



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION 1 NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL  
ROSARIO**



**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE RIESGO DE EMBARAZO EN  
MUJERES ADOLESCENTES DE LA UMF 33**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. MIGUEL ÁNGEL LUGO GARCÍA**  
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO

**ASESORA:**

**DRA MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO**  
MÉDICO FAMILIAR Y PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO

**CIUDAD DE MÉXICO**

**FEBRERO 2020.**



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.



**AUTORIZACIONES:**

**DR. ANDRES ROCHA AGUADO**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E  
INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO

**DRA HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO

**DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO**  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO  
*ASESORA DE TESIS*



**AUTOR DE TESIS**

**DR. MIGUEL ANGEL LUGO GARCÍA**  
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33 EL ROSARIO



## **AGRADECIMIENTOS**

A mi esposa por su amor, paciencia y apoyo recibido en estos años de estudio de la especialidad ya que sin ella esto no hubiera sido posible.

A mis hijos por su paciencia y amor que día a día me han proporcionado para poder llegar a culminar este reto.

A mis profesores, de forma particular a la Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno, por su enseñanza, apoyo y consejos hacia mi persona en mi formación como médico familiar.



<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1. Resumen</b>	<b>6</b>
<b>2. Introducción</b>	<b>7</b>
<b>3. Antecedentes</b>	<b>8</b>
<b>4. Planteamiento del problema</b>	<b>16</b>
<b>5. Objetivos</b>	<b>18</b>
<b>6. Material y métodos</b>	<b>19</b>
<b>7. Resultados</b>	<b>21</b>
<b>8. Tablas y gráficas</b>	<b>23</b>
<b>9. Discusión</b>	<b>33</b>
<b>10. Conclusiones</b>	<b>35</b>
<b>11. Bibliografía</b>	<b>37</b>
<b>12. Anexos</b>	<b>40</b>

---



## 1. RESUMEN

### FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE RIESGO DE EMBARAZO EN MUJERES ADOLESCENTES DE LA UMF 33.

Lugo García Miguel Ángel<sup>1</sup>, Osorio Granjeno Mónica Catalina<sup>2</sup>.

Introducción: El embarazo en las mujeres adolescentes, es un fenómeno de interés actual, considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública, derivado de que las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes. **Objetivo:** Determinar los factores sociodemográficos de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes de la UMF 33. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo simple en una muestra calculada (IC 95%) de 377 mujeres adolescentes, a las cuales se les aplicó un instrumento para identificar variables socio-demográficas y el tipo de comunicación familiar. Para el análisis de resultados se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** 185 (56%) tuvieron una comunicación poco eficaz, crítica y/o negativa, de las cuales, se observó que 166 (49%) de las mujeres se encontraron entre 14 a 16 años de edad, 87 (26%) iniciaron relaciones sexuales y 37 (11%) a veces utilizaron algún método anticonceptivo. **Conclusiones:** Se debe capacitar al personal de salud respecto a la evaluación integral de las adolescentes considerando la comunicación familiar y abordaje de esta así como implementar medidas de reforzamiento en las personas encargadas de los programas de educación sexual en las escuelas.

Palabras clave: Embarazo, adolescencia, sexualidad, reproducción, comunicación.

<sup>1</sup> Médico Residente de Tercer año del CEMF de la UMF No. 33 El Rosario.

<sup>2</sup> Médico Familiar y Profesora Adjunta del CEMF de la UMF No. 33 El Rosario.



## 2. INTRODUCCIÓN

La adolescencia, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, acompañados de profundos cambios psicosociales que se ajustaran a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.

El comportamiento sexual y reproductivo de los/las adolescentes muestra que estos(as) tienden al inicio de relaciones sexuales a edad más temprana y en la mayoría de los casos lo hacen con falta de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implica la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos. Estas situaciones exponen a los/las jóvenes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Es importante reflexionar acerca de la comunicación entre los integrantes de la familia, incluyendo a los adolescentes. En ocasiones, los jóvenes no mantienen una buena relación familiar y cuando se presenta alguna situación no toman las decisiones adecuadas o no tienen la confianza para dialogar en familia en temas como la sexualidad, lo que puede traer como consecuencia embarazos no deseados. Las niñas presentan una carencia de afecto familiar o problemas familiares, buscan identidad propia, muestran interés hacia lo prohibido y se rebelan contra de lo establecido, deseando sentirse adultos.

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes.

La motivación para llevar a cabo la presente investigación, radica en la importancia de identificar las características sociodemográficas de la población adolescente a la cual se brinda atención, considerando además la comunicación familiar, aspecto que sería de utilidad para la implementación de estrategias de prevención del embarazo adolescente, considerando un enfoque familiar.

Se planteó como objetivo determinar los factores sociodemográficos de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes de la UMF 33.





### 3. ANTECEDENTES

En las últimas décadas, la educación sexual formal que se proporcionaba de manera individual estaba circunscrita a la familia, la cual utilizaba el silencio o la represión como método para no dar información acerca del tema a sus hijos e hijas. Con el transcurso del tiempo, y atendiendo las demandas de la sociedad, se inició la difusión en forma colectiva, extendiéndose con rapidez a las instituciones educativas y a las comunidades bajo la responsabilidad de los sectores gubernamentales correspondientes.<sup>1</sup>

Las estadísticas de la década de 1950, en relación con la actividad sexual juvenil, los embarazos no deseados, las relaciones no matrimoniales y otros, constituyeron la principal preocupación de la educación sexual y fueron la base para proporcionar información respecto de la sexualidad y el valor que ésta tiene ante la sociedad.<sup>1</sup>

Hacia 1960 hubo una nueva tendencia en la educación sexual que fue considerada como el cimiento para el desarrollo integral de la personalidad y el mejor establecimiento de las relaciones interpersonales.<sup>1</sup>

Sin embargo, a pesar de los avances en educación sexual, los adolescentes siguen siendo un grupo vulnerable, expuesto a riesgos como embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual. Cabe mencionar que la adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el período de la vida en el cual el individuo adquiere su capacidad reproductiva, transitando desde los patrones psicológicos de la niñez a la adultez; dicha etapa transcurre desde la pubertad hasta los 19 años de edad, consolidando su independencia socio-económica.<sup>2</sup>

Durante esta etapa los/las jóvenes experimentan cambios en diferentes planos. En primer lugar, alcanzan la madurez física, capacidad reproductiva y su desarrollo intelectual que les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, cabe mencionar que en esta etapa aumenta la responsabilidad social del adolescente, puesto que ya no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuación social. Otro punto importante es que precisan acomodar su sexualidad, “aún infantil”, con la sexualidad de los adultos.<sup>2</sup>

Durante la adolescencia las/los jóvenes se identifican más claramente con su sexo y consolidan su identidad de género al observar los roles que desempeñan los adultos como hombre o mujer. Esta identificación incluye comprender y aceptar la propia existencia como hombre o mujer así como los roles, valores, deberes y responsabilidades propios de ser hombre o mujer. Nuevas relaciones sociales se establecen entre las/los jóvenes y los adultos, tanto dentro como fuera de la familia.<sup>2</sup>



De forma más concreta y con un enfoque psicosocial se puede plantear que la adolescencia es una etapa que responde a patrones refractarios de la consolidación del carácter y la personalidad, donde se unen objetivos, acciones y proyecciones que responden al patrón conductual del proceso formativo de la infancia. Es aquí la parte fundamental ya que la ausencia de patrones educativos en las familias, así como el proceso social en que está inmersa la adolescente, favorece la aparición de diversas tendencias, de ahí que el surgimiento de madres adolescentes es un problema bio-psicosocial, al que debemos enfrentar en la práctica diaria.<sup>2</sup>

En México, la actividad sexual premarital es relativamente común, siendo los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con menor autoestima y asertividad, lo que inician a más temprana edad su vida sexual, usando con menor frecuencia anticonceptivos; y en el caso de las jóvenes, a embarazarse, con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión. La edad aproximada de inicio de relaciones sexuales es entre los 15 y los 19 años, y desafortunadamente con pocos conocimientos de su sexualidad.<sup>3</sup>

Así mismo, a menudo los embarazos adolescentes son intencionales, lo que indica que no hay necesariamente una falta de acceso a anticonceptivos, sino que son prevalentes por factores culturales y sociales. Cabe mencionar que esta situación es un reflejo de la situación de pobreza en general. Entre las causas incluyen, la falta de educación, la expectativa de las mujeres adolescentes para ser madres, la falta de aprobación de la sexualidad de las mujeres, la ideología y creencias en contra del uso de anticonceptivos en la comunidad, mitos sobre anticonceptivos, la falta de educación sexual integrada, la dinámica entre los médicos y sus pacientes, y las dinámicas entre las parejas que desalientan el uso de anticonceptivos y fomentan el embarazo adolescente. Las causas para la prevalencia de embarazos adolescentes están, de este modo, muy relacionadas con la cultura y la situación socioeconómica.<sup>4</sup>

Vale la pena mencionar que el embarazo adolescente es aquel embarazo que se produce entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. El término se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.<sup>5</sup>

Cabe mencionar que el embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan su madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales, comorbilidad y en un medio familiar normalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.<sup>5</sup>

El embarazo en la adolescencia, como problema de salud, tiene factores de riesgo estudiados y agrupados en relación a sus características multifactoriales. La clasificación en individuales, familiares, socio-económicos, culturales y



psicológicos es una clasificación propuesta por Castro Espín y publicada en la Revista Cubana de Sexología y Sociedad, que aún mantiene vigencia.<sup>6</sup>

No obstante, dentro de los factores de riesgos individuales y psicológicos es importante describir las características en la adolescente, si presenta una personalidad inestable, una baja autoestima, antecedente de una pubertad precoz o bien dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, si presenta o bien padece de una necesidad afectiva. Diversos estudios reportan que las adolescentes con autoestima baja embarazadas, no tienen estima de sí, lo cual despliega sentimientos de frustración, desaprobación, juicios de valor negativos e incompetencia sobre su vida, la cual se asocia a las necesidades emocionales insatisfechas, así, las adolescentes que presentan carencias afectivas intentarían sentirse valoradas a través de la maternidad.<sup>6</sup>

Por otro lado, dentro de los factores de riesgo familiar, se debe tomar en cuenta si existe la ausencia del padre o la madre, si fue producto de un embarazo adolescente y si mantiene poca comunicación con la familia. Debido a que la adolescente se desarrolla dentro de una familia disfuncional lo que genera falta de atención y afecto. Asimismo el miedo excesivo de los padres y la desconfianza, ahuyentan la comunicación; el adolescente detecta la ansiedad de los padres por saber sus cosas y si lo vive como una intrusión se cierra, provocando más incomunicación”, asimismo se reconoce que la familia se considera la célula básica y funcional de la sociedad y la crianza de los hijos es un espejo viviente de lo que sucede en dicho núcleo. En la vida familiar el adolescente debe responder a ciertas y determinadas exigencias en función del desarrollo de su personalidad y de su porvenir, teniendo un papel fundamental las madres y los padres. De no establecerse una adecuada comunicación entre los diferentes miembros de la familia surgen conflictos y contradicciones, dados fundamentalmente por los diferentes tipos de personalidad y de relaciones interpersonales no bien establecidas hacia el interior de ese núcleo familiar.<sup>6</sup>

