



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2

STA. MA. LA RIBERA

MÉXICO D.F.

**FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN LA UMF No 5
DEL IMSS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. CARLOS GUZMAN AGUILAR

MÉXICO D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN LA UMF No 5
DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

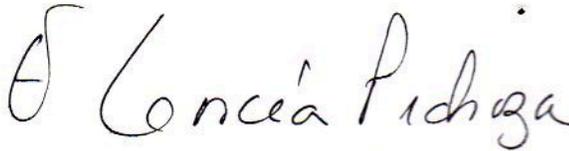
PRESENTA

DR. CARLOS GUZMAN AGUILAR

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN LA UMF No 5
DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. CARLOS GUZMAN AGUILAR

AUTORIZACIONES



DRA. MARLENE MARMOLEJO MENDOZA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 STA. MA. LA RIBERA
MÉXICO D.F.



DR. JAVIER LÓPEZ VILLASANA
MÉDICO FAMILIAR
ASESOR DE METODOLÓGICO
ADSCRITO A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5 MARINA NACIONAL



VICTOR MANUEL AGUILAR
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION E INVESTIGADOR EN LA
SALUD
ADSCRITO A LA
DELEGACIÓN NORTE DEL IMSS
MÉXICO D.F.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por tantas bendiciones que me ha dado durante mi vida. Así como a mis padres que ya no están presentes, pero que gracias a su ejemplo y fortaleza me guiaron durante este tiempo.

Le agradezco especialmente a mi esposa e hija todo el apoyo incondicional, amor y comprensión que me brindaron durante la especialidad, ya que son mi motor para seguir adelante, las amo.

Le agradezco a mi asesor y director de tesis por toda la dedicación, enseñanzas y sobre todo por su amistad que me brindo durante la realización de esta tesis.

Finalmente agradezco a todos mis amigos el apoyo y amistad que me dan día tras día.

INDICE

I.	Resumen.....	1
II.	Introducción.....	5
III.	Antecedentes Científicos.....	7
IV.	Planteamiento del problema.....	16
V.	Pregunta de investigación.....	16
VI.	Justificación.....	17
VII.	Objetivos.....	18
VIII.	Variables.....	19
IX.	Aspectos Éticos.....	22
X.	Sujetos, Material y Métodos.....	29
XII.	Resultados.....	30
XVI.	Discusión.....	40
XIII.	Conclusiones.....	41
XIV.	Sugerencias.....	42
XV.	Bibliografía.....	43
XVI.	Anexo 1.....	45
XVII.	Anexo 2.....	47
XVIII.	Anexo 3.....	48
XIX.	Anexo 4.....	49

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN LA UMF 5

Javier López Villasana*, Carlos Guzmán Aguilar**

* Médico Familiar Adscrito a la UMF No. 5 IMSS. ** Médico General Adscrito a la UMF No. 5 IMSS.

INTRODUCCIÓN. El embarazo en la adolescencia, tiene lugar en mujeres desde la menarquía hasta los 19 años de edad.

Los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social e incluyen menarquía precoz, uso de drogas, consumo de alcohol, actividad sexual precoz, uso inconsistente de métodos anticonceptivos, madre con embarazo en la adolescencia y disfunción familiar.

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en la unidad de medicina familiar no. 5.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio prospectivo, transversal, de casos y controles durante 5 meses. Se formarán dos grupos: Grupo I (casos) que incluyó todas las adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años y Grupo II (controles) que incluyó adolescentes no embarazadas entre 15 y 19 años que se presentaron a la consulta de medicina familiar en ambos turnos. Se tomaron 2 controles por cada caso de acuerdo con la edad (bipareado por edad).

Se captaron los datos a través de un cuestionario, que constó de tres partes: ficha de identificación, datos socioeconómicos y factores de riesgo presentes o ausentes en las adolescentes entre 15 y 19 años.

RESULTADOS: La media de edad fue de 17.3 años para ambos grupos, con una desviación estándar de 1.3 años. 90% tuvo alguna religión, 6% tuvo escolaridad primaria, 50% secundaria y 40% bachillerato, 20.7% inició vida sexual a los 15 años de edad, 74% consumían bebidas alcohólicas y 8% llegaban al estado de embriaguez.

El 98.7% de las adolescentes aún no alcanzaba la mayoría de edad al embarazarse y 92% correspondieron a embarazos no planificados.

CONCLUSIONES: Los principales factores de riesgo encontrados para embarazo en adolescentes son: no tener religión, no estudiar, baja escolaridad, trabajar como obrera, inicio temprano d vida sexual, no utilizar método anticonceptivo, no pertenecer a una familiar funcional, consumir bebidas alcohólicas y llegar a al embriaguez.

Palabras clave: Embarazo, adolescente, sexualidad, factores de riesgo, prevención.

SUMMARY

RISK FACTORS FOR ADOLESCENT PREGNANCY OF 15 TO 19 YEARS IN A FIRST LEVEL OF CARE

Javier Lopez Villasana *, Carlos Guzman Aguilar **

* Assigned to the Family Medical UMF No. 5 IMSS. ** Assigned to the General Medical UMF No. 5 IMSS.

INTRODUCTION. The teenage pregnancy is one that occurs in pregnant women from menarche to 19 years has been applied to designate age. It has been applied to designate a gestational age or premature deemed inappropriate by the possible consequences.

Risk factors associated with teenage pregnancy, the dimensions are ordered in individual, family and community and include early menarche, drug use, alcohol use, early sexual activity, inconsistent use of contraceptive methods, mother and teenage pregnancy family dysfunction.

OBJECTIVE: To identify risk factors for pregnancy in adolescents aged 15 to 19 years in family medicine unit no. 5.

MATERIALS AND METHODS. There will be a prospective, cross-sectional case-control for 5 months. They form two groups: Group I (cases) that include all pregnant teenagers between 15 and 19 years and Group II (controls) to include non-pregnant adolescents aged 15 to 19 years who presented to the family medicine consultation both shifts. It took 2 controls per case on age (age bipartisan).

Capture the data through a questionnaire, which consists of three parts: identification form, socioeconomic data and risk factors present or absent in adolescents between 15 and 19.

RESULTS: Mean age was 17.3 years for both groups, with a standard deviation of 1.3 years. 90% had a religion, 6% had primary schooling, 50% and 40% secondary school, 20.7% started sexual life at 15 years old, 74% consumed alcohol and 8% reached the state of intoxication.

The 98.7% of adolescents have not reached the legal age to get pregnant and 92% were unplanned pregnancies.

CONCLUSIONS: The main risk factors found for teenage pregnancy are: no religion, no study, low education, working as a laborer, d early onset sexual activity, contraceptive use, not belonging to a functional family, alcohol and to reach intoxication.

Keywords: Pregnancy, teen sexuality, risk factors, prevention.

1.- INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes ha adquirido relevancia en los años recientes en la medida que tenemos evidencia de su impacto en la salud y en las condiciones de vida de los jóvenes. El inicio temprano del ejercicio de la sexualidad en un medio que incentiva esta actividad, mientras que las familias ejercen presión en sentido contrario, conduce a los jóvenes a una experiencia sexual sin tomar las debidas precauciones, conduciendo a embarazos no planeados en adolescentes, limitando el desarrollo de sus capacidades educativas y laborales y por lo tanto, cancelando su proyecto de vida y reproduciendo las condiciones de pobreza.

Los adolescentes tienen necesidades específicas que requieren atenderse, por lo cual debemos establecer programas efectivos que nos permitan superar las barreras sociales y culturales que colocan a los jóvenes en riesgo de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual y que contribuyan a que adopten una conducta sexual y reproductiva saludable.

Constituye una prioridad de salud pública tanto nacional como internacional la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. El cada vez más temprano inicio de la vida sexual y la percepción de invulnerabilidad, induce a los jóvenes a tener relaciones sexuales sin protección y facilitar la adquisición de infecciones de transmisión sexual e incrementar el riesgo de tener embarazos no planeados los cuales representan un gran porcentaje de la carga global de la enfermedad en este segmento de la población.

México ha tenido una amplia experiencia en actividades de planificación familiar desde los años sesentas. Los logros alcanzados después de tres décadas son innegables, la fecundidad se ha reducido y la cobertura de métodos anticonceptivos se ha incrementado. Sin embargo, el impacto no ha sido homogéneo. Algunos grupos poblacionales se han mantenido en el rezago en esta

materia, como la población adolescente. La fecundidad y la proporción de nacimientos de mujeres adolescentes se han mantenido materialmente sin cambios en los últimos quince años. Más de la mitad de los embarazos que ocurren en adolescentes son no planeados. El impacto social y de salud que tiene un embarazo a esta edad está bien documentado.

Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de muerte materna y perinatal, menos probabilidad de terminar su educación y por lo tanto, de tener acceso a empleos bien remunerados, lo que las mantiene en franca desventaja económica.

El embarazo, en las adolescentes es una situación sumamente particular que plantea múltiples preguntas y no menos problemas:

- De índole médica: aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo, cuyo seguimiento es deficiente o nulo, parto prematuro, mortalidad perinatal elevada.

- De índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas, abandono del recién nacido.

Con frecuencia esta situación es la misma que había vivido la propia madre de la adolescente, quién lamentablemente transmite un esquema idéntico a su descendencia.

2.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Antes de definir el embarazo en adolescentes, es importante aclarar y diferenciar los conceptos pubertad y adolescencia, ya que a veces se confunden.

La pubertad es la etapa en la cual los órganos sexuales primarios inician su madurez y empiezan a aparecer los secundarios, con ella inicia también la adolescencia. La pubertad es un fenómeno biológico durante el cual el cuerpo experimenta una serie de transformaciones sexuales que permiten la procreación.

La adolescencia es un período significativo del ser humano caracterizado por rápidos y profundos cambios en el crecimiento físico, la maduración y el desarrollo psicosocial, lo que necesariamente requiere de ajustes y adaptaciones que le permiten integrarse al medio ambiente. Es la etapa evolutiva que separa la niñez de la vida adulta, representa un periodo crucial en la vida del ser humano, durante la cual el niño se transforma en adulto y está marcado por cambios interrelacionados del cuerpo, la mente, el espíritu y la vida social.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período de transición entre la infancia y la juventud que se ubica entre los 10 y 19 años de edad, pudiéndose dividir en tres etapas: temprana, de 10 a 13 años; media de 14 a 17; y tardía de 18 a 19 años.²

Junto a los cambios puberales, ocurre el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados, que al ser expresados generan ansiedad, disgusto y rechazo por parte de los adultos, temor, culpa o vergüenza en los jóvenes. Esto induce a ocultar lo que sienten, lo cual dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada, favoreciendo así la actividad sexual temprana con sus consecuencias: embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual y cáncer cervicouterino.³

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que tiene lugar en mujeres desde la menarquía hasta los 19 años de edad. Se ha aplicado para designar la gestación a una edad o estadio del desarrollo que se considera inapropiado o prematuro por las consecuencias que pueden derivar de él, considerándose como un problema de salud pública, por su frecuencia e intensidad.⁴

La adolescencia es una apertura a posibilidades sexuales reales ya que existe capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero no hay aún capacidad psicológica para entenderla dentro del contexto de una relación responsable, de cuidado, de interés en el otro y de intimidad, la cual se adquiere en la siguiente etapa, la de adultez joven.

Mientras eso llega, la adolescente usa desmesuradamente su fantasía, busca parejas idealizadas a quienes ama intensamente, pero de quienes se decepciona casi tan rápido como se enamora. Esto es, las adolescentes juegan a descubrir la sexualidad adulta; de niñas conocieron una sexualidad incompleta, según haya sido manejada por sus padres, la cual antagoniza con las fuerzas biológicas de maduración y las tendencias culturales del medio en que la adolescente se desarrolla. Por lo tanto, a mayor represión de la sexualidad infantil, mayor explosión de la conducta sexual en la adolescencia.⁵

Llama la atención la alta prevalencia de embarazos en adolescentes reportada a nivel nacional e internacional, y la asociación del mismo a factores socioeconómicos y culturales en países en vías de desarrollo, además de las secuelas tanto orgánicas como psicológicas que acarrea esta situación.⁶

La sexualidad es un concepto debatido, cuya delimitación depende de la perspectiva teórica y disciplinaria que se adopte para su estudio. El término sexualidad se usa para designar ciertos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo, pero también nombra el conjunto de ideas, preceptos morales y significados que las sociedades construyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales.

En las sociedades modernas, otro aspecto de la sexualidad se relaciona con las preferencias eróticas o la autodefinición que hacen los individuos respecto de su orientación sexual. Por tanto, la sexualidad, de las perspectivas histórica y cultural, consiste en un conjunto de relaciones específicas. Los significados aprendidos socialmente vuelven sexuales un comportamiento, un deseo o una fantasía; así, lo que en una cultura es sexual puede o no serlo en otra.

La inhibición sexual femenina nace de la censura a la sexualidad en las conversaciones cotidianas y llega a la prohibición implícita de pensamientos eróticos. En estos contextos culturales, la virginidad y la carencia de deseos sexuales constituyen un valor de cambio en la mujer. Así, hay una forma aparentemente pasiva de actividad sexual, en la cual no se busca el placer erótico si no otros valores intercambiables por la "entrega": promesas de unión, estabilidad y apoyo económico.

El control social sobre la sexualidad sanciona con abandono y falta de pareja conyugal a la mujer que expresa sus deseos eróticos, e inhibe al varón para que se una con ella. Los varones están sometidos a un control por la prescripción que los impulsa a demostrar permanentemente su virilidad mediante la diversidad de parejas y experiencias sexuales.

La divergencia de las prescripciones para varones y mujeres condiciona, entre

otros aspectos, la poliginia, y las prácticas homosexuales de varones considerados heterosexuales. Un ejercicio necesario para comprender los orígenes de muchos problemas de salud reproductiva que prevalecen en México consiste en establecer las relaciones entre comportamiento sexual, construcción de la identidad genérica y fuerzas culturales y estructurales de la sociedad mexicana.⁷

Una de las causas más importante es la falta de educación sexual. Muchos adolescentes llegan a esa edad sin información sobre las funciones sexuales, la relación entre los sexos y cómo se previene la preñez. Sin embargo, la sola información no es suficiente. La verdadera educación no sólo consiste en datos, sino en un conjunto de valores que les dan sentido y permiten construir un proyecto de vida. Dentro de ese proyecto el sexo, la pareja, el matrimonio y la procreación podrán ser elegidos con libertad y responsabilidad.

La falta de ese tipo de educación se debe principalmente a una carencia familiar. En los hogares no se adopta una actitud abierta y comprensiva con respecto al sexo. Muchos padres, dominados por mitos y temores, rehúsan la responsabilidad de formar a sus hijos en el tema del sexo, a pesar de que ellos mismos sufrieron esa carencia en sus familias.

Los sistemas educativos oficiales suelen no brindar tampoco una formación adecuada en este y otros temas que hacen al desarrollo de la persona.

A esto debemos sumar la sobre valoración del sexo que existe en la cultura actual. Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde la televisión, el cine, la música, los videos clips, la publicidad y los lugares de encuentro y diversión se pueblan de mensajes en los cuales las relaciones sexuales sin amor son comunes, aceptadas y esperables.

La información sobre los métodos anticonceptivos a los que pueden recurrir aquellos que deciden ser sexualmente activos es escasa y muchas veces errónea. En sectores sociales con fuertes carencias económicas se suma la imposibilidad de adquirir preservativos u otros métodos para evitar el embarazo.

El creciente uso de drogas, principalmente tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y opiáceos, desde edades cada vez más tempranas también hace su aporte negativo. Los adolescentes, bajo los efectos de esas sustancias, están en peores condiciones para prevenir el embarazo.⁸

Uno de cada seis nacimientos nuestro país, ocurre en mujeres menores de 19 años. Se estima que durante 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% de los

nacimientos y una tasa de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. En ese mismo año, se registraron 180 muertes de madres adolescentes (SS, 2001). Para el año 2001 de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) hubo poco más de 340 mil nacimientos en mujeres de 15 a 19 años. ⁹

La maternidad de las mujeres menores de 20 años ha disminuido entre 1990 y 2005. Datos de registros administrativos indican que en 1990 se registraron 466,554 nacimientos en madres adolescentes, en tanto que diez años más tarde fueron 445,775 nacimientos, los cuales representaban 16 por ciento de los nacimientos en México. En 2007 se registraron 447,051 partos de madres menores de 20 años, que representaron 16.8% del total de nacimientos registrados ese año.

De los nacimientos registrados en 2007 en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, en la mayoría de los casos se trataba de su primer hijo (78.3%); en 18% de los casos era el nacimiento de su segundo hijo y en sólo 2.9% se trataba de su tercer hijo.

La fecundidad de las mujeres adolescentes es más alta en la medida en que su escolaridad es baja o nula. En el periodo 1992-1996 la tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad que no tenían instrucción escolar fue de 213.6 nacimientos por cada mil mujeres, mientras que entre las mujeres de la misma edad pero con instrucción media superior y superior, la tasa fue 8 veces menor (27.1 nacimientos por cada mil mujeres).

