



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

SUBDIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMF 91 COACALCO

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA  
FAMILIAR**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA:**

**MANUEL SALAS LOPEZ**

**COACALCO, ESTADO DE MÉXICO.**

**2017**



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.

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA  
FAMILIAR**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA:**

**MANUEL SALAS LOPEZ**

**AUTORIZACIONES:**

**DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 91

**DR. JAIRO ENOC CRISTOLEDO**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 91

**DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO**  
ASESOR TEMÁTICO Y METODOLÓGICO DE TESIS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA**  
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN MÉXICO  
ORIENTE

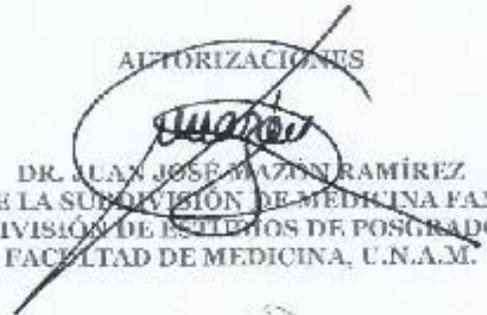
**"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDOS EN LA  
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR"**

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

**PRESENTA**

**DR. MANUEL SALAS LÓPEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
 Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavo Paz".

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1402  
 HOSP GRAL DE ZONA NUM 68, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 20/10/2014

**DR. MANUEL SALAS LÓPEZ**

**PRESENTE**

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

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en 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-2014-1402-9

ATENTAMENTE

**DR.(A). JOSÉ CESAR VELÁZQUEZ CASTILLO**  
 Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1402

**IMSS**

SERVICIO DE SALUD PÚBLICA

## **AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS**

Agradezco a mi asesora Dra. Andrea Patricia Tejada Bueno, que sin su ayuda y conocimiento no habría sido posible realizar este proyecto.

A mi familia por hacerme ver la vida de una forma diferente y confiar en mis decisiones, en especial a mi hijo Víctor Manuel Salas.

A mis compañeras de clase con las que he recorrido esta etapa de mi vida.

A mis compañeros de trabajo por su gran apoyo, en especial a los médicos 08.

## INDICE GENERAL

1. Marco teórico	9
2. Planteamiento del problema	18
3. Justificación	19
4. Objetivos	20
• General	
• Específicos	
5. Hipótesis	21
6. Sujetos, material y métodos	22
• Tipo de estudio	
• Población, lugar, y tiempo de estudio	
• Criterios de inclusión, exclusión, y de eliminación	
• Información a recolectar	
• Método o procedimiento para captar la información	
• Consideraciones éticas	
7. Resultados	29
• Descripción (Análisis estadístico) de los resultados	
• Tablas Cuadros y Gráficos	
8. Discusión	41
9. Conclusiones	42
10. Referencias bibliográficas	43
11. Anexos	45

## RESUMEN ESTRUCTURADO

### **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.**

**ANTECEDENTES:** La OMS define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Debido a que los embarazos en adolescentes generalmente son de alto riesgo existe mayor probabilidad de padecer enfermedades que afecten su calidad de vida. El cuestionario de salud SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población en general, por tal motivo es ideal para la realización de este estudio. **OBJETIVO:** Identificar la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes embarazadas atendidas en la consulta externa de medicina Familiar UMF 191. **MATERIAL Y METODOS:** El siguiente estudio se realizará en la UMF 191 del IMSS, en donde se ofrece el primer nivel de atención médica, se identificara las pacientes que sean adolescentes y que cursen un embarazo a las cuales les aplicará el cuestionario, con el posterior análisis estadístico, con ayuda de SPSS y Excel. **RESULTADOS:** Se observó que prevaleció la preparatoria como escolaridad con un 54.8%, el 42.9 % de las adolescentes embarazadas se dedicaban a estudiar, solo el 14.3% trabajaban, el embarazo en adolescencia tardía tubo mayor prevalencia con un 71.4%. La calidad de vida relacionada con la salud en las adolescentes embarazadas es buena en la mayoría representando el 52.4% excelente en el 31 %, regular en el 9.5% y mala en 7.1%. **CONCLUSIONES:** La calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes embarazadas es buena. La percepción de la transición de la salud a un año no se encuentra modificado en la mayoría de las adolescentes embarazadas con un 47.6%, e incluso el 21.4% percibe que es mucho mejor, el 19% algo mejor, el 11.9% percibe que es mucho peor en la actualidad.

## **STRUCTURED SUMMARY**

### **QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH IN PREGNANT TEENS OUTPATIENT TREATED IN THE FAMILY MEDICINE.**

**BACKGROUND:** The WHO defines quality of life as the individual's perception of their position in life within the cultural context and value system in which they live and with respect to their goals, expectations, standards and concerns. Since teenage pregnancies are high risk usually there is more likely to develop diseases that affect their quality of life. The health questionnaire SF-36 is a generic scale that provides a profile of health status and is applicable to both patients and the general population for that reason it is ideal for conducting this study. To identify the quality of life related to health in pregnant adolescents seen at the outpatient clinic of Family Medicine UMF 191. **MATERIAL AND METHODS:** The next study will be conducted in the FMU 191 IMSS, where the first level of care offered medicines, and patients who are adolescents who become pregnant to which they apply the questionnaire in subsequent statistical analysis using SPSS and Excel are identified. **RESULTS:** It was observed that school as schooling prevailed with 54.8%, 42.9% of pregnant teenagers were engaged in study, only 14.3% were working, pregnancy in late adolescence tube higher prevalence with 71.4%. The quality of life related to health in pregnant teenagers is good in most representing 52.4% excellent in 31%, fair in 9.5% and bad by 7.1%. **CONCLUSIONS:** The quality of life related to health in pregnant teenagers is good. The perception of health transition one year is not modified in most pregnant teenagers with 47.6% and even 21.4% perceive that it is much better, 19% better, 11.9% perceive it much worse today.

## MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia, como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica; dicho periodo se extiende desde los 10 hasta los 19 años.

México, con una gran población joven, no ha logrado reducir la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes, a menos de 70 nacimientos por 1,000. Estos eventos obstétricos se clasifican como de alto riesgo.<sup>1</sup>

El embarazo de alto riesgo, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana es “aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario”.<sup>2</sup>

En México, las y los jóvenes inician su vida sexual entre los 15 y los 19 años, en promedio. La gran mayoría de ellos (97%) conoce al menos un método anticonceptivo; sin embargo, más de la mitad no utilizaron ninguno en su primera relación sexual. Datos de la Secretaría de Salud muestran que la mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos corresponde a adolescentes de 15 a 19 años; asimismo, se estima que 17.4% de los nacimientos totales corresponden a mujeres menores de 20 años, de los cuales entre 60 y 80% de ellos son no planeados.<sup>3</sup>

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), para 2009 la mediana de edad a la primera relación sexual en mujeres de 15-19 años de edad era de 15.4 años, y 56/1,000 adolescentes se convirtieron en madres; las mujeres que inician la vida reproductiva durante la adolescencia tienen descendencias más numerosas que aquellas que se convierten en madres a edades adultas.<sup>4</sup>

Si bien en México la fecundidad de todas las mujeres ha disminuido a lo largo del tiempo (de 3.3 hijos entre 1989-1991 a 2.2 en 2006-2008), en adolescentes esta continúa siendo elevada. La tasa de fecundidad en mujeres de 35-39 años es de 41 hijos/1,000 mujeres, mientras que entre adolescentes (15-19) esta es de 70. En 2009, los nacimientos en madres menores de 20 años representaron el 18.8%. Las adolescentes sin escolaridad muestran la tasa más alta de fecundidad (180/1,000 mujeres), en tanto que, entre las que tienen una escolaridad de secundaria o más, esta tasa es de 60/1,000 mujeres.<sup>5</sup>

Las muertes relacionadas con el embarazo y parto continúan siendo una terrible tragedia para las mujeres afectadas por la falta de servicios de salud materna

accesibles y efectivos, especialmente aquellos que proporcionan atención obstétrica de emergencia. Además, es frecuente que tales muertes dejen a niños sin madres, a esposos sin esposas y que a las comunidades se les prive de los recursos sociales y económicos que las mujeres en edad reproductiva representan. Es posible evitar la mayoría de las muertes maternas si las complicaciones de salud son tratadas de manera oportuna.<sup>6</sup>

En México, el grupo de adolescentes no es considerado en las políticas gubernamentales y específicamente a lo que a salud corresponde. Las campañas preventivas, sólo van enfocadas a la población “más vulnerables” (niños y ancianos). Es posible que para el año 2021, este tema de las jóvenes embarazadas tienda a disminuir por el desarrollo acelerado de las telecomunicaciones y la falta de contacto humano. Sin embargo, en la actualidad y años venideros debe dársele la relevancia y seguimiento correspondiente a este grupo de población que son parte del futuro.<sup>7</sup>