Así mismo, se debe tomar en cuenta el estatus socioeconómico, ya que el per cápita familiar bajo, forma parte de una familia migrante, o bien, formar parte de un grupo marginado, por cualquier causa, son considerados factores de riesgo sociales para embarazo adolescente que de acuerdo a la literatura anglosajona muestra que muchas adolescentes de escasos recursos, la mayoría son educadas en un ambiente de bajas expectativas y derrotismo, por lo cual ven en el embarazo una alternativa de vida y en los hijos una posibilidad de recibir ayuda pública. Esto podría estar asociado a las concepciones asistencialistas que poseen en su gran mayoría las poblaciones vulnerables.<sup>6</sup>

Respecto a los factores culturales relacionados con el embarazo en la adolescente, una de ellas es la diferencia en la inequidad de género, lo que causa condiciones de desigualdad que generan pobreza y falta de oportunidades, causando toma de decisiones erróneas. Se considera que el embarazo en la adolescente es debido a prostitución, prostitución infantil y otras formas de explotación sexual.<sup>6</sup>



Tomando en consideración los factores de riesgo psicológicos, se debe considerar la depresión, el consumo de alcohol, drogas y baja autoestima aunado a aspectos relacionados con la adolescencia en sí, y la necesidad de probar su fecundidad y dificultad para entender las consecuencias de iniciar una vida sexual activa a edad temprana o la maternidad en sí. Debido a que el alcohol es una “droga legal”, que puede generar una gran capacidad adictiva que en cantidades pequeñas puede provocar en la adolescente desinhibición, disminución del sentido del ridículo, etc. provocando en la mujer la toma de decisiones erróneas como practicar sexo sin protección.<sup>6</sup>

Cabe destacar que el embarazo adolescente perpetúa el ciclo de la pobreza de las familias que lo enfrentan, habiendo una mayor dificultad de las jóvenes para concluir sus estudios y conseguir un mejor empleo. Por otro lado, la maternidad temprana, también implica un mayor riesgo de resultados reproductivos adversos, así como mayor riesgo de mortalidad materna e infantil.<sup>7</sup>

Por lo que las deficiencias en los conocimientos de ámbito sexual y el comienzo de relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas en los adolescentes, ha obligado a crear programas formales de educación sexual, que han evolucionado hacia una mirada más educativa y pedagógica, que buscan favorecer procesos de aprendizaje a partir del abordaje de diversas temáticas y en los que se involucra a todos los actores de las comunidades escolares, niñas, niños, jóvenes, familias, docentes y paradocentes de todos los niveles educativos, incluida la educación especial.<sup>7</sup>

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó en 2010 que 18% de la población mundial se encontraba en edad de 10 a 19 años, 88% vivían en países en desarrollo, de las cuales 19% han tenido un embarazo antes de los 18 años de edad. De los siete millones de nacimientos de madres adolescentes menores de 18 años, dos millones son de menores de 15 años.<sup>2</sup>

Lo anterior se corrobora por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien menciona que alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente, lo que representa cerca del 11% de todos los nacimientos, de los cuales 95% ocurren en países en desarrollo y nueve de cada diez de estos nacimientos ocurren dentro de un matrimonio o unión.<sup>5</sup>

Por otro lado, el Banco Mundial refiere que América Latina y el Caribe presentan las mayores tasas de embarazo en adolescentes (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). Si bien las tasas están disminuyendo en todo el mundo, en América Latina este proceso ha sido extremadamente lento, al parecer por las condiciones de desigualdad que presenta la región. Un dato preocupante es que América Latina y el Caribe es la única región donde los nacimientos madres menores de 15 años aumentaron.<sup>8</sup>



El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) agrega a esto que 22% de las niñas adolescentes en América Latina y el Caribe inician su vida sexual antes de los 15 años, el porcentaje más elevado entre las diferentes regiones, comparado con 11% de las mujeres y 6% de los hombres, a nivel mundial.<sup>2</sup>

El embarazo en adolescentes se está agravando en muchos países, lo que muestra la necesidad de atender el problema decididamente. En Bolivia, por ejemplo, entre 2003 y 2008, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas pasó de 14.7% a 18%. Más del 25% de ellas apenas concluyeron la educación primaria. Solamente una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas señaló usar un método anticonceptivo, a pesar de que 92% conocen al menos uno. 9% de las adolescentes menores de 13 años habían estado embarazadas o ya eran madres.<sup>5</sup>

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, México se encuentra en una posición intermedia en relación a estos países, con 69.5 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años.<sup>9</sup>

En una encuesta realizada por El Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA de la sexualidad en la Ciudad de México, se observó que la edad promedio de la primera penetración vaginal fue de 17.4 años, y que en generaciones previas, nacidas durante la década de 1970, el promedio fue de 16.4 años. En la Encuesta Nacional de Jóvenes de Educación Media y Media Superior realizada por El Consejo Nacional de Población se apreció que los jóvenes empiezan a tener relaciones a los 16 años, en el caso de las mujeres, y entre los 14 y los 15 años en el de los hombres.<sup>1</sup>

Cabe destacar en México se registran 400,000 nacimientos anuales, 20% en mujeres menores de 20 años de edad.<sup>9</sup>

Respecto a las investigaciones relacionadas con los factores de riesgo de embarazo en la adolescencia, se observa lo siguiente:

En un estudio cualitativo de casos realizado por Bernardita et al. (2007), investigación realizada en 4 grupos de 14 adolescentes, se observó con relevancia que de los factores individuales de riesgo que favorecen el embarazo fueron categorías denominadas como: “amor romántico”, no uso de métodos anticonceptivos (MAC), baja autoestima, “irresponsabilidad masculina” y falta de conocimiento en sexualidad. De los factores familiares que aparecieron con relevancia fueron: “límite estrecho familiar”, “negligencia paterna”, “padres ausentes del hogar” y “familia poco acogedora”.<sup>7</sup>

Por otro lado, en un estudio descriptivo simple realizado por Torres et al. (2007), Investigación que se realizó en 95 mujeres menores de 19 años usuarias del



servicio de ginecología de los hospitales Materno Perinatal y María Auxiliadora de Lima; se obtuvo que de las 95 adolescentes encuestadas, la comunicación dentro la familia se dio de la siguiente forma: 36.08% refirieron no tener comunicación alguna, 35.05% dijeron tener un tipo de comunicación más democrática y 20.61% reportaron tener un tipo de comunicación autoritaria y 8.24% mencionaron otro tipo de comunicación, la mixta. Con respecto a violencia, el 55.67% manifestaron haber sufrido maltrato físico en alguna ocasión, 9.27%, siempre, 34.03%, nunca y 1.03% no contestaron a esta pregunta. En cuanto al maltrato psicológico, 61.85% expresaron haberlo sufrido en ocasiones. 17.52% siempre y 20.61% nunca. Respecto a las modalidades de agresión, los reportes fueron: insultos: 47.42%; insultos más golpes: 37.11% y agresión con armas (blanca y/o de fuego): 15.46%.<sup>3</sup>

Sin embargo, en un estudio descriptivo simple, realizado por Ramírez et al. (2013), investigación realizada en 494 primigestas que acudieron a consulta al Hospital Metropolitano y al Hospital Materno infantil, elegidas por un muestreo por conveniencia, 494 que nunca habían estado embarazadas, provenientes de las unidades de atención que refirieron a esos hospitales, observaron que las adolescentes no embarazadas su grado máximo de estudios es la preparatoria en un 29.9%, también es relevante mencionar que 76.7% de ellas reportó ser estudiante, mientras que sólo el 4.9% de su contraparte, las adolescentes embarazadas, se encontraba en la escuela. La estructura familiar predominante en el grupo de las adolescentes no embarazadas fue la familia nuclear o sea padre, madre e hijo(s) (69.2%), mientras que las adolescentes embarazadas pertenecían en su mayoría a familias extensas (nuclear más otro familiar) en un 54%.<sup>10</sup>

Cabe mencionar, en un estudio descriptivo simple, realizado por Odean et al. (2012), se realizó una entrevista en 13 mujeres de entre 14 a 19 años con por lo menos un hijo, en donde se indagó sobre sus propias experiencias y pensamientos sobre el uso de anticonceptivos. Los resultados de las entrevistas, y la información de fuentes secundarias, muestran múltiples causas de los embarazos adolescentes y la falta de uso de anticonceptivos, muchas de las cuales son reflejo de embarazos adolescentes en contextos de la pobreza en Argentina en general. Estas causas incluyen la falta de educación, la expectativa de las mujeres para ser madres, la falta de aprobación de la sexualidad de las mujeres, la ideología y creencias en contra del uso de anticonceptivos en la comunidad, mitos sobre anticonceptivos, la falta de educación sexual integrada, el dinámica entre los médicos y sus pacientes, y las dinámicas entre parejas que desalientan el uso de anticonceptivos y fomentan el embarazo adolescente.<sup>4</sup>

Por otra parte, en un estudio descriptivo simple, realizado por García et al. (2017), dentro del periodo de enero 2015 - diciembre 2017 en 23 embarazadas



adolescentes en la cual dentro de los factores de riesgo de tipo individuales que determinaron el embarazo en estas adolescentes, el 78.2 %presento dificultad para planear proyectos a futuros, 82.6 %poca comunicación entre la familia y la adolescente, 73.9 %observo que el per-cápita familiar bajo fue de mayor preponderancia, 78.2 % a nivel educativo bajo, y 73.9% presento incapacidad para entender las consecuencias de la iniciación precoz de las relaciones sexuales.<sup>11</sup>

Otro estudio de casos y controles, realizado por Acosta et al. (2012), en un periodo de 6 meses con 48 casos y 48 controles en adolescentes de 15 a 19 años de edad primigestas, se encontraron que en escolaridad: el 31.2% (casos) tenían primaria o menos se reportaron 31.2%, mientras que el 14.5% (controles) tenían secundaria o más, con respecto al estado civil: 25% eran solteras (casos), y el 62.5% (controles) en unión libre se, en lo referente a la ocupación: se encontró 72.9% (casos) eran amas de casa, mientras que en controles el 25% eran estudiantes. También se encontró que las adolescentes 56.2% (casos) no usaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, mientras que 54.2% (controles) si lo usaron.<sup>12</sup>

Otro estudio descriptivo, realizado por Rodríguez et al. (2016), en 30 gestantes adolescentes inscritas al centro de salud “Pedro Sánchez meza-chucapa” se reportó que el 57% de las adolescentes eran primigestas, el 33% adolescentes eran secundigestas y el 10% eran multigestas. El tipo de familia de las adolescentes, el 57% era de familia monoparental y el 43% de familia nuclear. Dentro de los antecedentes de embarazos adolescentes en la familia, 67% no presentaron antecedentes de embarazos en adolescentes, y solo el 33% tuvieron antecedentes de embarazos en adolescentes. Cabe señalar que las relaciones de las adolescentes con sus padres, 50% tenían una buena relación, seguido del 33% con una relación regular con sus padres y el 17% presento una mala relación con sus padres. Por lo anterior las personas con quien vivían antes de su embarazo, el 43% solo con su madre seguido del 40% con ambos, 7% con otros familiares (hermanos, tíos), 7% con su padre y el 3% solas. En cuanto al número de parejas sexuales, el 53% tuvieron 1 sola pareja sexual y el 47% tuvieron más de 2 parejas sexuales.<sup>13</sup>

Cabe mencionar, que en un estudio realizado por Mizzi et al. (2001), con la aplicación de encuestas a 32 adolescentes gestantes en edad de 17 a 20 años de edad, reporto que en un 66% no recibieron educación sexual por parte de institución educativa, mientras que el 34% si contaron con educación sexual. Con base a lo anterior el 97% de las adolescentes consideraron la importancia de recibir educación sexual.<sup>14</sup>



