet-García J, Montoya-Cázares A, Carranza-Lira S. Sociodemographic characteristics of the pregnant adolescent in a high specialty hospital. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2016;54 Suppl 3(55):S238–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27855044>.
4. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la Adolescencia [Internet]. Enero 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
5. NOM-005-SSA2-1993. DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. 1994;1–68. Available from: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR05.pdf>.
6. Flores M, Nava G, Arenas L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Rev Salud Pública [Internet]. 2017;19(3):374–8. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/374-378/es>.
7. OPS, OMS, UNFPA, UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Ops, Oms, Unfpa, Unicef. 2018. 52 p. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
8. Menéndez GE, Navas I. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente.

- Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2012;38(3):333–42. Available from: [http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf#:~:text=Con respecto a las enfermedades relacionadas con el,de su crecimiento%2C las del feto que engendra.20](http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf#:~:text=Con%20respecto%20a%20las%20enfermedades%20relacionadas%20con%20el%20de%20su%20crecimiento%20C%20las%20del%20feto%20que%20engendra.20).
9. Rodrigo RM. Madres adolescentes. INMUJERES [Internet]. 2009;12(9):56–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3066747&info=resumen&idioma=SPA>.
 10. Escalante T. Embarazo adolescente en México: un problema de desigualdad que no se resuelve con una estrategia. Rev Metod [Internet]. 2016;11(julio-diciembre de 2016):6–40. Available from: <http://revistametodhos.cdhsf.org.mx>.
 11. Kuri-Morales PA, Guevara-Guzmán R, Phillips-Gutiérrez V, Mota-Sánchez A, Díaz-Olavarrieta CA. Panorama nacional del embarazo precoz en México: lecciones aprendidas en un sexenio. Gac Mex [Internet]. 2020;156(2):151–6. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v156n2/0016-3813-gmm-156-2-151.pdf>.
 12. Rosales-Silva JG, Lemoine- Loredó S, Rodríguez-Pérez CV A-RH. Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una unidad de medicina familiar en San Luis Potosí, México. Aten. Aten Fam [Internet]. 2013;20(4):103–5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-pdf-S1405887116301031>.
 13. Gómez OSM, González KO. Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018;42:1–8. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49168/v42e992018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 14. UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del Embarazo En Adolescentes En Mexico. Fondo Poblac las Nac Unidas [Internet]. 2018; Available from: https://Mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_Mexico_2020.pdf.
 15. Estatal P. Embarazo infantil y adolescentes en Michoacán. Gob del estado [Internet]. 2018;1–82. Available from: <https://coespo.Michoacan.gob.mx/wp-content/uploads/2018/10/002-Embarazo-infantil-y-adolescente.pdf>.

16. Rivero-López CA, Hernández-Vargas CI, Santoyo-Macías CM. La atención médica del adolescente: una prioridad en Medicina Familiar. *Rev Mex del Seguro Soc* [Internet]. 2019;57(4):247–241. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2019/im194i.pdf>.
17. Gálvez F, Rodríguez BA, Lugones M, Altunaga M. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2017;43(3):15–27. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v43n3/gin03317.pdf>.
18. Loredó A, Vargas E, Casas A, González J, Gutiérrez C. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2017;55(2):223–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28296372>.
19. INEGI. La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México. Encuesta Nac la Dinámica Demográfica 2014 [Internet]. 2017;7:38. Available from: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825089627.pdf.
20. Izaguirre-González A, Aguilar-Reyes V. Incremento del riesgo obstétrico en embarazo adolescente. Estudio de casos y controles. *iMedPub Journals* [Internet]. 2016;12:1–6. Available from: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/incremento-del-riesgo-obsteacutetrico-en-embarazo-adolescente-estudio-de-casos-y-controles.pdf>.
21. AMAI C de NS. Nivel socioeconómico AMAI 2022. *Asoc Mex Agencias Intel Merc y Opinión* [Internet]. 2022; Available from: https://amai.org/descargas/Nota_Metodologico_NSE_2022_v5.pdf.
22. Venegas M, Valles BN. Original Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. 2012;109–19. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n83/1139-7632-pap-21-83-e109.pdf>.
23. Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. Guía para la implementación de la estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes en las

- entidades federativas. UNFPA / UNICEF México [Internet]. 2018;86. Available from: <https://www.unicef.org/Mexico/media/1816/file/Guia GEPEA.pdf>.
24. Allen B, Waterman H. Etapas de la adolescencia. healthychildren.org [Internet]. 2019; Available from: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>.
 25. Organización Panamericana de la Salud. El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe. *Ops* [Internet]. 2020;(3):1–9. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 26. NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 2012; Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013.
 27. Aremis V, Lourdes C. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en Mexico. *salud pública de méxico / vol. 57, no. 2, marzo-abril de 2015*.
 28. Avalos-Guerrero A. Via de resolución del embarazo en una muestra de adolescentes mexicanas; *Rev Invest Med Sur Mex, Abril-Junio 2013; 20 (2): 88-94*.