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha tomado medidas para garantizar la atención obstétrica a las adolescentes embarazadas, con motivo de disminuir la mortalidad materna y perinatal, a través del “procedimiento para solicitar, autorizar, otorgar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija menor de 16 años (Acuerdo 390), por acuerdo del H. Consejo Técnico”. Con presupuesto de ayuda por equidad, atiende a las beneficiarias hijas de un asegurado o pensionado con registro patronal diferente del IMSS, con edad de 15 años, 11 meses y 29 días, que cuenten con la certificación de embarazo por un médico familiar, y con solicitud expresada por escrito, otorgándoles la atención del parto, puerperio y sus complicaciones, así como la atención médica o quirúrgica al o los recién nacidos hasta el egreso hospitalario, con lo que mejora el panorama de morbimortalidad de esta.<sup>8</sup>

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

### **Adolescencia Temprana (10 a 13 años)**

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

### **Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

### **Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".<sup>9</sup>

## **CALIDAD DE VIDA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.<sup>10</sup>

### **CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.**

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida. La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos

indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto, caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad

El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud (CVRS), evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de expresión tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud.<sup>11</sup>

La calidad de vida durante el embarazo significa el esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la transición a la maternidad supongan la menor alteración posible en la autonomía real de estas mujeres y entrañe las menores variaciones en sus vidas habituales

Actualmente se observa un interés creciente en el estudio de la calidad de vida y el proceso de embarazo.<sup>12</sup> una investigación reciente en adolescentes embarazadas, de 65 pacientes entrevistadas, 76.9% tuvo buena calidad de vida y 23.1% mala; mientras que 12.3% presentó disfunción familiar severa, 38.5% disfunción moderada y 49.2% fue miembro de una familia funcional. Predominó el estado civil: soltera en 75.4%, escolaridad: preparatoria en 69.2%; y 53.3% provenía de la clase obrera.<sup>13</sup>

## **CONTENIDO DEL SF-36**

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.<sup>14</sup>

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de

transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.<sup>14,15</sup>

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de Salud».
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

El propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica.

El concepto de CVRS abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud, tal como son percibidos por el paciente según su propia historia y sus expectativas.<sup>14,15</sup>

El cuestionario SF-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

1. Función Física: mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
2. Rol Físico: valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
3. Dolor Corporal: valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.

4. Salud General: proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
5. Vitalidad: cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
6. Función Social: mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. Rol Emocional: valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. Salud Mental: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.<sup>14,15,16,</sup>

Con la aparición de una cantidad considerable de instrumentos que evalúan la calidad de vida, ha sido necesario que se compruebe la validez y la confiabilidad de dichos instrumentos y con el reconocimiento de que, para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inició el proyecto conocido como evaluación internacional de la calidad de vida (Internacional Quality of life Assessment project, [QOLA]), para traducir adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado encuesta de salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey). Inicialmente este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de preparación para la población de Estados Unidos de América (EUS). Posteriormente, el proyecto IQOLA incluyó catorce países industrializados y en la actualidad hay más de cuarenta naciones participantes. Existen seis versiones de la encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado. En Argentina, Colombia, España, Honduras y México. El cuestionario SF-36 ofrece las ventajas de ser amplio, confiable y permite evaluar la enfermedad de interés, las intervenciones terapéuticas y las poblaciones, así como comparar diferentes patologías.

Este instrumento se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el estudio de los resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS). El Cuestionario de Salud SF-36 fue originalmente desarrollado para su uso en los Estados Unidos, siendo traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA). La traducción al castellano del cuestionario siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQOLA, siendo presentado con detalle en la publicación de Alonso y cols.<sup>16,17</sup>

## Puntuación de las escalas

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos: Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala). Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además, el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión.

Los estudios de análisis factorial realizados en diferentes muestras americanas, y sobre muestras representativas de la población general de 9 países europeos del proyecto IQOLA, demostraron que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS).

Los pasos principales de los algoritmos de cálculo de las puntuaciones de las 2 medidas sumario son: *a)* estandarización de las 8 escalas del SF-36 con la media y la desviación estándar (DE) de la población general; *b)* ponderación de las escalas aplicando los pesos factoriales obtenidos en un análisis de componentes principales, y *c)* agregación de las escalas y transformación para obtener una media de 50 y una DE de 10 en la población general.

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de su máximo y su mínimo al mejor y el peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las

puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

Los investigadores del proyecto IQOLA evaluaron y compararon 2 maneras de calcular las puntuaciones sumario en otros países: *a)* algoritmos de cálculo específicos para cada país, o *b)* algoritmos de cálculo estándar, derivados de la población general americana. Se observó una concordancia muy elevada entre los 2 tipos de cálculo de las puntuaciones (correlaciones superiores a 0,98), por lo que se recomienda, en estudios nacionales, el uso de algoritmos de cálculo específicos que facilite la interpretación respecto a la población general del propio país y de los algoritmos de cálculo estándar en estudios internacionales, para permitir la comparación directa entre países. En ese caso, las puntuaciones sumario deberán interpretarse en relación con los valores obtenidos en la población general de Estados Unidos.

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.<sup>19</sup>

**Fiabilidad del cuestionario SF-36.** La fiabilidad de un instrumento de medida se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos cuando son examinados con el mismo instrumento en diferentes ocasiones, con conjuntos distintos de elementos equivalentes o bajo otras condiciones variables de examen. Sin embargo, en todas las medidas existe un valor real y un componente de error aleatorio, o error de medida, que puede ser debido al instrumento, a las condiciones de corrección, al examinador o al propio sujeto. Por tanto, conocer la fiabilidad de un instrumento de medida nos permitirá saber cuál es la magnitud de su imprecisión.

La fiabilidad del cuestionario ha quedado comprobado en múltiples estudios, en un trabajo realizado por Jordi Alonso publicado en Gaceta Sanitaria de Marzo 2005, revisa críticamente las propiedades métricas, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio del instrumento, encontrando que la fiabilidad del cuestionario a partir del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach (consistencia interna) en la mayoría de los estudios analizados, el coeficiente de consistencia interna  $\alpha$  Cronbach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos ( $\alpha$  de Cronbach = 0.7 ) a 0.9

**La validez.** La fiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar la correcta adecuación de una prueba. Además de ser fiable, un instrumento de medida debe ser válido, es decir, debe ser capaz de medir lo que dice medir. Los estudios publicados sobre las características métricas de la versión en español del SF-36 aportan suficiente fiabilidad, validez y sensibilidad, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales, por otra parte, es importante destacar que se trata del cuestionario genérico para la medida de calidad de vida relacionada con la salud que goza de mayor vitalidad, desde su aparición en el inicio de la década de los noventa.<sup>19,20</sup>

## **PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Conocer la calidad de vida que tiene cada una de nuestras pacientes adolescentes embarazadas es un factor importante para disminuir las complicaciones durante su embarazo, lo que nos permitirá crear estrategias y/o programas más adecuados para apoyar a este grupo.

Por tal motivo surge la pregunta:

**¿CUAL ES LA CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR UMF 191 EN EL PERIODO DE MARZO 2014 A SEPTIEMBRE 2016?**

## **JUSTIFICACION:**

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana el embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

El cuestionario SF-36. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población General y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

Con base en lo anterior, se hace necesario estudiar y describir la importancia de la calidad de vida relacionada con la salud en la adolescente embarazada para orientar las acciones de las autoridades sanitarias hacia la definición de estrategias, el diseño de normas y programas específicos

**OBJETIVO GENERAL:**

Identificar la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes embarazadas atendidas en la consulta externa de medicina Familiar UMF 191 en un periodo de marzo 2014 a septiembre 2016

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Conocer los aspectos sociodemográficos de la adolescente embarazada.
- Aplicar el cuestionario SF-36 para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en las pacientes embarazadas.
- Realizar el análisis estadístico de los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario SF-36.

## **HIPOTESIS:**

Aunque por el diseño de estudio no se establece hipótesis se comenta lo siguiente:

H0: A mala calidad de vida, mal estado de salud en adolescentes embarazadas.

H1: A buena calidad de vida, buen estado de salud en adolescentes embarazadas.

H2: A menor edad de la adolescente embarazada su calidad de vida estará más afectada.

## **SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.**

### **MATERIAL Y METODOS:**

El siguiente estudio se realizará en la UMF 191 del IMSS, en donde se ofrece el primer nivel de atención médica, ubicada en Calle Pino S/N Colonia La Mora CP 55030, Ecatepec de Morelos, la cual cuenta con 9 consultorios, turno matutino y vespertino, los pacientes acceden caminando, en taxi, vehículos particulares o transporte público, la unidad de medicina familiar 191 en el año 2015 y según datos estadísticos reporto una población de 3837 adolescente del género femenino atendida.

### **TIPO DE ESTUDIO:**

El siguiente estudio corresponde a un estudio de tipo descriptivo.