La población adolescente en México representa un quinto de la población en el país, y de acuerdo al INEGI se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4% de la población total; hoy representa el 21.3%. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande será el de 10 a 19 años (SS, 2001).¹⁰

De acuerdo con los datos obtenidos por Bernardita Báez W. y Ana María Póo, los embarazos en adolescentes habitualmente corresponden a un embarazo no planificado, con consecuencias desfavorables para la madre y el niño, puesto que aumenta la probabilidad de deserción escolar, multiparidad, desempleo, fracaso en la relación de pareja, perpetuación del ciclo de pobreza y de la miseria.

En relación con esta literatura, los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquía en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones

educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos.

En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.¹¹

En un estudio realizado por Arriaga-Romero y cols., en el 2010 en que se entrevistaron a 324 madres. La edad menor registrada fue de 12 años (0.3%) y 48 % aún no alcanzaban la mayoría de edad de 18 años. El 2.2% refirió uso de drogas durante el embarazo, 1% de tabaco y 0.9% ingesta de alcohol.

Veintisiete por ciento de las adolescentes tenía antecedente de uno o más embarazos previos y 66 % no usaba método anticonceptivo al momento del embarazo, siendo el más utilizado el condón (53.1%) y los anticonceptivos orales (36.4%). Las adolescentes que indicaron usar anticonceptivos tuvieron significativamente mayor edad, con una mediana de 19 años. También tuvieron mayor tiempo de relación con su pareja con una media de 25 meses.

La actividad principal que desarrollaban antes de embarazarse fue el trabajo remunerado (39.1 %), el trabajo en el hogar (37.1%) y estudiar (23.7%). Las madres adolescentes que trabajaban antes de embarazarse estaban empleadas principalmente en fábricas (55.1 %), en comercios y en tiendas de autoservicio (37.0 %). La edad promedio de las parejas de las adolescentes fue de 23 años, con una escolaridad promedio de 8 años; 21% de las adolescentes embarazadas no tuvo control prenatal.¹²

Con base en los resultados obtenidos por Carreón-Vásquez y cols. En la ciudad de Xalapa Veracruz en el 2001 en un estudio de casos y controles que incluyó 396 adolescentes embarazadas. Todas las adolescentes provenían de familias de clase media urbana, con derecho a recibir atención médica en una institución de seguridad social. El 80% de las adolescentes embarazadas y de sus controles provenían de familias nucleares, con padres casados en el 55% de los casos y en el 72% de los controles. Como jefe de familia se identificó al padre en el 57% de los casos y en 81% de los controles, la ocupación del padre de familia se concentró en empleados y obreros en el 36% y 26% respectivamente.

La estratificación por edad reveló que las adolescentes embarazadas de 14 a 15

años fueron las menos afectadas, habían presentado la menarquía entre los 10 y 12 años en el 50%. Inicio de vida sexual activa entre los 16 y 19 años (85.6%), con nivel educativo bajo, la mayoría de ellas tuvo su primera relación sexual con hombres cuatro a once años mayores que ellas, prevaleciendo el estado civil de casadas.

Los factores que mostraron una fuerte asociación con el embarazo en adolescentes fueron: el hacinamiento $RM = 15.54$, el nivel socioeconómico bajo $RM = 5.71$ la escolaridad de menos de seis años de estudio $RM = 5.64$. Otros factores involucrados fueron las condiciones de la vivienda, la educación sexual y el conocimiento de los métodos de planificación familiar.¹³

De acuerdo con los resultados obtenidos por Núñez-Urquiza y cols. en un estudio transversal con una muestra de 220 mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad, de dos municipios semiurbanos del estado de Morelos, México, entrevistadas entre 1992 y 1994. Las mujeres fueron entrevistadas en su casa entre seis y 12 semanas después del parto. Se les preguntó si antes de embarazarse desearon el último embarazo. Además, se indagó sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos pos parto. Resultados. Un 17% de todos los nacimientos registrados en la población total en ese periodo fueron producto de madres adolescentes. De éstas, 22.73% declararon que su embarazo no fue deseado. Se encontró una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y embarazo no deseado. Asimismo, las adolescentes de comunidades urbanas manifestaron no deseo del embarazo con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades rurales.¹⁴

De acuerdo con los resultados obtenidos por Marin Foucher y cols. En un estudio cuantitativo de tipo transversal correlacional que pretende relacionar el embarazo adolescente con el ambiente familiar una muestra de 82 adolescentes de entre 12 y 19 años de edad a partir de un muestreo no probabilístico pro positivo, 31 adolescentes embarazadas tomada aleatoriamente a las afueras de una institución médica particular que trata con esta población, de nivel socio-económico medio y bajo y 51 adolescentes no embarazadas de d nivel socio-económico medio y bajo de la secundaria y preparatoria. Resultados con base en lo anterior se observa que existe una diferencia significativa de 0.047 en la escala de expresividad, en donde se indica que existe mayor número de adolescentes embarazadas que encuentran en su ambiente mayor libertad de expresión a diferencia de las adolescentes no embarazadas que indican una mayor restricción en esta área.

Así mismo en la escala de independencia que mide la permisividad dentro del

ambiente familiar, se encontró una diferencia significativa de infiriendo en este caso que las adolescentes embarazadas perciben tener mayor grado de libertad y responsabilidad de sus vidas.

Por otro lado, se observó una diferencia significativa de en el área de orientación cultural e intelectual revelando que las adolescentes no embarazadas perciben su ambiente más enriquecedor en cuanto a la presencia de oportunidades intelectuales, sociales y culturales.

Sin embargo en las escalas de cohesión, conflicto, orientación a metas, recreación, religiosidad, organización y control no se encontraron diferencias significativas por lo que se infiere que en estas áreas tanto adolescentes embarazadas como no embarazadas perciben de igual manera su ambiente.¹⁵

De acuerdo con los resultados obtenidos Padrón Arredondo. En un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en el que fueron analizadas 218 adolescentes embarazadas de Playa del Carmen en el estado de Quintana Roo, México. Criterio de inclusión: embarazadas de 11 a 18 años. Resultados: Fueron encuestadas un total de 218 adolescentes embarazadas. La edad promedio fue de 14.9 años. La orientación sexual fue impartida en la mayoría (39.0%) de los casos por la madre. El estado civil predominante fue la unión libre (44.0%). Se registró alcoholismo en el hogar en más de la mitad de los casos (62.3%). El 18% de las jóvenes señalaron haber sufrido abuso sexual, (13.3%) estupro y 13.3% violación. La menarquía se presentó en la gran mayoría (91.3%) entre los 11 y 14 años. El inicio de la vida sexual activa más temprano fue a los 11 años y la más tardía a los 18 años. El 8.7% indicó haber tenido al menos un aborto previo. El 47.2% señalaron no tener conocimiento de los métodos anticonceptivos. Sólo el 8.8% manifestó la utilización previa de métodos anticonceptivos. El embarazo fue deseado en 50.4% de los casos. Conclusiones: En este estudio se encontró un patrón normal para una sociedad como la mexicana con una moda de 17 años de edad para el embarazo. Aunque habrá que asumir que la conducta de las adolescentes ha cambiado en cuanto a las relaciones sexuales y búsqueda de pareja tempranas.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o

hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.¹⁶

Con base en el estudio realizado por comité técnico para la medición de la pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza e el nivel familiar.

Pobreza familiar nivel 1

Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.

Recursos suficientes para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte publicado, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Pobreza familiar 2

Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.

Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Pobreza familiar nivel 3

Ingreso per capita inferior al valor de la canasta básica.

Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el menos grave. Las familias que pueden cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres.¹⁷

Además la problemática en salud reproductiva del adolescente vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas, entre las que destacan:

1. Inicio cada vez más precoz de la vida sexual.
2. Poco reconocimiento de los riesgos.
3. Las relaciones sexuales son improvisadas y ocurren en lugares y situaciones inapropiadas.
4. Continuos cambios de pareja (promiscuidad).
5. Poco conocimiento de la sexualidad.
6. No se plantean juntos el control del embarazo.
7. Poco conocimiento y uso de anticonceptivos.
8. Insuficientes conocimientos sobre las ETS y su prevención.¹⁸

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tasa de embarazos en menores de 19 años en nuestro país ha permanecido estable en los últimos 10 años, en comparación con la disminución general de la tasa de embarazos de mujeres de 20 a 34 años de edad. Se menciona que de 13 a 25% de todos los embarazos son en menores de 19 años. Existen factores tales como: bajo nivel cultural, la inmadurez psicosocial y problemas de comunicación familiar los cuales condicionan inadecuado control prenatal, que aunado en algunos casos a inmadurez biológica, incrementan la morbilidad materno - fetal en este grupo etario. ¹⁹

En la actualidad el embarazo en adolescentes constituye uno de los problemas de mayor repercusión entre los jóvenes que inician su actividad sexual a temprana edad.

