



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80**

TESIS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE
ADSCRITA EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80**

PRESENTA

CESAR AUGUSTO ZAMUDIO RAYA

MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

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

ASESORA DE TESIS:

DRA. PAULA CHACON VALLADARES

MEDICO FAMILIAR

CO-ASESOR DE TESIS:

DRA. JATZIRI GABRIELA SILVA CONTRERAS

MEDICO EPIDEMIOLOGO

ASESOR ESTADISTICO:

CARLOS GOMEZ ALONSO

ANALISTA COORDINADOR CBIMI

MORELIA, MICHOACAN. MEXICO.FEBRERO DE 2018



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

Dr. Cleto Álvarez Aguilar
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

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

Dr. Sergio Martínez Jiménez
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Paula Chacón Valladares
Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar

Dr. Jorge Lenin Pérez Molina
Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar

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



DRA. ALICIA RIVERA GUTIERREZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHAVEZ"

DR. CLETO ÁLVAREZ AGUILAR
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHAVEZ"

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A LA INSTITUCIÓN QUE ME BRINDO LA OPORTUNIDAD DE SER PARTE DE ELLA DURANTE EL PERIODO DE ADIESTRAMIENTO Y FORMACIÓN.

- ❖ A MIS PROFESORES DR. CAMARGO, DR. DE LA TORRE, DR. ANIBAL, DR. ROSALES, DRA YEPEZ, DR. ALEX LOPEZ, DRA. FANNY, MAESTRA GABY KANAN, DRA CORTES, DRA. VEGA, DRA CORALIA, DR. ALAIN, DRA. RANGEL, DR. VALDEZ, DR. SALAS, DRA. LUCRECIA, DR. CRISTIAN, DR. FAUSTINO, DR. CORONA, DR. FELIPE, DRA. MOLINA, DR. AVALOS, DR. MERCHAN, DR. ARREDONDO, DRA. LOBERA, DRA. BARTOLO, DR. ESTALEY, DR. RODRIGUEZ, POR SU PACIENCIA Y EMPATIA, POR MOSTARME QUE LA MEDICINA SE EJERCE CON PASIÓN Y SAPIENCIA.

- ❖ A MIS ASESORA DE TESIS DRA PAULA CHACON POR SU INVALUABLE APOYO EN EL CAMINO HACIA LA EXELENCA.

- ❖ A MI CO-ASESORA DRA. JATZIRI SILVA POR SER SIEMPRE LA SERENIDAD Y APOYO INCONDICIONAL A MI PROYECTO.

- ❖ AL MATEMATICO CARLOS GOMEZ QUIEN ME DEMOSTRO QUE LA HUMILDAD ES LA MEJOR FORMA DE ENSEÑAR.

- ❖ AL DR. GERARDO MUÑOZ QUIEN SIEMPRE SUPO INFUNDIRME CONFIANZA EN LOS PROYECTOS POR MUY GRANDES QUE PAREZCAN.

- ❖ A MIS COMPAÑEROS DE ROTACIÓN PAU, LAURA, KENIA EN QUIENES ME APOYE INCONTABLES OCASIONES PARA SEGUIR ADELANTE

- ❖ A MI UNIVERSIDAD QUE NUEVAMENTE ME ACOGIO EN SU SENO PARA LOGRAR MI SUEÑO DE ESPECIALIZACIÓN.

DEDICATORIA

“DEDICO LA SIGUIENTE OBRA, MIS ESFUERZOS Y DESVELOS A MI AMADA PAULINA, QUIEN VIVIO CADA MOMENTO DE MI VIDA, CADA ESFUERZO DURANTE MI TRABAJO Y CADA DESVELO JUNTO A MI SIEMPRE CON INTERES Y AMOR HACIA LO QUE HACIA”

“A MIS HIJOS FREYA Y LEO QUE CON SU INOCENCIA Y TERNURA ME FORTALECIERON Y ME PERMITIERON SEGUIR ADELANTE EN LOS MOMENTOS MAS DIFICILES”

”A MIS PADRES, ROSA Y LUIS A QUIENES AMO POR SOBRE TODAS LAS COSAS Y QUE EN ESTA ETAPA DE MI VIDA ME SOSTUVIERON CON TANTA FIRMEZA QUE ERA IMPOSIBLE NO SEGUIR ADELANTE”

“A MIS HERMANOS FANNY, ERIC Y GUSTAVO A QUIENES TODA MI VIDA LES DEBERE LO QUE SOY POR QUE CON ELLOS APRENDI A VOLAR”

GRACIAS.....

ÍNDICE

I	RESUMEN.....	01
II	ABSTRACT.....	02
III	ABREVIATURAS.....	03
IV	GLOSARIO.....	04
V	RELACION DE TABLAS Y FIGURAS.....	05
VI	INTRODUCCION.....	06
VII	MARCO TEORICO.....	07
VIII	JUSTIFICACIÓN.....	24
IX	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
X	OBJETIVOS.....	26
XI	MATERIAL Y METODOS.....	26
	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	26
	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	26
	TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	27
	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	28
	VARIABLES.....	28
	DESCRIPCIÓN DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
	DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO.....	35
	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	36
	CONSIDERACIONES ETICAS.....	37
XII	RESULTADOS.....	38
XIII	DISCUSIÓN.....	48
XIV	CONCLUSIONES.....	54
XIV	RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS.....	55
XVI	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57
XVII	ANEXOS.....	60

RESUMEN

Zamudio Raya CA*, Chacón Valladares P*, Silva Contreras JG*, Gómez Alonso C**

*UMF 80 **CIBIMI

INTRODUCCIÓN: El embarazo en adolescentes tiene alta prevalencia en México. Esto implica serias complicaciones en la madre, producto, familia y sociedad. En UMF No. 80 se desconoce el perfil epidemiológico de las embarazadas adolescentes adscritas.

OBJETIVO: Describir perfil epidemiológico de la adolescente embarazada adscrita a UMF No. 80.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal.

En adolescentes con embarazo en periodo de noviembre 2015 a julio 2016 adscritas a UMF 80, se excluyeron pacientes con enfermedades psiquiátricas y que no concluyeron al 100% las encuestas. Se aplicó encuesta de antecedentes sociodemográficos, gineco-obstétricos, FF-SIL para funcionalidad familiar, Graffar para estrato socio-económico y cuestionario de violencia intrafamiliar del Instituto Nacional de Mujeres de México.

RESULTADO: En muestra de 72 pacientes se encontró 98.6% en adolescencia tardía, 1.4% temprana, sin toxicomanías 80.6%, tabaquismo 11.1%, alcohol 6.9%, drogas 1.4%, nivel socioeconómico 72.22% obrero, 19.94% bajo, 4.17% medio y 4.17% marginal, IVU con cervicovaginitis 44.44%, 25% IVU, 11.11% cervicovaginitis, 2.78% con EHE, 16.67% sin patología, funcionalidad familiar 45.83% moderada disfuncionalidad, 37.50% funcional, 15.28% disfuncional, 1.39% severamente disfuncional, violencia intrafamiliar 83.33% relación abusiva, 8.33% primer nivel de abuso, 6.94% abuso severo, 1.39% abuso peligroso.

CONCLUSIONES: Las pacientes embarazadas adscritas en la UMF No. 80 más de 95% son mayores de 15 años, arriba del 80% sin toxicomanías, nivel socioeconómico predominante obrero, gran porcentaje cursan con IVU y cervicovaginitis independientes o asociadas, la mayoría con algún grado de disfunción familiar, en su totalidad con violencia intrafamiliar.

PALABRAS CLAVE: embarazo, adolescente, perfil epidemiológico, unidad de medicina familiar, funcionalidad.

ABSTRACT

Zamudio Raya CA*, Chacón Valladares P*, Silva Contreras JG*, Gómez Alonso C**

*UMF 80 **CIBIMI

INTRODUCTION: Pregnancy in adolescents has a high prevalence in México. This involves serious complications in the mother, product, family and society. In UMF No. 80 the epidemiological profile of adolescent pregnant women is unknown.

OBJECTIVE: To describe the epidemiological profile of pregnant adolescents enrolled in UMF No. 80.

MATERIAL AND METHODS: Observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study.

In adolescents with pregnancy from November 2015 to July 2016, enrolled in UMF 80, patients with psychiatric illnesses were excluded and the surveys were not concluded at 100%. A sociodemographic, gynecological-obstetrical, FF-SIL for family functionality, Graffar for socio-economic stratum and a questionnaire on intrafamily violence of the National Institute of Women of México were applied.

RESULTS: In a sample of 72 patients, 98.6% were found in late adolescence, 1.4% in the early stages, without drug addiction 80.6%, smoking 11.1%, alcohol 6.9%, drugs 1.4%, socioeconomic level 72.22% worker, 19.94% low, 4.17% 4.17% marginal, IVU with cervicovaginitis 44.44%, 25% IVU, 11.11% cervicovaginitis, 2.78% with EHE, 16.67% without pathology, family function 45.83% moderate dysfunction, 37.50% functional, 15.28% dysfunctional, 1.39% severely dysfunctional, intrafamily violence 83.33% abusive relationship, 8.33% first abuse, 6.94% severe abuse, 1.39% dangerous abuse.

CONCLUSIONS: Pregnant patients enrolled in UMF No. 80 are over the age of 15 years, above 80% without drug addiction, socioeconomic status predominant worker, high percentage of patients with IVU and cervicovaginitis independent or associated, most with some degree Of family dysfunction, in its entirety with intrafamily violence.

KEY WORDS: pregnancy, adolescent, epidemiological profile.

ABREVIATURAS

COLS.	Colaboradores
DEF.	Defunción
DIU	Dispositivo intrauterino
DM	Diabetes Mellitus
EHE	Enfermedad hipertensiva del embarazo
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
GRO.	Guerrero
HTA	Hipertensión arterial
IMSS	Instituto Mexicano del seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de seguridad y servicios Sociales de los Trabajadores del estado
IVU	Infección de vías urinarias
NO.	Número
OMS	Organización Mundial de la salud
RNM	Razón de Mortalidad materna
RNVE	Recién nacidos vivos esperados
RNVR	Recién nacidos vivos registrados
RMM	x 100 000 recién nacidos vivos
SIAS	Sistema informático de Atención Integral a la Salud
SSA	Secretaría de salud
SSM	Secretaría de Salud Michoacán
SPSS	Statistical package for the social sciences
UMF	Unidad de Medicina Familiar

GLOSARIO

Adolescencia tardía: Edad comprendida entre los 15 a los 19 años de edad.

Adolescencia Temprana: Edad comprendida entre los 10 a 14 años de edad.

Apgar: Examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto para obtener una primera valoración simple sobre el estado general del neonato.

Cervicovaginitis: proceso infeccioso e inflamatorio del útero, cérvix, vagina y vulva.

Chi cuadrada: distribución de probabilidad continua.

FF-SIL: Instrumento para evaluar funcionalidad familiar, contiene 14 reactivos y evalúa 7 dominios: armonía, cohesión, roles, afectividad, comunicación, adaptabilidad, y permeabilidad. Califica como familia funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional.

Familia Nuclear: De acuerdo a Irigoyen; familia formada por padre madre e hijos.

Familia seminuclear: De acuerdo a Irigoyen; constituida por hijos y un solo padre.

Familia extensa: De acuerdo a Irigoyen; constituida por los hijos, la pareja y la familia de uno de los padres.

Familia semi-extensa: De acuerdo a Irigoyen; padres, hijos y algún (os) miembros de la familia de uno de los padres.

Familiares de primera línea: madre o hermanas.

Familiares de segunda línea: primas o tías.

Graffar: Escala de estratificación social, califica como estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero y marginal.

Método anticonceptivo: método o procedimiento cuyo objetivo es prevenir un embarazo en mujeres sexualmente activas ya sea utilizado por la mujer o la pareja.

Perfil epidemiológico: Se define como el estudio de la morbilidad, la mortalidad, y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.

RELACION DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURA 1. Grado de escolaridad en las adolescentes embarazadas en la UMF 80....	40
FIGURA 2. Ocupación en adolescentes embarazadas adscritas a UMF 80.....	41
FIGURA 3. Porcentaje de uso de diferentes métodos anticonceptivos y las no usuarias.	43
FIGURA 4. Enfermedades encontradas durante el embarazo actual en las adolescentes adscritas a la UMF No. 80.....	44
FIGURA 5. Funcionalidad Familiar en las embarazadas adolescentes adscritas a la UMF No. 80.....	46
FIGURA 6. Violencia intrafamiliar en embarazadas adolescentes adscritas a la UMF No. 80.....	47
TABLA I. Variables sociodemograficas de adolescentes embarazadas adscritas a UMF No. 80.....	38
TABLA II. Fiabilidad del instrumento Graffar.....	39
TABLA III. Antecedentes gineco-obstetricos en adolescentes embarazadas adscritas a UMF no. 80.....	42
TABLA IV. Características familiares de adolescentes embarazadas adscritas a UMF No. 80.....	45
TABLA V. Fiabilidad del instrumento de Dinámica Familiar (FF_SIL).....	46
TABLA VI. Fiabilidad del instrumento de violencia intrafamiliar.....	47

INTRODUCCIÓN

Un perfil epidemiológico se define como el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, tomando en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo, esto resulta trascendentalmente importante en enfermedades de alto impacto en la salud pública y en algunas otras entidades como lo es el embarazo en el adolescente.

La adolescencia comprende de acuerdo a la OMS de los doce a los 19 años, considerándose de los 12 a los 14 años como temprana y de los 15 a los 19 como tardía. La mayoría de los individuos en estos grupos etarios están influenciados por un ambiente de sexualidad que eventualmente los puede involucrar en el inicio de su práctica sexual, el proceso para decidir el inicio de su vida sexual contiene implicaciones cognitivas, físicas, hormonales, contextuales y psicosociales que lo convierten cuando menos en una situación compleja y que a veces puede resultar incluso traumática.

Una vez iniciada la práctica sexual consecuentemente puede existir el embarazo, generalmente no planeado, la adolescente en esta situación debe adaptarse a cambios físicos y psicosociales que modifican su forma de vida, aunado frecuentemente a rechazo social. Lo anterior puede generar inestabilidad emocional, culpa y frustración ante este cambio tan drástico.

Por otra parte la mortalidad en mujeres embarazadas de 15 a 19 años de edad se eleva al doble en comparación con el grupo de 20 a 34 años en países en vías de desarrollo; en México, la mortalidad en menores de 20 años representa 33% del total. Los riesgos médicos durante el embarazo de las adolescentes, aumentan las cifras de morbi-mortalidad maternas, y en dos a tres veces la mortalidad infantil, con respecto a las madres de 20 a 34 años.

El embarazo en la adolescencia continúa teniendo un alto índice de prevalencia en nuestro país, no obstante que se han implementado diversos programas educativos y estrategias encaminadas a su prevención.

En la unidad de medicina familiar No. 80 no se conocen ni se han analizado los factores psicosociales que contribuyen o determinan la presencia de esta entidad en nuestro medio. Una vez que esto se logre, se pueden encontrar oportunidades ya sea para reforzar, canalizar o redirigir las acciones para la prevención del embarazo en este grupo etario.

MARCO TEORICO

Perfil Epidemiológico

Se define como el estudio de la morbilidad, la mortalidad, y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo. (Cooemeva EPS).