Por el control de la maniobra experimental por el investigador es un estudio observacional.

Por la captación de la información corresponde a un estudio prospectivo.

Por la medición del fenómeno en el tiempo es un estudio transversal.

Por la presencia de un grupo control se trata de un estudio descriptivo.

Por la dirección del análisis es un estudio transversal o encuesta.

### **GRUPOS DE ESTUDIO:**

### **CARACTERISTICAS DE LOS CASOS:**

Se buscará el apoyo de todos los médicos familiares de la UMF 191 del IMSS para lograr captar al mayor número de adolescentes embarazadas.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Embarazada adolescente que acepten participar en el estudio con previa firma de consentimiento informado.
- Embarazada adolescente que pertenezca la UMF 191 del IMSS.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Embarazada adolescente que no acepte firmar el consentimiento informado.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

- Embarazada adolescente que no complete la encuesta SF-36.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La muestra por las características de la población seleccionada será tomada como probabilística por conveniencia tomando en cuenta que es poca la ocurrencia de paciente a la unidad de la cual en el periodo de julio a diciembre 2015 se captaron 42 pacientes.

Por las características de la muestra se tiene que el tipo corresponde a probabilística por conveniencia, donde se tomaron en cuenta todas las pacientes embarazadas adolescentes.

## VARIABLES:

- Variable dependiente: calidad de vida.
- Variable independiente: Salud en adolescentes Embarazadas.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	El concepto de calidad de vida se define como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. <sup>10</sup>	Percepción que incluye la combinación de las condiciones de vida, junto a la satisfacción que dicha persona experimenta, y la relación del impacto de la enfermedad en el funcionamiento Diario.  Resultado que se obtenga de realizar la encuesta de SF-36.	Cualitativa	Ordinal	0 a 25 puntos: Mala 26 a 50 puntos: Regular 51 a 75 puntos: Buena 76 a 100 puntos: Excelente

<b>SALUD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS</b>	La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. <sup>21</sup>	Situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a Enfermar.	Cualitativa	Ordinal	0 a 25 puntos: Mala 26 a 50 puntos: Regular 51 a 75 puntos: Buena 76 a 100 puntos: Excelente
------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-------------	---------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

## DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El cuestionario SF-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

**Función Física:** mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.

**Rol Físico:** valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

**Dolor Corporal:** valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.

**Salud General:** proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

**Vitalidad:** cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.

**Función Social:** mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

**Rol Emocional:** valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

Salud Mental: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.<sup>14,15,16,</sup>

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos: Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».

Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala). Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además, el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión.

Los estudios de análisis factorial realizados en diferentes muestras americanas, y sobre muestras representativas de la población general de 9 países europeos del proyecto IQOLA, demostraron que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS).

Los pasos principales de los algoritmos de cálculo de las puntuaciones de las 2 medidas sumario son: a) estandarización de las 8 escalas del SF-36 con la media y la desviación estándar (DE) de la población general; b) ponderación de las escalas aplicando los pesos factoriales obtenidos en un análisis de componentes principales, y c) agregación de las escalas y transformación para obtener una media de 50 y una DE de 10 en la población general.

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de su máximo y su mínimo al mejor y el peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las

puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

Los investigadores del proyecto IQOLA evaluaron y compararon 2 maneras de calcular las puntuaciones sumario en otros países: *a)* algoritmos de cálculo específicos para cada país, o *b)* algoritmos de cálculo estándar, derivados de la población general americana. Se observó una concordancia muy elevada entre los 2 tipos de cálculo de las puntuaciones (correlaciones superiores a 0,98), por lo que se recomienda, en estudios nacionales, el uso de algoritmos de cálculo específicos que facilite la interpretación respecto a la población general del propio país y de los algoritmos de cálculo estándar en estudios internacionales, para permitir la comparación directa entre países. En ese caso, las puntuaciones sumario deberán interpretarse en relación con los valores obtenidos en la población general de Estados Unidos.

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.<sup>19</sup>

Fiabilidad del cuestionario SF-36. La fiabilidad de un instrumento de medida se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos cuando son examinados con el mismo instrumento en diferentes ocasiones, con conjuntos distintos de elementos equivalentes o bajo otras condiciones variables de examen. Sin embargo, en todas las medidas existe un valor real y un componente de error aleatorio, o error de medida, que puede ser debido al instrumento, a las condiciones de corrección, al examinador o al propio sujeto. Por tanto, conocer la fiabilidad de un instrumento de medida nos permitirá saber cuál es la magnitud de su imprecisión.

La fiabilidad del cuestionario ha quedado comprobado en múltiples estudios, en un trabajo realizado por Jordi Alonso publicado en Gaceta Sanitaria de Marzo 2005, revisa críticamente las propiedades métricas, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio del instrumento, encontrando que la fiabilidad del cuestionario a partir del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach (consistencia interna) en la mayoría de los estudios analizados, el coeficiente de consistencia interna  $\alpha$  Cronbach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos ( $\alpha$  de Cronbach = 0.7 ) a 0.9

La validez. La fiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar la correcta adecuación de una prueba. Además de ser fiable, un instrumento de medida debe ser válido, es decir, debe ser capaz de medir lo que

dice medir. Los estudios publicados sobre las características métricas de la versión en español del SF-36 aportan suficiente fiabilidad, validez y sensibilidad, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales, por otra parte, es importante destacar que se trata del cuestionario genérico para la medida de calidad de vida relacionada con la salud que goza de mayor vitalidad, desde su aparición en el inicio de la década de los noventa.<sup>19,20</sup>

### **DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:**

Se invitará a todas las adolescentes embarazadas de la UMF191 a participar en el estudio, las pacientes que estén interesadas se les entregara el consentimiento informado para que sea llenado, posteriormente se les realizara un interrogatorio dirigido en busca de los datos referentes a las variables de estudio.

### **ANALISIS DE LOS DATOS:**

Forma de captura y validación de la información: en la computadora

Forma en la que se describirán los datos: porcentajes

Prueba estadística a utilizar: SPSS

Presentación de tablas de salida: Tablas de frecuencias, realización de gráficos.

## **ASPECTOS ÉTICOS:**

Declaración de Helsinki.

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos. Adoptadas por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, Asociación Médica Mundial, año 2000; es una recomendación para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son los más importantes. Alude a los Códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así, sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo 2º, apartado VII, como derecho a la protección a la salud el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3º, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Consejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos, semejantes a las disposiciones de la Declaración de Helsinki. En base a los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos de técnicas de investigación documental y confidencial.

El estudio cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización sin impedimento ya que no se vea afectada en ningún momento la integridad del paciente, manejándose de forma anónima la identidad del mismo. Se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación.

Una vez integrados los datos en la base para análisis, ningún sujeto se identificará por nombre y sólo se hará por medio de un número de folio. Ninguno de ellos será identificado en informes o publicaciones que pudieran resultar de este estudio. Todos podrán retirar el consentimiento para usar sus datos en el momento en que ellos lo consideren apropiado. Podrán negarse a participar sin que esto afecte de manera alguna los beneficios o recursos o atención que requieran de la U.M.F.