Dichos embarazos suponen un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de los jóvenes, siendo considerados como un problema social y de salud pública de gran envergadura. ²⁰

El embarazo en adolescentes tiene repercusiones en la salud de la propia mujer gestante y el producto tales como pre eclampsia, bajo peso al nacer, parto pre termino y aumento en los gastos de los servicios de salud.

Debido a todo lo anterior es importante identificar las mujeres adolescentes embarazadas y los factores de riesgo asociados para embarazo en la Unidad de Medicina Familiar 5.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cuáles son los factores de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en la UMF No. 5 de. IMSS?

4.- JUSTIFICACIÓN.

El embarazo en mujeres adolescentes es un problema de salud pública en México y la identificación de los factores de riesgo es una herramienta útil para reducir la morbi-mortalidad durante el embarazo. La atención a la salud materna es una prioridad para los servicios de salud cuyo objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. Las principales causas de embarazo en adolescentes son previsibles mediante estrategias de promoción a la salud que permitan identificar y controlar los principales factores de riesgo lo cual no solo reducirá la mortalidad y discapacidad materna, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades.

Dichas intervenciones de identificación de factores de riesgo y estrategias de promoción a la salud son las más eficaces en función de costos del sector salud, particularmente en atención primaria.,

Los resultados de este estudio serán útiles para identificar los factores de riesgo para embarazo en adolescentes.

5.- OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar los factores de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en la unidad de medicina familiar no. 5.

Objetivos Específicos:

1. Identificar si la disfunción familiar es un factor de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.
2. Determinar si el bajo nivel académico es un factor de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.
3. Identificar si la pobreza familiar es un factor de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.
4. Identificar si el inicio cada vez más precoz de relaciones sexuales es un factor de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.
5. Identificar las características sociodemográficas de las adolescente de 15 a 19 años con y sin embarazo.
6. Identificar si el alcoholismo, llegar al estado de embriaguez y utilizar drogas son factores de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.
7. Determinar si vivir solo con la madre o el padre es un factor de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.
8. Determinar si la ausencia de religión es factor de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.
9. Establecer si la falta de uso de métodos de planificación familiar es un factor de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Embarazo en la adolescencia.	Gestación que tiene lugar en mujeres desde la menarquía hasta los 19 años de edad	Gestación confirmada por, prueba de embarazo, ultrasonido o exploración clínica.	Dependiente Cualitativa	Categórica Nominal	1. Si 2. No

VARIABLES INDEPENDIENTES					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de referencia.	Años cumplidos según expediente clínico. Años cumplidos que informa la adolescente al momento de la entrevista.	Independiente. Cuantitativa.	Numérica. Continua.	1. 15 años. 2. 16 años. 3. 17 años. 4. 18 años. 5. 19 años.
Sexo.	Expresión fenotípica mediante los caracteres sexuales secundarios.	Genero biológico del paciente registrado en el expediente o que informa la adolescente al momento de la entrevista.	Independiente. Cualitativa.	Categórica · Nominal.	1. Femenino. 2. Masculino.
Escolaridad.	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Años cursados que refiere la adolescente.	Independiente. Cuantitativa.	Categórica · Ordinal.	1. Ninguno. 2. Primaria. 3. Secundaria. 4. Bachillerato. 5. Técnico. 6. Licenciatura. 7. Postgrado.
Religión.	Conjunto de creencias o dogmas acerca	Religión de la adolescente registrada en el	Independiente. Cualitativa.	Categórica ·	1. Católica. 2. Cristiana.

	de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella.	expediente.		Nominal.	3. Testigo de Jehová. 4. Mormón. 5. Atea. 6. Otro.
Ocupación.	Trabajo, empleo, oficio. Actividad o entretenimiento.	Ocupación la referida por la adolescente registrada en el expediente.	Independiente Cualitativa.	Categórica Nominal.	1. Empleada. 2. Obrera. 3. Servicios. 4. Hogar. 5. Estudiante. 6. Otra.
Estado civil de las madres adolescentes	Situación jurídica en el momento del embarazo de su hija adolescentes	Soltera, casada, unión libre	Independiente Cualitativa	Categórica Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre
Funcionalidad familiar.	Cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan.	De acuerdo con la escala de apgar se clasifica en: Familia funcional. Familia moderadamente funcional. Familiar disfuncional.	Independiente. Cualitativa.	Categórica Nominal.	1. Funcional (10 a 7 puntos). 2. Moderadamente funcional (6 a 4 puntos). 3. Familia disfuncional 3 a 0 puntos).
Bajo nivel académico.	Rendimiento escolar por debajo de los conocimientos demostrados en un área o materia comparada con la norma de edad y el nivel académico.	Nivel de escolaridad primaria o menos.	Independiente. Cuantitativa.	Categórica Nominal.	1. Primaria o menos. 2. Secundaria ó más.

Pobreza familiar.	Ingreso per capita inferior al de la canasta básica.	Pobreza familiar Nivel 1. Pobreza familiar nivel 2. Pobreza familiar nivel 3.	Independiente. Cualitativa.	Categórica Ordinal.	1. Pobreza familiar Nivel 1. 2. Pobreza familiar nivel 2. 3. Pobreza familiar nivel 3.
Inicio precoz de relaciones sexuales en la adolescencia.	Inicio de relaciones sexuales entre los 10 y 13 años de edad.	Adolescencia temprana, de 10 a 13 años de edad. Adolescencia media de 14 a 17 años de edad. Adolescencia tardía de los 18 a 19 años de edad.	Independiente. Cualitativa.	Categórica Nominal.	1. Inicio de relaciones sexuales a los de 13 años de edad o antes. 2. Inicio de relaciones sexuales después de los 13 años de edad.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se apega a los lineamientos para investigación, de la Ley General de Salud, de la S.S. así como del IMSS. El estudio no afecta en lo absoluto la salud del paciente, la integridad, la dignidad, siendo inherente al tratamiento definitivo del paciente y presenta los criterios éticos considerados en la declaración de Helsinki, con nota de clarificación del párrafo 30, apegada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Tokio 2004.

La investigación es factible de llevarse a cabo, ya que contamos con los recursos humanos, materiales y el espacio físico, sin afectar a nuestra población en estudio.

El presente trabajo de investigación se llevará conforme a los aspectos éticos que rigen toda investigación: el Código de Núremberg promulgado en 1947, siendo la principal disposición del código que "es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario del sujeto humano". En 1974 en Estados Unidos de Norteamérica se estableció la Comisión Nacional para la protección de sujetos humanos en la investigación biomédica y conductual, y en 1978 la comisión presento su informe titulado Informe Belmont principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación, el informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos.

En 1964 la asociación Médica Mundial adoptó la Declaración de Helsinki, cuya revisión más reciente tuvo lugar en 1989, y que estableció las pautas éticas para la investigación en seres humanos. En 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el Acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, que entró en vigor en 1976 y que estipula lo siguiente: "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos"

El Consejo Internacional de las Ciencias Médicas (CIOMS) publicó en 1982, el documento "Propuesta de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos", el cual tiene como objetivo indicar como podrían aplicarse

eficazmente los principios éticos fundamentales que guían la investigación biomédica en seres humanos, tal como se establece en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, especialmente en los países en desarrollo, teniendo en consideración su cultura, sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes nacionales y sus disposiciones ejecutivas y administrativas.

En 1991 el CIOMS publicó Las pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos, cuyo objetivo es ayudar a los investigadores, instituciones y autoridades regionales y nacionales a establecer y mantener normas para evaluación ética de los estudios epidemiológicos.

La presente investigación se apegará a las disposiciones generales del reglamento de la Ley General, en materia de investigación en salud. (Secretaría de Salud, 1987).

De acuerdo a lo señalado en el Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 17, Fracción 1, esta investigación se considerará sin riesgo, porque no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables de estudio.

Se protegerá la individualidad y anonimato del sujeto con base al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 16, ya que el instrumento no incluirá nombre de la persona ni domicilio o cualquier otro dato que pudiera identificarla.

Con el fin de cumplir con lo establecido en el Artículo 21, Fracción I, IV, VI Y VII, se proporcionará una explicación clara y completa respecto a la justificación de la investigación cuando lo considere pertinente, posterior a esta explicación se procederá a solicitar el consentimiento informado por escrito de acuerdo a lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 20.

Se solicitará autorización por escrito de las autoridades civiles y de salud, correspondientes a la comunidad objeto de estudio, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo II, Artículo 2.

DECLARACIÓN DE HELSINKI

(Recomendaciones para los médicos dedicados a la investigación clínica. Adoptada por la Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, 1964)

Introducción

La misión del médico consiste en preservar la salud de las personas. Sus conocimientos y su conciencia estarán dedicados al cumplimiento de esa misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial obliga a los médicos con las palabras: "La salud de los pacientes será mi primer objetivo", y el

Código Internacional de Ética Médica manifiesta: "Cualquier acto o advertencia que pueda debilitar la resistencia mental o física de un ser humano sólo se usará en su beneficio."