Adolescencia e inicio de vida sexual activa

La adolescencia es un periodo en la vida del ser humano que comprende de acuerdo a la OMS de los doce a los 19 años, está a su vez se subdivide en temprana y tardía, considerándose de los 12 a los 14 años como temprana y de los 15 a los 19 como tardía.

Durante esta etapa de la adolescencia se llevan a cabo importantes cambios tanto físicos, como psicológicos mediados principalmente por el desarrollo hormonal esto incluye la aparición de los caracteres sexuales primarios y secundarios, los primeros involucran a los órganos de la reproducción mientras que los secundarios son expresiones fenotípicas de maduración sexual por ejemplo el desarrollo de vello púbico, cambio en la voz en los hombres y cambios en la textura de la piel. También ocurren cambios en cuanto estructura y función del cerebro básicamente son dos fenómenos, la poda sináptica que en realidad está presente desde el nacimiento pero se acentúa en esta etapa y consiste en la mejoría del procesamiento de la información, y el segundo que está relacionado con el sistema límbico y algunos neurotransmisores, siendo el sistema límbico responsable del procesamiento de la información relacionado con las emociones, ocasionando que esta etapa sea considerada como “sobre emocional” y sean afectados fácilmente por el estrés dando como resultado una necesidad incrementada por la novedad y la búsqueda de sensaciones y una mayor tendencia a la toma de riesgos.¹

Respecto a los cambios psicosociales es una fase donde se adolece de afectividad de manera importante y esto se manifiesta en su comportamiento social, al adoptar modelos de conducta, interés en buscar pares y de competir de manera física o cognitiva.

En relación a la sexualidad se considera el sexo femenino más afectivo-relacional que el sexo masculino en el cual se observa que está más relacionada con la excitación y el placer sexual aunque esto no limita a que estén presentes de manera contraria en

cualquiera de los dos sexos. Es importante mencionar que en esta etapa la orientación sexual si bien está presente en otras edades se vuelve más apremiante que nunca.¹

La mayoría de los adolescentes están expuestos a una atmósfera sexualidad que tarde o temprano los colocara en una disyuntiva de iniciar o no su práctica sexual, el proceso de decisión es complejo y tiene implicaciones cognitivas, físicas, contextuales y psicosociales.

Algunos factores que influyen son: auto percepción, valores paternos, disciplina, supervisión y orientación paterna en la toma de decisiones y comunicación.

Para los jóvenes mexicanos los riesgos derivados de un inicio temprano de vida sexual están lejos de quedar resueltos, la dificultad estriba en la combinación de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales, culturales, económicas, educativas, políticas y mediáticas.² Esto se refuerza si nos planteamos la siguiente pregunta ¿por qué si un alto porcentaje de adolescentes tiene conocimiento de metodología anticonceptiva, siguen ocurriendo embarazos no deseados?

Factores de riesgo para embarazo en adolescencia

Al respecto de esta pregunta vale la pena mencionar la opinión de los propios adolescentes como se llevo a cabo en la ciudad de Temuco, Chile en el año de 2007 en grupos de edades entre 15 y 19 años se permitió explorar los factores relacionados con el embarazo no planeado a partir de la opinión de escolares nuligestas, quienes destacaron categorías denominadas como “amor romántico” donde se justifica la relación sexual e incluso el embarazo con la existencia de un amor idealizado, el no usar métodos anticonceptivos por temor a subir de peso, dificultad para conseguirlos, olvido de ingesta, vergüenza para solicitarlos, o por saber de su existencia pero no conocer su manera de uso, la baja autoestima que conlleva el temor al rechazo del grupo por discrepancias en cuanto a conductas de riesgo, y miedo a perder la pareja por negarse a la relación o exigir el uso de preservativo, la irresponsabilidad masculina (el varón implicado en el embarazo adolescente presenta el denominado “síndrome de conducta de riesgo” que asocia mayor precocidad en las relaciones sexuales, mayor precocidad en el consumo de alcohol, drogas, tabaco, promiscuidad, hábitos delictivos como peleas o conducir en estado de ebriedad, pensamiento más concreto y precoz desarrollo puberal, y a diferencia de la

mujer cuenta con menos apoyo de servicios sociales)³ que se expresó en que los varones no asumen ninguna responsabilidad en la sexualidad.

De los factores familiares aparecen con relevancia el límite estrecho familiar manifestado como gran restricción para los permisos asociada en algunos casos con ingenuidad y desconocimiento del entorno y sus riesgos por la sobreprotección, la negligencia paterna en la que existe ausencia de límites y es percibida como falta de interés, de apoyo y orientación.

Se manifestó también en el mismo ámbito familiar padres ausentes del hogar donde existen grandes periodos de soledad en su mayoría por que ambos progenitores trabajan. La familia poco acogedora en donde los adolescentes se sienten solos en su casa, o comúnmente cuando hay conflictos en los padres y ocasiona incomodidad en los hijos.

Es necesario destacar la forma significativa como contribuye esta autocrítica a partir del discurso de los propios jóvenes, que nos da una clara idea y refuerza la complejidad de factores que influyen en el embarazo no planificado en la adolescencia.⁴

Por otra parte en un estudio realizado en nuestro país publicado en 2013 se encontraron las siguientes estadísticas; prácticamente 6 de cada 10 adolescentes embarazadas tienen una persona cercana con embarazo antes de los 18 años representa el 59.6%, el 61.8% viven con sus padres, 19.7% con los suegros y la pareja, 12.7 con otras personas y solo el 5.7% vive sola con su pareja.

Tuvieron en promedio la menarquía a los 11.54 (+ -) 1.37 años, en promedio un año después tuvieron su primer novio y dos años después su primera relación sexual.

En cuanto a la información en un 94.3% dijeron haberla recibido de manera adecuada de varias fuentes, 90.5% en la escuela, en la familia se orientó 7 de cada 10, 69.6%, por otros medios un 55.4%, por la pareja un 52.5%, y por amigos en un 41.15% lo cual nos habla de un porcentaje muy adecuado de información. El 67.1% reconoce que iniciaron su vida sexual por curiosidad o deseo, el 11.8% refiere que fue por necesidad de afecto,

llama la atención que aproximadamente 8 de cada 10 describen su primera relación de algo agradable a sumamente agradable 80.9%, 10.8 opina que fue indiferente y 8.2 que fue de desagradable a muy desagradable.²

En un estudio realizado en Chile y publicado en 2015 se estudio la asociación de la menarquía temprana y un aumento en las conductas de riesgo, encontrándose relación entre menarquía temprana e inicio precoz de vida sexual, también resultaron factores de riesgo provenir de una familia con disfunción severa, o una estructura familiar en la cual no estén presentes ninguno de los padres, un determinante muy significativo fue la existencia de historia de abuso sexual condicionando incluso un aumento en el número de parejas sexuales.

Cabe destacar que se encontró una solida asociación entre disfunción familiar severa con un 100% más de riesgo de consumo de alcohol versus familia funcional, de igual forma antecedentes de abuso sexual aumenta 50% el riesgo versus adolescentes sin este antecedente.⁴

Reforzando la anterior en la ciudad de Manizales, Colombia se realizo en 2012 se realizo un estudio que incluyo 190 embarazadas adolescentes encontrando un 72.1% con disfunción familiar entre leve y severa, en relación a los factores familiares reportan un 54.7% que no vivía con sus padres, en 38.9% sufrían violencia intrafamiliar, el estudio también demostró que las adolescentes que cuentan con la primera información de sexualidad de su familia, que conversan cotidianamente de estos temas con la familia y hablan sobre sexualidad y embarazo con sus padres tienen una mejor percepción sobre buena funcionalidad familiar que aquellas que nunca abordan estos temas con sus padres.⁵

En general la adolescente proviene de un medio ambiente donde la maternidad temprana en un común denominador, incluso un estudio realizado en la ciudad de Jaén España se concluye que el apoyo de la abuela se considera esencial para el desarrollo de una

maternidad adolescente con efectos positivos para los jóvenes y sus hijos, contrario al efecto negativo a largo plazo para la salud y la vida social de las abuelas.⁶

A pesar de que se conoce los métodos anticonceptivos no se utilizan, valdría la pena analizar a fondo el porqué de el aumento del embarazo a pesar de la información, darle peso a la percepción de los adolescentes de la sexualidad y a los tabúes que existen en nuestra sociedad para incidir directamente sobre ellos al momento de proporcionar orientación sexual a nuestro jóvenes.⁵

En contraste en un estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Perú, en 2012 concluyen que la mayoría de las adolescentes a pesar de tener un nivel secundario, no tenían un adecuado conocimiento de educación sexual, desconociendo el periodo fértil de su ciclo ovárico, y la mayoría de adolescentes embarazadas conoce o ha recurrido al aborto reflejando la necesidad de una mejor educación, en lo que difiere a las estadísticas encontradas en nuestro país, en las que la educación sexual no es suficiente para contener esta situación que se reporta a la alza en todo Latinoamérica y países subdesarrollados.⁷

Sin embargo, el hecho de que exista información en estas pacientes no significa que su nivel académico sea el más adecuado, aunado a una existencia de carencias y a estrato socioeconómicos bajos las adolescentes sin escolaridad presentaron una tasa más alta de fecundidad (180 nacimientos por cada 1000 mujeres) en comparación con las que tienen secundaria o mas (60 nacimientos por cada 1000 mujeres).⁸

Existe una fuerte asociación entre la ocurrencia del embarazo y el abandono escolar lo cual aumenta a mayor número de embarazos.

A nivel mundial se ha documentado que la educación sexual integral y los programas de salud reproductiva con un enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos en adolescentes favorecen comportamientos más saludables que contribuyen a prevenir embarazos en la adolescencia.⁸

En base a lo anterior es entendible la estrecha relación que existe entre la adolescencia y la sexualidad y es necesario considerar todos estos factores ya que existe una situación cada vez más frecuente en nuestro medio en la que se inicia la vida sexual activa de manera más temprana.

En México ENSANUT 2012 reporto un importante incremento del porcentaje de adolescentes que iniciaron vida sexual activa 23% contra 15% reportado en 2006.⁹

Así mismo también se incremento el conocimiento de métodos anticonceptivos aumento a un 90%, la cifra de adolescentes que iniciaron su vida sexual activa sin protección disminuyo en mujeres de 79.1% a 33.4% y en hombres de 47.5% a 14.4%.⁹

La edad de inicio sexual marca la transición a nuevas necesidades de salud, desde que una persona se vuelve sexualmente activa se expone a riesgos de embarazo e infecciones sexualmente transmisibles. En este contexto se hace necesario conocer los factores que promueven el inicio de vida sexual a edad más temprana aunque en nuestro país no es tan significativo como en otros países de Latinoamérica continua siendo un factor de riesgo para la salud del adolescente toda vez que su inicio se ve influenciado en muchas ocasiones de conductas de riesgo, desinformación y se continua teniendo un pobre uso de métodos anticonceptivos.¹⁰

Adolescencia y metodología anticonceptiva

Entre los métodos más populares se encontró el preservativo 80.6% y hormonales 6.2%, sin embargo un 51.9% de las adolescentes reportaron alguna vez haber estado embarazadas.⁹

No obstante es importante mencionar que las enfermedades de transmisión sexual se ubican entre las primeras 10 causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad.¹¹

Se encontró que algunos adolescentes no usan anticonceptivo o retardan su uso por varias razones entre las que destacan el temor a que los padres se enteren que iniciaron vida sexual activa, la mala información de que el control de la natalidad es peligrosa o causa efectos adversos no deseados, como por ejemplo aumento de peso, sangrados uterinos anormales o infecciones genitourinarias recurrentes.¹¹

Con respecto a la anticoncepción existen cuatro categorías sobre las cuales se basa su prescripción:

- 1.- No hay restricción para el uso del método anticonceptivo
- 2.- Las ventajas del uso de método generalmente superan los riesgos teóricos o probados
- 3.- Los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método
- 4.- El uso del método supone un riesgo inadmisibile para la salud

A continuación se revisaran algunos métodos que son usados durante la adolescencia así como sus recomendaciones en este grupo etario:

Métodos de barrera: siempre deben recomendarse en los adolescentes, ya sea si tienen actividad sexual poco frecuente o muy frecuente debido al alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, ya sea por el uso inadecuado, falta de madurez física o inmunológica y coexistencia de otras conductas de riesgo como uso de alcohol o drogas.

Anticonceptivos de emergencia: son recomendables si ocurre algún incidente con el preservativo ya sea que se rompa, no se haya colocado adecuadamente o se salga antes de la eyaculación, sin embargo de ninguna manera es recomendable de manera habitual o rutinaria.¹²

Anticonceptivos orales: son recomendables sin embargo su apego puede tener dificultades ya sea por que los padres desconocen que el adolescente tenga vida sexual

activa y esto los evidenciaría, al igual que descuidos u olvidos por parte de las usuarias complican un adecuado uso de este método.

Anticonceptivos inyectables: estos disminuyen el riesgo de olvido y favorecen la confidencialidad por lo que es una buena alternativa en adolescentes, sin embargo como hormonal que es conlleva efectos secundarios considerables cuando se usa por periodos muy prolongados.

Temporales de larga duración: disponibles en nuestro medio el DIU de cobre el cual es ampliamente recomendable para adolescentes con pareja estable.

DIU liberador de hormonas de igual manera es muy recomendable aunque en este caso es importante informar completamente acerca de los efectos secundarios ya que a menudo estos se consideran por la paciente como un fallo del método debido a la falta de información.

Implante subdermico es recomendable aunque debido a que es un tanto reciente aun hay poca información respecto a los adolescentes y su efecto principal que es el sangrado uterino irregular es causa frecuente de abandono del método.

Parche transdermico: se considera un método recomendable sin embargo su costo es algo que puede llegar a complicar su uso, sobre todo en las adolescentes sin cobertura de seguridad social.¹³

El uso de anticonceptivos también está fuertemente ligado a factores socioculturales de la población, como lo demostró un estudio publicado en 2012 y que realizo en Ciudad Juárez Chihuahua, donde se realizo un casos y controles de adolescentes primigestas embarazadas de 15 a 19 años contra un grupo homogéneo de adolescentes no embarazadas, encontrándose similitudes en cuanto a factores socioculturales y destacándose como diferencia y factor de riesgo para embarazo el estar casada o en unión libre, tener actividad sexual más de dos veces por semana y no usar método anticonceptivo de manera subsecuente o mayor a 6 meses.

Problemas de salud relacionados con el embarazo en la adolescencia

La OMS ha señalado el embarazo como una de las prioridades de atención en las adolescentes ya que repercute en la salud del niño y la madre.

La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres de 24 años corresponde a 33% del total. Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como son la enfermedad hipertensiva del embarazo, anemia, bajo peso del producto, parto prematuro, en conjunto con la nutrición insuficiente, elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas, y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil, en comparación con los grupos de 20 a 29 años; un porcentaje de hasta 80% de los niños hospitalizados por desnutrición severa son hijos de madres adolescentes.¹⁴

En Morelia los datos que arrojan la SSA en la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece el municipio son los siguientes:

Mortalidad materna en la Jurisdicción

AÑO	N° DE MUERTES (directas e indirectas)	RMM (*)	RNVR ▲
2005	11	46.1	23,861
2006	7	31.7	22,047
2007	9	34.9	25,749
2008	6	22.5	26,560
2009	11	39.4	27,886
2010	15	51.1	29,326
2011	13	44.7	29,064
2012	7	25.5	27,386

2013	7	26.2	26,619
2014	17	89.0	19,081**
2015	16 (9)	83.1 (46.7)	19,239**

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, DGE, SSA/SINAIS, DGIS, SSA (CUBOS DINAMICOS).