16.- ANEXOS

16.1 DICTAMEN

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1602.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 16 022 019
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CEI 002 2017033

FECHA Miércoles, 30 de marzo de 2022

Dr. Edgardo Hurtado Rodríguez

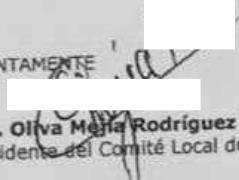
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Caracterización de la adolescente embarazada en la UMF 84 Tacicuaro que asistió a control prenatal durante el periodo de abril 2017 a abril 2021** 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-2022-1602-007

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


Dra. Oliva Mejía Rodríguez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1602

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

16.2 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES MES	2021		2022												2023				
	MARZO JULIO	AGOSTO DICIEMBRE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO
Elaboración del anteproyecto	X	X	X	X															
Envío al CLIS, CLIES y autorización					X														
Revisión de expedientes (SIMF)						X	X	X											
Análisis de resultados									X	X									
Discusión											X	X							
Trabajo final													X	X					
Presentación en foro de investigación														X	X				
Realización de manuscrito																X	X	X	
Envío a revista																			X

16.3.- CARTA DE NO INCONVENIENTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 84

CARTA DE NO INCONVENIENTE


Morelia, Michoacán, a 04 de FEBRERO del 2022.

Dr. Edgardo Hurtado Rodríguez
Investigador Responsable
Presente:

Por medio de la presente, me dirijo a usted de la manera más atenta, para informar que no existe inconveniente para que el(la) **Dr. HECTOR ARTURO LOPEZ DIAS DE SANDY**, MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR en UMF 84(Tacícuaró) con matrícula **97177503** pueda llevar a cabo la encuesta SERVQUAL a usuarios adscritos a la UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 84 en la consulta externa para realizar el trabajo de investigación titulado: **"CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN LA UMF 84 TACÍCUARO QUE ASISTIÓ A CONTROL PRENATAL DURANTE EL PERÍODO DE ABRIL 2017 A ABRIL 2021"** Recuerde que la información que usted vaya a utilizar para identificar a los participantes, tales como nombre, teléfono, matrícula, correo electrónico y dirección, debe ser conservada de manera confidencial y no se debe otorgar información que pudiera revelar su identidad, ya que esta siempre debe permanecer protegida.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente




Dr. Gilberto Calderón Tinoco
Director médico UMF 84

16.4.- HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ID:					
NSS:					
NOMBRE:					
EDAD (años):					
ESCOLARIDAD:					
OCUPACIÓN:					
ESTADO CIVIL:					
NIVEL SOCIOECONOMICO:					
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	IVSA	GESTAS	PARTOS	CESÁREAS	ABORTOS
METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR:					
CONTROL PRENATAL		PRIMERA CONSULTA:		NÚMERO DE CONSULTAS:	
COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO:					
DESENLACE DEL EMBARAZO:					

16.5.- FORMATO DE ESTUDIO SOCIAL MÉDICO

 <p>Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Prestaciones Médicas</p> <p>ESTUDIO SOCIAL MÉDICO</p> <p>EDAD: SEXO: masculino () femenino (X)</p>	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		AGREGADO	
	NOMBRE DEL PACIENTE			
	CURP			
	UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN		84	
	NO. CONSULTORIO		TURNO	

G D E N T E S A L E S D A T O S D E E X P L O R A C I O N D E L C A S O	Estado Civil :		Ocupación :																																
	Domicilio , No. Interior , Colonia :																																		
	Ciudad , Estado :		Celular(es)		Red Apoyo :																														
					Cel :																														
	Nombre del Médico Familiar :				Matrícula :																														
	Fecha de la realización del estudio :		Día	Mes		Año																													
	Estudio solicitado por : COORDINACION DELEGACIONAL .																																		
	Objetivo del estudio :																																		
	Datos del asegurado :																																		
	Datos familiares :																																		
LA PACIENTE COMPARTI DOMICILIO CON :																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE</th> <th>EDAD</th> <th>PARENTESCO</th> <th>ESCOLARIDAD</th> <th>OCUPACION</th> <th>ESTADO CIVIL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTADO CIVIL																								
NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTADO CIVIL																														



Instituto Mexicano del Seguro Social
 Dirección de Prestaciones Médicas
 ESTUDIO SOCIAL MEDICO

Datos económicos:

LA PACIENTE ES UNICO PROVEDOR CON :

INGRESOS:	CANTIDAD :
MENSUAL	\$
EGRESOS:	
ALIMENTACION	\$
LUZ	\$
AGUA	\$
VIVIENDA	\$
COMBUSTIBLE	\$
TRANSPORTE	\$
TELEFONO	\$
EDUCACION	\$
PREDIAL	\$
INTERNET / CABLE	\$
MEDICAMENTOS	\$
ROPA Y CALZADO	\$
PROVEDORES:	DEPENDIENTES:

Condiciones del hogar:

Datos complementarios:

Del asegurado:

De la familia:

D
A
T
O
S

E
X
P
L
O
R
A
C
I
O
N

S
D
I
C
I
A
G
N
O
S
M
T
E
D
I
C
O