Puesto que es esencial que los resultados de las experiencias de laboratorio sean aplicadas a seres humanos para conseguir un conocimiento científico y poder así ayudar a la humanidad sufriente, la Asociación Médica Mundial ha preparado las siguientes recomendaciones, como guía para el médico en la investigación clínica. Debe resaltarse que estas normas sólo constituyen para los médicos de todo el mundo un modelo y una guía. Los médicos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas que impongan además las leyes de sus respectivos países.

En el campo de la investigación clínica debe reconocerse una distinción fundamental entre las experiencias cuyo objetivo es esencialmente terapéutico para un paciente, y aquellas otras de carácter puramente científico y sin valor terapéutico para la persona *en la que se realizan*.

I. Principios básicos

1) La investigación clínica debe acomodarse a los principios científicos y morales que justifican la experiencia médica, y debe basarse en experimentos de laboratorio y con animales, o en otros hechos científicamente establecidos.

2) La investigación clínica sólo debe ser realizada por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico calificado.

- 3) La investigación clínica no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo sea proporcionada al riesgo inherente para el sujeto.
- 4) Todo proyecto de investigación clínica debe estar precedido por una evaluación cuidadosa de los riesgos inherentes, en comparación con los beneficios previsibles, para el sujeto o para otras personas.
- 5) El médico debe actuar con especial precaución al momento de realizar una investigación clínica en la que la personalidad del sujeto pueda ser alterada por fármacos o actuaciones experimentales.

DECLARACIÓN DE GINEBRA

(Adoptada por la AMM en 1948 y revisada en 1968)

En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; mostraré a mis maestros el respeto y la gratitud que les son debidos; practicaré mi profesión con conciencia y dignidad; la salud de los pacientes será mi primer objetivo; respetaré los secretos que se me confíen, aun después de morir el paciente; mantendré por todos los medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; mis colegas serán mis hermanos; no permitiré que consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o nivel social se interpongan entre mi deber y mis pacientes; mantendré el máximo respeto por la vida humana desde el momento de la concepción, incluso bajo amenaza; no usaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes de la humanidad. Hago estas promesas de modo solemne, libremente y por mi honor.

LEY GENERAL DE SALUD

Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984

TEXTO VIGENTE

Última reforma publicada DOF 19-06-2007

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I.** Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II.** Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III.** A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV.** Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V.** Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI.** A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de

técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Artículo 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

Artículo 102.- La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

- I. Solicitud por escrito;
- II. Información básica farmacológica y preclínica del producto;
- III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;
- IV. Protocolo de investigación, y
- V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico, podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del pariente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.

6. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

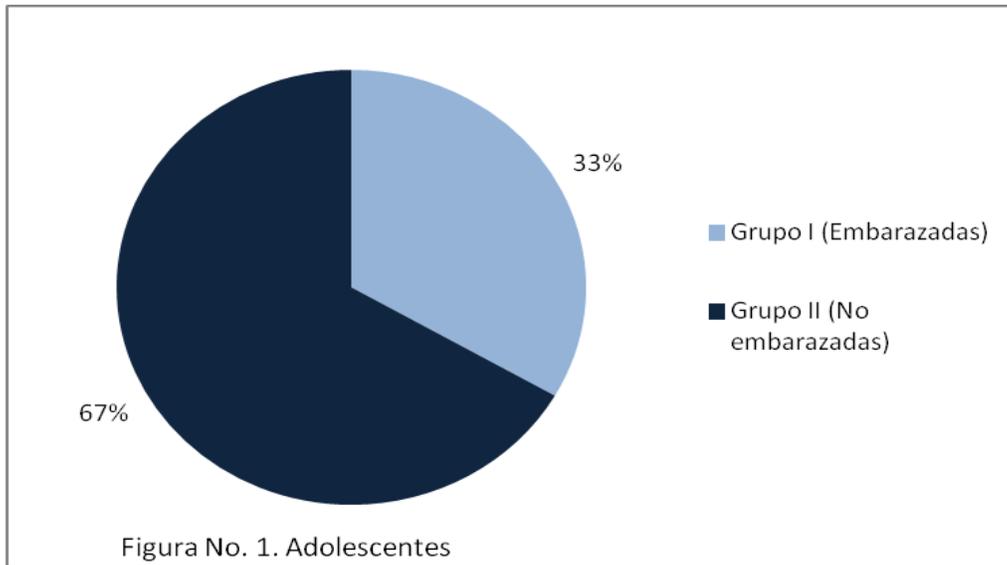
Se realizó un estudio prospectivo, transversal, de casos y controles durante un periodo de 5 meses. Se estudiaron 150 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad derechohabientes del turno matutino y vespertino de la Unidad de Medicina Familiar número 5 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal, México. Se formaron dos grupos: Grupo I o grupo caso que incluyó 50 pacientes adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años de edad que se presentaron a la consulta de medicina familiar en ambos turnos (matutino y vespertino) y Grupo II o grupo control que incluyó 100 mujeres adolescentes no embarazadas entre 15 y 19 años de edad que se presentaron a la consulta de medicina familiar. Se tomaron 2 controles por cada caso de acuerdo con la edad (bipareado por edad).

Se capturaron los datos a través de un cuestionario integrado en tres partes: la primera que incluye ficha de identificación personal a contestar por la derechohabiente integrada por nombre, número de afiliación, edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión. La segunda parte que incluye datos socioeconómicos y la tercera parte diseñada por el investigador integrada por reactivos que exploraron los factores de riesgo presentes o ausentes en las adolescentes entre 15 y 19 años y además la utilización de un instrumento ya validado para medir la funcionalidad familiar (apgar familiar) también integrado en la tercera parte.

Se explicó a las pacientes que el estudio contenía una serie de preguntas que contestaría en un promedio de 20 minutos. La investigación se realizó de lunes a viernes, en ambos turnos. La recolección de datos se realizó en un periodo de 4 meses. Del 1 de Junio del 2011 al 01 de Octubre del 2011. Una vez recolectados, se elaboró una base de datos en donde se vació la información obtenida. Se analizó con el programa estadístico SPSS versión 20 y se aplicó estadística descriptiva para determinar frecuencias, medias y porcentajes, chi cuadrada para comparación entre grupos y correlación de pearson y spearman.

RESULTADOS

Se estudiaron 150 adolescentes, 50 se encontraban embarazadas (33.3%) y 100 no (66.7). Figura No. 1



La media de edad para ambos grupo fue de 17.3 años, con una mediana y moda de 18 años y desviación estándar de 1.3 (Tabla No. 1).

Tabla No. 1. Edades de las adolescentes (N= 150)

	GRUPO I		GRUPO II		<i>p</i>
	(Embarazadas) (n=50)	%	(No embarazadas) (n=100)	%	
EDAD					
15 AÑOS	6	12%	12	12%	ns
16 AÑOS	9	18%	18	18%	ns
17 AÑOS	9	18%	18	18%	ns
18 AÑOS	13	26%	26	26%	ns
19 AÑOS	13	26%	26	26%	ns
X ± DE 1.3					

Tener alguna religión disminuyó el riesgo de embarazo de acuerdo con los resultados obtenidos, en especial en las adolescentes que tuvieron religión católica. ($p= 0.008$ y $RM= 0.91$).

Ser ateo fue un factor de riesgo para embarazo ($p=0.008$ y $RM= 11$). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las adolescentes que tuvieron religión cristiana y/o testigo de Jehová (Tabla No. 2).

Tabla No. 2. Religión de las adolescentes (N= 150)

	GRUPO I		GRUPO II		<i>p</i>	RM
	(Embarazadas) (n=50)	%	(No embarazadas) (n=100)	%		
RELIGION						
Católica	42	84%	94	94%	0.04	0.3
Cristiana	2	4%	5	5%	ns	0.7
Testigo de Jehová	1	2%	0	0%	ns	0.9
Ateo	5	10%	1	1%	0.008	11

En el grupo I se encontró que el 50% de las adolescentes tenía escolaridad secundaria a diferencia del grupo II que la mayoría tenía bachillerato (65%).

La fecundidad de las mujeres adolescentes es más alta en la medida en que su escolaridad es más baja.

Hubo diferencia estadísticamente significativa ($p=0.01$ y $RM= 3.1$) en relación a la escolaridad primaria en ambos grupos, a mayor número de casos con primaria mayor factor de riesgo para embarazo. El tener únicamente primaria en un factor de riesgo para embarazo.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación a la escolaridad secundaria.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación a la escolaridad bachillerato ($p=0.004$ y $RM= 0.35$), no tener bachillerato es un factor de riesgo para embarazo.