(*) = Excluyendo las MM tardías.

▲ RNVR = Recién Nacidos Vivos Registrados

*RMM por 100,000 Recién Nacidos Vivos.

** Recién Nacidos Vivos Esperados (RNVE). RMM = Razón de Mortalidad Materna.

Mortalidad materna

MUNICIPIO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
ALVARO OBREGON		1			1				1		2	5
CHARO							1					1
CHUCANDIRO	1										1	2
COPANDARO		1										1
CUITZEO		1		1								2
HUANDACAREO			1				1			1		3
INDAPARAPEO			1									1
MARAVATIO	1	1			2	1	1			2	3	11
MORELIA	7	1	6	5	5	11	5	5	3	13	5	66
PURUANDIRO +	2	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	3
QUERENDARO									1			1
STA ANA MAYA							1					1
TARIMBARO		1			2		3	1	2	1	3	13
TZITZIO			1								1	2

ZINAPECUARO					1	3	1	1			1	7
TOTAL	11	7	9	6	11	15	13	7	7	17	16	119

FUENTE: CERT. DEFUNCION / SEED /BIRMM

Lugar de ocurrencia

LUGAR DE OCURRENCIA	AÑO S											TOTAL	%
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
S.S.M	3	5	4	2	7	6	11	3	5	10	13	69	57.9
I.M.S.S.	1	1	0	0	2	2	0	4	1	2	2	15	12.6
I.S.S.S.T.E.	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3	2.5
PRIVADO	5	0	1	3	1	0	1	0	0	0	0	11	9.3
HOGAR	2	1	3	1	0	2	1	0	0	4	1	15	12.6
OTROS	0	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	6	5.1
TOTAL	11	7	9	6	11	15	13	7	7	17	16	119	100

FUENTE: CERT. DEFUNCION / SEED / BIRMM

MES DE OCURRENCIA

MES DE OCURRENCIA	A Ñ O S											TOTAL
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
ENERO	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	5
FEBRERO	1	0	1	0	1	2	0	0	0	4	1	10
MARZO	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	5
ABRIL	0	1	1	0	0	2	1	1	0	1	1	8
MAYO	2	0	0	0	4	2	0	0	2	4	0	14
JUNIO	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	5
JULIO	2	1	3	1	0	2	2	1	1	1	3	17
AGOSTO	1	0	0	0	0	1	1	0	2	0	3	8
SEPTIEMBRE	1	0	0	2	0	0	2	0	0	4	1	10
OCTUBRE	1	1	1	0	3	2	1	2	1	0	4	16
NOVIEMBRE	1	1	0	1	2	1	2	1	0	2	2	13
DICIEMBRE	0	0	2	1	1	1	2	1	0	0	-	8
TOTAL	11	7	9	6	11	15	13	7	7	17	16	119

FUENTE: CERT. DEFUNCION / SEED / BIRMM

Mortalidad y sus causas

CAUSAS BASICAS DE DEFUNCION	N°
HEMORRAGIA UTERINA	26
PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA	15
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	8
ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO	8
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	7
AFECCION CARDIACA	7
COMPLICACION PUERPERAL NO ESPECIFICADA	6
EMBOLIA OBSTETRICA	6
FALLA ORGANICA MULTIPLE	4
ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO	5
SHOCK SEPTICO	3
AFECCION RENAL	4
POLITRAUMATIZADA	2
INSUFICIENCIA HEPATICA	2
SHOCK MIXTO NO TRAUMATICO	1
DIABETES GESTACIONAL	1

EMBARAZO ECTÓPICO	1
ENFERMEDAD ENDOCRINA	1
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	1
OTRAS ENFERMEDADES (SIDA, SUICIDIO, CANCER, PURPURA, TB)	11
TOTAL DE DEFUNCIONES	119

FUENTE: CERTIFICADOS DE DEFUNCION Y DICTAMENES DE MUERTE MATERNA

En conclusión algunos de los datos relevantes son los siguientes:

- 119 defunciones maternas en el período 2005 – 2015
- Promedio de 10.8 defunciones anuales (2005 – 2015)
- RMM promedio jurisdiccional de 46.7 defunciones (directas + indirectas por 100,000 recién nacidos vivos (2005 – 2015)
- Municipios repetidores: Morelia (66 defunciones), Tarímbaro (13 def.), Maravatío (11 def.), Zinapécuaro (7 def.), Alvaro Obregón (5 def.), Huandacareo (3 def.), Chucándiro (2 def.), Cuitzeo (2 def.) y Tzitzio (2 def.).
- Por lugar de ocurrencia lo tienen los Hospitales de la SSM (69 defunciones / 57.9%).
- Las 2 primeras causas de muerte son: Hemorragia Uterina (26 defunciones) y la Preeclampsia/Eclampsia (15 defunciones).

Es posible clasificar la morbilidad en la gestación de la adolescente por periodos; en la primera mitad de la gestación se observan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias por enfermedades placentarias, la malnutrición materna concomitante,

anemia, parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción céfalo-pélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y distocia de trabajo de parto.¹⁴

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes pueden ser: bajo peso al nacer, Apgar bajo, traumatismo al nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, dos veces mayor que en el caso de hijos de mujeres de más de 20 años. El producto es, sin duda, un niño que causa preocupación porque se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo.¹⁴

Depresión en la adolescente: es necesario tomar en cuenta esta entidad ya que la adolescente que se embaraza estando soltera se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con la depresión durante esta etapa. Entre estos factores se encuentran: el desarrollo propio de la adolescencia, que por ser un periodo lleno de cambios anatomofisiológicos y adaptativos trascendentales modifican sustancialmente la calidad y expectativas de vida. Además, el embarazo, especialmente el primero, puede considerarse una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer.

La futura madre tiene que adaptarse a diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida. Si a estos factores estresantes se agrega el hecho de haberse embarazado estando soltera, es muy probable que la adolescente experimente el rechazo de la sociedad y el de las personas más cercanas a ella. Los trastornos sociales y económicos que esto provoca, en algunos casos, propician inestabilidad emocional y sentimientos de culpa y frustración al ver limitadas sus oportunidades académicas y de vida. La incertidumbre de su situación propicia dudas y preocupación, lo que se vincula con sentimientos de depresión, que es especialmente notable en la adolescente soltera.

También de gran relevancia es la calidad del apoyo que la adolescente gestante recibe, en particular de la familia de origen y la pareja.¹⁴

Se ha visto que el apoyo social es capaz de reducir la vulnerabilidad a la depresión, sobre todo durante el embarazo y al comienzo de la adaptación al rol de madre. El hecho de iniciar o no una relación conyugal a raíz del embarazo es otro factor importante, debido a que el adolescente que entra en una relación conyugal puede obtener el apoyo y la aprobación de la sociedad, ya que el estado civil convierte su gestación en algo lógico, aceptado y esperado.¹⁴

La mortalidad materna también es un problema grave y latente para las adolescentes, ya que en esta edad se duplica el riesgo de morir contra pacientes mayores de 20 años, en menores de 15 años el aumento es dramático y se eleva hasta 5 veces más. En relación a los datos de las defunciones de INEGI 2010 en el grupo de 15 a 19 años las muertes por complicaciones maternas se ubican en el cuarto lugar solo detrás de los accidentes de tránsito, los suicidios y los homicidios.⁹

Problemas sociales relacionados con el embarazo en la adolescente

Para la adolescente, el embarazo está asociado con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados e insatisfactorios.

Entre más joven es la adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será el número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas suelen ser más drásticas. Desde una perspectiva psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas en términos de una reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio que en parejas más maduras.¹⁴

La depresión posparto, por su parte, se define como un episodio de ánimo depresivo y/o anhedonia, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones, y síntomas somáticos, tales como fatigabilidad, cambios en el apetito y en el patrón de sueño-vigilia, pudiendo aparecer ideación e intento suicida e incluso síntomas psicóticos. Se considera de etiología multifactorial y lo que distinguiría a este cuadro de otros episodios depresivos es

su presentación en las primeras cuatro semanas del posparto, aunque algunos autores consideran que puede iniciarse hasta un año o más después del parto.¹⁵

Los episodios depresivos en el posparto comparten las mismas características que en otros periodos de la vida, pudiendo eso sí, ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad emocional. Asimismo, es común que los sentimientos depresivos, ideas obsesivas y la culpa, giren en torno al recién nacido. La puérpera puede sentir que es mala madre e incapaz de cuidar bien a su hijo, o sentirse desinteresada por éste.

La depresión posparto es un importante problema de salud pública que afecta a puérperas de todas las edades, asociándose a factores de riesgo tales como, depresión previa, malas relaciones interpersonales dentro de la familia, con la pareja o padre del bebé y bajo apoyo social. Asimismo, la depresión posparto se asocia a alteraciones en el vínculo madre-hijo, con menor desarrollo y más problemas conductuales en el niño.

Entre las madres adolescentes, la depresión posparto es especialmente frecuente, y en ellas, además de los factores ya descritos, se agregan algunos particulares, tales como el riesgo de deserción escolar, de abuso y negligencia hacia el niño y mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente.

Existe escasa información respecto a los factores específicos que inciden en el diagnóstico y tratamiento de la depresión posparto en adolescentes, por lo mismo, las investigaciones debieran orientarse en esa línea.¹⁵

JUSTIFICACION

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces.¹⁰ Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. En el mundo la población mundial estimada es de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad, de estos 10% se embarazan, lo cual significa que aproximadamente 15 millones de mujeres adolescentes dan a luz representando una cifra importante de adolescentes embarazadas. Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. En lo que respecta a México en el mismo grupo de edad se registran 400,000 nacimientos anuales con un 20% en menores de 20 años, que significan aproximadamente 80,000 nacidos de madres adolescentes.¹⁴

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante.¹⁰

En México ENSANUT reporto un incremento del porcentaje de jóvenes que iniciaron vida sexual activa del 15% reportado en 2006 hasta 23% en 2012, y por consecuencia el embarazo no deseado en las adolescentes. La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en vías de desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.⁹

De acuerdo a SIAIS en 2014 se reportaron 68,439 embarazadas adolescentes en la población de derechohabientes IMSS, a nivel delegación Michoacán se reportaron 2,090 y 475 en la ciudad de Morelia. Esto implica un alto costo en la salud de la paciente y en su desarrollo personal ya que en muchas ocasiones debe abandonar los estudios para cuidar al recién nacido, en la familia que debe mantener a la paciente y al producto, y finalmente un alto costo social debido a que frecuentemente ocurren complicaciones que generan un gasto económico alto en el sector salud. De aquí que sea importante conocer el perfil epidemiológico de la adolescente embarazada, ya que esto aportaría información importante para identificar líneas de oportunidad para retrasar la edad del primer embarazo en esta unidad ya que existen estudios realizados en otros centros de primer nivel de atención pero llama la atención que no se cuenta con ninguno en la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar número 80 de Morelia Michoacán.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes actualmente es un problema de salud pública en México. El embarazo en esta etapa tiene impacto en diferentes esferas de la vida, por que expone a los adolescentes a enfrentar entornos diversos, en lo social, enfrentan el rechazo familiar, abandono de la escuela y/o perdida de las amistades, lo que ocasiona con mucha frecuencia depresión, aislamiento y baja autoestima. Debido al abandono escolar se impide un desarrollo integral y con ello perdida de proyectos de vida, económicamente la baja escolaridad provoca limitaciones de crecimiento y pérdida de oportunidades, finalmente en la salud por los riesgos de enfermedades inherentes a una temprana edad del embarazo.¹⁵

En la esfera familiar e individual el embarazo con frecuencia compromete a los jóvenes a uniones forzadas, que aunándose a la inmadurez y falta de experiencia, da lugar a relaciones de pareja débiles, pobres vínculos familiares y falta de una adecuada integración que frecuentemente termina en divorcios o abandono de la pareja, así como familias disfuncionales.

Biológicamente la adolescencia no es una etapa adecuada para la reproducción, ya que la inmadurez de los individuos incrementa el riesgo para la salud de las madres y los hijos. En el caso de las madres aumenta la posibilidad de abortos, anemia, preclampsia, partos distócicos y cesáreas dando lugar al aumento de la morbimortalidad materna y perinatal, en el caso de los hijos aumenta el riesgo de malformaciones, prematuridad o con retraso en el crecimiento intrauterino que a la postre condiciona niños vulnerables, con discapacidades o trastornos del crecimiento y desarrollo.¹⁴

Psicológicamente durante la adolescencia se encuentran un periodo donde justamente se adolece de estabilidad emocional, carácter no definido, solido y estructurado, el embarazo no deseado es capaz de exacerbar esta inestabilidad debido a los sentimientos que produce como culpabilidad, frustración, miedo, ansiedad y depresión.¹⁵ Esta crisis emocional escapa de la capacidad del adolescente para aceptarla, manejarla y afrontarla.

La negación y/o rechazo hacia esta situación también genera conductas adversas como actitudes negligentes para no acudir a las revisiones medicas, es decir un mal control prenatal, consumo de tabaco, alcohol o drogas para escapar de la realidad y disminuir la ansiedad, en casos extremos recurrir al aborto, en el periodo postnatal esto puede originar o ser factor de riesgo para maltrato infantil.²

No obstante de conocerse lo anterior, en algunas unidades de medicina familiar se desconocen las características epidemiológicas de las adolescentes embarazadas, por lo que es fundamental su análisis para generar líneas de investigación que permitan elaborar estrategias de alto impacto a fin de disminuir las tasas de embarazo no planeados, por tal motivo nos planteamos nuestra pregunta de investigación de la siguiente forma:

¿Cuál es el perfil epidemiológico de la embarazada adolescente derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 80?

OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil epidemiológico de la embarazada adolescente adscrita en la unidad de medicina familiar número 80 en el periodo de noviembre de 2015 a Julio de 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las variables socio demográficas en las embarazadas adolescentes
- Evaluar antecedentes gineco-obstetricos de la adolescente embarazada
- Enlistar patologías gineco-obstetricas más frecuentes en la adolescente embarazada
- Reconocer las características familiares de la adolescente embarazada
- Determinar la presencia de violencia intrafamiliar en la embarazada adolescente

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO.-

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal.

POBLACION DE ESTUDIO.-

Derechohabientes adscritos a UMF 80 que sean adolescentes y se encuentren embarazadas en el periodo de noviembre de 2015 a Julio de 2016.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

De acuerdo a al SIAIS de Diciembre 2014 a Diciembre 2015 se reportaron 186 pacientes adolescentes embarazadas adscritas a UMF 80 en control prenatal, correspondiendo a un 20% del total de las embarazadas por lo que se realizo la siguiente formula arrojando un total de 72 pacientes como tamaño de muestra.

Tamaño de muestra para una proporción

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2(p)(q)}{\delta^2}$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio.

$q = (1 - p)$ Complementario sujetos que no tienen la variable en estudio.