## RESULTADOS

### TABLAS Y GRAFICOS

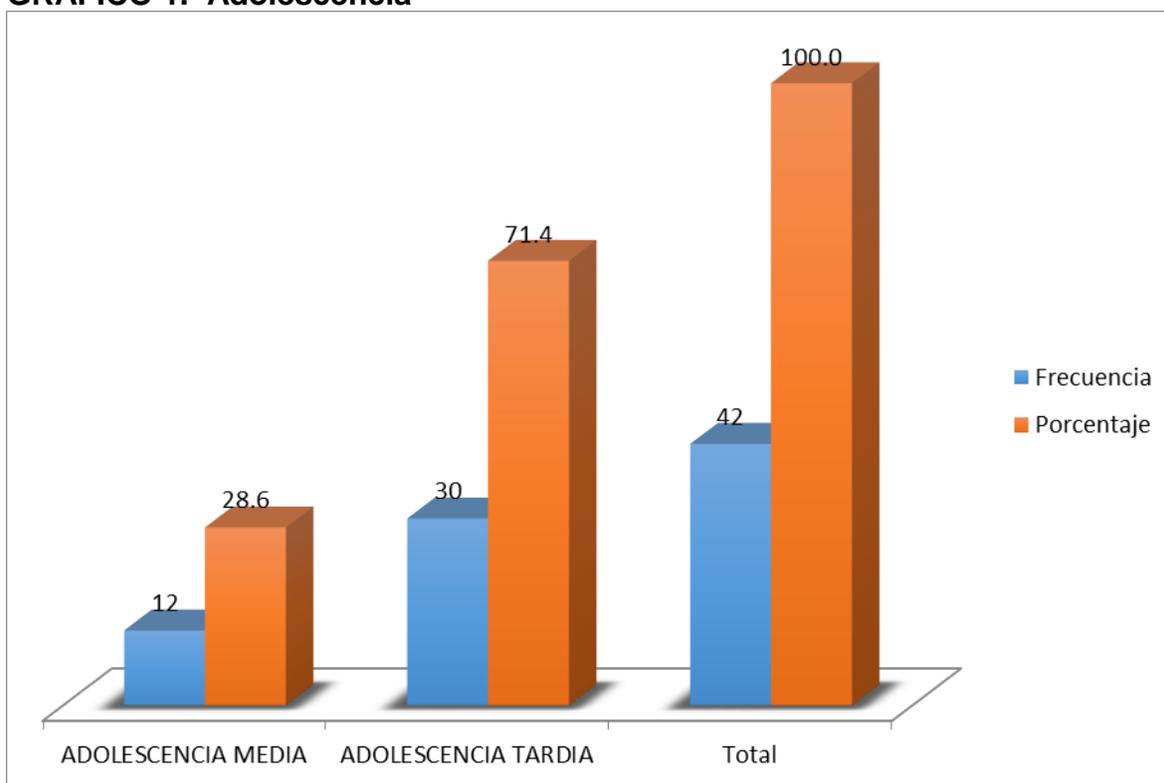
- Aspectos sociodemográficos

Tabla 1. Adolescencia

ADOLESCENTES				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ADOLESCENCIA MEDIA	12	28,6	28,6	28,6
ADOLESCENCIA TARDIA	30	71,4	71,4	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta sociodemográfica

GRAFICO 1. Adolescencia



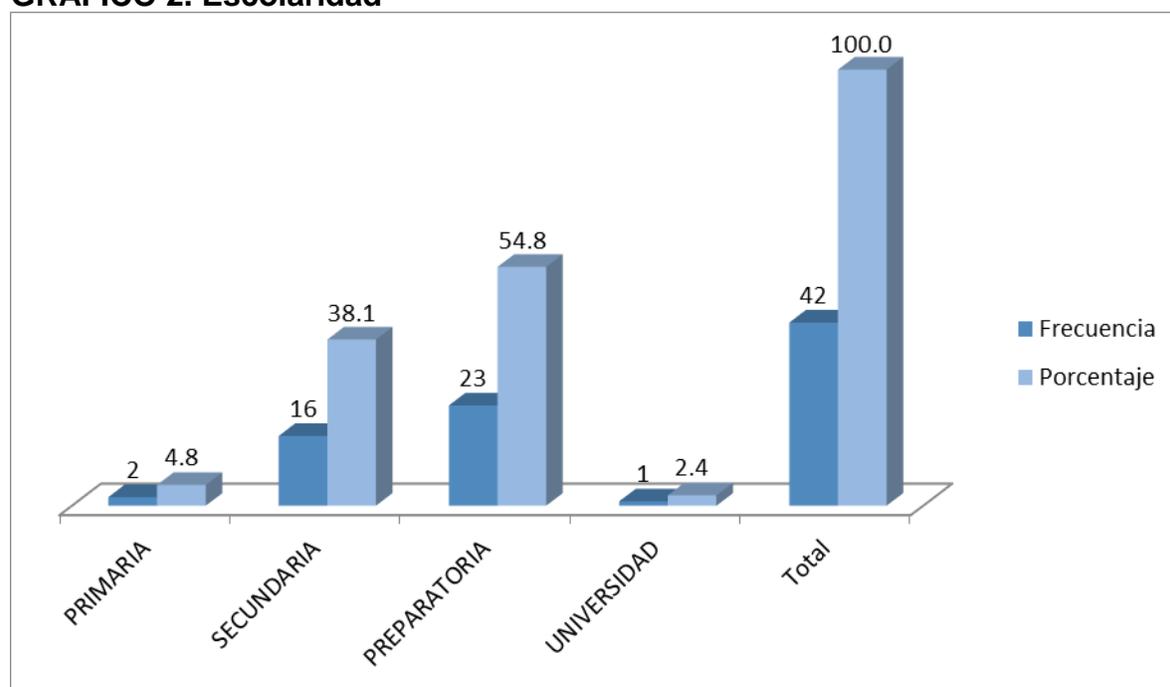
FUENTE: Tabla 1.

**TABLA 2. Escolaridad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRIMARIA	2	4,8	4,8	4,8
SECUNDARIA	16	38,1	38,1	42,9
PREPARATORIA	23	54,8	54,8	97,6
UNIVERSIDAD	1	2,4	2,4	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta sociodemográfica

**GRAFICO 2. Escolaridad**



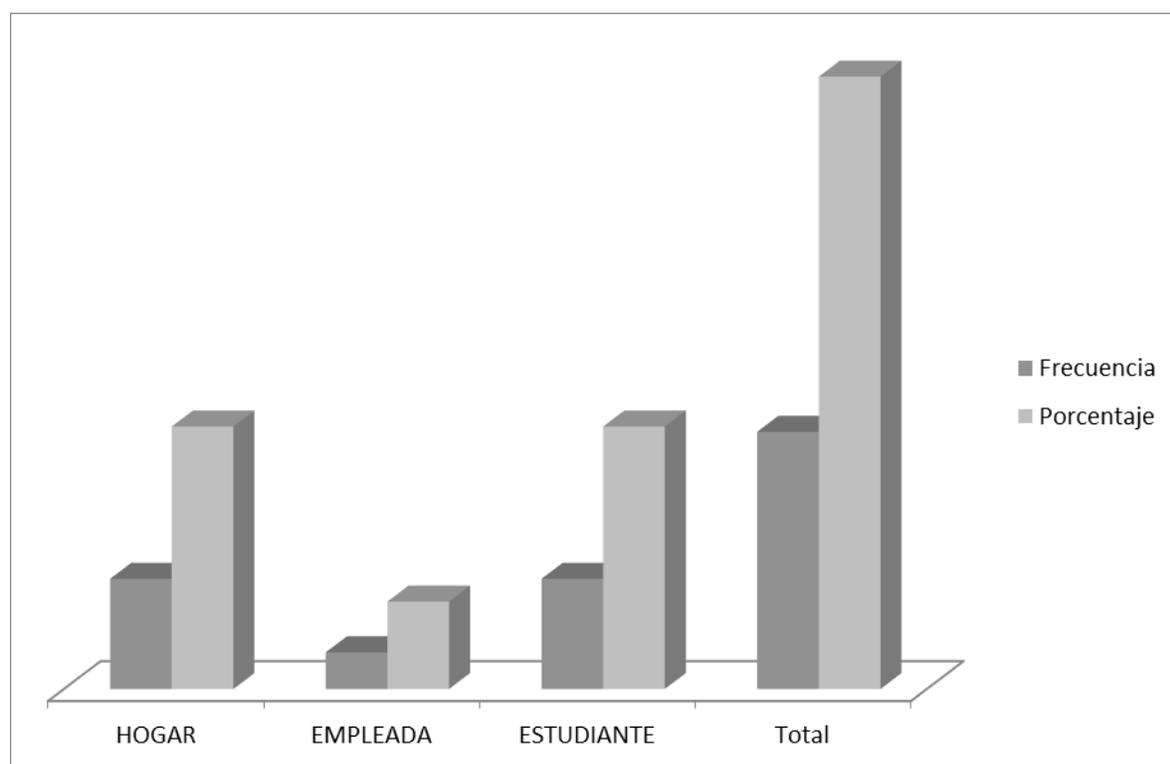
Fuente: Tabla 2.

**Tabla 3. Ocupación**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HOGAR	18	42,9	42,9	42,9
EMPLEADA	6	14,3	14,3	57,1
ESTUDIANTE	18	42,9	42,9	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta sociodemográfica.

**Grafico 3. Ocupación**



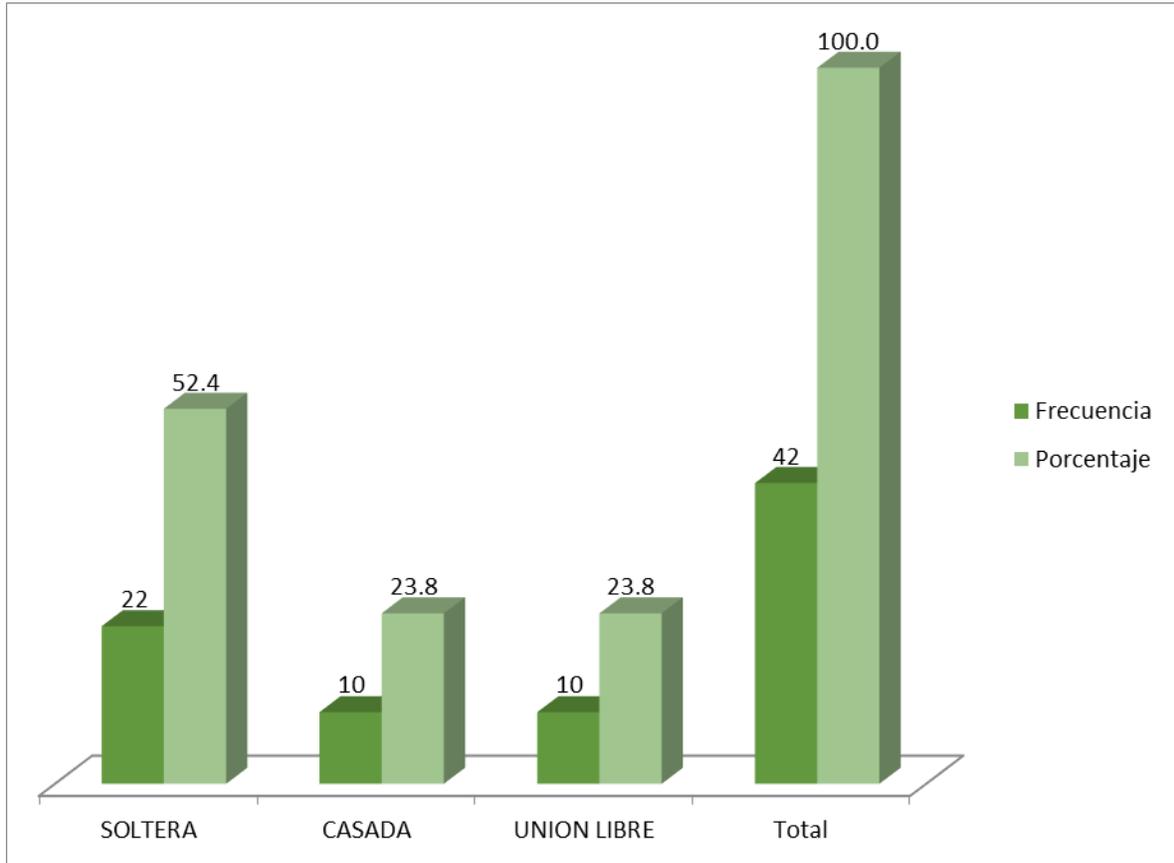
FUENTE: tabla 3.

**Tabla 4. Estado civil**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOLTERA	22	52,4	52,4	52,4
CASADA	10	23,8	23,8	76,2
UNION LIBRE	10	23,8	23,8	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta sociodemográfica

**Grafico 4. Estado civil**



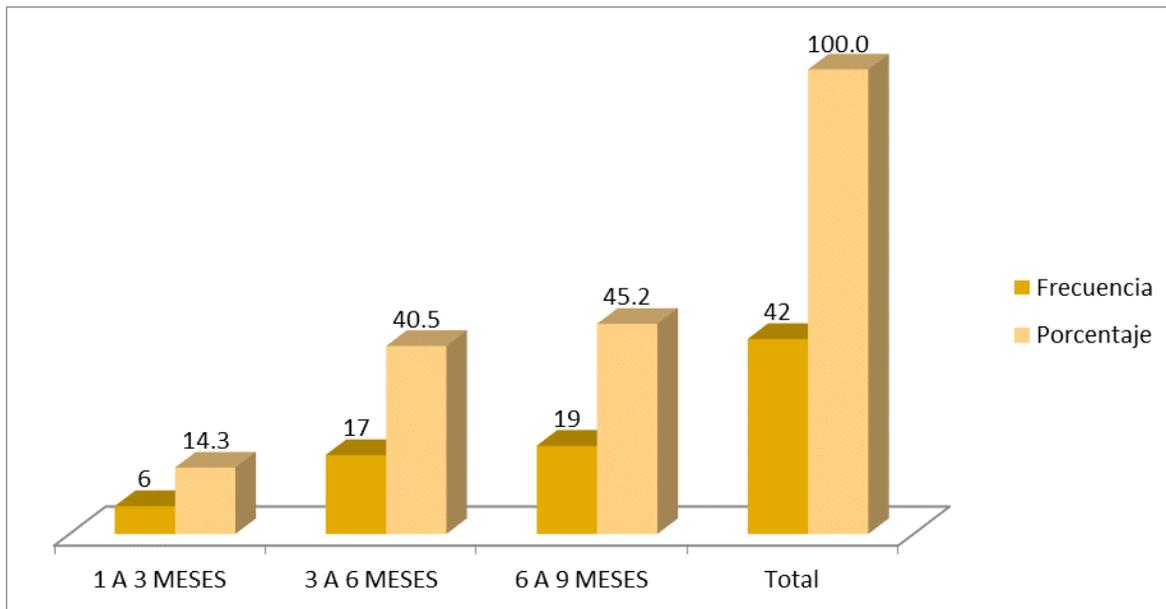
Fuente: Tabla 4.

**Tabla 5. Tiempo de embarazo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 A 3 MESES	6	14,3	14,3	14,3
3 A 6 MESES	17	40,5	40,5	54,8
6 A 9 MESES	19	45,2	45,2	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta sociodemográfica.

**Grafico 5. Tiempo de embarazo**



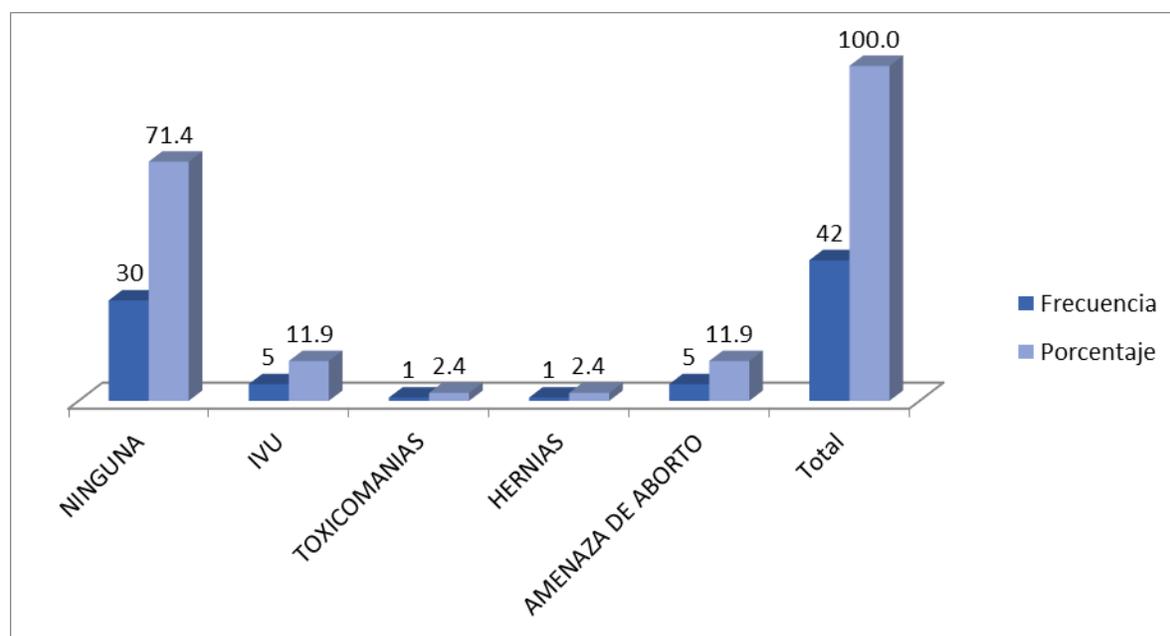
Fuente: tabla 5.

**Tabla 6. Morbilidad durante el embarazo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NINGUNA	30	71,4	71,4	71,4
IVU	5	11,9	11,9	83,3
TOXICOMANIAS	1	2,4	2,4	85,7
HERNIAS	1	2,4	2,4	88,1
AMENAZA DE ABORTO	5	11,9	11,9	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta sociodemográfica