No existió diferencia entre ambos grupos en relación al nivel de estudio técnico y no se encontró correlación entre nivel técnico y embarazo.

No existió diferencia entre ambos grupos en relación al nivel licenciatura y no se encontró correlación entre licenciatura y embarazo (Tabla No. 3).

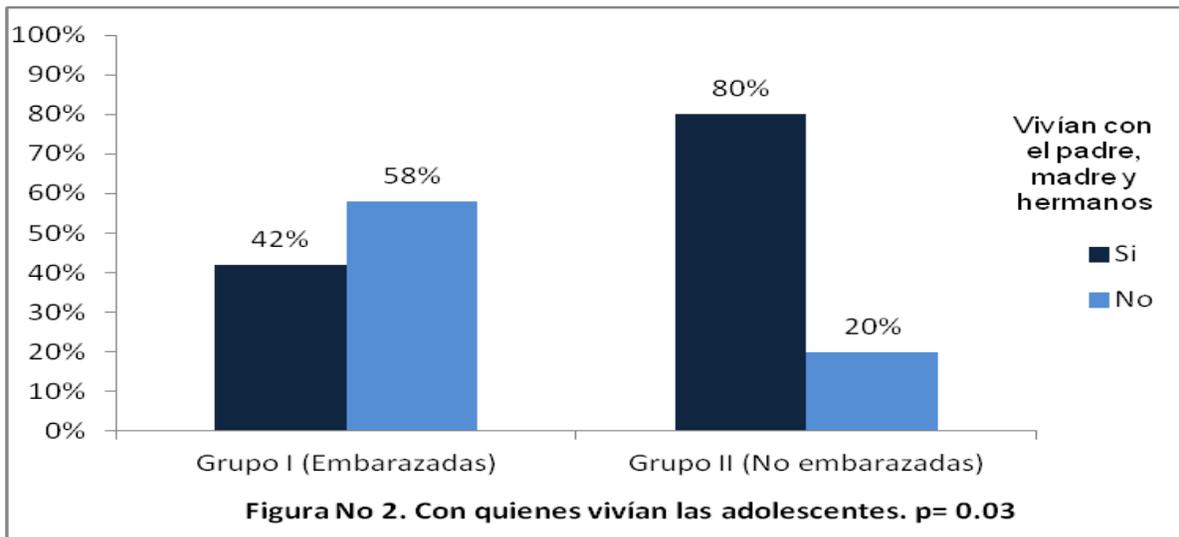
Tabla No. 3. Escolaridad de las adolescentes (N= 150)

	GRUPO I (embarazadas) (n=50)	%	GRUPO II (No embarazadas) (n=100)	%	p	RM
ESCOLARIDAD						
Primaria	3	6%	0	0%	0.01	0.9
Secundaria	25	50%	16	16%	ns	5.2
Bachillerato	20	40%	65	65%	0.004	0.3
Técnica	1	2%	7	7%	ns	2.7
Licenciatura	1	2%	12	12%	ns	0.1

El 42% de las adolescentes embarazadas y el 80% de las adolescentes no embarazadas vivían con el padre, la madre y los hermanos. (Tabla No. 4)

Tabla No. 4. Con quiénes viven las adolescentes (N= 150)						
CON QUIEN VIVE LA ADOLESCENTE	GRUPO I (embarazadas) (n=50)		GRUPO II (No embarazadas) (n=100)		p	RM
		%		%		
Madre, Padre y Hermanos	21	42%	80	80%	0.03	0.1
Solo con la madre o el padre	14	28%	14	14%	ns	2.3
Con la Pareja	14	28%	5	5%	ns	7.3
Otro	1	2%	1	1%	ns	2

Vivir solo con la madre o solo con el padre (madre soltera o padre soltero) fue un factor de riesgo para embarazo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p=0.03$ y $RM= 2.3$). No hubo diferencia estadísticamente significativa ni correlación entre riesgo de embarazo y vivir sola, vivir con ambos padres, vivir con su pareja o vivir con otra persona.



La actividad principal que desarrollaban antes de embarazarse fue estudiante (46% %), empleada (24%), hogar (20%) y obrera (10%).

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación a ser empleada. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación a ser obrera ($p= 0.029$ y $RM= 5.4$). No hubo diferencia entre las que se dedican al hogar.

Hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación a ser estudiante. Las adolescentes que son estudiantes se embarazan menos que la que no estudian, ($p= 0.003$ y $RM 0.35$).

Tabla No. 5. Ocupación de las adolescentes (N= 150)

	GRUPO I		GRUPO II		<i>p</i>	RM
	(embarazadas) (n=50)	%	(No embarazadas) (n=100)	%		
OCUPACIÓN						
Empleada	12	24%	27	27%	ns	0.9
Obrera	5	10%	2	2%	0.029	5.4
Hogar	10	20%	2	2%	ns	12
Estudiante	23	46%	69	69%	0.003	0.3

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación con estar casadas por el civil, en unión libre, o solteras.

El inicio de la vida sexual activa más temprano fue a los 13 años (1.3%) y la más tardía a los 18 años (1.3%). Con una media de edad de 13.3 años, una mediana de 16 años (17.3%) y una moda a los 15 años de edad (20.7%). El 98.7% aún no alcanzaba la mayoría de edad de 18 años.

Se encontró una relación inversamente proporcional entre la edad de inicio de vida sexual y embarazo, a menor edad de inicio de vida sexual mayor riesgo de embarazo ($p=0.002$).

Existe correlación entre el inicio temprano de vida sexual y embarazo ($p=0.002$.)

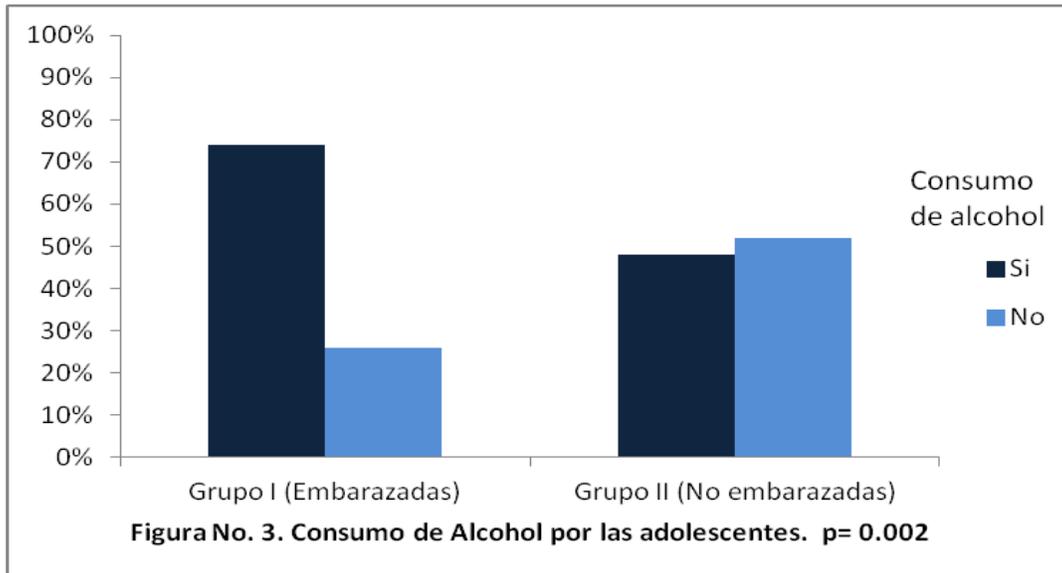
Del grupo de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, en la mayoría de los casos se trataba de su primer embarazo (80%); en 16% de los casos era su segundo embarazo y en sólo 4% se trataba de su tercer embarazo.

El 20% de las mujeres embarazadas había cursado con uno o más embarazos previos, sin embargo no existió correlación entre el embarazo previo y riesgo de un nuevo embarazo en relación con las adolescentes que nunca se habían embarazado.

Noventa y seis por ciento no utilizaban método anticonceptivo al momento del embarazo.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre el grupo caso y grupo control en relación al consumo de drogas. No siendo un factor de riesgo para embarazo en este estudio.

En relación con el consumo de bebidas alcohólicas se encontró una diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos. Hubo un mayor número de adolescentes embarazadas que consumieron bebidas alcohólicas (74%) comparado con las no embarazadas (48%) $p=0.002$ y $RM= 3$. Figura 2.



Se encontró también que el 8% de las adolescentes embarazadas llegó al estado de embriaguez comparado con las adolescentes no embarazadas en que solo consumían bebidas alcohólicas pero nunca llegaron a al estado de embriaguez ($p= 0.004$ y $RM= 3.1$).