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Z_{α} = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Los valores con los que se cuenta para sustituir en la fórmula:

En la UMF NO. 80 las pacientes con embarazo adolescente aproximadamente van de un 20% a un 30% es decir $p = 0.25$, $q = 1 - p = 1 - 0.25 = 0.75$ escogeremos 25% de adolescentes embarazadas

Precisión de la estimación = $\pm 10\%$ ($\delta = 0.10$).

Nivel de confianza = 95% ($\alpha = 0.05$) y de acuerdo a esto el valor es 1.96 a dos colas. De tal forma

$$n = \frac{(1.96)^2(.25)(.75)}{0.10^2}$$

$$n = \frac{(3.84) \times (0.1875)}{.01}$$

$$n = \frac{0.72}{.01}$$

$$n = 72 \text{ Pacientes}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.-

Embarazadas de 12 a 19 años

Derechohabientes IMSS

Adscritas a la UMF 80

En cualquier trimestre del embarazo

Que acepte participar en el estudio

Que firmen consentimiento informado

CRITERIOS DE NO INCLUSION.-

Pacientes con enfermedades psiquiátricas

Que la paciente no firme el consentimiento informado

Pacientes en que familiar mayor de edad no firme el consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSION.-

Pacientes que durante la encuesta decidan retirarse del estudio.

Pacientes que no contesten el 100 por ciento de la encuesta

DEFINICION DE VARIABLES

- **Variable independiente:** Perfil epidemiológico
- **Variable dependiente:** Embarazo en la adolescencia

Variables Sociodemograficas:

- Edad
- Origen
- Residencia
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Religión
- Nivel socioeconomico

Variables gineco-obstetricas

- Inicio de vida sexual activa
- Número de parejas sexuales
- Contactos previos con servicios de salud en relación a anticoncepción
- Uso de anticonceptivos
- Embarazos previos
- Planeación del embarazo actual
- Trimestre de inicio de atención prenatal

Variables de patología gineco-obstétrica

- Toxicomanías
- Patologías asociadas al embarazo
- Patologías no asociadas al embarazo

Variables de familia

- Tipo de familia
- Funcionalidad familiar
- Información de métodos anticonceptivos en su familia
- Antecedentes familiares de embarazos en adolescencia
- Violencia intrafamiliar

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICION
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	1.-Adolescencia temprana: 12 a 14 años 2.-adolescencia tardía: 15 a 19 años	Cualitativa	1.adolescencia temprana 2.adolescencia tardía
Escolaridad	Grado académico máximo de estudios	1.-analfabeta: no sabe leer ni escribir 2.-sabe leer y escribir 3.-primaria: cursando o concluida 4.- secundaria: cursando o concluida 5.-bachillerato o carrera técnica: cursando o concluida	Cualitativa	1.-analfabeta 2. lee y escribe 3.-primaria 4.secundaria 5.-bachillerato o carrera técnica
Ocupación	Actividad en la que ocupa la mayoría de su tiempo	1.-ama de casa: dedicada a actividades del hogar 2.-desempleada: más de un mes sin trabajo 3.-empleada: dependiente de algún patrón particular 4.- empleada de gobierno: trabajador de alguna dependencia de gobierno 5.-empresaria: tienen algún negocio o empresa propia 6.- estudiante 7.- sin actividades	Cualitativa	1.-ama de casa 2.desempleada 3.-empleada 4.- empleada de gobierno 5.-empresaria 6.-estudiante 7.-sin actividades
Estado civil	Situación civil	1.-soltera: vive sola o con sus padres 2.-casada: vive bajo el régimen de matrimonio civil 3.-union libre: vive con su pareja pero sin estar en ningún régimen civil 4.-divorciada o	Cualitativa	1.-soltera 2.-casada 3.-union libre 4.-divorciada o separada

		separada: se divorcio o separo de su pareja		
Origen	Lugar donde nace	1.-Rural: nacida en medio rural 2.-Urbana: nacida en medio urbano	Cualitativa	1.- rural 2.- urbana
Residencia	Lugar donde vive	1.- Rural: vive en medio rural 2.- Urbana: vive en medio urbano	Cualitativa	1.- rural 2.- urbana
Religión	Practica teológica	1.-catolica: practica el catolicismo 2.-evangelista: practica la religión de testigos de Jehová 3.-otros: practica cualquier otro tipo de religión 4.-ateo: no practica ninguna religión	Cualitativa	1.-catolica 2.-evangelista 3.-otros 4.-ateo
Toxicomanías	Práctica habitual de consumo de fármacos o drogas perjudicial para la salud	1.-drogas: marihuana, cocaína, heroína, cristal, piedra, cemento, resistol, éxtasis 2.-alcohol: bebidas alcohólicas de cualquier tipo 3.-tabaco: cigarrillos o puro 4.-farmacos: analgésicos, opiáceos, sedantes, ansiolíticos 5.-Ninguna: toxicomanía	Cualitativa	1.-drogas 2.-alcohol 3.-tabaco 4.-farmacos 5.-Ninguna
Inicio de vida sexual activa	Edad en que tuvo su primera relación sexual	1.-Adolescencia temprana: 12 a 14 años 2.-adolescencia tardía: 15 a 19 años	Cualitativa	1.adolescencia temprana 2.adolescencia tardía
Número de parejas sexuales	Número de personas con las que ha tenido actividad sexual	1: una pareja 2: dos parejas 3.-múltiples: más de	Cuantitativa	1.- una pareja 2.- dos parejas 3.-múltiples

		dos parejas		
Contacto previo con servicios de salud en M.P.F	Acercamiento de servicios de salud para la promoción de M.P.F.	1.-si: hubo participación o acercamiento 2.-no: nunca hubo participación o acercamiento	Cualitativa	1.-si 2.-no
Uso de métodos anticonceptivos	Uso de algún método con el fin de evitar la concepción	1.-Hormonales: métodos que liberen hormonas ya sea orales, inyectables, implantes 2.-No hormonales: DIU 3.-Preservativo 4.-Ninguno	Cualitativa	1.-Hormonales 2.-No hormonales 3.-Preservativo 4.-Ninguno
Embarazos previos	Embarazos existentes antes del actual	1.-ninguno: ningún embarazo 2.-aborto: pérdida del producto menor de 20 semanas de gestación o peso menor a 500 gramos 3.-parto: parto vaginal 4.- cesárea: parto vía abdominal	Cualitativa	1.-ninguno 2.-aborto 3.-parto 4.- cesárea
Planeación del embarazo	Deseo y planeación del embarazo	1.-si: se planeo el embarazo 2.-no: nunca planeo el embarazo	Cualitativa	1.-si 2.-no
Trimestre en que inicia el control prenatal	Periodo de gestación en el que acude a su primera consulta de control prenatal	1.-primer trimestre: primera consulta en la semana 1-12 2.- segundo trimestre: primera consulta de la semana 13-24 3.-tercer trimestre: primera consulta de la semana 25-42	Cualitativa	1.-primer trimestre 2.- segundo trimestre 3.-tercer trimestre

Tipo de familia	Clasificación de la familia de acuerdo a su composición por el número de elementos que la integran según Irigoyen	1.-nuclear: familia formada por padre madre e hijos 2.-seminuclear: constituida por hijos y un solo padre 3.-extensa: constituida por los hijos ,la pareja y la familia de uno de los padres 4.-semiextensa: padres, hijos y algún (os) miembros de la familia de uno de los padres	Cualitativa	1.-nuclear 2.-seminuclear 3.-extensa 4.-semiextensa
Funcionalidad familiar	Funcionamiento familiar adecuado o inadecuado en relación directa con la interacción de los miembros dentro de los subsistemas y sistemas familiares	Según FF sil: 1.-familia funcional: 57 a 70 puntos 2.-familia moderadamente funcional: 43 a 56 puntos 3.-familia disfuncional: de 28 a 42 puntos 4.-familia severamente disfuncional: 14 a 27 puntos	Cualitativa	1.-familia funcional 2.-familia moderadamente funcional 3.-familia disfuncional 4.-familia severamente disfuncional
Nivel socioeconómico	Nivel de desarrollo social y económico de acuerdo al método Graffar	Método de Graffar 1.-estrato alto 4-6 pts 2.-medio alto 7-9 pts 3.-medio bajo 10-12 4.-obrero 13-16 5.-marginal 17-20 pts	Cualitativa	1.-estrato alto 2.-medio alto 3.-medio bajo 4.-obrero 5.-marginal

Violencia intrafamiliar	Conductas agresivas de tipo físico, psicológico o sexual en el seno familiar	Según Cuestionario Violencia Intrafamiliar del Instituto Nacional de las Mujeres de México: 1.-0 a 11 puntos: relación abusiva 2.-12 a 22 puntos: Primer nivel de abuso 3.-23 a 34 puntos: Abuso severo 4.-35 a 45 puntos: Abuso peligroso.	Cualitativa	1.-relacion abusiva 2.-Primer nivel de abuso 3.-Abuso severo 4.-Abuso peligroso
Antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia	Presencia o ausencia de embarazo en la adolescencia de madre o hermanas	1.-familiares de primera línea: madre o hermanas con embarazo en la adolescencia 2.-familiares de segunda línea: tías o primas con embarazo en la adolescencia 3.-no: sin familiares con embarazo en adolescencia	Cualitativa	1.-Familiares de primera línea 2.-Familiares de segunda línea: 3.- no
Información de métodos anticonceptivos en su familia	Conocimiento y comentarios acerca de los beneficios del uso de metodología anticonceptiva en el medio familiar	1.-si: se comenta en familia anticoncepción y métodos 2.-no: no se comenta anticoncepción y métodos en familia	Cualitativa	1.-si 2.-no
Enfermedades relacionadas con el embarazo	Patologías inducidas por el embarazo	1.- infección de vías urinarias: (IVU) 2.-Cervicovaginitis: infecciones cervicovaginales 3.-IVU y Cervicovaginitis 4.-Diabetes gestacional: (DMG) 5.-Hipertension arterial asociada al embarazo	Cualitativa	1.-IVU 2.- Cervicovaginitis 3.-IVU y Cervicovaginitis 4.-DMG 5.-Hipertensión arterial asociada al embarazo

Enfermedades no relacionadas con el embarazo	Patologías crónicas	1.-Diabetes mellitus no asociada al embarazo: (DMNE) 2.-Epilepsia 3.-Hipotiroidismo 4.-Hipertiroidismo 5.-Ninguna patología	Cualitativa	1.-DMNE 2.-Epilepsia 3.-Hipotiroidismo 4.-Hipertiroidismo 5.-Ninguna

DESCRIPCION OPERATIVA

Se solicitó autorización al comité local de investigación, una vez aprobado el investigador acudió a UMF 80 en busca de pacientes embarazadas adolescentes basándose en la programación de consultas por consultorios de ambos turnos, así como búsqueda en los diferentes grupos de trabajo social para embarazadas adolescentes adscritos a esta unidad a quienes se les explico en qué consiste la investigación e invito a participar en el estudio, una vez que firmaron el consentimiento informado así como sus padres o tutores (anexo 2) con presencia de apoyo de trabajo social, en el aula de la unidad se realizó la recolección de datos con las variables a estudiar que fueron, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, origen, residencia, religión, toxicomanías, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, contacto previo con servicios de salud en relación a anticoncepción, uso de métodos anticonceptivos, embarazos previos, planeación de embarazo actual, trimestre de inicio de control de embarazo, tipo de familia, antecedentes de embarazo adolescente en familiares, comentarios en la familia de métodos anticonceptivos, enfermedades relacionadas con el embarazo y enfermedades no relacionadas con el embarazo (anexo 3) para conocer el perfil epidemiológico de las mismas también se les realizo en la misma entrevista la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL) (anexo 4) que consiste en 14 ítems y se interpreta de la siguiente manera 1.-familia funcional: 57 a 70 puntos, 2.-familia moderadamente funcional: 43 a 56 puntos, 3.-familia disfuncional: de 28 a 42 puntos, 4.-familia severamente disfuncional: 14 a 27 puntos , esta validada con un escore de 0.91 con alpha de cronbach, se le realizo también el cuestionario de violencia intrafamiliar del Instituto Nacional de las Mujeres de México (anexo 5) que consiste en 15 preguntas muy especificas y se interpreta de la siguiente manera: tipo de respuesta y valor de cada respuesta: si = 3 puntos/ A veces = 2 puntos/ rara vez =1 punto/ Nunca = 0 puntos Se califica: De 0 a 11 puntos. Relación abusiva/ De 12 a 22 puntos. Primer nivel de

abuso /De 23 a 34 puntos. Abuso severo/ De 35 a 45 puntos. ¡Abuso peligroso! Esta se encuentra validada con un 0.93 de alpha cronbach, complementando con Test de Graffar (anexo 6) para determinar nivel socioeconómico de la familia, el cual consta de 5 ítems y se interpreta de la siguiente manera: estrato alto = 4 a 6 puntos/ medio alto = 7 a 9 puntos/ medio bajo 10 a 12 puntos/ obrero 13 a 16 puntos/ marginal = 17 a 20 puntos.

Una vez concluida la aplicación de los cuestionarios al 100% de la muestra (72 pacientes) se procedió a vaciar la información en la hoja de recolección de datos para lo cual se construyó una base de datos en SPSS para el vaciamiento de las variables para poder capturarla para su análisis y se procedió a reportar los resultados de manera ordenada y por medio de graficas para evidenciar de la manera más clara posible los datos obtenidos.

ANALISIS ESTADISTICO

Se empleo estadística descriptiva según el tipo de variables; para las cuantitativas continuas promedio y desviación estándar; y para las variables discretas cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. Para el procesamiento de los datos se empleo el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 23.0).

La asociación de variables se efectuó con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras estadísticamente significativas fueron las que asociaron a un *P-valor* $<.05$. Se presentan tablas de contingencia y gráficos en barras de porcentaje.

Para los instrumentos o constructos involucrados (FF-SIL, Violencia Intrafamiliar y GRAFFAR) se les aplico análisis de confiabilidad para obtener una validez de la muestra mediante el estimador Alpha de Cronbach, y se reconfirmo dicha validez por el método de las mitades (Spearman-Brown).

Los estadísticos de contraste se eligieron en base a la distribución de los datos según criterio de normalidad de Kolmogorov-Smirnof, ya sea paramétrico o distribución libre.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por ser una encuesta directa a paciente se solicitó consentimiento informado de la embarazada adolescente, de igual manera a su tutor, se solicitó aprobación por el comité local de investigación.

Los procedimientos realizados en este estudio fueron acorde con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Clínica para la salud como también de la declaración de Helsinki así como códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se debe tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respetaran cabalmente los principios contenidos en el código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y el Informe de Belmont.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

Se requirió uso de equipo de cómputo, lápices, lapiceros, papel y fotocopias.

Recursos humanos, el investigador quien realizo la búsqueda y entrevista con las pacientes, el co-asesor Medico Epidemiólogo quien apporto las estadísticas y contribuyo al proceso de investigación, el asesor de tesis Medico familiar, quien participo en metodología de la investigación, co-asesor Matemático quien apoyo con fórmulas, gráficas, tamaño de muestra.

Se solicito apoyo a Trabajadoras sociales que participan en la atención de la embarazada adolescente para captar a los grupos educativos donde están presentes estas pacientes.