Sin embargo, en un estudio descriptivo simple, realizado por Gómez et al. (2008), en la cual se incluyeron en el estudio a 300 adolescentes atendidas en el servicio de tococirugía del Hospital General de Culiacán “Bernardo J. Gastélum”, de febrero a noviembre de 2008, reportaron que el 47% vivían en zona urbana, 32% procedían de comunidades rurales y el 21% se trataron de adolescentes migrantes.<sup>15</sup>

Además, en un estudio de casos y controles, realizado por Sánchez et al. (2013), en donde participaron 151 adolescentes gestantes de 19 años o menos, con hijos y antecedente de embarazo y 302 adolescentes controles con actividad sexual sin antecedentes de embarazo, en la cual se encontró que entre el grupo de adolescentes casos, 14.6% eran madres de 2 o más hijos. El 58.3% de los casos el padre del hijo era el conyugue, 35% el novio y 6% otra persona. El 29.8% de los casos el padre del hijo fue adolescente, mientras 70.2% fue mayor de 19 años, siendo 21.9% adultos. De la totalidad de adolescentes gestantes o con hijos, el 58.9% admitieron que los embarazos no fueron planeados, y las razones argumentadas por las propias adolescentes fueron la no planificación familiar en un 53.9% y uso inadecuado de los métodos de planificación familiar 39.3%, entre otras causas. El 80.8% no se encontraba planificando al momento del embarazo, mientras 7.9% pensó en interrumpir el embarazo.<sup>16</sup>

Por el contrario, en un estudio descriptivo realizado por Rodríguez et al. (2012), estudio realizado en 440 adolescentes de 12 a 18 años de edad gestantes, que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del hospital de maternidad “Mariana de Jesús” de septiembre 2012 a 2013. En la cual se observó que dentro de las causas psico-sociales el mayor porcentaje lo presenta la falta de educación sexual 30%, luego problemas familiar 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza 20% cada uno y 7% abuso sexual.<sup>13</sup>





#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Unidad de Medicina Familiar No. 33, se ha identificado un incremento en la frecuencia de embarazo en adolescentes. Al revisar las investigaciones realizadas, existe un estudio hecho por Aguilar, et al. (2017) de tipo descriptivo en 372 adolescentes (mujeres y hombres) de 14 a 19 años, en donde se identificaron factores de riesgo familiares para presentar un embarazo adolescente, sin embargo, no se consideraron los factores sociodemográficos del grupo más vulnerable, que son las mujeres adolescentes.<sup>17</sup>

En México, el embarazo adolescente tiene una tendencia a la alza imparable, de acuerdo con la estadística de natalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el 2011 nacieron en el país 2.58 millones de niñas y niños; de ellos 473 mil de madres menores de 19 años de edad. Esta cifra equivale a 18.4%, es decir, prácticamente uno de cada 5 nacidos vivos en el 2011 son hijos e hijas de madres adolescentes. La tasa de fecundidad en 2011, de las mujeres entre 12 y 19 años, fue de 37 nacimientos por cada 1 000 mujeres y de estas hasta 40% no planearon ni desearon el embarazo.<sup>18</sup>

Al respecto, Salazar, et al. (2008) hicieron un estudio descriptivo simple en 15 adolescentes que fueron madres, observando que 93,3% antes del embarazo eran solteras y el 6.6% tenían matrimonio civil; durante el embarazo permanecieron solteras el 60%, el 20 % contrajo matrimonio religioso y el 13.3% se encontraba en unión libre. Después del embarazo permanecieron solteras el 46.6%, en matrimonio civil se mantuvo el 6.6%, aumentando el matrimonio religioso al 26.6% y la unión libre en 20%.<sup>19</sup>

Por otro lado Alarcón, et al. (2009), realizaron un estudio descriptivo simple, en 75 mujeres adolescentes, encontrando que 37.3% presentaron factores educativos inadecuados de los padres: 64% convivían con sus padres, 52 % llevaban relaciones inadecuadas, 68% no conversaban sobre aspectos de sexualidad y embarazo, 12% tenían apoyo espiritual y económico de la pareja, 68% no usaba ningún método de planificación familiar, 72% refirieron una relación de pareja estable y, por último, 28% presentaron promiscuidad.<sup>20</sup>

Por otro lado García, et al. (2018) desarrollaron un estudio descriptivo simple en 23 embarazadas adolescentes, observando que 78.2% presentaron dificultad para planear proyectos futuros, 8.6% presentaron poca comunicación con su familia, 73.9% presentaron per cápita familiar bajo y 78.2% presentaron bajo nivel educacional y 73.9% presentaron incapacidad para entender las consecuencias de la iniciación precoz de las relaciones sexuales.<sup>21</sup>



En otro estudio de tipo correlacional llevado a cabo por Carrillo, et al. (2018) en 137 madres jóvenes con antecedente de embarazo, se observó que la edad promedio de las encuestadas fue de  $19.8 \pm 1.9$ , el 56.2% eran solteras, el 68.5% estudiaron nivel básico, 75.9 dependían económicamente de su padre y solo el 34.3% continuaron con sus estudios. Encontraron también que antes del embarazo, el 56.9% no hacían ejercicio, el 30% consumían alcohol y el 13.9% tabaco. Actualmente, el 62.7% utilizan algún método anticonceptivo. En cuanto al promedio de la presentación de la menarca, esta fue a los  $12.2 \pm 1.4$  años, el primer embarazo se presentó a los  $14.9 \pm 1.2$  años. Por lo que las mujeres de 13 años tienen una mayor prevalencia de consumo de alcohol (50%) y las de 14 años, de tabaco (21.2%), sin embargo, no se identificó asociación significativa ( $p > 0.05$ ).<sup>22</sup>

Con base en lo anterior, me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes de la UMF 33?



## 5. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores sociodemográficos de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes de la UMF 33.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la edad como factor de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes de la UMF 33.
2. Identificar la no utilización de algún método planificación familiar, como factor de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes de la UMF 33.
3. Identificar la edad de inicio de la primera relación sexual, como factor de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes de la UMF 33.
4. Identificar el número de parejas sexuales, como factor de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes de la UMF 33.
5. Identificar el tipo de familia, como factor de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes de la UMF 33.
6. Identificar quien otorga educación sexual, como factor de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes de la UMF 33.



## 6. MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación se llevó a cabo en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco de la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicado en la zona noreste de la Ciudad de México, en la Avenida Aquiles Serdán No. 2060, Ex-hacienda del Rosario, Azcapotzalco, C.P. 02020, Ciudad de México. El objetivo del presente estudio fue determinar los factores sociodemográficos de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes de la UMF 33.

Se llevó a cabo un estudio, observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo simple, que se realizó en una muestra de 378 mujeres adolescentes. En el estudio fueron incluidas mujeres adolescentes de 14 a 19 años, del Colegio De Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Se excluyeron del estudio las adolescentes cuyos padres no dieron su autorización para que participen, aquellas que se encontraban embarazadas y aquellas que presentaban alguna discapacidad intelectual.

La muestra fue recabada en un periodo de 2 meses y fueron eliminadas del estudio aquellas adolescentes que no llenaron correctamente o en su totalidad el cuestionario, o bien que decidieron retirarse del estudio antes de concluirlo.

Previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario para identificar factores sociodemográficos y de comunicación entre las adolescentes y los integrantes de su familia. Los factores sociodemográficos de riesgo de embarazo en mujeres adolescentes que se evaluaron fueron: edad, inicio de vida sexual activa, tipo de familia, número de parejas sexuales, el uso y tipo de método anticonceptivo, y de qué forma ha obtenido educación sexual.

El cuestionario incluyó el instrumento, escala de Comunicación entre el Adolescente y sus Padres (PACS). Dicho instrumento consta de 20 ítems, los cuales se contestan a través de una escala tipo Likert que se califica con una puntuación que va de 1 a 5 como se menciona a continuación: nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), algunas veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y siempre (5 puntos).

Dicha escala, está compuesta por dos sub-escalas que evalúan, por un lado, la comunicación con la madre y por otro, la comunicación con el padre. Cada una permite evaluar 2 aspectos de la comunicación: el primero indica el grado de apertura en la comunicación (comunicación positiva, libre, comprensiva y satisfactoria), se obtiene mediante la suma directa de sus ítems (1, 3, 6, 7, 8, 13, 14, 16 y 17). Una puntuación mayor indica mejor comunicación entre el progenitor



y el adolescente. El segundo, la presencia de problemas en la comunicación (comunicación poco eficaz, crítica y/o negativa), se invierten los ítems que corresponden a dicha escala (2, 4, 5, 10, 11, 12, 15, 18, 19 y 20) y luego se suma los puntajes.

El análisis estadístico se realizó a través de estadística descriptiva. Los datos obtenidos de los cuestionarios se concentraron en una base de datos del programa Microsoft Excel 2010. El análisis de resultados se realizó a través de estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, moda). La representación gráfica de los resultados se realizó a través de gráficas de sectores y de barras.



## 7. RESULTADOS

De las 378 mujeres adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario, que participaron en el estudio se excluyó a 50 participantes por no contestar completamente el cuestionario, obteniendo los siguientes resultados:

De acuerdo a la distribución por grupo de edad de las 328 (100%) mujeres adolescentes, se obtuvo que 166 (49%) de las mujeres se encontraron entre 14 a 16 años de edad y 162 (51%) entre 17 a 19 años. (Tabla y grafica N.1).

Con respecto a la distribución de inicio de vida sexual activa en las 328 (100%) adolescentes, se encontró que: 196 (60%) no habían iniciado vida sexual, 87(26%) iniciaron relaciones sexuales entre los 14 a 16 años y 45(14%) entre los 17 a 19 años. (Tabla y grafica N.2).

En lo que concierne a la información obtenida respecto a la distribución del tipo de familia a la que pertenecían de las 328 (100%) adolescentes, se identificó que: 3 (1%) presentaron una familia nuclear, 129 (39%) nuclear simple, 90 (27%) monoparental, 104 (32%) no parental, 2 (1%) con personas que no eran de su familia de origen. (Tabla y grafica N.3)

Respecto a la distribución respecto a múltiples parejas sexuales, de las 328 (100%) adolescentes, se obtuvo: 200 (61%) no habían iniciado su vida sexual, 86 (26%) habían tenido una pareja sexual, 30 (9%) habían tenido dos parejas sexuales y 12 (4%) refirieron tener 3 o más parejas sexuales. Tabla y grafica N.4).

En lo referente a la información obtenida sobre la frecuencia de uso de algún método anticonceptivo, de las 328 (100%) adolescentes: 213 (65%) no habían utilizado ningún método de planificación familiar, 37 (11%) a veces utilizaron algún método anticonceptivo, 78 (24%) siempre utilizaron algún método de planificación familiar. (Tabla y grafica N.5).

De acuerdo a la distribución sobre que método utilizaron para evitar un embarazo: 197 (60%) no utilizo ningún método de planificación familiar, 7 (2%) utilizaban el método del ritmo, 71 (22%) refirieron uso de condón, 25 (8%) refirieron utilizar anticonceptivo de emergencia, 15 (5%) refirieron coito interrumpido, 5(2%) refirieron uso de anticonceptivos orales, 1 (0%) refirió dispositivo intrauterino, 1 (0%) refirió implante subdermico, 6 (2%) refirieron utilizar otro método y ninguna utilizo inyección mensual o trimestral así como parches. (Tabla y grafica N.6)



Conforme a la distribución de acuerdo a haber recibido información de educación sexual, de las 328 (100%) adolescentes se identificó que: 150 (46%) obtuvieron educación sexual de la escuela, 20 (6%) de sus padres, 36 (11%) de sus amistades, 43 (13%) de internet, 15 (5%) de alguna farmacia, 10 (3%) de algún familiar, 47 (14%) de alguna institución de salud, 5 (2%) por otro medio y 2(1 %) no obtuvieron ninguna información. (Tabla y grafica N.7)

En cuanto a la distribución respecto a la comunicación positiva, libre, comprensiva y satisfactoria de las 328 (100%) de las adolescentes, se encontró que: del grupo de 14 a 16 años, 35 (11%) tenían comunicación con la madre, 30 (9%) con el padre; y del grupo de 17 a 19 años, 44 (13%) tenían comunicación con la madre, 34 (10%) con el padre. (Tabla y grafica N.8)

Respecto a la distribución de la comunicación poco eficaz, crítica y/o negativa de las 328 (100%) de las adolescentes se observó lo siguiente: del grupo de 14 a 16 años, 27 (8%) tenían ese tipo de comunicación con la madre y 45 (14%) con el padre; y del grupo de edad de 17 a 19 años, 51 (16%) refirieron tenerla con la madre y 62 (19%) con el padre. (Tabla y grafica N.9)

Conforme a la distribución de la comunicación con ambos padres, de las 328 (100%) adolescentes que participaron en el estudio, se obtuvo la siguiente información: 143 (44%) presentaron comunicación positiva, libre, comprensiva y satisfactoria con ambos padres y 185 (56%) tuvieron una comunicación poco eficaz, crítica y/o negativa. (Tabla y grafica N.10)



## 8. TABLAS Y GRAFICAS

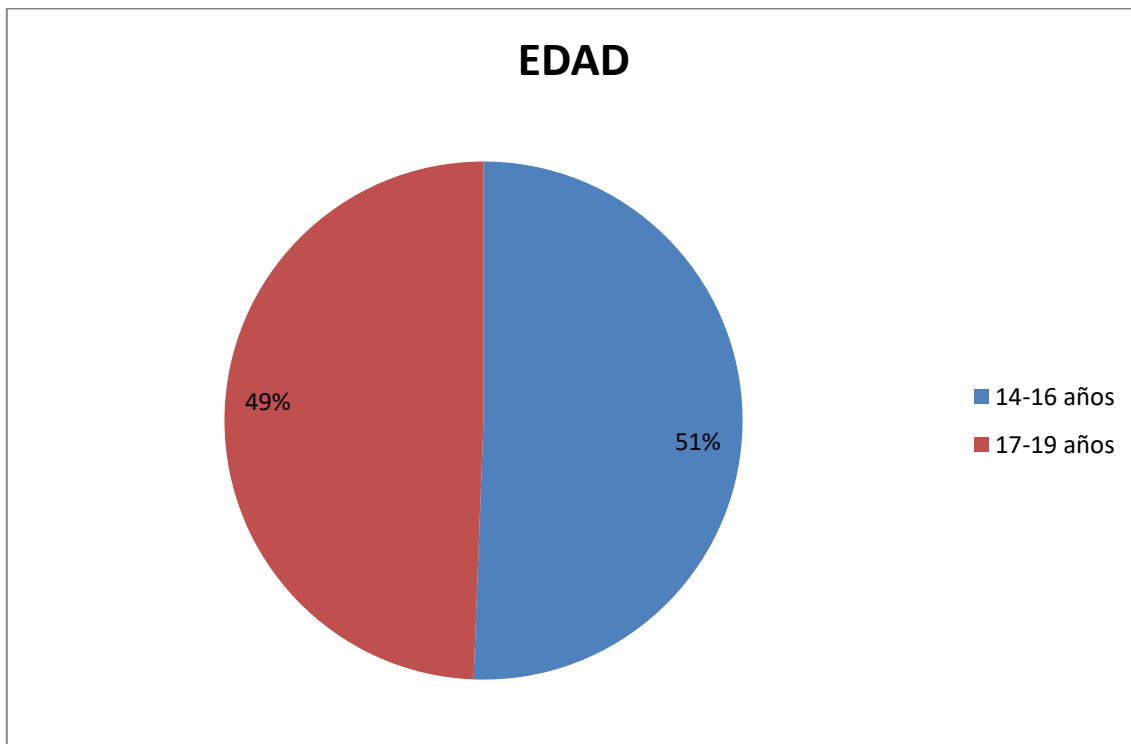
**TABLA N 1**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD EN LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 – 16	166	51 %
17 – 19	162	49%
Total	328	100%

**GRÁFICA N1**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD EN LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO



Fuente: Cuestionario factores de riesgo para embarazo en adolescentes de la UMF 33 El Rosario.





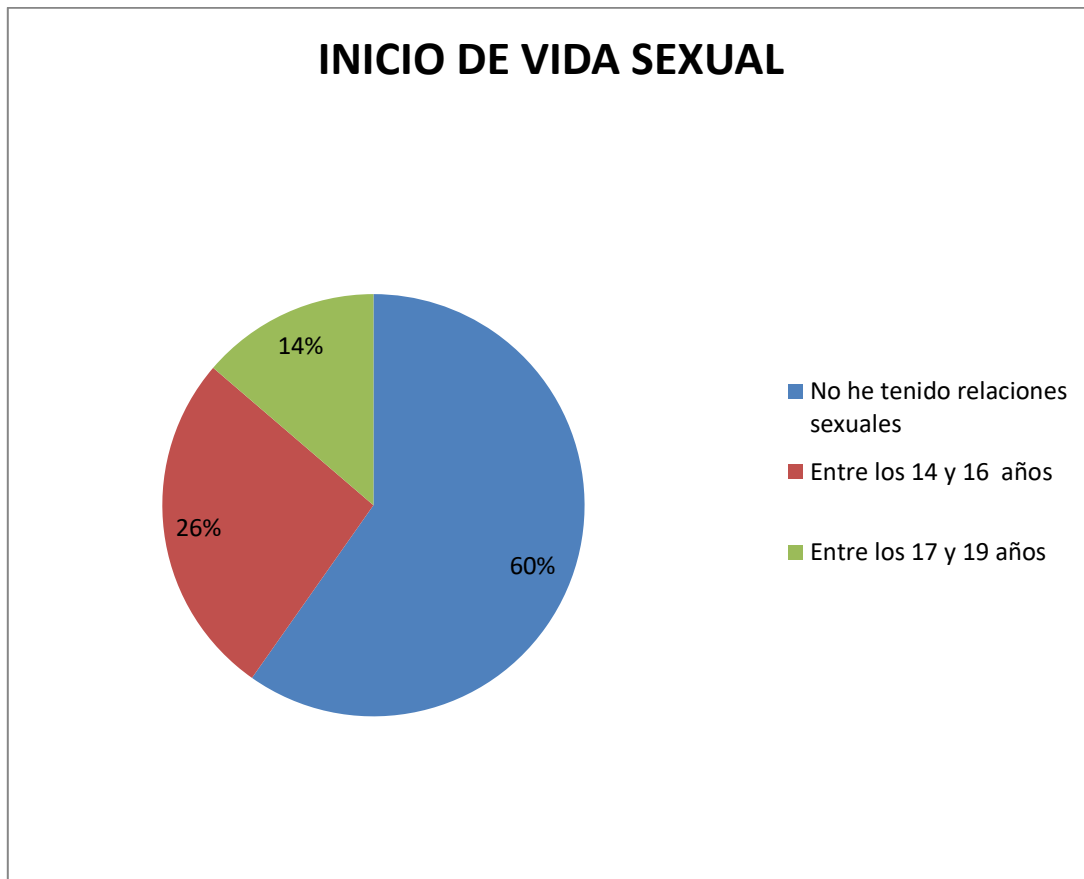
**TABLA N 2**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD INICIAL DE VIDA SEXUAL, EN LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No33 EL ROSARIO

INICIO DE VIDA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	196	60%
Entre los 14 y 16 años	87	26%
Entre los 17 y 19 años	45	14%
Total	328	100%

**GRÁFICA N2**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD INICIAL DE VIDA SEXUAL, EN LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO



Fuente: Cuestionario factores de riesgo para embarazo en adolescentes de la UMF 33 El Rosario.



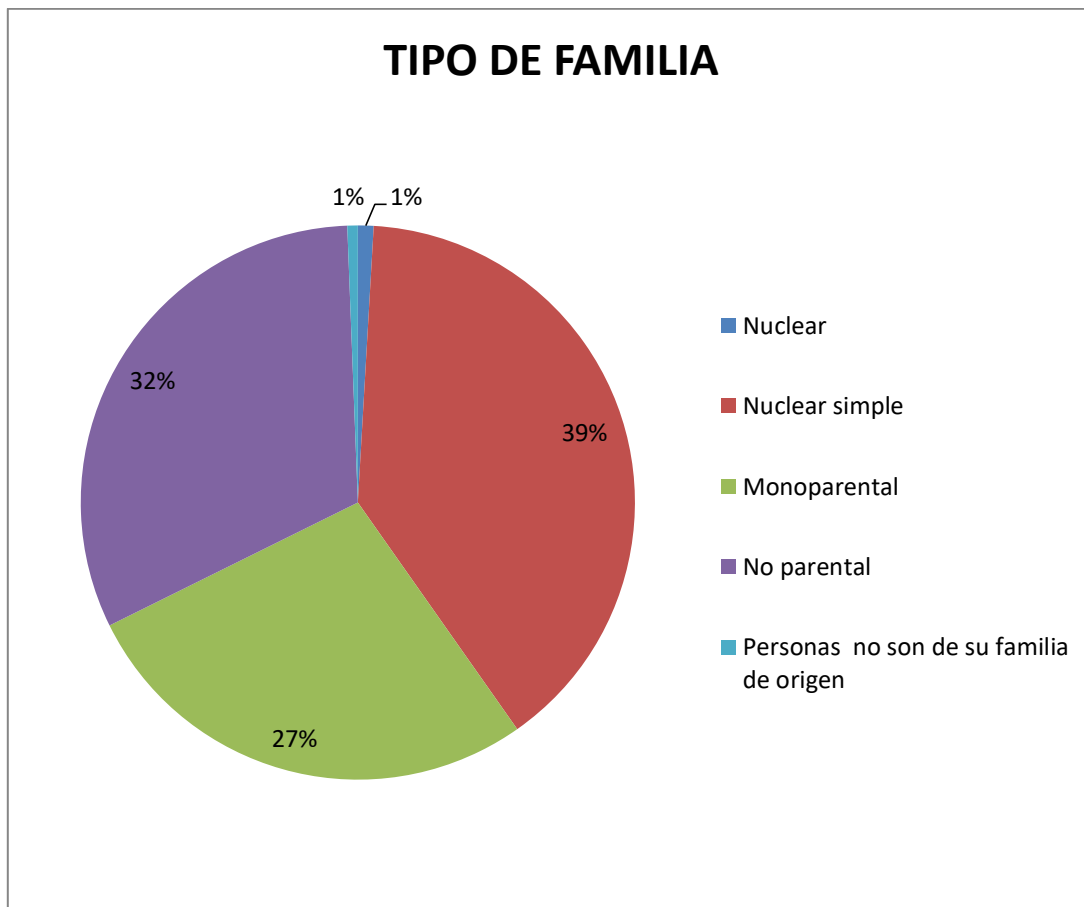
**TABLA N 3**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL TIPO DE FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
 No 33 EL ROSARIO

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nuclear	3	1%
Nuclear simple	129	39%
Monoparental	90	27%
No parental	104	32%
Personas que no son de su familia de origen	2	1%
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N3**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL TIPO DE FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
 No 33 EL ROSARIO



Fuente: Cuestionario factores de riesgo para embarazo en adolescentes de la UMF 33 El Rosario.