De nuestro universo de trabajo ninguna adolescente tuvo el antecedente de abuso sexual.

El conocimiento sobre métodos de planificación familiar no fue factor de riesgo para embarazo en adolescentes, sin embargo, en este estudio, no utilizar algún método de planificación familiar si se encontró como factor de riesgo para embarazo ($p=0.04$ y $RM= 3$).

Los embarazos en adolescentes correspondieron a un embarazo no planificado en el 92%. El 84% de las adolescentes del grupo I consideraron que la causa de su embarazo se debió a falta de uso de algún método de planificación familiar, 8% desconocía que existían métodos de planificación familiar, 4% tuvo falla en el método empleado y solo 4% deseaba embarazarse,

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la edad de la madre al primer embarazo.

Las adolescentes embarazadas y de sus controles provenían de familias con madres casadas en el 46% de los casos y en el 73% de los controles.

Hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación con el estado civil de la madre en el primer embarazo y el embarazo en sus hijas adolescentes ($p=0.004$). Ser madre soltera fue un factor de riesgo para que las hijas se embaracen en la adolescencia ($RM= 2.8$). Se encontró que las adolescentes, hijas de madres que están casadas tienen menor riesgo para embarazarse en la adolescencia ($p=0.001$ y $RM= 0.31$). Sin embargo, no hay diferencia estadísticamente significativa con el hecho que la madre viva en unión libre ($p=0.08$ y $RM 2.1$).

Tabla No. 6. Estado civil de las madres de las adolescente cuando se embarazaron por primera vez

	GRUPO I		GRUPO II		<i>p</i>	RM
	(embarazadas) (n=50)	%	(No embarazadas) (n=100)	%		
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES						
Soltera	15	30%	13	13%	0.01	2.8
Casada	23	46%	73	73%	0.001	0.3
Unión libre	12	24%	14	14%	ns	2.1

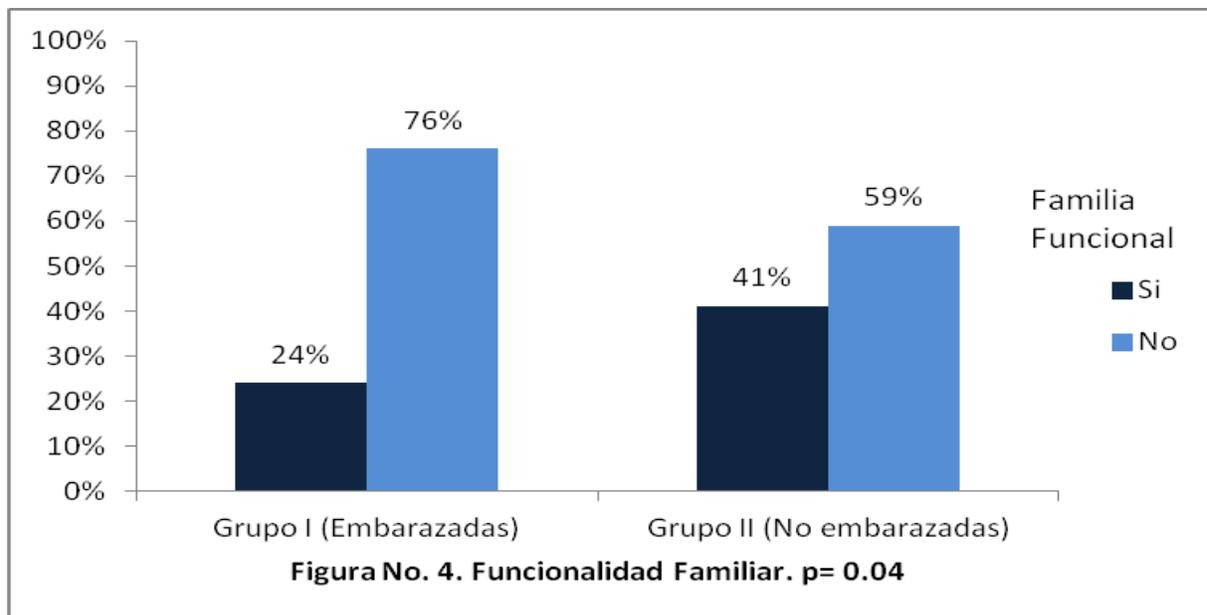
Todas las adolescentes provenían de familias de clase media urbana, con derecho a recibir atención médica en el Instituto Mexicano del Seguridad Social.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación al ingreso mensual de la familia. ($p=0.6$).

Solo el 24% de las familias del grupo I fueron funcionales, 38% moderadamente funcional y 38% disfuncionales. En el grupo II, las familias fueron funcionales en 41%, moderadamente funcionales en 52% y disfuncionales 7%. (Tabla No. 7).

Tabla No. 7. Funcionalidad Familiar (N=150)						
Funcionalidad Familiar	GRUPO I (embarazadas) (n=50)		GRUPO II (No embarazadas) (n=100)		p	RM
		%		%		
Familia funcional	12	24%	41	41%	0.04	0.4
Familia Moderadamente funcional	29	38%	52	52%	ns	0.5
Familia disfuncional	19	38%	7	7%	ns	8

Se encontró mayor funcionalidad en las adolescentes no embarazadas (grupo control), con una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (p=0.04 y RM= 0.45). Figura No. 3



No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación a la familia moderadamente funcional. ($p=0.1$ y RM 0.56).

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ni relación entre disfuncionalidad familiar y embarazo.

Se encontró un mayor número de adolescentes con conocimiento sobre métodos de planificación familiar en el grupo control (99%) comparado con el grupo caso (84%) ($p=0.0003$ y RM= 0.05). Solo el 4% de las adolescentes embarazadas utilizó método de planificación y el 96% no, a diferencia de las adolescentes estudiadas que no estaban embarazadas y que si utilizaron un método de planificación familiar en 73% de ellas ($p=0.001$ y RM= 3).

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en nuestro estudio son muy similares a los obtenidos por el INEGI en el 2007.

De los nacimientos registrados por el INEGI en 2007 a nivel nacional en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, en la mayoría de los casos se trataba de su primer hijo (78.3%); en 18% de los casos era el nacimiento de su segundo hijo y en sólo 2.9% se trataba de su tercer hijo. ⁽¹⁰⁾

En nuestro estudio, del grupo de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, en la mayoría de los casos se trataba de su primer embarazo (80%); en 16% de los casos era su segundo embarazo y en sólo 4% se trataba de su tercer embarazo.

En nuestros datos encontramos que los embarazos en adolescentes correspondieron a un embarazo no planificado en el 92%, esto concuerda con los obtenidos por Bernardita Báez W. y Ana María Póo, en que los embarazos en adolescentes habitualmente corresponden a un embarazo no planificado, con consecuencias desfavorables para la madre y el niño, puesto que aumenta la probabilidad de deserción escolar, multiparidad, desempleo, fracaso en la relación de pareja, perpetuación del ciclo de pobreza y de la miseria ⁽¹¹⁾

De acuerdo con el estudio realizado por Arriaga-Romero y cols., en el 2010 en que se entrevistaron a 324 madres, la edad menor registrada fue de 12 años (0.3%) y 48 % aún no alcanzaban la mayoría de edad de 18 años ⁽¹²⁾. En nuestro estudio encontramos el inicio de vida sexual más temprano a los 13 años de edad (1.3%), sin embargo, el 98.7% de nuestras adolescentes aún no alcanzaba la mayoría de edad de 18 años.

CONCLUSIONES

Los principales factores de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en la unidad de medicina familiar no. 5 fueron:

1. No tener religión (Ser atea)
2. Baja escolaridad (primaria),
3. Vivir solo con la madre o solo con el padre (ser hija de madre soltera o padre soltero).
4. Trabajar como obrera.
5. No acudir a una institución a estudiar.
6. Inicio temprano de vida sexual (a menor edad de inicio de vida sexual mayor riesgo de embarazo)
7. No utilizar método anticonceptivo.
8. Consumir bebidas alcohólicas.
9. Llegar al estado de embriaguez.
10. No tener una familia funcional.

SUGERENCIAS

De acuerdo con los resultados de este estudio es pertinente que cada médico familiar en la primer consulta de atención en una adolescente detecte los factores de riesgo que la pueden llevar a un embarazo no deseado ni planeado y canalizar a los servicios de psicología y planificación familiar, en su caso ofrecer métodos anticonceptivos para disminuir el riesgo de embarazo y consecuentemente el riesgo de morbimortalidad materno-infantil.