La presente investigación no requirió subsidio adicional, los gastos contaron por los investigadores.

RESULTADOS

Nuestra población estuvo conformada por 72 pacientes las cuales se encontraron predominantemente en adolescencia tardía; de acuerdo a su origen y residencia la mayoría es en el medio urbano como se muestra en la tabla I:

TABLA I. Variables sociodemograficas de adolescentes embarazadas adscritas a UMF 80

VARIABLE	FRECUENCIA (%)
TIPO DE ADOLESCENCIA	
Temprana (10 a 14 años)	1 (1.4%)
Tardía (15 a 19 años)	71 (98.6%)
ESTADO CIVIL	
Soltera	15 (20.83%)
Casada	30 (41.67%)
Unión libre	25 (34.72%)
Divorciada o separada	2 (2.78%)
ORIGEN	
Rural	6 (8.3%)
Urbana	66 (91.7%)
RESIDENCIA	
Rural	3 (4.2%)
Urbana	69 (95.8%)
RELIGION	
Católica	65 (90.3%)
Evangelista	2 (2.8%)
Otros	3 (4.2%)
Ateo	2 (2.8%)

NIVEL SOCIOECONOMICO	
Obrero	52 (72.22%)
Estrato bajo	14 (19.44%)
Estrato medio	3 (4.17%)
Marginal	3 (4.17%)

La fiabilidad del test de Graffar la encontramos como se muestra en la tabla II.

TABLA II. Fiabilidad del Instrumento GRAFFAR

DIMENSION	REACTIVOS	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Método de mitades</i>
Estrato socioeconómico	4	.554	.457

Con respecto a la escolaridad encontramos el mayor porcentaje en el grupo de escolaridad bachillerato o técnica como lo muestra la figura 1.

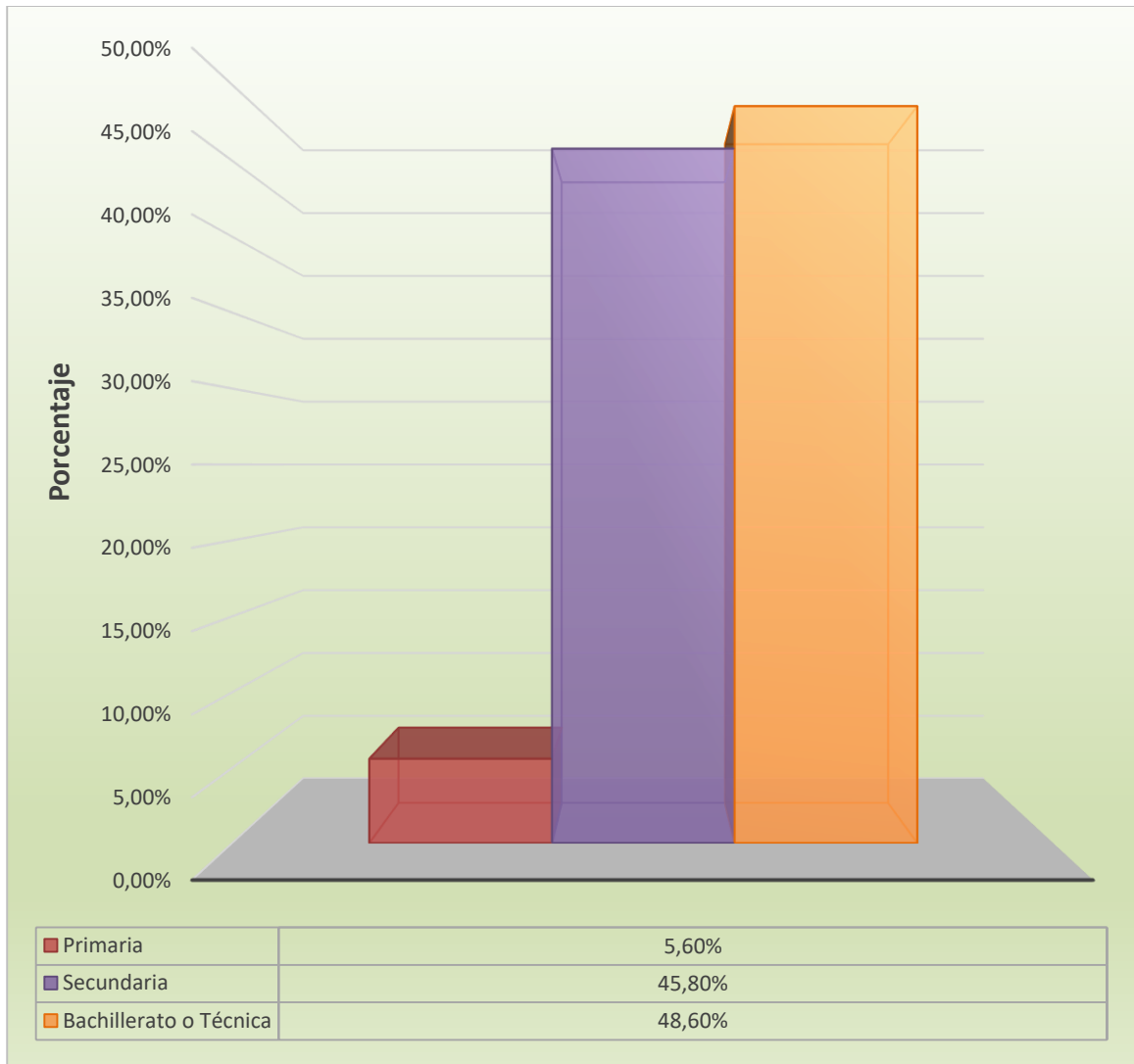


Figura 1. Grado de escolaridad en las adolescentes embarazadas en la UMF 80

En ocupación destaco ama de casa, seguida estudiantes como se muestra en la figura 2.

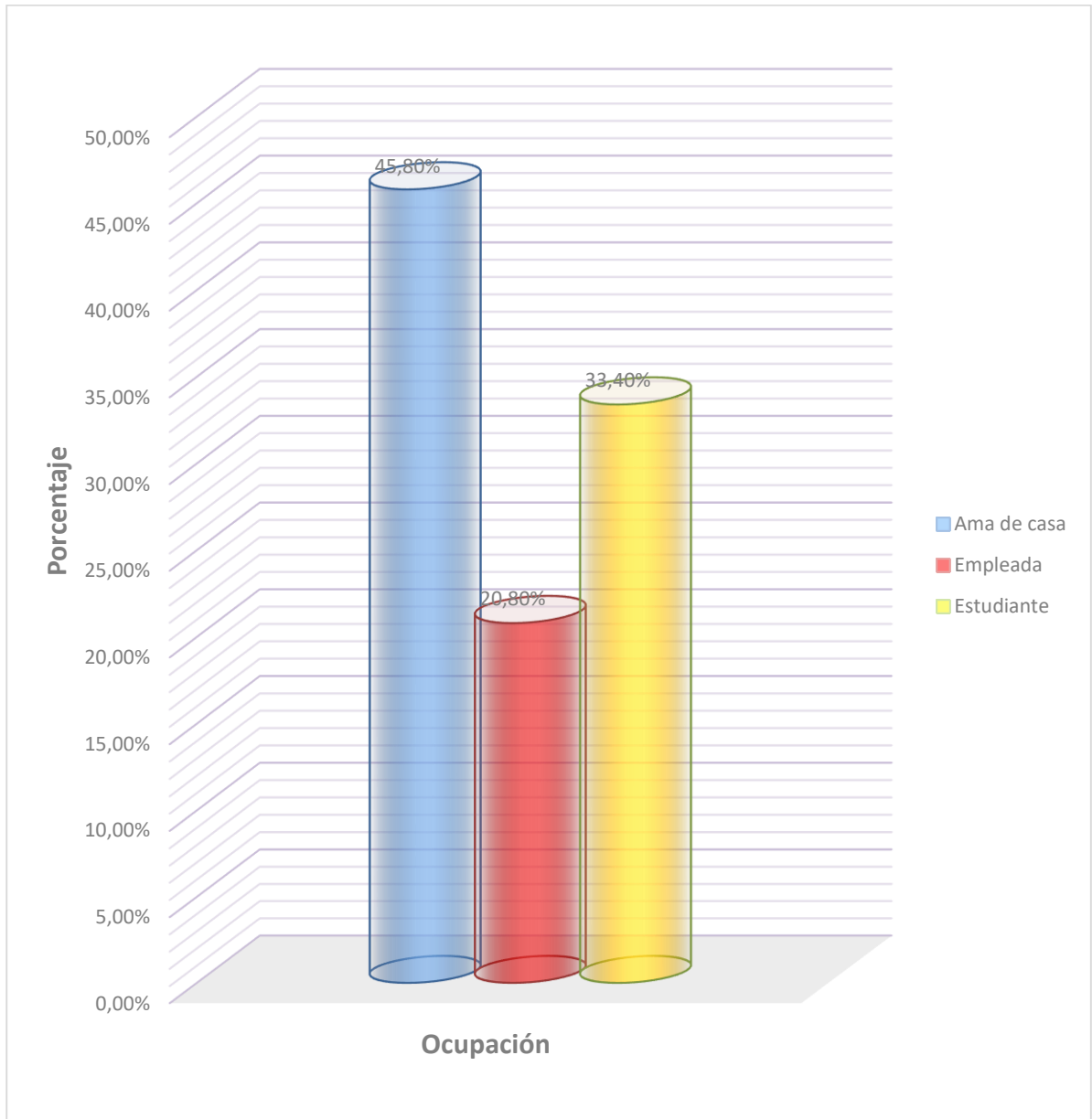


Figura 2. Ocupación en adolescentes embarazadas adscritas a UMF No. 80

En relación a los antecedentes gineco-obstetricos un gran porcentaje inicia vida sexual activa en la adolescencia tardía; en la mayoría hay contacto con servicios de salud en relación a anticoncepción; y más de la mitad inicio su control prenatal dentro del primer trimestre como se observa en la tabla III.

Tabla III. Antecedentes gineco-obstetricos en adolescentes embarazadas adscritas a UMF 80

VARIABLE	FRECUENCIA (%)
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	
Adolescencia temprana (10 a 14 años)	12 (16.7%)
Adolescencia tardía (15 a 19 años)	60 (83.3%)
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	
Una pareja	41 (56.9%)
Dos parejas	19 (26.4%)
Múltiples parejas	12 (16.7%)
CONTACTOS CON SERVICIOS DE SALUD SOBRE ANTICONCEPCION	
Si	61 (84.7%)
No	11 (15.3%)
PLANEACION DE EMBARAZO	
Si	21 (29.2%)
No	51 (70.8%)
TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL	
Primero	57 (79.17%)
Segundo	13 (18.06%)
Tercero	2 (2.78%)
EMBARAZOS PREVIOS	
Ninguno	60 (83.33%)
Aborto	5 (6.94%)
Parto	4 (5.56%)
Cesárea	3 (4.17%)

Encontramos el mayor porcentaje de usuarias de planificación familiar con preservativo, y un considerable número de no usuarias como se muestra en la figura 3.

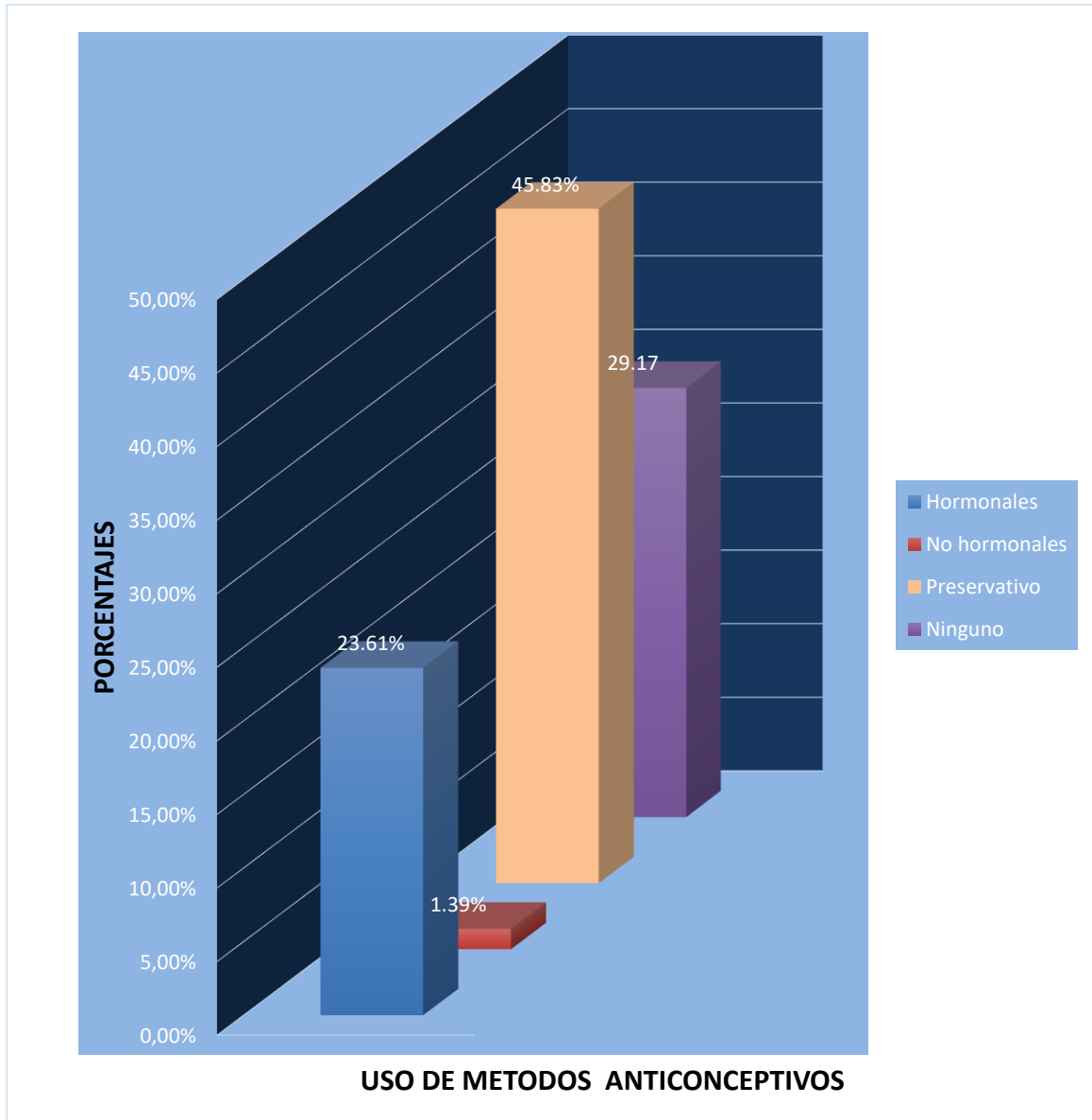


Figura 3. Porcentaje de uso de diferentes métodos anticonceptivos y las no usuarias. En relación a enfermedades relacionadas con el embarazo se encontró predominantemente infecciones de vías urinarias asociadas a cervicovaginitis y un porcentaje menor sin ninguna en el momento de la encuesta como se muestra en la figura 4.