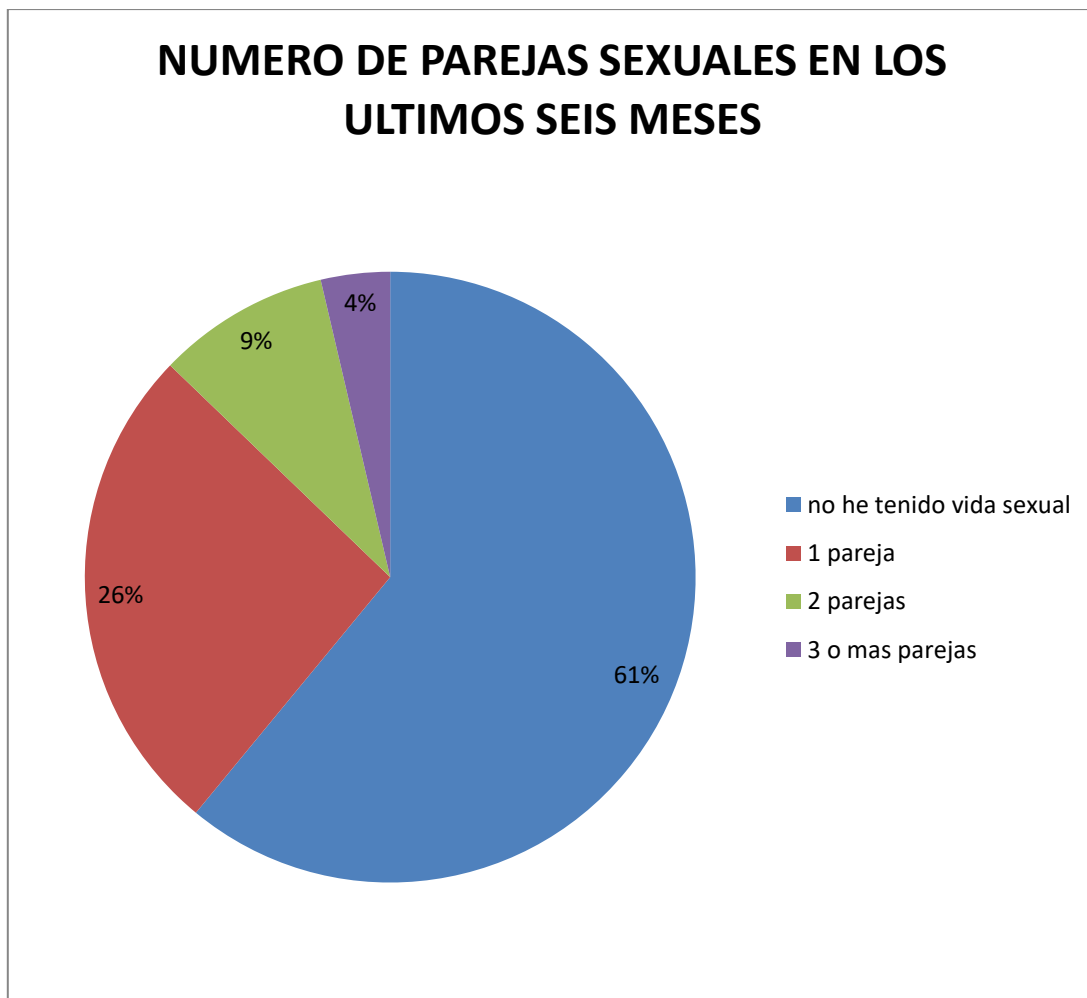
**TABLA N 4**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	200	61%
1 pareja	86	26%
2 parejas	30	9%
3 o más parejas	12	4%
Total	328	100%

**GRÁFICA N 4**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO



Fuente: Cuestionario factores de riesgo para embarazo en adolescentes de la UMF 33 El Rosario.



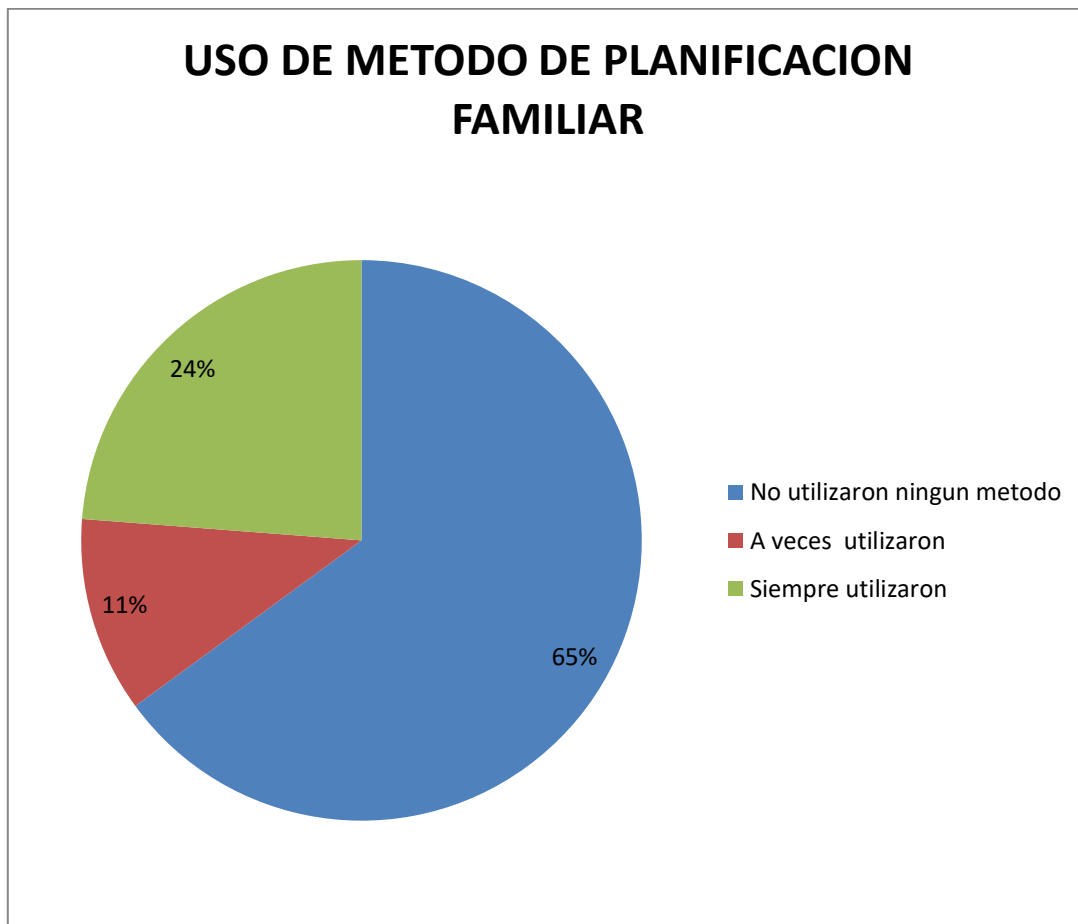
**TABLA N 5**

DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE ACUERDO AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN POR LAS  
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO

USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No utilizo ningún método	213	65%
A veces si lo utilizo	37	11%
Siempre utilizo algún método	78	24%
Total	328	100%

**GRÁFICA N 5**

DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE ACUERDO AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN POR LAS  
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO



Fuente: Cuestionario factores de riesgo para embarazo en adolescentes de la UMF 33 El Rosario.



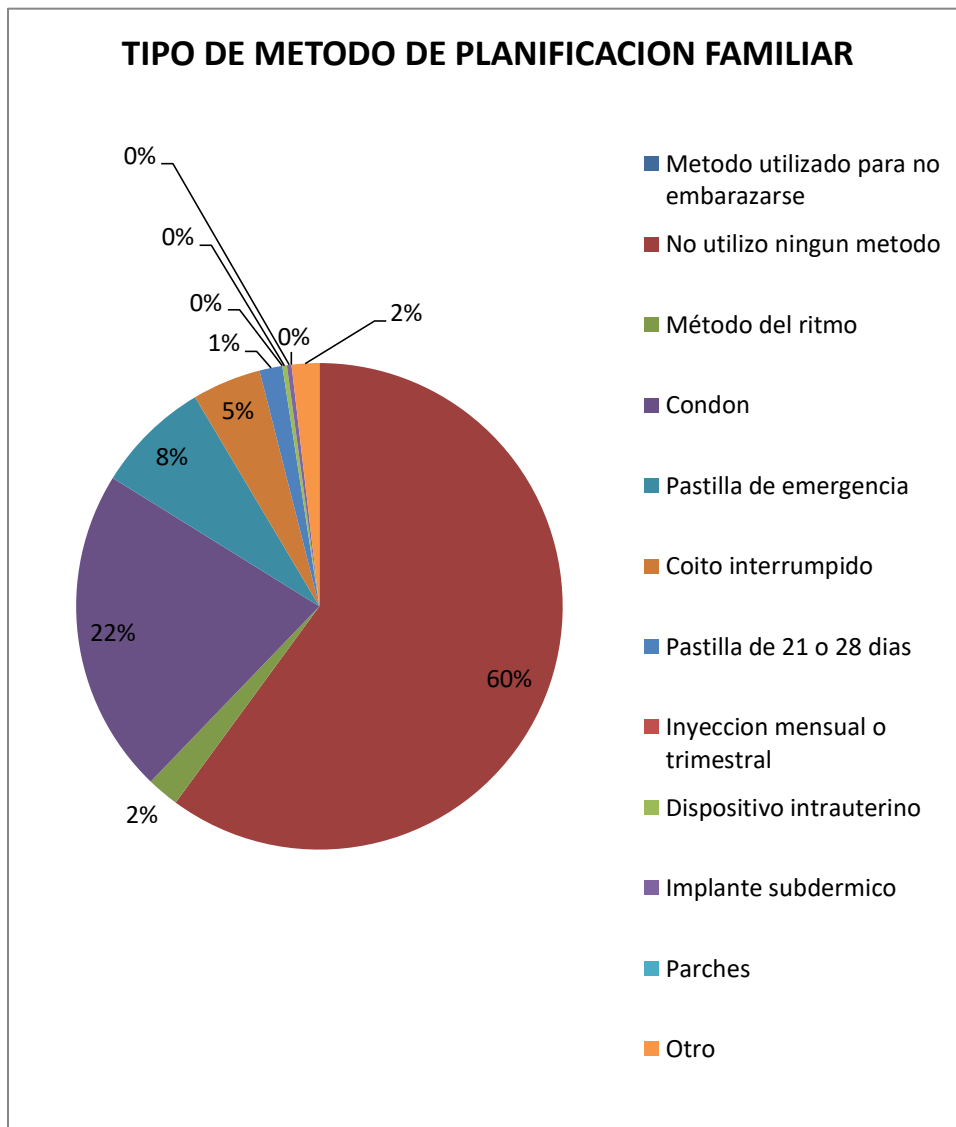
**TABLA N 6**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA FRECUENCIA SOBRE EL TIPO DE METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADO POR LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO

TIPO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No utilizo ningún método	197	60%
Método del ritmo	7	2%
Condón	71	22%
Anticonceptivo de emergencia	25	8%
Coito interrumpido	15	5%
Anticonceptivos orales	5	1%
Inyección mensual o trimestral	0	0%
Dispositivo intrauterino	1	0.30%
Implante subdérmico	1	0.30%
Parches	0	0%
Otro	6	2%
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N 6**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA FRECUENCIA SOBRE EL TIPO DE METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADO POR LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO



Fuente: Cuestionario factores de riesgo para embarazo en adolescentes de la UMF 33 El Rosario.