BIBLIOGRAFIA

1. Giménez L. Prevalencia de embarazo en adolescente y algunos factores asociados. Barquisimeto. 2007. p.p. 17-19.
2. OMS/OPS. MSAS. La salud del adolescente y la acción de la comunidad. División materno infantil. Caracas, Venezuela 2007. p.p. 5-10.
3. Pérez y Dibrey B. Incidencia de embarazo precoz según las etapas de la adolescencia. Informe Médico, 2008: 10(4); 203-210.
4. Orlando RR. Ginecología Infanto-Juvenil. La Habana, Cuba.2006. p.p. 421-427.
5. Padrón AG. Embarazo en adolescente, estudio socio demográfico. Rev. Médica del Hospital General de México, 2005:68(1); 13-19.
6. Vázquez H. Características Socioculturales de la adolescente embarazada. Barquisimeto. 2005. p.p.8.
7. Dulanto GE. El Adolescente, Asociación Mexicana de Pediatría, A. C. McGraw-Hill Interamericana. 2005. p.p. 391.
8. Embarazo-adolescente, Latinsalud
<http://www.latinsalud.com/Articulos/00258>.
9. OMS. Adolescencia y embarazo. México.2005. www.adolesc.com
10. Díaz SV. El embarazo en adolescentes en México. Gaceta Médica de México, 2008: 139 Supl 1; S23-S28.
11. Baeza WB, Póo AM. Rev. Chil. Obstetricia-Ginecológica 2007: 72(2); 76-81.
12. Arriaga RC, Valle MA. Embarazo en las adolescentes migrantes: características sociodemográficas, ginecoobstétricas y neonatales. 2006: 56(4); 11-15
13. Carreón VJ, Mendoza SH. Archivos en Medicina Familiar, 2004: 6(3); 70-73.
14. Núñez UR, Hernández PB. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pú. Méx 2003, 45 Supl 1:S92-S102.

15. Marín FL, Villafañe GA. Revista electrónica de Psicología (FES) Iztacala 2006: 9(3).
16. León P, Minassian M. Embarazo adolescente. Rev. Pediátrica Electrónica 2008: 5(1) 44.
17. Comité Técnico para la medición de la pobreza creado por la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) 2001.
18. León SM, León S. Embarazo en adolescentes. Educación sexual. Coadyuvante de la prevención. Informe Médico, 2005:7(4); 165-176.
19. Fernández PF, Castro GM. Características Socio familiares y Morbilidad Materno – Infantil del embarazo en Adolescentes. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 2006: 54(8).
20. Sarina IR, Vílchez RC. Embarazo, hábitos de lectura y consumo de radio y televisión en adolescentes peruanas: explorando relaciones de asociación. 2008:17(4).

ANEXO 1. Cuestionario

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad de Medicina Familiar No. 5

FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN LA UMF
No. 5

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Número de folio:	_ _ _ _ _
1.- Turno: (1) Matutino (2) Vespertino	_
2.- Consultorio:	_ _
II. DATOS SOCIOECONOMICOS	
3.- Religión:	_
1) Católica 2) Cristiana 3) Testigo de Jehová 4) Mórmon 5) Atea	
6) Otros _____	_
	Especifique
4.- ¿Qué edad tiene usted?	_ _ _
	Años
5.- ¿Sabe leer y escribir?	_
1) Si	
2) No, pase a la pregunta (7)	
6.- ¿Cuál fue el último grado escolar que cursó?	
1) Primaria	_
2) Secundaria	_
3) Preparatoria	_
4) Técnica	_
5) Profesional	_
7.- ¿Con quién vive?	_
1. Padre, madre y hermanos	
2. Solo padre o madre	
3. Sola	
4. Con un(a) amigo(a)	
5. Pareja	
6. Otra _____	
8.- ¿Cuál es su ocupación?	_
1) Empleada	
2) Obrera	
3) Hogar	
4) Estudiante	
5) Otra _____	

9.- ¿Cuál es su estado civil actual?

- 1) Casada por el civil.
- 2) Unión libre.
- 3) Divorciada.
- 4) Soltera.
- 5) Viuda.
- 6) Otra. _____
(especifique)

10. ¿A qué edad inicio su vida sexual? Años

11. ¿Ha estado embarazada en alguna ocasión? Si ¿Cuántas veces? NO

12. ¿Ha consumido o consume alguna droga? Si ¿Cuál? _____ NO

13. ¿Ha consumido o consume bebidas alcohólicas? Si ¿Con qué frecuencia? _____
¿Llega a la embriaguez? Si No

14. ¿Alguna vez ha sufrido abuso sexual? Si No

15. ¿Conoce algún método de planificación familiar?
1. Si ¿Cuál? _____ 2. No

16. ¿Cuándo se embarazo usaba algún método anticonceptivo? 1. Si 2. No

17. ¿Considera que su embarazo se debió a?

1. Desconocimiento de los métodos de planificación familiar.
2. Falta de uso de un método anticonceptivo.
3. Falla en el método empleado.
4. Deseaba embarazar

18. ¿A qué edad se embarazó su mamá por primera vez? años

19. ¿Cuándo su mamá se embarazó por primera vez, ¿Cuál era el estado civil de ella?

1. Soltera.
2. Casada.
3. Unión libre.
4. Viuda.

20. ¿Cuál es el ingreso mensual de la familia?

21. ¿El ingreso de su familia es suficiente para cubrir el valor de la canasta básica
Si
No

22. ¿Los recursos de la familia son suficientes para cubrir los gastos en vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público. Aun dedicando todo su ingreso a estos rubros?.

- 1) Si
- 2) No

23. ¿Existe carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que radica, cuidado y aseo persona, esparcimiento y turismo?

- 1) si
- 2) No

ANEXO 2

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

CUESTIONARIO DE PRUEBA DE APGAR FAMILIAR

PREGUNTA	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	CASI NUNCA (0)
Me satisface que yo puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba.			
Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre diversas cuestiones y comparte problemas.			
Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o tomar nuevas direcciones			
Me satisface la manera como mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones: ira, pena, amor, etc.			
Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo.			

Funcional (10 a 7 puntos)

Moderadamente funcional (6 a 4 puntos)

Familia disfuncional (3 a 0 puntos)

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar _____

y _____

Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

“FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN LA UMF 5”

Registrado ante el Comité Local de Investigación o de la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es:

Identificar los factores de riesgo para embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en la unidad de medicina familiar no. 5.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

En responder una serie de preguntas que contestara en un promedio de 20 minutos

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

NINGUNO YA QUE SOLO ES RESPONDER UN CUESTIONARIO

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente, del padre, madre o tutor en caso de ser menor de edad

Dr. Javier López Villasana Matricula 99353927

Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos _____

Este formato constituye solo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

ANEXO 4**Cronograma de actividades durante el protocolo**

Actividades 2011-2012	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
	1. Diseño de protocolo.	P	P	P										
	R	R	R											
2. Investigación bibliográfica.	P	P	P											
	R	R	R											
3. Redacción de protocolo.				P	P									
				R	R									
4. Prueba piloto y validación del instrumento.						P	P							
						R	R							
5. Revisión por el comité de investigación.								P						
								R						
6. Modificaciones al protocolo en caso necesario.								P						
7. Recolección de datos.									P	P	P	P	P	
8. Análisis estadístico de los datos.													P	
9. Redacción del escrito o artículo científico.														P
10. Actividades de difusión.														P

P: Planeado

R: Realizado

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA**

“CÉDULA DE REVISIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN FINAL”

El objetivo de la presente cédula, es hacerle llegar usted los comentarios de su investigación final. Para la aprobación de esta, es indispensable efectuar los cambios señalados en los apartados correspondientes. Es conveniente que continúe el desarrollo del trabajo con su profesor titular.

Nombre del alumno: DR. CARLOS GUZMÁN AGUILAR

**Sede Académica: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 “JUANA DE ASBAJE”,
DELEGACIÓN NORTE, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Fecha de revisión: Febrero 2012

Profesor que revisa el trabajo: DRA. MARÍA GUADALUPE GRIJALVA

**Título del trabajo: FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15
A 19 AÑOS EN LA UMF No. 5 DEL IMSS**

- 1.- Título: Adecuado**
- 2.- Marco Teórico (marco de referencia o antecedentes): Adecuado**
- 3.- Planteamiento del problema: Adecuado**
- 4.- Justificación: Adecuada**
- 5.- Objetivos: Adecuados**
- 6.- Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos):**
- 7.- Metodología: Adecuada**
- 8.- Resultados: Adecuados**
- 9.- Discusión (análisis) de los resultados encontrados: Adecuada**
- 10.- Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador): Adecuadas**
- 11.- Bibliografía: Adecuada**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3511
U MED FAMILIAR NUM 14, D.F. NORTE

FECHA **26/01/2012**

LIC. MARTA PATRICIA DORADO GASPAR

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"ADOLESCENTES Y FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3511-11

ATENTAMENTE

LIC. CARLOS RODRIGO ALTAMIRANO LEÓN
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3511

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL