BUAP

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11
TAPACHULA, CHIAPAS

TÍTULO:
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES DERECHOHABIENTES DE LA UMF 11, TAPACHULA, CHIAPAS.

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE: ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. RUTH RENDÓN ATILANO

FEBRERO 2018

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11
TAPACHULA, CHIAPAS

TÍTULO:
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES DERECHOHABIENTES DE LA UMF 11, TAPACHULA, CHIAPAS.

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE: ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. RUTH RENDÓN ATILANO

ASESOR METODOLÓGICO:
DR. JULIO CÉSAR BARRIOS AGUILAR

ASESOR DE CONTENIDO:
DR. JULIO CÉSAR BARRIOS AGUILAR

FEBRERO 2018

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11
TAPACHULA, CHIAPAS

TÍTULO:
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES DERECHOHABIENTES DE LA UMF 11, TAPACHULA.CHIAPAS.

AUTORIZACIONES:

DR. JOSÉ MANUEL SUMUANO YMATZU
COORDINADOR DE EDUCACIÓN DE SALUD

DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
COORDINADOR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ 1

DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 11

DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF11

FEBRERO 2018

AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios por la vida y por acompañarme en todo momento, gracias por guiar mis pasos.

A mi asesor Dr. Julio Cesar Barrios Aguilar por dirigirme y apoyarme con sus conocimientos para concluir este proyecto, mi admiración y agradecimiento.

A ti, Antonio Baltazar Chongo, por tu amor, por tu incondicional apoyo, por darme el tiempo para realizarme profesionalmente y por estar siempre para mí, este logro también es tuyo.

Gracias Luisita por soportar mis ausencias, gracias por ser mi motivo y por darle luz a mi vida.

Gracias a mis padres a quienes debo lo que soy, a mis hermanos Yasmin, Sara y Alex por apoyarme siempre en todo.

A ustedes Sol, Kari y Angie por acompañarme es esta hermosa aventura, por hacer llevaderos los momentos difíciles, gracias por todo, son y serán parte importante de mi vida.

ÍNDICE

RESUMEN 1

INTRODUCCIÓN 2

MARCO TEÓRICO 4

JUSTIFICACIÓN 13

OBJETIVOS 15

HIPÓTESIS. 16

MATERIAL Y MÉTODOS. 17

CRITERIOS DE SELECCIÓN. 17

VARIABLES. 18

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 19

PROCEDIMIENTO. 21

RESULTADOS 24

DISCUSION 37

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 40

ASPECTOS ÉTICOS 43

RECURSOS 44

BIBLIOGRAFÍA 45

ANEXOS. 48

ANEXO 1. 48

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. 48

ANEXO 2. 49

CONSENTIMIENTO INFORMADO. 49

ANEXO 3. 50

ENCUESTA. 50

RESUMEN:

Título: Factores sociodemográficos asociados a embarazo adolescente en pacientes derechohabientes de la UMF 11.Tapachula, Chiapas.

Antecedentes: El embarazo temprano está asociado a efectos adversos, a corto y a mediano plazo, en el binomio madre-niño además del impacto que económico y social representa. Pese a las intervenciones realizadas, el embarazo en la adolescencia se presenta cada vez con mayor frecuencia, constituyéndose como un problema de salud en todo el mundo.

Objetivo: Identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a embarazo adolescente en las pacientes derechohabientes de la UMF 11, Tapachula. Chiapas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo y prospectivo. La encuesta se aplicó a las pacientes adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF 11, durante el periodo julio –diciembre del 2016. El análisis se realizó por medio de Excel 2013 y el SPSS. Se calculó intervalo de confianza al 95%, prueba de chi cuadrada teniendo en cuenta significancia estadística con valor de p menor de 0.05.

Resultados: Muestra constituida por 65 pacientes. La edad promedio fue de 17.4 años. El 52.3% viven en unión libre, casadas un 52.3% y solteras el 12.3% (p=0.034).En cuanto a la escolaridad de los padres tiene estudios de preparatoria el 52.3%, secundaria 44.6% y primaria el 4.6%. Con relación a las adolescentes que recibieron orientación y las que no recibieron orientación sobre sexualidad no planearon el embarazo el 47.69% mientras que el 52.30% si lo planearon (p=0.00). Pertenecen al estrato obrero 47%, y al estrato medio bajo 40% (p=0.070). Solo el estado civil y la orientación sobre sexualidad mostraron significación estadística.