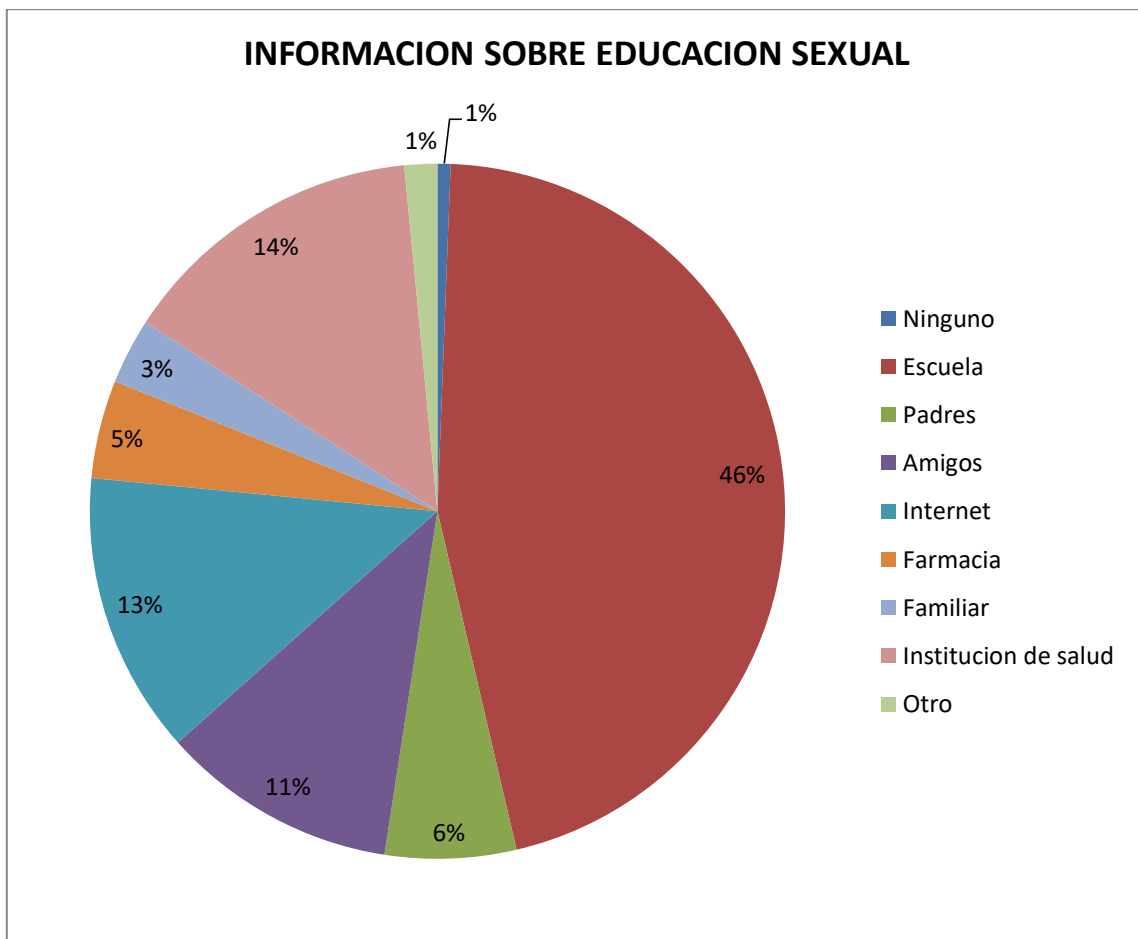
**TABLA N 7**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DEL MEDIO DE INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO

INFORMACION DE EDUCACION SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	2	1%
Escuela (maestros)	160	46%
Padres	20	6%
Amigos	36	11%
Internet	45	13%
Farmacia	15	5%
Familiar	10	3%
Institución de salud	47	14%
Otro	5	1%
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N 7**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DEL MEDIO DE INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO



Fuente: Cuestionario factores de riesgo para embarazo en adolescentes de la UMF 33 El Rosario.



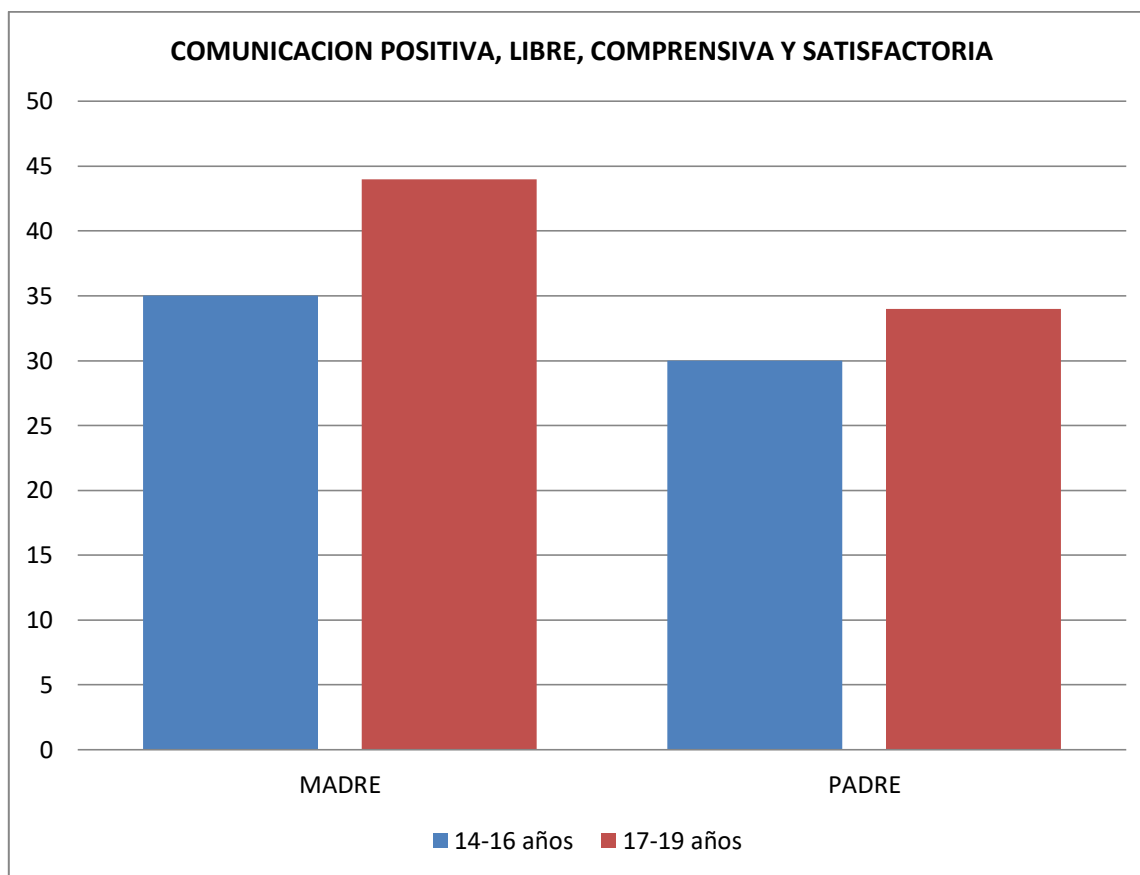
**TABLA N 8**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA COMUNICACIÓN POSITIVA, LIBRE, COMPENSIVA Y SATISFACTORIA ENTRE LAS ADOLESCENTES Y SUS PADRES DE LA UMF No 33 EL ROSARIO

GRUPO DE EDAD	COMUNICACIÓN POSITIVA, LIBRE, COMPENSIVA Y SATISFACTORIA			
	MADRE		PADRE	
14 A 16 AÑOS	35	11%	30	9%
17 A 19 AÑOS	44	13%	34	10%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>24%</b>	<b>64</b>	<b>19%</b>

**GRÁFICA N 8**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA COMUNICACIÓN POSITIVA, LIBRE, COMPENSIVA Y SATISFACTORIA ENTRE LAS ADOLESCENTES Y SUS PADRES DE LA UMF No 33 EL ROSARIO



Fuente: Cuestionario factores de riesgo para embarazo en adolescentes de la UMF 33 El Rosario.



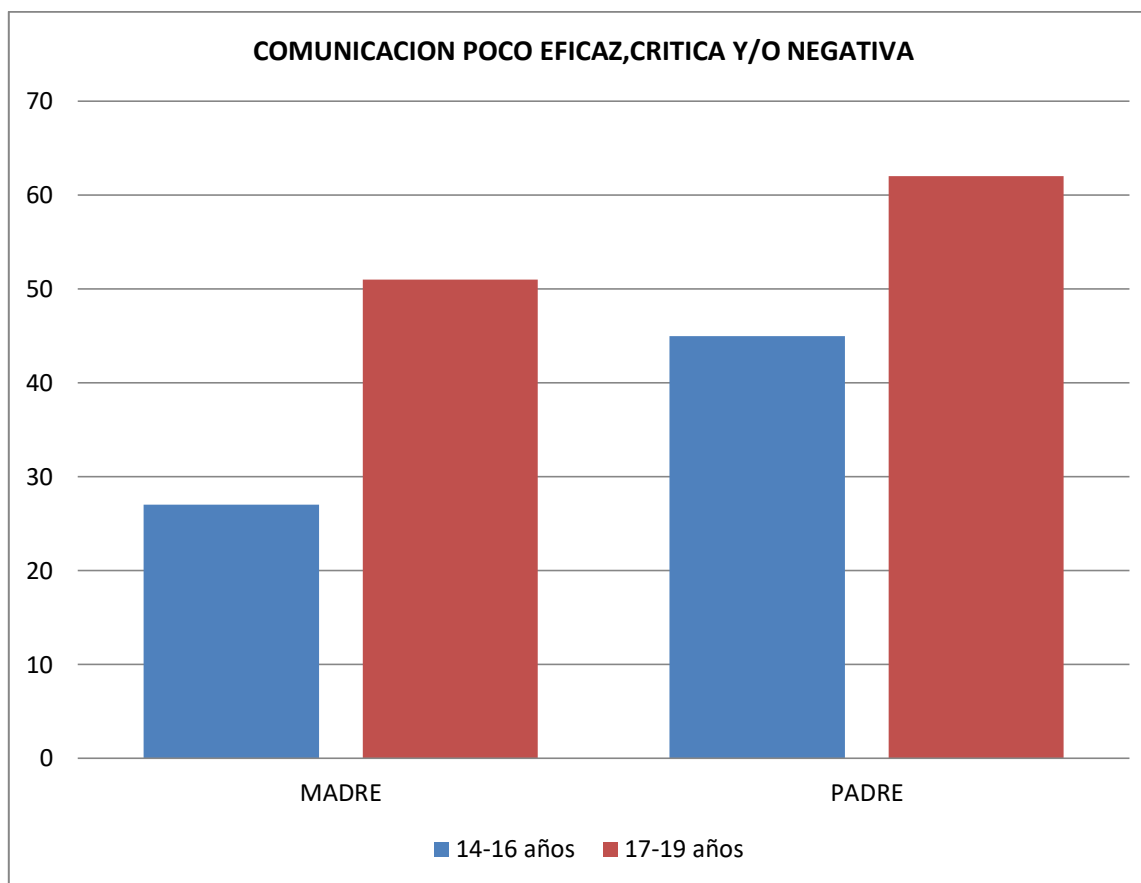
**TABLA N 9**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA COMUNICACIÓN POCO EFICAZ, CRÍTICA Y/O NEGATIVA ENTRE LAS ADOLESCENTES Y SUS PADRES DE LA UMF No 33 EL ROSARIO

GRUPO DE EDAD	COMUNICACIÓN POCO EFICAZ, CRÍTICA Y/O NEGATIVA			
	MADRE		PADRE	
14 A 16 AÑOS	27	8%	45	14%
17 A 19 AÑOS	51	16%	62	19%
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>23%</b>	<b>107</b>	<b>33%</b>

**GRÁFICA N 9**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA COMUNICACIÓN POCO EFICAZ, CRÍTICA Y/O NEGATIVA ENTRE LAS ADOLESCENTES Y SUS PADRES DE LA UMF No 33 EL ROSARIO



Fuente: Cuestionario factores de riesgo para embarazo en adolescentes de la UMF 33 El Rosario.