**Grafico 6. Morbilidad durante el embarazo**



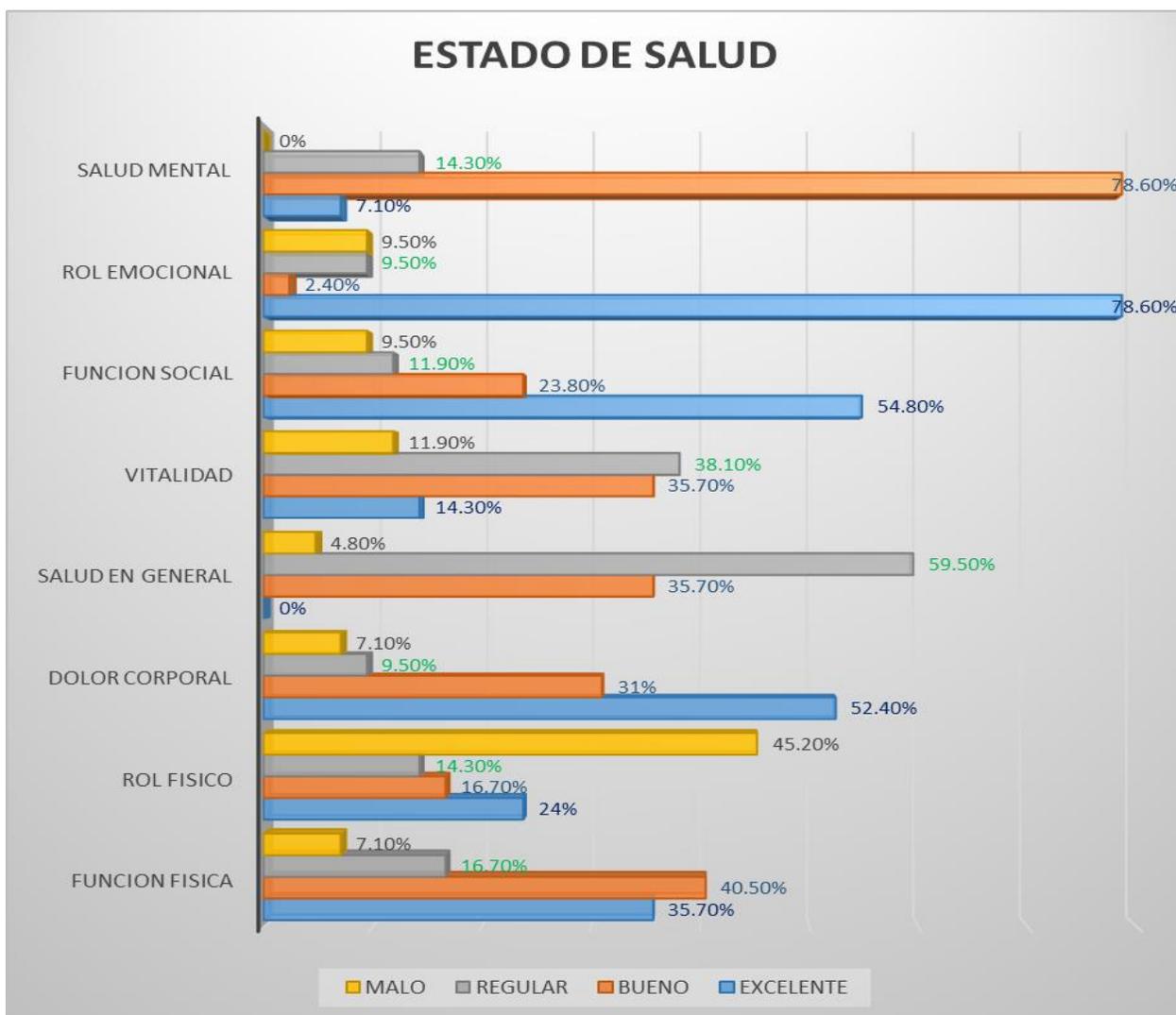
Fuente: Tabla 6.

**Tabla 7. Estado de salud**

	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
FUNCION FISICA	35.70%	40.50%	16.70%	7.10%
ROL FISICO	24%	16.70%	14.30%	45.20%
DOLOR CORPORAL	52.40%	31%	9.50%	7.10%
SALUD EN GENERAL	0%	35.70%	59.50%	4.80%
VITALIDAD	14.30%	35.70%	38.10%	11.90%
FUNCION SOCIAL	54.80%	23.80%	11.90%	9.50%
ROL EMOCIONAL	78.60%	2.40%	9.50%	9.50%
SALUD MENTAL	7.10%	78.60%	14.30%	0%

FUENTE: Cuestionario de salud SF-36

**Grafico 7.**



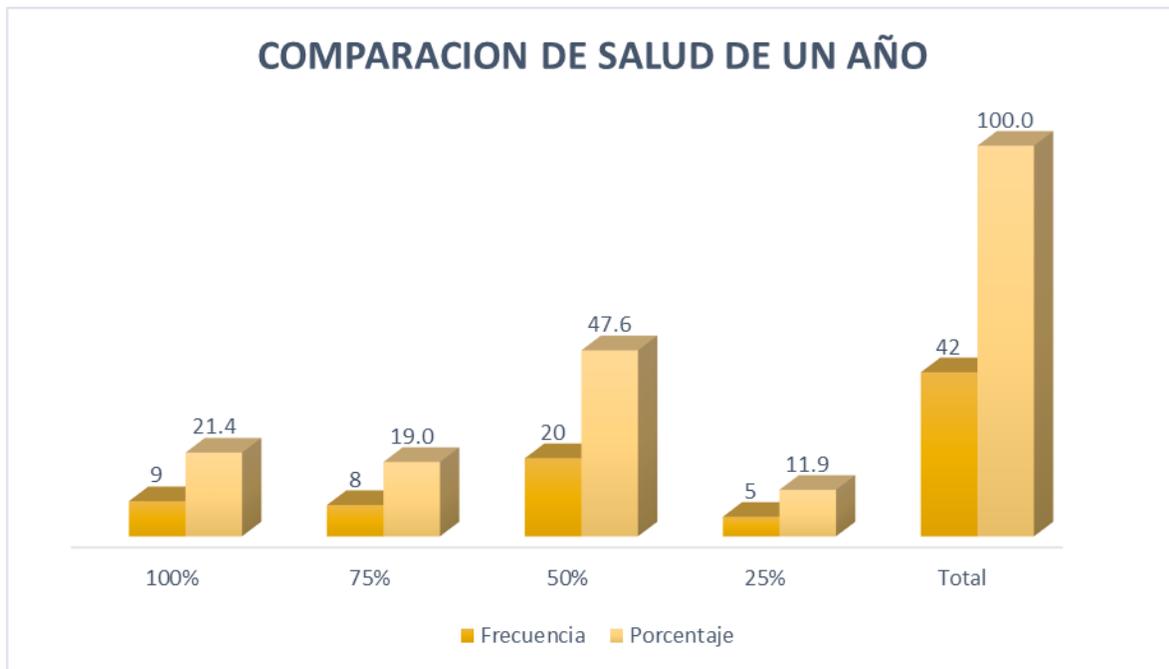
FUENTE: tabla 7

**TABLA 8. Comparación de salud en relación al año anterior**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
100%	9	21.4	21.4	21.4
75%	8	19.0	19.0	40.5
50%	20	47.6	47.6	88.1
25%	5	11.9	11.9	100.0
Total	42	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario de salud SF-36

**GRAFICO 8.**



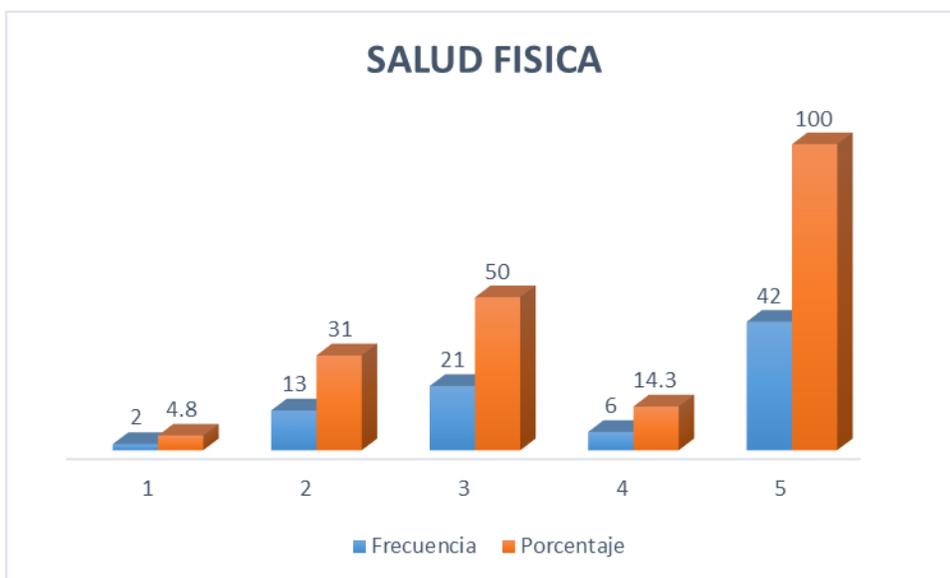
FUENTE: tabla 8

**TABLA 9. Salud física**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-25 MALA	2	4.8	4.8	4.8
26-50 REGULAR	13	31.0	31.0	35.7
51-75 BUENA	21	50.0	50.0	85.7
76-100 EXCELENTE	6	14.3	14.3	100.0
Total	42	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario de salud SF-36