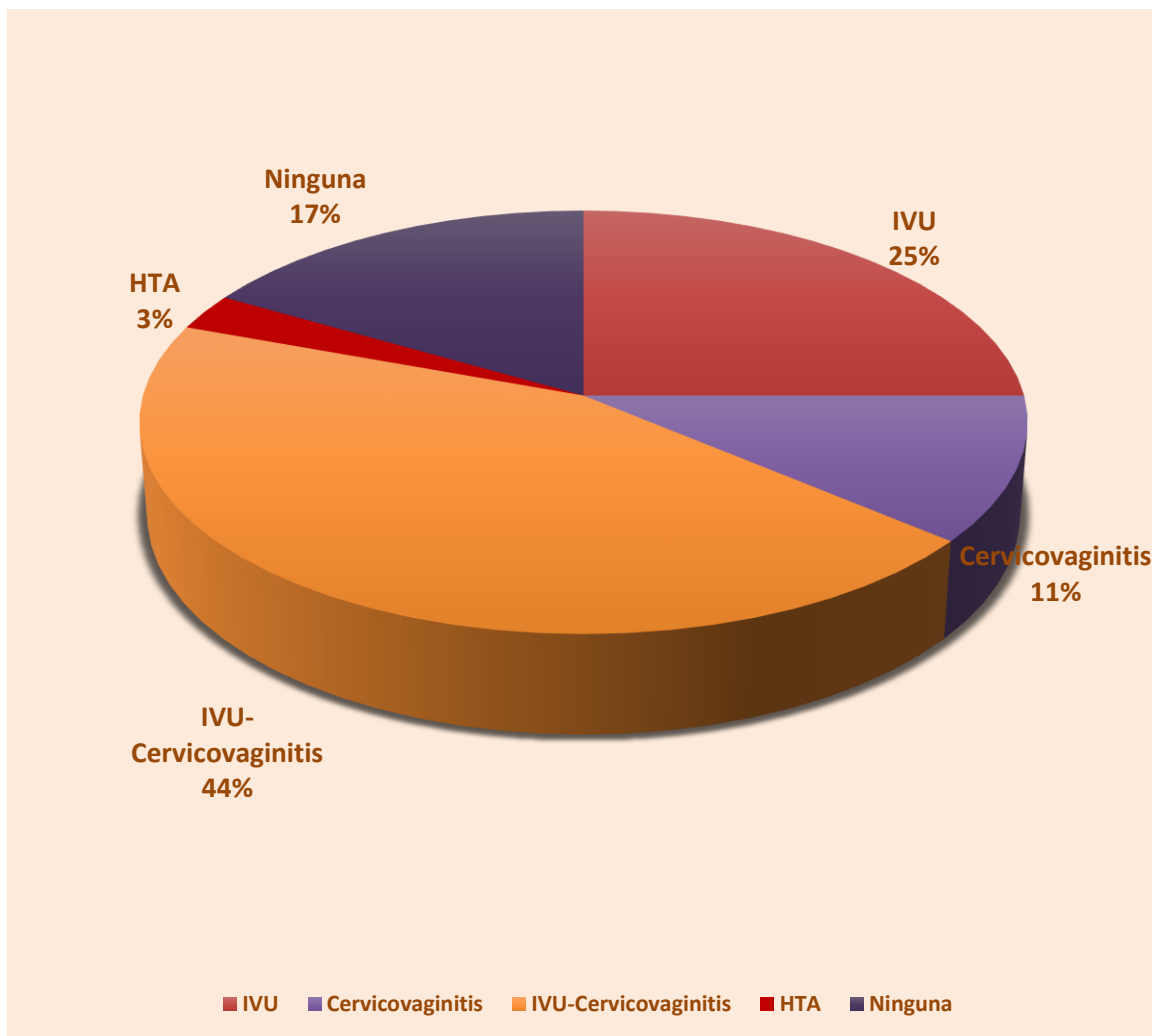


Figura 4. Enfermedades encontradas durante el embarazo actual en adolescentes adscritas a la UMF No. 80

En cuanto a las enfermedades no relacionadas con el embarazo se investigo antecedentes de toxicomanías encontrando 80.6% que nunca han usado ninguna sustancia, 11.1% con hábitos tabáquicos, 6.9% consume alcohol y un 1.4% algún tipo de droga.

De igual manera se investigo antecedentes de enfermedades como DM tipo 1, epilepsia, hipotiroidismo e hipertiroidismo, encontrando una muestra sin ninguna de estas patologías.

Con respecto a las características familiares encontramos que predomina el tipo Nuclear; así mismo se observa poco más de la mitad con antecedente de embarazo en familiares de primera línea, como se aprecia en la tabla IV.

Tabla IV. Características familiares de adolescentes embarazadas adscritas a UMF

80

VARIABLE	FRECUENCIA (%)
TIPO DE FAMILIA	
Nuclear	53 (73.61%)
Seminuclear	14 (19.44%)
Extensa	5 (6.94%)
ANTECEDENTES FAMILIARES DE EMBRAZO ADOLESCENTE	
Familiares primera línea	38 (52.78%)
Familiares segunda línea	26 (36.11%)
No	8 (11.11%)
INFORMACION DE ANTICONCEPCION DENTRO DE LA FAMILIA	
Si	33 (45.8%)
No	39 (54.2%)

Con respecto a Funcionalidad Familiar se encontró la mayor parte con funcionalidad contra un menor número con algún grado de disfunción como se puede ver en la figura 5.

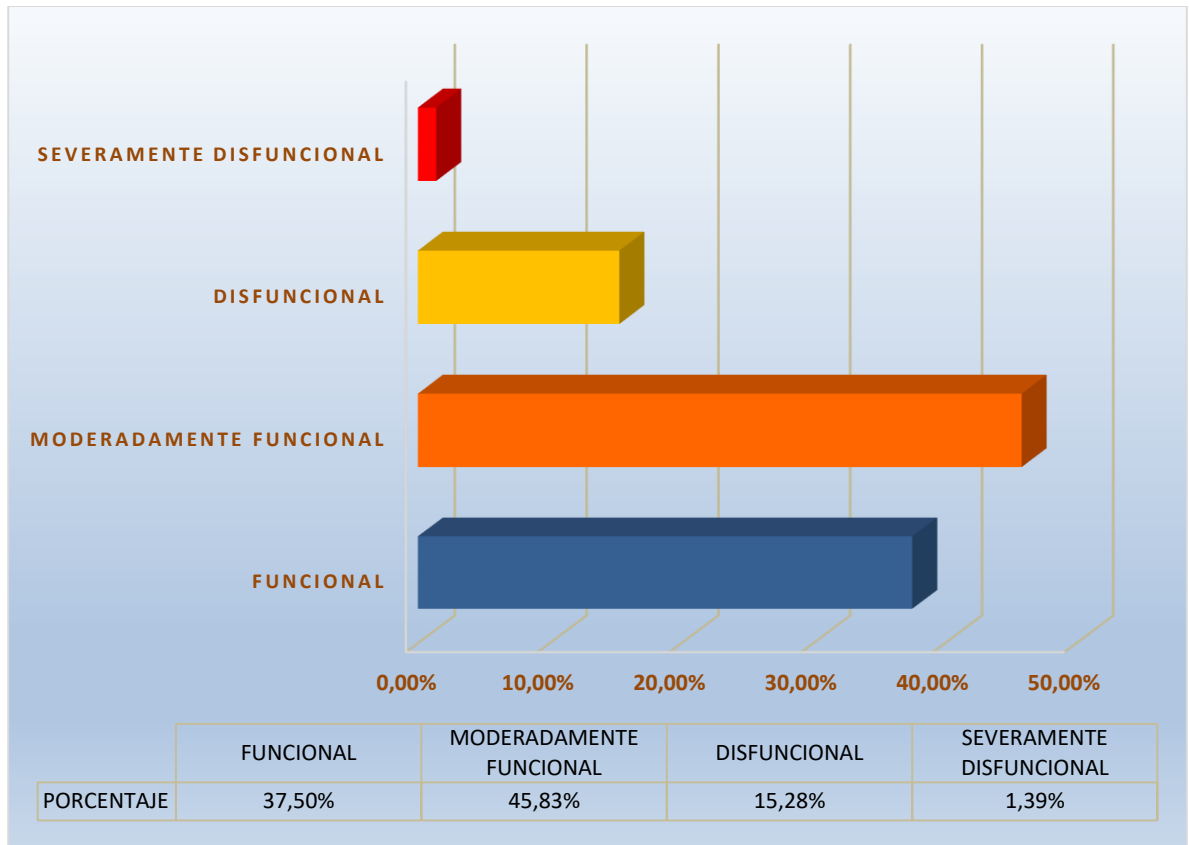


Figura 5. Funcionalidad Familiar en embarazadas adolescentes adscritas a UMF 80

TABLA V. Fiabilidad del Instrumento de Dinámica Familiar (FF-SIL)

DIMENSION	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades
FF-SIL	14	.859	.862

En relación a violencia intrafamiliar se encontró más de la mitad con relación abusiva y el resto en algún grado de abuso en la totalidad de la muestra como se aprecia en la figura 6.

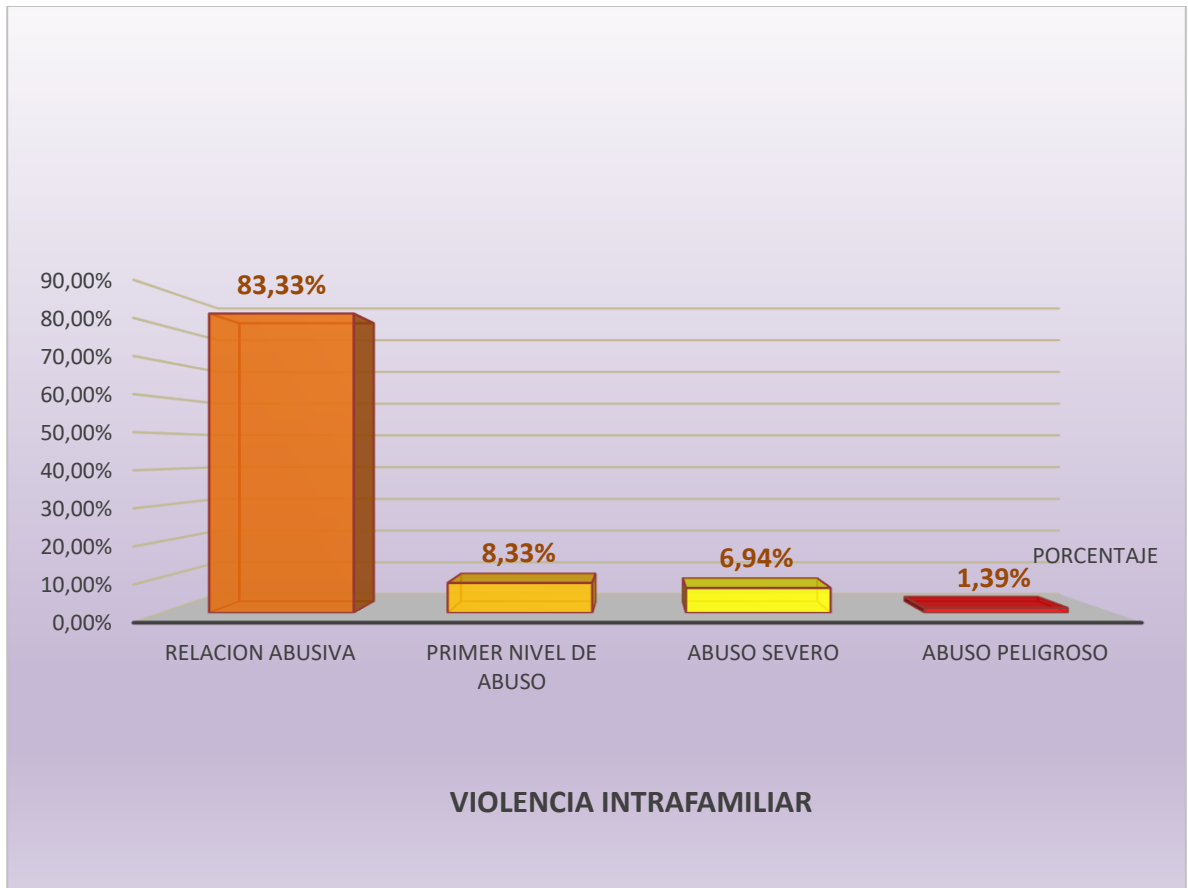


Figura 6. Violencia intrafamiliar en embarazadas adolescentes adscritas a la UMF 80

TABLA VI. Fiabilidad del Instrumento de Violencia Intrafamiliar

DIMENSION	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades
Violencia en Familia	15	.907	.642

DISCUSION

En este estudio fue posible encontrar características tanto sociodemográficas, gineco-obstétricas, patológicas y familiares en adolescentes embarazadas adscritas a la UMF no. 80, dichas características conforman el perfil epidemiológico en nuestra población el cual tiene importancia trascendental para el abordaje en cuanto a la prevención del embarazo en sí mismo, como a sus principales patologías asociadas y desde luego sus complicaciones.

Al respecto de prevención valdría la pena mencionar los tres niveles de acuerdo a Ulanowicz y cols. en 2006¹⁶; prevención primaria refiriéndose a todas las medidas que son destinadas para evitar el embarazo durante la adolescencia, prevención secundaria como las medidas que se realizan cuando la adolescente ya se encuentra con un embarazo y la prevención terciaria basadas en la vigilancia y/o promoción del vínculo padre-madre-hijo. Lo anterior complementa de manera magnífica un entendimiento hacia la complejidad de las acciones para enfrentar el embarazo adolescente desde antes de concebirse hasta el manejo del mismo una vez que este se presenta.

Por el contrario de acuerdo a Villanueva y cols. en 1999¹⁷, el impacto del crecimiento demográfico en embarazo adolescente es originado por el incremento de la población en este grupo etario particularmente y no como se ha especulado por mayor fecundidad en el mismo, asociado a un decremento más lento de los embarazos en este grupo y ocasionando un aumento porcentual, lo cual tiene fundamentos de acuerdo al crecimiento de la pirámide poblacional de adolescentes en el país reportado por INEGI, sin embargo la simpleza de esta explicación no tiene eco en la actualidad ya que a 18 años continúa el aumento del problema y desde luego los costos a la salud pública del mismo.

En el rubro de costos en la salud pública el embarazo adolescente ha ocasionado importantes políticas encaminadas a prevenirlo, incluso han originado inquietudes del tipo metodológico para el análisis económico de esta entidad, como la realizada en La Habana Cuba en 2013 por Gálvez y cols.¹⁸ quienes realizaron una propuesta para estudiar las consecuencias económicas del embarazo en la adolescencia desde dos perspectivas. La propuesta consta de los siguientes pasos; análisis macroeconómico: 1.- estimar costos directos a partir del número de hijos nacidos vivos, 2.- estimar costos indirectos partiendo del número de padres y/o familiares de adolescentes que dejaron su trabajo para cuidar a sus hijas o familiares adolescentes y nietos, así como el costo de oportunidad por el abandono de los estudios de los implicados, 3.- estimar costos intangibles a partir de encuestas profesionales relacionadas al tema y a la atención de adolescentes embarazadas.

Desde el punto de vista microeconómico se consideraron los pasos siguientes: 1.-análisis de un marco donde se identifiquen y justifiquen los costos a incluir en el estudio, 2.- establecimiento de la metodología y análisis de costos y productividad perdida por concepto de embarazo en la adolescencia, 3.- análisis y reporte de la información sobre los costos del embarazo en la adolescencia, todo lo anterior con el propósito de asignar de manera adecuada los recursos y toma de decisiones al respecto.

Dicho sea de paso, las diferentes perspectivas que se han abordado a fin de entender la complejidad de este fenómeno, y la necesidad de continuar estudiando sus orígenes, su evolución y la relación tan estrecha con la sociedad, lo cual justifica plenamente el permanente esfuerzo por su estudio y entendimiento.

En relación a nuestro estudio encontramos que un 98.6% de embarazadas se encuentran en adolescencia tardía contra un 1.4% en adolescencia temprana, este dato es muy similar al obtenido por Tapia Martínez y cols.¹⁹ en la ciudad de México en 2012 con una muestra bastante cercana a la nuestra con 99 pacientes, donde se observo el 95.9% en adolescencia tardía y el 4.1% en temprana, difiriendo un poco de lo encontrado en la ciudad de Acapulco Gro. en 2005 por Cuevas Arana et al.²⁰ donde se encontró solo el 81% en adolescencia tardía con el 19% en edades entre 14 y 15 años en una muestra aun más cercana a la nuestra con 74 pacientes. En general concordando con la mayoría de las publicaciones al respecto.

Lo anterior nos habla de que ya sea por la temporalidad o por la ubicación geográfica puede estar habiendo un aumento en la edad de la presentación de los embarazos durante la adolescencia.

Respecto a otras variables encontradas observamos en nuestro estudio; grado escolar predominante fue bachillerato o técnica, las menos con educación secundaria y un pequeño porcentaje con primaria, estado civil casada o unión libre y un menor porcentaje de solteras, la ocupación predominante ama de casa seguida por estudiante y finalmente empleadas. Lo anterior difiere a lo encontrado por Tapia Martínez y cols.¹⁹ y por Cuevas Arana et al.²⁰ donde predomina en más del 50% la escolaridad secundaria lo cual pudiera significar un mayor apoyo ya sea de la pareja o de la familia de origen hacia las embarazadas adolescentes de nuestra población, así mismo en estado civil ambos autores coinciden en que la mayoría se encuentran ya sea casadas o en unión libre ,en ocupación reportan arriba del 80% dedicada al hogar, coincidiendo con nuestros resultados, sin embargo es necesario insistir en que un porcentaje más elevado de nuestras adolescentes continúan estudiando ya sea con apoyo de sus padres, parejas o gubernamentales.

Encontramos en cuanto a toxicomanías un bajo porcentaje de usuarias que se distribuyo de la siguiente manera: tabaquismo 11.1%, consumo de alcohol 6.9%, consumo de otras drogas 1.4%. En este rubro hubo diferencias significativas con respecto a Cuevas Arana y cols²⁰ en Acapulco Gro., quienes encontraron un alto consumo de tabaco y alcohol así como drogas diversas. Mientras que Tapia Martínez y cols¹⁹ en la ciudad de México reportan 12% con consumo de tabaco, alcohol 7%, otras drogas 3% lo que se acerca más a nuestros resultados, cabe mencionar que el estudio anterior se realizo en la delegación de Iztapalapa donde se atiende mayormente población que no pertenece a la ciudad de México sino a otros estados, debido a su ubicación geográfica, lo cual nos podría explicar las similitudes con este estudio.

El origen y residencia de nuestras pacientes fue urbano en casi su totalidad, lo cual no fue sorprendente ya que la población atendida por la unidad tiene esa característica, sin embargo llama la atención lo encontrado por Pérez y cols. en 2008²¹ en Venezuela quienes concluyen que el mayor porcentaje de embarazos proviene de zona rural dejando una pequeña cantidad en el aérea urbana así mismo atribuyen la mayoría de las complicaciones a la procedencia y origen lo cual deja la puerta abierta para futuras investigaciones al respecto ya que al menos en nuestro medio el origen y/o residencia no influyen en la presentación del embarazo en la adolescencia, habría que ver si lo hacen en las complicaciones.

La religión predominante de nuestro estudio fue la católica, lo cual se contrapuntea con lo publicado por González y cols.²² en 2013 en Chile quienes consideran factor de riesgo para inicio precoz de relaciones sexuales la no afiliación y/o asistencia a servicios religiosos, aumentando así el riesgo de embarazo en edades tempranas, esto es importante ya que en nuestro medio solo un muy pequeño porcentaje se considera ateo dotando de importancia nula a las prácticas religiosas como factor de prevención para el embarazo.

El estrato socioeconómico predominante fue el obrero de acuerdo al test de Graffar y coincide con el tipo de población asignada a la unidad, similar a lo reportado con la mayoría de la literatura donde se asocia claramente el embarazo adolescente al nivel socioeconómico bajo, como se menciona por Manrique y cols²³ en 2008 en Venezuela y León y cols.²⁴ en Chile también en 2008. Lo anterior deja pocas dudas con respecto a los ingresos económicos y niveles socioculturales bajos así como sus consecuencias y efectos en embarazos en edades tempranas.

En lo que se refiere a los antecedentes gineco-obstétricos encontramos que nuestra población inicia mayormente su vida sexual activa en la adolescencia tardía e interesantemente un alto porcentaje con conocimiento de metodología anticonceptiva, sin

la planeación del embarazo en un 70%, siendo la mayoría primigestas. En relación a esto De Dios Moccia y Medina en 2006²⁵ en Uruguay publicaron un artículo acerca del conocimiento de metodología anticonceptiva en adolescentes donde la mayoría de las adolescentes conocían los métodos anticonceptivos hasta en un 97% y a pesar de esto encontraron un alto nivel de falla para su uso o definitivamente la falta de su utilización.

Con respecto a la planeación del embarazo en 2002 León Carmona y cols.²⁶ en un estudio que incluyó 3 estados de la república mexicana; Tabasco, Tlaxcala y Veracruz reporta que hasta un 76.24% de sus participantes deseaban el embarazo durante la adolescencia lo cual implicaría forzosamente una diferencia de idiosincrasia entre estos estados y el nuestro, finalmente en la mayoría de los artículos reportan las pacientes como primíparas como es el caso de Tapia Martínez y cols.¹⁹ en 2012 en ciudad de México, aunque con cierta preocupación por la emergencia de cada vez más casos de embarazadas adolescentes con antecedente de parto, aborto o cesárea.

En este estudio se encontró el preservativo como metodología anticonceptiva predominante desafortunadamente seguido por adolescentes no usuarias dejando los métodos hormonales como tercer lugar. Cabe mencionar que aunque el preservativo actualmente no se considera un método efectivo de planificación familiar sigue siendo una opción importante para ese fin en nuestro medio, como lo menciona Sam Soto y cols.²⁷ en 2014 en la ciudad de México, el preservativo debe siempre ser recomendado en adolescentes ya que tienen mayor riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual ya sea por inicio de vida sexual precoz, promiscuidad o conductas de riesgo como lo son uso de drogas o alcohol, recordando que las contraindicaciones de anticoncepción en adolescencia son pocas, en relación a que este grupo por lo general no padece enfermedades crónico-degenerativas, y finalmente que cada caso debe ser evaluado en forma individual para una mejor decisión al respecto.

Las patologías que encontramos con mayor frecuencia en nuestro estudio fue IVU asociadas a cervicovaginitis, seguidas de IVU y cervicovaginitis independientes, un porcentaje significativo de pacientes sin enfermedades asociadas al embarazo y solo un muy pequeño porcentaje con hipertensión gestacional asociada al embarazo, ninguna paciente refirió cursar con enfermedades crónicas o congénitas lo cual nos traduce una población elementalmente sana. Esto concuerda con lo reportado por Nolasco y Rodríguez en 2006²⁸ donde se menciona la IVU como patología encontrada de manera frecuente en embarazo adolescente así como la leucorrea y vulvovaginitis incluso a nivel mundial. También Manrique y cols.²³ reportaron la patología del tracto urinario o ginecológico como principales afectaciones a estas pacientes agregando anemia la cual nosotros no pudimos evaluar, así mismo a diferencia de nosotros reportan frecuentemente nefropatías, hipertensión y diabetes previas al embarazo.

En relación a enfermedades previas al embarazo León Carmona y cols.²⁶ en México reportan principalmente diabetes, anemias, cardiopatías, IVU, síndromes convulsivos de diverso origen, colagenopatías e hipertensión arterial, lo que sobra decir ensombrece el panorama del embarazo adolescente.

En cuanto a características familiares nuestra muestra arrojó un predominio importante de familia de tipología nuclear, con la casi totalidad de antecedentes de embarazo en adolescencia en algún familiar ya sea de primera o segunda línea, de la misma manera se encontró poco menos de la mitad de adolescentes quienes recibieron información de métodos anticonceptivos en su hogar y contrario a lo esperado un alto porcentaje de adecuada funcionalidad familiar.

En concordancia con lo anterior Cuevas Arana y cols.²⁰ en Acapulco Gro. encontraron hasta un 85% de antecedentes de madre adolescente en su estudio. Por otra parte Novoa Pardiñas y cols.²⁹ en 2013 refieren que en un estudio en el estado de Querétaro solo un 14.1% de adolescentes embarazadas recibieron información anticonceptiva en sus familias, lo que nos puede traducir que progresivamente se han dejado a un lado tabús o mitos familiares respecto a estos temas y su promoción en el seno familiar, dando la oportunidad a que los adolescentes acepten o consideren el uso de metodología anticonceptiva.

Novoa Pardiñas y cols.²⁹ mencionan también que un 62.2% provenían de una familia aparentemente integrada al igual que en este trabajo, lo que predispone a pensar que la desintegración puede no influir en la presencia de esta problemática. A diferencia de Novoa, León y cols.²⁴ en 2008 en Chile reportan la disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo en la adolescencia lo que difiere también de este estudio donde se observa una gran mayoría con funcionalidad en sus familias de origen sin que esto afecte la presencia de embarazo adolescente, contrario a los antecedentes de familiares con embarazo temprano donde si se aprecia una importante asociación a la situación actual, ya sea por patrones familiares, costumbres o mitos, se puede concluir que este es sin duda un factor de riesgo.

En este estudio encontramos una totalidad de pacientes con algún grado de violencia intrafamiliar, en su mayoría con relación abusiva de acuerdo al cuestionario de las mujeres de México, cifras cercanas a lo encontrado por Cruz y cols.³¹ en Tabasco en 2013 en un estudio con una muestra bastante cercana a la nuestra, con 80 pacientes, abarcando grupos de edades de 15 a 45 años, reportaron que 50% de las mujeres que participaron en

él, han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja con mayor prevalencia la psicológica con 40%, caracterizada por insultos, 31% manifestaron celos y sospecha de sus amistades. El segundo tipo de violencia presentada fue la física en 25% y referida a través de sacudidas o jaloneos por su pareja y, finalmente la violencia sexual con 22%, en las cuales hubo amenazas de abandono de no acceder a las relaciones sexuales o fueron francamente forzadas. Con respecto a la violencia física entre un 5 y 10% sufrieron amenazas con armas de Fuego o punzo cortantes, lo cual se considera sumamente peligroso. Lo anterior nos obliga a pensar en las condiciones en que se presentó el embarazo en nuestras pacientes y hace necesario ahondar en el tema, sin embargo una de las limitantes del cuestionario realizado en este estudio es que no tiene la capacidad de discriminar si hay violencia o no, solo estadifica el grado, impidiendo así hacer una valoración objetiva y veraz de la presencia de esta entidad en las pacientes, por lo que a futuro valdría la pena realizar nuevamente esta encuesta con algún otro instrumento que nos permita consolidar los hallazgos del presente trabajo.

En 2015 Mendoza y cols.³⁰ en Chile hacen referencia a que las verdaderas barreras, limitantes o factores de riesgo para las complicaciones del embarazo en la adolescencia, radican en que este grupo etario está expuesto a inequidades de educación y seguridad social, razón que las hace vulnerables a un tardío e inadecuado control prenatal y por ende a sus complicaciones generando los altos costos de salud pública que nos apremian tanto a evitar que siga aumentando el embarazo en adolescentes como a promover la prevención.

En base a nuestros resultados, las similitudes y diferencias con otros estudios, nosotros concluimos que no debe haber dimensión sin explorar, factor de riesgo sin estudiar o variable sin entender, para poder otorgar garantías de atención a este grupo de acuerdo a sus necesidades, y que entre mayor entendamos las diferencias mejor oportunidad de igualdad atención, prevención y promoción a cada una de nuestras adolescentes a fin de que prevalezca su bienestar antes que cualquier estadística o indicador en el sistema de salud.

CONCLUSIONES

Se obtuvo un perfil epidemiológico de la embarazada adolescente de la UMF no. 80 en Morelia Michoacán, México.

Las adolescentes de nuestra unidad se embarazan principalmente en la adolescencia tardía es decir de los 15 a los 19 años, con escolaridad secundaria en su mayoría y un importante porcentaje que continúan estudiando el bachillerato ó carrera técnica, amas de casa, casadas o en unión libre las mas de ellas, su origen y residencia es de carácter urbano en casi su totalidad y el estrato socioeconomico fue obrero predominantemente.

La mayor parte con inicio de vida sexual activa en adolescencia tardía, con una pareja sexual en más de la mitad, recibieron atención de metodología anticonceptiva en su gran mayoría y el método más usado fue el preservativo, predomino la falta de planeación de embarazo y las primigestas, y afortunadamente la mayor parte inicio su control prenatal en el primer trimestre.

Las infecciones urinarias asociadas con cervicovaginitis fueron las entidades más importantes en cuanto a frecuencia en este estudio, no se encontraron co-morbilidades en ninguna paciente, y la gran mayoría sin toxicomanías.

Como complemento a nuestro estudio se encontró familias de origen de tipo nuclear predominantemente, así como con antecedente familiar de embarazo en la adolescencia, poco menos de la mitad recibió consejería anticonceptiva en el hogar y se encontró un alto porcentaje de funcionalidad familiar, sin embargo se encontró violencia intrafamiliar en diferentes grados en todas las pacientes.

RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS

El conocimiento de las características geográficas, sociodemográficas, de salud, enfermedad, mortalidad, y dinámica familiar constituyen o deben constituir la base cuando se pretenda llevar a cabo cualquier proyecto que busque el beneficio de determinada población o grupo. Esto le da solidez al presente trabajo toda vez que es primaria intención, el conocimiento de un grupo poblacional cuya importancia está más que implícita en el hecho de incluir dos grandes pilares de la sociedad el producto (el futuro) y la madre (el presente).

Una vez que se tienen dichas características, es menester darles laborioso análisis, con el fin de planear, dilucidar y ejecutar las acciones que finalmente han de resultar en una mejora a la situación que nos insto a investigar las variables ya mencionadas, de lo contrario se condena la riqueza de la información a fríos, sosos e inútiles números o porcentajes, cuya importancia será nula.

Es recomendable en futuros trabajos incluir o complementar el perfil con datos inherentes al parto, posparto y recién nacido con el fin de complementar en los más posible el panorama del embarazo adolescente en nuestro medio y eventualmente incrementar el alcance de la investigación, dicho de otra manera; si se generaliza la individualización de cada población de adolescentes embarazadas con sus diferencias y similitudes, se pueden crear estrategias más acordes y por ende más certeras para que en la mayor medida posible se puedan evitar las complicaciones, tanto sociales como de salud que genera esta situación en nuestro país.

Sin lugar a dudas el aprovechamiento de la información brindada por este estudio puede dar origen a estrategias ya sea de orientación, consejería o incluso terapéuticas para evitar en la medida posible el embarazo durante la adolescencia y por consecuencia sus complicaciones.

Es deseable que las políticas de salud sean acordes a las características de las poblaciones y desde luego, estén actualizadas, para poder garantizar resultados satisfactorios y lo más importante que resulten con un alto impacto en beneficio de la salud de nuestro país.

CRONOGRAMA

	P R O Y E C C I O N																						
	2 0 1 5				2 0 1 6												2 0 1 7						
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	
Actividades	E	C	O	I	N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I	N	E	A	B	A	U	
	P	T	V	C	E	B	R	R	Y	N	L	O	P	T	V	C	E	B	R	R	Y	N	
Elaboración n protocolo																							
Autorización n comité																							
Base de datos y aplicación encuestas																							
Captura de información																							
Análisis e interpretación resultados																							
Escrito final																							

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Shereen, Awuapara, Flores, Mónica, Valdivieso, Vargas.et al. Características bio-psicosociales del adolescente. *Odontol Pediatr.* 2013; 12(2)
- 2.-Díaz Franco E, Lira Placencia J, Watty Martínez A, Acosta Bourne M. La adolescente embarazada: información, creencias y actitudes hacia la sexualidad. *Ginecol obstetr Mex.* 2013; 81:693-699.
- 3.-Aycardo Tinajero M, Moreno Camacho S, De León González M. Embarazo adolescente. *Boletín AMUP.* 2008; 50:39-50.
- 4.- Baeza Bernardita W, Poo Ana Maria F, Vásquez Olga P, Muñoz Sergio N, Vallejos Carlos V. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescencia de la novena región. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72(2):76-81
- 5.-Arias Trujillo C, Carmona Serna I, Castaño Castrillon J, Castro Torres A, Ferreira González A, González Aristizabal A.et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina.* 2013;13(2)
- 6.-Alvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M, Serrano Martos J, Rodríguez Olalla L. Maternidad temprana: percepciones e implicaciones de las madres de las adolescentes. *Matronas profesión* 2014;15(3) 88-94
- 7.-Guibovich Mesinas A. Conocimientos sobre educación sexual en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *RevHoriz Med.*2012;12(4)
- 8.-Villalobos Hernández A, Campero L, Suarez López L, AtienzoEricka E, Estrada F, De la Vara Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo; análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública Mex.* 2015;57(2):135-43
- 9.-Sam Soto S, Osorio Caballero M, Rodríguez Guerrero R, Pérez Ramírez N. Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. *Acta Pediatr Mex.* 2014;35:490-498
- 10.-Gayet C, Gutiérrez J. Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud pública de México.* 2014;56(6)
- 11.-Leal Ingrid F, StuardoValeria A, Molina Temístocles G, González Electra A. Menarquía temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015;80(1):41-47

- 12.-Sanchez Valencia Y, Mendoza Tascon L, Grisales López M, Ceballos Molina L, Bustamante Farfán J, Muriel Castañeda E, et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes en Tulua, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2013;78(4):269-281
- 13.-Acosta Varela M, Cárdenas Ayala V. El embarazo en adolescentes factores socioculturales. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2012;50(4): 371-374
- 14.-Mora Cancino A, Hernández Valencia M. Embarazo en la adolescencia. *Ginecol obstetr Mex.* 2015; 83:294-301
- 15.-Wolff Claudia L, Valenzuela Paula X, Steffan Karim S, Zapata Daniela B. Depresión postparto en el embarazo adolescente: Análisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009;74(3):151-158
- 16.-Ulanowickz MG, Parra KE, Wendler GE, Monzón LT. Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.*2006;(153):13-17
- 17.-Villanueva LA, Pérez MM, Martínez H, García E. Características obstétricas de las mujeres embarazadas. *Ginecología y Obstetricia de México*1999; 67: 356-359
- 18.-Gálvez AM, Martinto MT, Rodríguez A, Álvarez L. Propuesta metodológica para el análisis económico del embarazo en la adolescencia en Cuba. *Revista cubana de salud Pública.* 2013;39(5):961-973
- 19.-Tapia Martínez H, Jiménez Mendoza A, Pérez Cabrera I. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un Hospital público de la ciudad de México. *Enfermería universitaria ENEO-UNAM.* 2012; 9(3): 7-14
- 20- Cuevas Arana V, Olvera Guerra JF, Chumacera López RM. Características sociales y Familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un Modulo de alto riesgo. *RevMed IMSS.* 2015; 43(2): 267-271
- 21.-Pérez I, Bastardo D, Cermeño T, Díaz L. Incidencia de Embarazo Precoz según las etapas de la Adolescencia. *INFORMED.* 2008; 10(4): 203-210
- 22.-González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconomico medio-bajo de la región metropolitana. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013; 78(1): 4-13

- 23.-Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. *RevObstetGinecolVenez.* 2008; 68(3):144-149
- 24.-León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *RevPed. Elec.* 2008; 5(1): 42-50
- 25.-De Dios A, Medina R. Que saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y como los usan. *RevMedUrug.* 2006; 22(3): 185-190
- 26.-León JC, Hernández LA, Hernández MA. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la República Mexicana. *Ginecología y obstetricia de México.*2002;70: 320-326
- 27.-Sam S, Osorio M, Rodríguez RE, Pérez NP. Comportamiento sexual y anticonceptivo en la adolescencia. *ActPediátrMex.* 2014; 35(6): 490-498
- 28.-Nolazco ML, Rodríguez LY. Morbilidad Materna en Gestantes adolescentes. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.* 2006; (156): 13-18
- 29.-Novoa ML, Valencia B. Determinantes sociales del embarazo en la adolescencia en la Jurisdicción sanitaria No 1 del estado de Querétaro. *PerinatolReproHum* 2013; 27 (1) 56-70
- 30.-Mendoza LA, Arias MD, Peñaranda CB, Mendoza LI, Manzano S, Varela AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2015; 80(4): 306-315
- 31.- Cruz A, Morales F, Arriaga RM, Chan AC. Prevalencia de violencia conyugal en mujeres de 15 a 45 años en una localidad de Balancán, Tabasco. *Salud en Tabasco.* 2013;19, (2) 44-50



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Perfil Epidemiológico De La Embarazadas Adolescentes Adscritas En Unidad De Medicina Familiar Numero 80						
Patrocinador externo (si aplica):	_____						
Lugar y fecha:	_____						
Número de registro:	_____						
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar las características de las adolescentes embarazadas en la UMF no. 80 para identificar acciones de prevención oportunas y adecuadas y evitar morbilidad y mortalidad tanto en la madre como en el producto						
Procedimientos:	Aplicación de 18 preguntas en la primera parte, aplicación del cuestionario FF-SIL para funcionalidad familiar, aplicación de test de Graffar para nivel socioeconómico y aplicación del cuestionario de violencia intrafamiliar del instituto Nacional de las Mujeres de México						
Posibles riesgos y molestias:	No comprende ningún riesgo ni molestia ya que únicamente se realizaran cuestionarios y preguntas						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Prevenir en un futuro un embarazo en la adolescencia y los riesgos que este implica así como en la población adscrita en la UMF No. 80						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informara acerca de los datos relevantes encontrados así como las estadísticas de mayor peso para prevenir futuros embarazos en la adolescencia						
Participación o retiro:	El investigador se compromete a resolver cualquier duda acerca de la investigación en el momento que se considere necesario por el participante y tendrá la plena libertad de retirar su consentimiento en el momento que lo decida así como abandonar el estudio sin que esto afecte su atención medica en el instituto						
Privacidad y confidencialidad:	No se identificara al participante en ningún procedimiento de la investigación, presentaciones o publicaciones que se deriven del estudio y se mantendrá la confidencialidad en todo momento						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____						
Beneficios al término del estudio:	_____						

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

Investigador Responsable:

Cesar Augusto Zamudio Raya Matricula 98171040
Residente de Medicina Familiar adscrito a UMF no. 80 Teléfono 4431440057
O con la secretaria técnica del comité de investigación:
Dra. Lilian Erendirá Pacheco Magaña Secretario Comité Local de Investigación y
Ética en Investigación en salud No. 1603
Teléfono 4531367311

Colaboradores:

Dra. Paula Chacón Valladares Matricula 99175406 Medico Familiar adscrita a UMF
80
Teléfono 4431886235
Dra. Jatziri Gabriela Silva Contreras Matricula 98373272Epidemióloga adscrita a
UMF 80
Telefono4431316516
Carlos Gómez Alonso Matemático Matricula 3211878 CBIMI-IMSS
Teléfono 4431064756

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD 1.1.-adolescencia temprana 1.2.-adolescencia tardía	ESCOLARIDAD 2.1.- analfabeta 2.2.- lee y escribe 2.3.-primaria 2.4.-secundaria 2.5.-bachillerato o carrera técnica	OCUPACION 3.1.-ama de casa 3.2.-desempleada 3.3.-empleada 3.4.- empleada de gobierno 3.5.-empresaria 3.6.-estudiante 3.7.-sin actividades
ESTADO CIVIL 4.1.-soltera 4.2.-casada 4.3.-union libre 4.4.-divorciada o separada	ORIGEN 5.1.- rural 5.2.- urbana	RESIDENCIA 6.1.- rural 6.2.- urbana
RELIGION 7.1.-catolica 7.2.-evangelista 7.3.-otros 7.4.-ateo	TOXICOMANIAS 8.1.-drogas 8.2.-alcohol 8.3.-tabaco 8.4.-farmacos 8.5.- Ninguna	INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA 9.1.adolescencia temprana 9.2.adolescencia tardía
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES 10.1.- una pareja 10.2.- dos parejas 10.3.- múltiples	CONTACTO PREVIO CON SERVICIOS DE SALUD EN RELACION A ANTICONCEPCION 11.1.-si 11.2.-no	USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS 12.1.-Hormonales 12.2.-No hormonales 12.3.-Preservativo 12.4.-Ninguno

<p>EMBARAZOS PREVIOS</p> <p>13.1.-ninguno 13.2.-aborto 13.3.-parto 13.4.- cesárea</p>	<p>PLANEACION DEL EMBARAZO</p> <p>14.1.-si 14.2.-no</p>	<p>TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL</p> <p>15.1.-primer trimestre 15.2.- segundo trimestre 15.3.-tercer trimestre</p>
<p>TIPO DE FAMILIA</p> <p>16.1.-nuclear 16.2.-seminuclear 16.3.-extensa 16.4.-semiextensa</p>	<p>ANTECEDENTES FAMILIARES DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA</p> <p>17.1.-Familiares de primera línea 17.2.-Familiares de segunda línea: 17.3.- no</p>	<p>INFORMACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN SU FAMILIA</p> <p>18.1.-si 18.2.-no</p>
<p>ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO</p> <p>19.1.-IVU 19.2.-Cervicovaginitis 19.3.-IVU y Cervicovaginitis 19.4.-DMG 19.5.-HTA 19.6.-Ninguna</p>	<p>ENFERMEDADES NO RELACIONADAS CON EL EMBARAZO</p> <p>20.1.-DMNE 20.2.-Epilepsia 20.3.-Hipotiroidismo 20.4.-Hipertiroidismo 20.5.- Ninguna</p>	

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL

EVALUACION

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una **X** su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Situaciones	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie está sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre					

otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Interpretación

- 1.-familia funcional: 57 a 70 puntos
- 2.-familia moderadamente funcional: 43 a 56 puntos
- 3.-familia disfuncional: de 28 a 42 puntos
- 4.-familia severamente disfuncional: 14 a 27 puntos

CUESTIONARIO VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL INSTITUTO NACIONAL DE
LAS MUJERES DE MÉXICO

Para conocer si vives violencia o si te encuentras en una situación de riesgo te pedimos que respondas a las siguientes preguntas. Al terminar, suma el puntaje total y compáralo con el índice de abuso que se presenta al final.

1. ¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

2. ¿Te acusa de infidelidad o de que actúas en forma sospechosa?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

3. ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

4. ¿Te critica y humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

5. ¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

6. Cuando quiere que cambies de comportamiento, ¿te presiona con el silencio, con la indiferencia o te priva de dinero?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

7. ¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

8. ¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, él se irrita o te culpabiliza?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

9. ¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

10. ¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

11. ¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

12. Después de un episodio violento, él se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

13. ¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

14. ¿Es violento con los hijos/as o con otras personas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

15. ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado al sentir que tu vida y la de los tuyos han sido puestas en peligro por tu pareja?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ÍNDICE DE ABUSO

Tipo de respuesta Valor de cada respuesta

Sí 3 puntos

A veces 2 puntos

Rara vez 1 puntos

Nunca 0 puntos

Suma los puntos de cada respuesta, y el total te proporcionará el Índice de abuso a que estás expuesta.

De 0 a 11 puntos. Relación abusiva

Existencia de problemas en los hogares, pero que se resuelven sin violencia física.

De 12 a 22 puntos. Primer nivel de abuso

La violencia en la relación está comenzando. Es una situación de ALERTA y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.

De 23 a 34 puntos. Abuso severo

En este punto es importante solicitar ayuda institucional o personal y abandonar la casa temporalmente.

De 35 a 45 puntos. ¡Abuso peligroso!

Debes considerar en forma URGENTE e inmediata la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo, judicial y legal.

El problema de violencia no se resuelve por sí mismo o aunque ambos lo quieran. Tu vida puede llegar a estar en peligro en más de una ocasión o tu salud física o mental puede quedar permanentemente dañada.

METODO DE GRAFFAR

VALORACIÓN	PUNTUACIÓN
PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA	
A) Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas etc.	1
B) Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc	2
C) Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa	3
D) Obrero especializado tractoristas, taxistas, etc.	4
E) Obrero no especializado, servicio domestico, etc.	5
NIVEL INSTRUCTIVO DE LA MADRE	
A) Universitaria o su equivalente	1
B) Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa	2
C) Secundaria incompleta o técnico inferior cursos cortos	3
D) Educación primaria completa.	4
E) Primaria incompleta analfabeta.	5
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS	
A) Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios juegos al azar)	1
B) Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales	2
C) Sueldo quincenal o mensual	3
D) Salario diario o semanal	4
E) Ingresos de orden público o privado (subsidios)	5
CONDICIONES DE LA VIVIENDA	
A) Vivienda amplia, lujosa y con optimas condiciones sanitarias	1
B) Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias	2
C) Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias	3
D) Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.	4
E) Vivienda improvisada construida con materiales de desecho o de construcción relativamente solida pero con deficientes condiciones sanitarias	5

ESTRATO SOCIOECONOMICO SEGUN EL METODO GRAFFAR	
PUNTAJE	CLASIFICACION
4 A 6	ESTRATO ALTO
7 A 9	MEDIO ALTO
10 A 12	MEDIO BAJO
13 A 16	OBRERO
17 A 20	MARGINAL