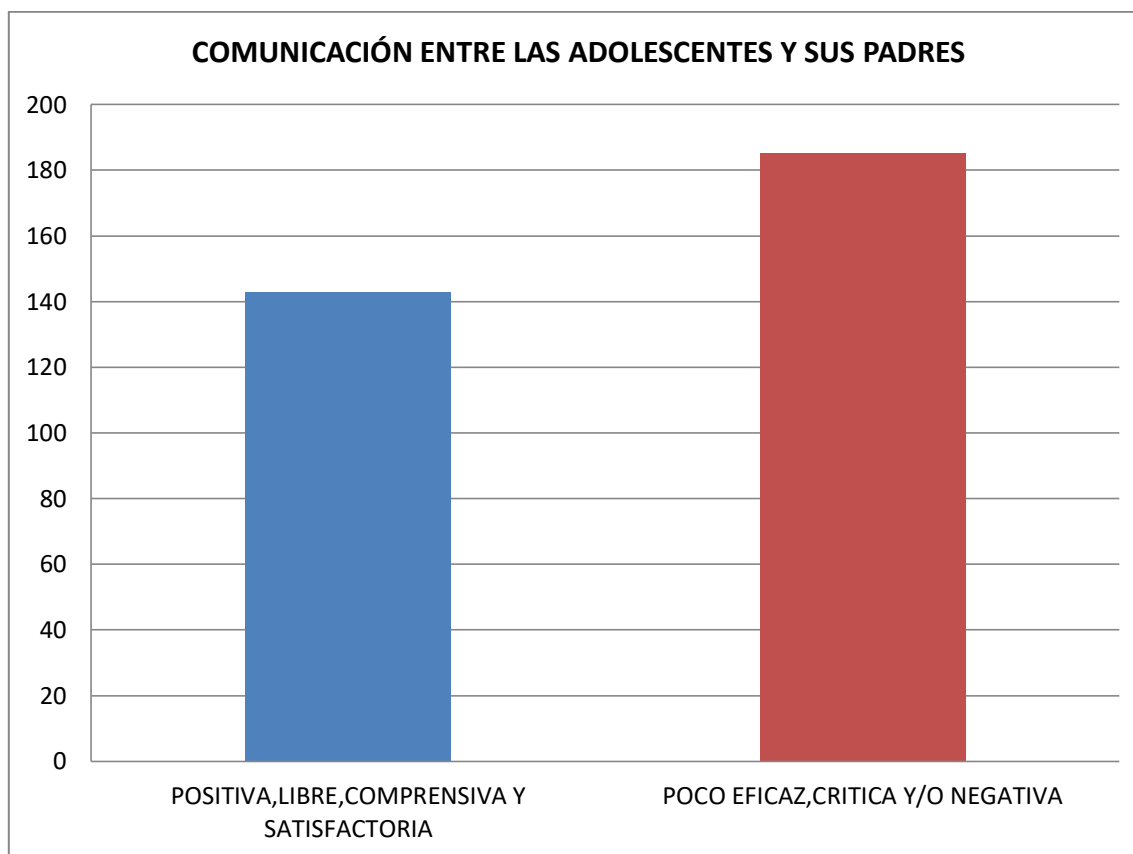
**TABLA N 10**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS ADOLESCENTES Y SUS PADRES DE LA UMF No 33 EL ROSARIO

TIPO DE COMUNICACION	AMBOS PADRES	
POCO EFICAZ CRITICA Y/O NEGATIVA	185	44%
POSITIVA, LIBRE, COMPRENSIVA Y SATISFACTORIA	143	56%
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N 10**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS ADOLESCENTES Y SUS PADRES DE LA UMF No 33 EL ROSARIO



Fuente: Cuestionario factores de riesgo para embarazo en adolescentes de la UMF 33 El Rosario.



## 9. DISCUSIÓN

En la presente investigación, se observó que el 56% de las adolescentes presentaron una comunicación poco eficaz, crítica y/o negativa y 43% presentaron una comunicación positiva, libre, comprensiva y satisfactoria, similar a lo observado por Rodríguez et al. (2016) en donde el 50% tuvieron una buena relación, seguido del 33% con una relación regular con sus padres y el 17% presentó una mala relación con sus padres.

Así mismo, se identificó que: 1% (n=3) presentaron una familia nuclear, 39% (n=129) nuclear simple y 27% (n=90) monoparental. Esto coincide con lo observado por Rodríguez et al. (2016), en 30 gestantes adolescentes en donde el tipo de familia de las adolescentes, el 57% era de familia monoparental y el 43% de familia nuclear. Al respecto, cabe mencionar que la familia monoparental y la familia donde no hay padres de la adolescente, son aquellas en las que existe mayor riesgo de embarazo adolescente.

Asimismo, se observó que respecto al número de parejas sexuales, el 60.97% (n=200) no habían iniciado vida sexual activa, 26.21% (n=86) tuvieron una pareja, 9.14% (n=30) tuvieron 2 parejas y el 3.65% (n=12) tenían 3 o más parejas sexuales. Esto coincide a lo reportado por Rodríguez et al. (2016) ya que encontraron que el 53% tuvieron 1 sola pareja sexual y el 47% tuvieron más de 2 parejas sexuales.

En lo que respecta a como las adolescentes obtienen información sobre educación sexual 2 (0.60%) no recibieron educación sexual y 150 (45.73%) recibieron educación sexual de la escuela. A diferencia de lo identificado por Mizzi et al. (2001), con la aplicación de encuestas a 32 adolescentes gestantes en edad de 17 a 20 años de edad, reportó que 66% no recibieron educación sexual por parte de institución educativa, mientras que el 34% sí contaron con educación sexual.

Por otro lado, respecto al método de planificación familiar que utilizaron las adolescentes 197 (60%) no utilizaron ningún método de planificación familiar, 7 (2%) utilizaron método del ritmo, 71 (22%) utilizaban condón, 25 (8%) refirieron utilizar anticonceptivo de emergencia, 15 (5%) refirieron coito interrumpido, 5 (2%) utilizaban anticonceptivos orales, 1 (0%) dispositivo intrauterino, 1 (0%) implante subdérmico, 6 (2%) otro método y ninguna utilizó inyección mensual o trimestral así como parches. Siendo semejante a lo encontrado por Odean et al. (2012), en donde los resultados de las



entrevistas, y la información de fuentes secundarias, muestran múltiples causas de los embarazos adolescentes y la falta de uso de anticonceptivos.

Cabe mencionar que respecto a la utilización de algún método anticonceptivo, se identificó que 64.93% (n=213) no utiliza ningún método, 11.28% (n=37) en ocasiones lo utilizan y 23.78% (n=78) siempre lo utilizan. Siendo esto similar a lo encontrado por Carrillo, et al. (2018) quienes encontraron que en 137 jóvenes encuestadas, el 62.7% utilizan algún método anticonceptivo.



## 10. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en la presente investigación concluimos que en la UMF 33 El Rosario, la comunicación entre los padres y las 328 adolescentes, 185 (56.40%) presentaron una comunicación poco eficaz, crítica y/o negativa, 143 (43.59%) una comunicación positiva, libre, comprensiva y satisfactoria.

En cuanto a la distribución de grupos por edad se encontró que el 166 (51%) tenían entre 14 a 16 años de edad, 162 (49%) tenían entre 17 y 19 años, 196 (60%) no habían tenido relaciones sexuales, 87 (26.52%) iniciaron vida sexual activa entre los 14 a 16 años, 45 (13.72%) iniciaron relaciones sexuales entre los 17 a 19 años.

Los resultados de esta investigación corroboran que las adolescentes reciben educación sexual en su gran mayoría en la escuela, aunque una gran parte de ellas viven con ambos padres y hermanos, pero no existe una comunicación positiva, libre y comprensiva, lo que puede condicionar el inicio de vida sexual a corta edad, así como su inexperiencia en el uso adecuado de métodos anticonceptivos exponiéndolas a presentar un embarazo en la adolescencia, lo que condicionaría un cambio en su expectativa de vida, por lo que se deben implementar medidas de reforzamiento en las personas encargadas de los programas de educación sexual en las escuelas.

Se considera que la presente investigación será benéfica para el médico familiar, ya que al ser el primer contacto con la población será posible identificar en que adolescentes se encuentra una comunicación poco eficaz, crítica y/o negativa con sus padres, con ayuda de un instrumento que valora el tipo de comunicación entre los adolescentes y sus padres con la finalidad de hacer una evaluación integral de estas pacientes y realizar las intervenciones necesarias para preservar su salud

De igual forma será de utilidad para las adolescentes ya que la presente investigación permite identificar las áreas vulnerables que puedan condicionar a las adolescentes a presentar un embarazo durante la adolescencia, no solo por los riesgos obstétricos que se puedan presentar, sino por la dificultad para el logro de sus metas, desde diferentes puntos de vista como social, psicológico, familiar y funcional.

Por último, no omitimos mencionar que la realización de este estudio abre la posibilidad a nuevas investigaciones relacionadas con el embarazo en la adolescencia como las que se mencionan a continuación: evaluar el nivel de



conocimiento sobre métodos anticonceptivos, así como considerar una investigación sobre los factores asociados a la mala comunicación familiar y el inicio de la vida sexual activa de las adolescentes y por último una investigación donde se compare el tipo familiar como factor de riesgo para presentar un embarazo en la adolescencia con el fin de identificar áreas en las que se deba realizar alguna intervención oportuna.



## 11. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Mora CA, Hernández VM. Embarazo en la adolescencia. GinecolObstetMex. 2015;83: 294-301.
- 2.- La adolescencia: una época de oportunidades. (Internet). Nueva York, USA: UNICEF; (Actualizado 2011; citado el 03 de Feb 2019). Disponible en: [https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF - Estado Mundial de la Infancia 2011 - La adolescencia una época de oportunidades.pdf](https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf)
- 3.- Torres CC. Factores de riesgo en adolescente embarazada. Lima, Perú. 2002; 16.
- 4.- Los factores sociales que influyen en el embarazo y en el uso de anticonceptivos de adolescentes en el Barrio 25 de mayo, Maipu, Argentina; (Actualizado 2012; citado el 03 de Feb 2019). Disponible en: [https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=2495&context=isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=2495&context=isp_collection).
- 5.- Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. (Internet). México; (Actualizado 2015; citado el 03 de Feb 2019). Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232448/1\\_ENAPEA\\_Reu\\_Extraordinaria\\_MMT.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232448/1_ENAPEA_Reu_Extraordinaria_MMT.pdf).
- 6.- García OA, González SM. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. Cuba. 2018; 22.
- 7.- Baeza BW, Poo FA, Vázquez PO, Muñoz NS, Vallejos VC. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Chile. 2007; 72 (2):76-81.
- 8.- Embarazo adolescente y oportunidades en América latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. (Internet). Washington; (Actualizado 2012; citado el 03 de Feb 2019). Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/pdf/831670WPOSPANI0Box0382076B00PUBLIC0.pdf>.
- 9.- Encuesta nacional de la dinámica demográfica ENADID. (Internet). México; (Actualizado 2015; citado el 03 de Feb 2019). Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2014/doc/resultados\\_enadid14.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2014/doc/resultados_enadid14.pdf).
- 10.- Ramírez AJ, Gómez GC, Villarreal JZ, García EF, Rodríguez RI, Rosas HC, Flores CM. Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. México. 2013; 15 (59):64-72.