**GRAFICO: 9.**



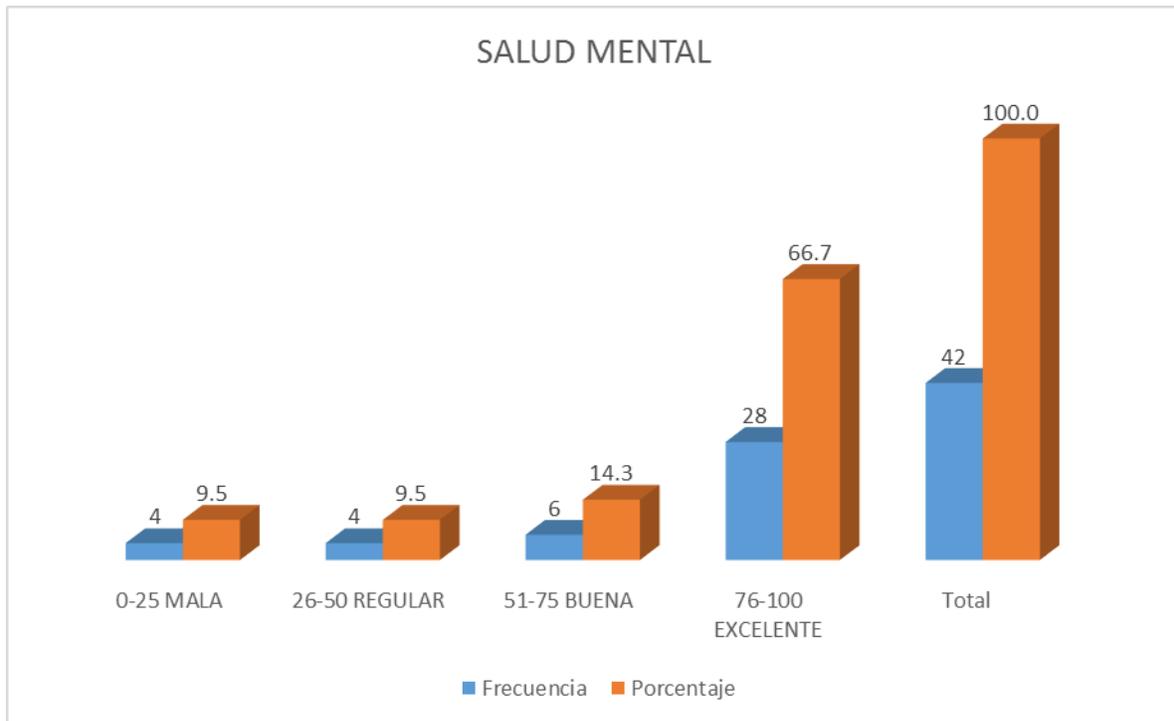
FUENTE: tabla 9

**TABLA 10. Salud mental**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-25 MALA	4	9.5	9.5	9.5
26-50 REGULAR	4	9.5	9.5	19.0
51-75 BUENA	6	14.3	14.3	33.3
76-100 EXCELENTE	28	66.7	66.7	100.0
Total	42	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario de salud SF-36

**GRAFICO 10.**



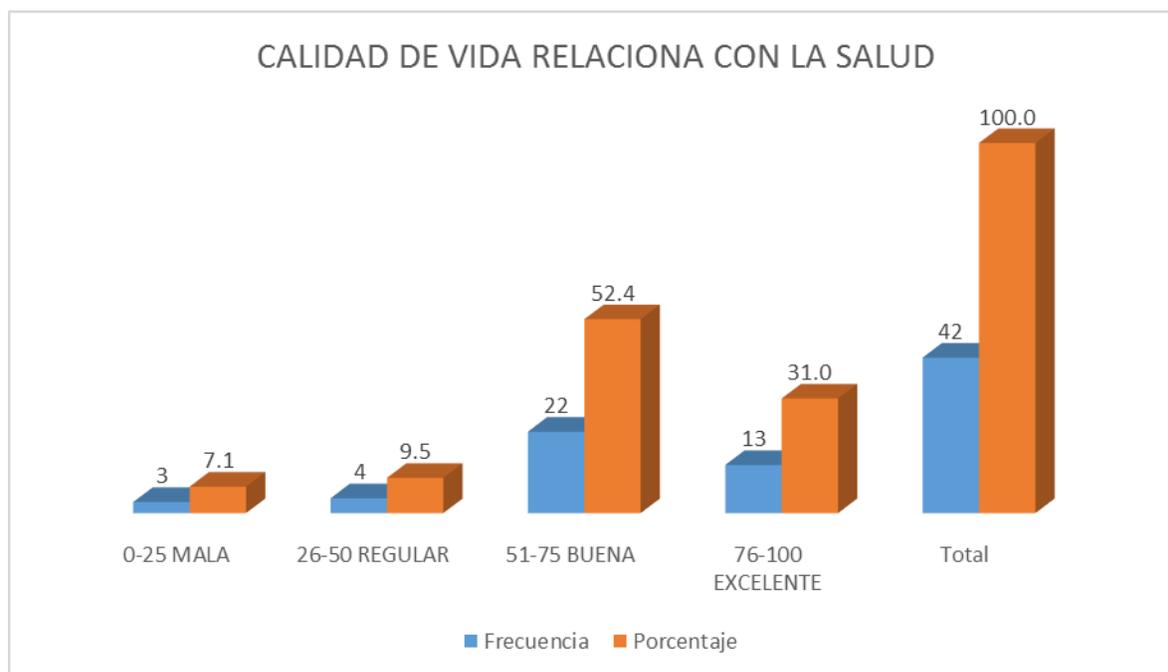
FUENTE: tabla 10

**TABLA 11. Calidad de vida relacionada con la salud**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-25 MALA	3	7.1	7.1	7.1
26-50 REGULAR	4	9.5	9.5	16.7
51-75 BUENA	22	52.4	52.4	69.0
76-100 EXCELENTE	13	31.0	31.0	100.0
Total	42	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario de salud SF-36

**GRAFICO 11.**



FUENTE: tabla 11

## ANALISIS DE GRAFICOS

De la encuesta realizada a adolescentes embarazadas se observa que las adolescencias tardías prevalecen el 71.4 %, adolescencia media el 28.6 %, adolescencia temprana 0%.La prevalencia de escolaridad fue la preparatoria con 54.8 %, secundaria 38.1%, primaria 4.8 %, mientras que solo el 2.4 % continúan en la universidad

La prevalencia en la ocupación de las adolescentes embarazadas es igual en las que se dedican al hogar y a estudiar con un 42.9 %, las que se dedican a trabajar con un 14.3 %. Las adolescentes embarazadas solteras prevalecen con 52.4%, mientras que las casadas y que viven en unión libre su prevalencia es similar con 23.8%

La mayoría de las adolescentes embarazadas a las que se les realizó la encuesta se encontraban en su último trimestre del embarazo con un 45.2 %, segundo trimestre 40.5%, primer trimestre 14.3%. El 71.4 % de las adolescentes no reportaba ninguna complicación, mientras que las infecciones de vías urinarias, así como la amenaza de aborto representaron las principales complicaciones en las adolescentes embarazadas presentándose en 11.9%, el 2.4% reporto formación de hernias abdominales, así como toxicomanías.

La percepción de la función física fue buena en un 40.5%, la percepción del rol físico fue mala en un 45.2%, la percepción de dolor corporal fue excelente, sin dolor corporal en un 52.4%, la percepción de salud general fue regular en un 59.5%, la percepción de vitalidad fue regular en un 38%, la percepción de función social fue excelente en un 54.8%, la percepción de rol emocional fue excelente en un 78.6%, la percepción de salud mental fue excelente en un 78.6%

La percepción de la transición de la salud a un año no se encuentra modificado en la mayoría de las adolescentes embarazadas con un 47.6%, el 21.4% percibe que es mucho mejor, el 19% algo mejor, el 11.9% percibe que es mucho peor en la actualidad.

La percepción de la salud física fue buena en 50 % de las adolescentes embarazadas, regular en 31 %, excelente en 14.3% y mala en 4.8%.La salud mental fue excelente en 66.7% de las adolescentes embarazadas, buena en 14.3 %, regular 9.5%, mala 9.5%

La calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes embarazadas en buena en 52.4%, excelente en 31%, regular 9.5%, mala en 7.1%

## DISCUSIÓN

Mediante el cuestionario de Salud SF-36 se detectan estados positivos de salud, como negativos. Es un instrumento que se diseñó como indicador genérico del nivel de salud para usarse en evaluaciones poblacionales y de políticas de salud.

El embarazo en adolescentes se considera como un embarazo de alto riesgo según la Norma Oficial Mexicana.

En el presente estudio se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud en las adolescentes embarazadas es buena en la mayoría representando el 52.4% excelente en el 31 %, regular en el 9.5% y mala en 7.1%. Como se comenta en los artículos analizados, el embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia, comprendiendo profundos cambios somáticos y psicosociales, generalmente no es planeado. En el presente estudio se observó que el 52.4% son solteras, corroborando que no es planeado, por lo que la adolescente puede optar por diferentes actitudes, que dependerán de su historia personal, familiar y social.