- 11.- García OA, González SM. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes. Cuba. 2018; 22 (33): 416-427.
- 12.- Acosta VM, Cárdenas AV. El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. México. 2012; 50 (4): 371-374.
- 13.- Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad mariana de Jesús de septiembre 2012 a febrero 2013. (Internet). Ecuador; (Actualizado 2013; citado el 03 de Feb 2019). Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>.
- 14.- Educación sexual preventiva en adolescentes. (Internet). México, (Actualizado 2015; citado el 03 de Feb 2019). Disponible en: [http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:EducacionJealvarado/ALVARADO\\_THIMEOS\\_Julia\\_Eliana\\_Tesis.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:EducacionJealvarado/ALVARADO_THIMEOS_Julia_Eliana_Tesis.pdf).
- 15.- Barraza GJ, Murillo LJ. Factores asociados a embarazo en adolescentes. México. 2010; 4 (4): 118-123.
- 16.- Sánchez VY, Mendoza TI, Grisales LB, Ceballos ML, Bustamante FJ, Muriel CE, Chaverra L, Acuña PM. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tulúa, Colombia. 2013; 78 (4): 269-281.
- 17.- Aguilar CE, Martini BH. Factores de riesgo familiares asociados a embarazo en adolescentes del área de influencia de la unidad de medicina familiar n. 33, "El rosario". [Tesis especialidad médica]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2017.
- 18.- Censo General de Población y Vivienda 2010. (Internet). México, (INEGI 2012). Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/default.aspx>
- 19.- Salazar AA, Acosta MM, Lozano RN, Quintero CM. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: Estudio piloto en Bogotá, Colombia. 2008; 12(2):169-182.
- 20.- Alarcón AR, Coello LJ, Cabrera GJ, Monier DG. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Cuba. 2016; 35 (2): 280-289.
- 21.- García OA, González SM. Factores de riesgo asociados a embarazo adolescente. Cuba. 2018(Rev Ciencias Médicas); 22(3). Disponible en: [www.revcompinar.sld.cu/Index.php/publicaciones/article/view/3459](http://www.revcompinar.sld.cu/Index.php/publicaciones/article/view/3459).
- 22.- Carrillo SJ, Manzanero RD. Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción. México. 2018; 3(4):268-278.



23.- Diccionario de la lengua española-edición tricentenario (Internet). México: Real academia española; (actualizado 2018; citado el 2 ene 2018). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=ESTMxfN>.

24.- Apolinar ML, Fernández OM, Quiroz PJ, Rodríguez LJ. Familia, introducción al estudio de sus elementos, editores de textos mexicanos primera edición 2008; Pp 70-71.

25.- Alfonso ML, Arias GM, Pedraza PM, Micolta CP, Ramírez RA, Cáceres GC, López SD, Núñez GA, Acuña PM. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. 2012; 77 (4): 271-279.

26.- Real academia española (Internet). México: Hipertextual; (actualizado 2019; citado el 8 abr 2019). Disponible en: <https://hipertextual.com/2015/12/tipos-familia>.

27.- Real academia española (Internet). México: Definicion.de; (actualizado 2018; citado el 8 abr 2019). Disponible en: <https://definicion.de/promiscuidad/>.

28.- Profamilia; pensando en ti (Internet). México: Profamilia; (actualizado 2018; citado el 8 abr 2019). Disponible en: <https://profamilia.org.co/inicio/hombre-2/servicio-hombre/planificacion-familiar-hombre/>.

29.- Definición de educación sexual (Internet). EUA: Planned parenthood; (actualizado 2019; citado el 8 abr 2019). Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/para-educadores/que-es-la-educacion-sexual>.

30.- Real academia española (Internet). México: Definicion.de; (actualizado 2018; citado el 8 abr 2019). Disponible en: <https://definicion.de/comunicacion/>.





## 12. ANEXOS

### ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

**Cuestionario:** “FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA UMF NO. 33 “EL ROSARIO”.

Te solicito atentamente tu participación para resolver el siguiente cuestionario, que tiene como objetivo identificar los factores de riesgo para embarazo en adolescentes de la UMF no. 33 “el rosario”.

Los datos que nos proporcionen serán estrictamente **CONFIDENCIALES**. Agradecemos la atención y el tiempo que prestes para la realización de este cuestionario.

<p>1. ¿Cuál es tu edad?</p> <p>a) 14 a 16 años.</p> <p>b) 17 a 19 años.</p> <p>2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?</p> <p>a) No he tenido relaciones sexuales.</p> <p>b) Entre los 14 y 16 años.</p> <p>c) Entre los 17 y 19 años.</p> <p>3. Con quién vives actualmente? (puedes seleccionar varias opciones)</p> <p>a) Madre.</p> <p>b) Padre.</p> <p>c) Hermanos.</p> <p>d) Abuelos.</p> <p>e) Pareja.</p> <p>f) Otros familiares.</p> <p>g) Personas que no son de mi familia.</p> <p>4. En los últimos seis meses ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?</p> <p>a) No he iniciado vida sexual.</p> <p>b) 1 pareja.</p> <p>c) 2 parejas.</p> <p>d) 3 o más parejas.</p> <p>5. ¿Con que frecuencia utilizas algún método para no embarazarte?</p> <p>a) No utilizo ningún método.</p> <p>b) A veces si utilizo y a veces no.</p> <p>c) Siempre utilizó algún método.</p>	<p>6. ¿Qué método utilizas para no embarazarte?</p> <p>a) No utilizo ningún método.</p> <p>b) Método del ritmo.</p> <p>c) Condón.</p> <p>d) Pastilla de emergencia.</p> <p>e) Coito interrumpido.</p> <p>f) Pastillas de 21 o 28 días.</p> <p>g) Inyección mensual o trimestral.</p> <p>h) Dispositivo intrauterino (DIU).</p> <p>i) Implante subdermico.</p> <p>j) Parches.</p> <p>k) Otro: _____</p> <p>7. ¿Por qué medio has obtenido información sobre educación sexual?</p> <p>a) Ninguno.</p> <p>b) Escuela (maestros).</p> <p>c) Padres.</p> <p>d) Amigos.</p> <p>e) Internet.</p> <p>f) Farmacia.</p> <p>g) Familiar.</p> <p>h) Institución de salud (médico o enfermera).</p> <p>i) Otros: _____</p>
---	---



... *Continua al reverso.*

A continuación encontraras una lista de frases que describen la relación que mantienes con tu madre y con tu padre. Piensa en qué grado cada una de ellas describe la relación que mantienes con ellos y encierra con un circulo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación.

<b>1</b> <b>Nunca</b>	<b>2</b> <b>Pocas veces</b>	<b>3</b> <b>Algunas veces</b>	<b>4</b> <b>Muchas veces</b>	<b>5</b> <b>Siempre</b>
--------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------

		Mi madre					Mi padre				
1.	Puedo hablarle sobre lo que pienso sin sentirme mal o incomoda/o.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Me animo a pedirle lo que deseo o quiero	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	Si tuviese problemas podría contárselos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	Le expreso mi cariño con facilidad.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	Cuando estoy enojado, le hablo mal.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Hay temas de los que prefiero no hablarle.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.	Le miento sobre lo que hago.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.	Pienso que es fácil hablarle de los problemas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.	Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.	Cuando hablamos me pongo de mal humor.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.	En algunas ocasiones no puedo decirle como me siento realmente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.	Le digo cosas que le hacen daño.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.	Cuando le hago preguntas, me responde de manera grosera.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14.	Intenta comprender lo que quiero decir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15.	Puede saber cómo me siento sin preguntármelo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16.	Me habla de buena manera.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17.	Cuando se enoja conmigo intenta ofenderme.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18.	Suelo creer lo que me dice.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19.	Me pone atención cuando le hablo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20.	Me dice cosas que me hacen daño o me hacen sentir mal.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

¡Gracias por tu participación!



**ANEXO 2, CONSENTIMIENTO INFORMADO.**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
Carta de consentimiento informado para participación en  
protocolos de investigación (padres o representantes  
legales de niños o personas con discapacidad**

Nombre del estudio:	FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA UMF NO. 33 "EL ROSARIO".
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, CDMX. UMF No. 33 "EL ROSARIO", CCH PLANTEL AZCAPOTZALCO.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Estamos invitando a su hija a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar los factores de riesgo para embarazo adolescente de la UMF 33 El Rosario, con el fin de implementar estrategias de prevención y junto con ello, evitar complicaciones asociadas a embarazos de alto riesgo.
Procedimientos:	Si usted acepta que su hija participe, se le aplicará un cuestionario diseñado para recabar información relacionada con aquellos factores que condicionan un mayor riesgo de embarazo en la adolescencia.
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de un estudio clínico, por lo que no ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno en su hija.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ni usted, ni su hija, recibirán ningún pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para ustedes. No recibirán ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que ustedes recibirían es que al término de su participación se les proporcionara información sobre los factores de riesgo para embarazo adolescente. No omito mencionarles que los resultados del presente estudio contribuirán al avance en el conocimiento respecto al embarazo en adolescentes, una de las principales causas de mortalidad materna.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios respecto a la participación de su hija en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	La participación de su hija en este estudio es completamente voluntaria. Si usted o su hija deciden no participar, seguirán recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservarán su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio su hija desea participar y posteriormente cambia de opinión, ella puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que su hija nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarla (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:  
 No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.  
 Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.  
 Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, Conservando su sangre hasta por \_\_\_\_ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigador Responsable: Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno. Matrícula: 99354207  
Médico Familiar y Profesora Adjunta al Curso de Especialización en Medicina Familiar  
TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 "El Rosario"

Colaboradores: Dr. Miguel Angel Lugo Garcia Matrícula: 98354916  
Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 "El Rosario"

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del 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: [comité.etica@imss.gob.mx](mailto:comité.etica@imss.gob.mx)

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno. Matrícula: 99354207 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-014



**ANEXO 3, CONSENTIMIENTO EN MENORES DE EDAD (8 A 17 AÑOS).**

	<p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento en menores de edad (8 a 17 años)</b></p>
<p>Nombre del estudio: FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA UMF NO. 33 "EL ROSARIO".</p>	
<p>Número de registro institucional _____</p>	
<p>• Objetivo del estudio y Procedimientos: Te estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar los factores de riesgo para embarazo en adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco de la Universidad Nacional Autónoma de México, a fin de implementar estrategias de prevención. Si aceptas participar, se te aplicará un cuestionario diseñado para recabar información relacionada con los factores de riesgo para embarazo en la adolescente.</p>	
<p>Hola, mi nombre es Miguel Ángel Lugo García y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de factores de riesgo para embarazo adolescente y para ello queremos pedirte que nos apoyes.</p>	
<p>Tu participación en el estudio consistiría en contestar un cuestionario sobre los factores de riesgo que pudiesen influir en el embarazo adolescente.</p>	
<p>Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.</p>	
<p>Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.</p>	
<p>Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrito de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si no quieres participar, déjalo en blanco.</p>	
<input type="checkbox"/>	Si quiero participar
<p>Nombre: _____</p>	
<p>Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____</p>	
<p>Fecha: _____</p>	
<p><b>Clave: 2810-009-014</b></p>	