En el presente estudio se observó que prevaleció la preparatoria como escolaridad con un 54.8%, el 42.9 % de las adolescentes embarazadas se dedicaban a estudiar e incluso el 2.4% continuaba estudiando a nivel licenciatura, solo el 14.3% trabajaban. Así como se comenta en los artículos analizados también dependerá de la etapa de la adolescencia en la que se hayan embarazado, en el presente estudio el 71.4% correspondían a adolescentes en etapa tardía, 28.6% adolescencia media

## **CONCLUSIONES**

La calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes embarazadas es buena en 52.4%, excelente en 31%, regular 9.5%, mala en 7.1%.

La percepción de la transición de la salud a un año no se encuentra modificado en la mayoría de las adolescentes embarazadas con un 47.6%, e incluso el 21.4% percibe que es mucho mejor, el 19% algo mejor, el 11.9% percibe que es mucho peor en la actualidad.

Por lo que se reafirma que las adolescentes embarazadas se comportaran como corresponde al momento de la vida que están transitando, sin darse cuenta de los riesgos que pueden presentar durante la gestación, el trabajo de parto, la transición a la maternidad.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Lira J, Oviedo H. Control Prenatal en Adolescentes, Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C, abril 2008; 1-34.
- 2.-Norma Oficial Mexicana. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. México: NOM-007-SSA2-1993.
- 3.-Fondo de Población de las Naciones Unidas, (UNFPA) [http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_adolescentes.php](http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php)
4. Colin Y, Villagómez P, Evolución de la maternidad adolescente en México, La situación demográfica en México 2010. México: CONAPO; 2010. p. 17-53.
- 5.- Campero L, Atienzo E, Suárez L, Hernández B, Villalobos A. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas, Gaceta Médica de México. 2013; 149:299-307
- 6.- Juárez F, Palma JL, Singh S, Bankole A. Barreras para la maternidad segura en México. Guttmacher Institute. 2010
- 7.-Figueroa L, Salome E, Alvarado I. Adolescentes embarazadas mujer y educación. Congreso Iberoamericano de Educación. Metas 2021. Mujer y educación. 2010 Sept 13-15; Buenos Aires Argentina. [Internet] [Citado 2011 Nov 16]. Disponible en: [http://www.chubut.edu.ar/descargas/secundaria/congreso/MUJERYEDUCACION/RLE2331\\_Infante-Alvarado.pdf](http://www.chubut.edu.ar/descargas/secundaria/congreso/MUJERYEDUCACION/RLE2331_Infante-Alvarado.pdf)
- 8.-Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Manual de procedimientos para solicitar, autorizar, otorgar y cuantificar la atención obstétrica a hijas menores de 16 años de asegurados. Acuerdo 390 del 2011. México; 2011.
- 9.-Issler R. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la cátedra vía medicina número 107-agosto/2001. Página 11-23.
- 10.-Cardona J, Luis Felipe Higuera Gutiérrez. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida, Rev. Cubana Salud Pública. 2014;40(2)
- 11.-Tuesca R. La Calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte 2012; 21(2): 77
- 12.-Guarino L. Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo, Psicol Salud, 20 (2) (2010), p. 180

- 13.-Soto F, León I, Castañeda O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México, Atención Familiar 2015, volumen 22, p 64-67
- 14.-Monts G, Rebollo L, Permanyer G, Quintana J, Santed R, Valderas J, Ribera A, Domingo A, Alonso J. El cuestionario de salud SF 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria.2005; 19(2): 135-150
- 15.-Ware JE. SF-36 health survey update. Spine. 2000;25: 3130-9
- 16.-Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y como medirla, Salud Uninorte Barranquilla (col.) 2005; 21: 76-86.
- 17.-Charúa L, Benavidez CJ. Calidad de vida del paciente ostomizado. Cirugía Cirujanos. 2011; 79 (2): 149-155.
- 18.-López E, Banagas J, Pérez G, Gutierrez J, Alonso J, Rodríguez F. Valores de referencia de la versión española de cuestionario de Salud SF 36 en población adulta de más de 60 años. Medicina Clínica, volumen 120, 2003, p 568-573
- 19.- Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. <http://www.imim.es>
- 20.-Martínez LE, Segura NH. Validación del cuestionario SF-36 en pacientes adultos con asma y rinitis alérgica. Rev. Med Instituto Mexicano Seguro Social. 2010; 48 (5): 531-534.
- 21.-Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad, Sapiens, Vol. 9, Núm. 1, 2008, pp.93-97



Marque solo un número en las siguientes preguntas.

1.- En general, usted diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor que hace un año	2
Más o menos igual que hace año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

(Marque un solo número por cada pregunta)

#### ACTIVIDADES

a.- Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.

Sí, me limita mucho	1
Sí, me limita un poco	2
No, no me limita nada	3

b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora

Sí, me limita mucho	1
Sí, me limita un poco	2
No, no me limita nada	3

c. Coger o llevar la bolsa de la compra

Sí, me limita mucho	1
Sí, me limita un poco	2
No, no me limita nada	3

d. Subir varios pisos por la escalera

Sí, me limita mucho	1
Sí, me limita un poco	2
No, no me limita nada	3

e. Subir un solo piso por la escalera

Sí, me limita mucho	1
Sí, me limita un poco	2
No, no me limita nada	3

f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas

Sí, me limita mucho	1
Sí, me limita un poco	2
No, no me limita nada	3

g. Caminar un kilómetro o más

Sí, me limita mucho	1
Sí, me limita un poco	2
No, no me limita nada	3

h. Caminar varias manzanas

Sí, me limita mucho	1
Sí, me limita un poco	2
No, no me limita nada	3

i. Caminar una solo manzana

Sí, me limita mucho	1
Sí, me limita un poco	2
No, no me limita nada	3

j. Bañarse o vestirse por Sí mismo

Sí, me limita mucho	1
Sí, me limita un poco	2
No, no me limita nada	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?

Si	1
No	2

¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

Si	1
No	2

¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades Cotidianas?

Si	1
No	2

¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, Le costó más de lo normal)?

Si	1
No	2

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimida, o nerviosa)?

a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?

Si	1
No	2

b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

Si	1
No	2

c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de Costumbre, por algún problema emocional?

Si	1
No	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos u otras personas?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderado	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo...

a.- ¿se sintió llena de vitalidad?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Solo alguna vez	5
Nunca	6

b. ¿estuvo muy nerviosa?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Solo alguna vez	5
Nunca	6

c. ¿se sintió tan baja de moral que nada podía animarle?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Solo alguna vez	5
Nunca	6

d. ¿se sintió calmada y tranquila?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Solo alguna vez	5
Nunca	6

e. ¿Tuvo mucha energía?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Solo alguna vez	5
Nunca	6

f. ¿se sintió desanimada y triste?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Solo alguna vez	5
Nunca	6

g. ¿se sintió agotada?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Solo alguna vez	5
Nunca	6

h. ¿se sintió feliz?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Solo alguna vez	5
Nunca	6

i.- ¿se sintió cansada?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Solo alguna vez	5
Nunca	6

10.-Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Solo alguna vez	5
Nunca	6

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

a. Creo que me pongo enferma más fácilmente que otras

Totalmente cierta	1
Bastante cierta	2
No lo sé	3
Bastante falsa	4
Totalmente falsa	5

b. Estoy sana como cualquiera

Totalmente cierta	1
Bastante cierta	2
No lo sé	3
Bastante falsa	4
Totalmente falsa	5

c. Creo que mi salud va a empeorar

Totalmente cierta	1
Bastante cierta	2
No lo sé	3
Bastante falsa	4
Totalmente falsa	5

d. Mi salud es excelente

Totalmente cierta	1
Bastante cierta	2
No lo sé	3
Bastante falsa	4
Totalmente falsa	5



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Adolescentes Embarazadas Atendidos En La Consulta Externa De Medicina Familiar						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar 191 IMSS Ecatepec México 26 de septiembre del 2014						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes embarazadas atendidas en la consulta externa de medicina Familiar UMF 191.						
Procedimientos:	Aplicación de Instrumento de calidad de vida SF-36.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna ya que solo se revisara un cuestionario.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al conocer la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes embarazadas, se podrán fomentar programas específicos encaminados a una mejor atención medica.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se realizara la publicación de los resultados sin utilizar nombre, número de seguridad social, para evitar la identificación de las pacientes o su familia.						
Participación o retiro:	En el momento que lo dese la paciente.						
Privacidad y confidencialidad:	No se requiere identificación alguna del paciente o familiar para la aplicación del estudio.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	En caso de identificar patología se enviara con su medico tratante para su tratamiento.						
Beneficios al término del estudio:	Conocer la calida de vida relacionada con la salud en las adolescentes embarazadas.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	<u>Dr. Manuel Salas López Matricula 95061340 teléfono: 5514747698</u>						
Colaboradores:	<u>Dra. Andrea Patricia Tejada Bueno</u>						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