Conclusión: El comportamiento del embarazo en adolescentes derechohabientes de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas se relaciona principalmente con la débil orientación sexual y el estado civil de las adolescentes. Sin dejar de pesar la edad, el nivel socioeconómico y la tipología familiar.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La edad media del periodo de la menarquia (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. (1)

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Se deben examinar muchos factores, como el nivel socioeconómico, la escolaridad, el área geográfica de residencia, el conocimiento sobre métodos de anticoncepción, la existencia de orientación en el seno familiar sobre aspectos de sexualidad además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas. (1)

Existen más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, de los cuales, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados según lo reporta la OMS y la ONU. Sin embargo, la problemática del embarazo en adolescentes no excluye a los países industrializados, como ejemplo Estados Unidos, en donde el 70 % de los adolescentes que son padres afirman no haberlo deseado. (2)

Según las cifras que reporta en INEGI hasta el 2013 se ha notado un incremento en el porcentaje de embarazos en adolescentes en México de ser del 18% en 1990, hasta 19.4%. (3)

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psicosociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar. (2)

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta. Existe mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes se ha identificado además la toxemia, partos prolongados, parto pretérmino, crecimiento intrauterino retardado (CIUR),complicaciones puerperales y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo. La paternidad y la maternidad tempranas conducen a las niñas, de manera abrupta, a un mundo adulto para el cual no están preparadas, con efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijos. (4)

MARCO TEÓRICO

ASPECTOS GENERALES

La adolescencia, etapa que sucede entre la niñez y la adultez, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos, la OMS define la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, desde los 10 a los 19 años. El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea toda una serie de problemas. Para poder comprender mejor la magnitud de la situación debemos tomar en cuenta que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. (5) (6)

Se considera que el embarazo precoz es aquél que se presenta cuando la madre inicia su gestación siendo aún adolescente, independientemente de su edad ginecológica. La idea de que los seres humanos realizan acciones conscientes orientadas hacia un fin específico no aplica en el caso de los embarazos en adolescentes ya que las prácticas sexuales en este grupo de edad no son con ese objetivo. (7)

El embarazo en adolescentes constituye un riesgo importante para la salud de la futura madre y su hijo pero además de esto trae consigo dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Es por tanto la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro. El impacto del embarazo en la adolescencia tiene implicaciones en la esfera psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja entre otros. El incremento del embarazo y parto en edades tempranas constituye un problema universal pues de acuerdo con el Centro de Información sobre Fecundidad de Washington, 3 millones de adolescentes paren anualmente en el mundo. En Canadá, en 1996 se embarazaron alrededor de 40 000 adolescentes. En Europa está presente también este problema donde las cifras mayores corresponden a Alemania y Gran Bretaña. (4)

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. (1)

RIESGOS PARA LA SALUD MATERNO INFANTIL EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo adolescente es un problema vigente de la salud pública. Es bien conocido que esta condición se halla asociada con patologías del embarazo, como la eclampsia, anemia crónica, desproporción céfalo-pélvica, peso bajo al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, malformaciones congénitas. Las consecuencias del peso bajo al nacer son conocidas por sus consecuencias en la masa cerebral y sus consiguientes alteraciones funcionales cognitivas y el desarrollo psicosocial del niño. (1)

Peña Oscuvilca encontró asociación de riesgo para la presentación de peso bajo al nacer, puntaje APGAR bajo al primer minuto, parto pretérmino, síndrome aspirativo y resultado perinatal adverso (que incluye la situación de aborto, muerte fetal y muerte neonatal hasta los 27 días después del parto). (8)
Se ha reportado que más del 8.1 % de las embarazadas adolescentes de 12 a 15 años tuvieron dos o menos visitas de control prenatal, menos que el porcentaje de las embarazadas de 16 a 19 años de edad y de las adultas. Además, en este grupo de adolescentes son más bajos el promedio de edad gestacional, y mayor frecuencia de cesárea. Esto se traduce en mayores riesgos para la salud de la madre y un peor pronóstico para el niño, a corto y a largo plazo. (9)

Los factores biológicos que se han asociado consistentemente con resultados negativos durante la gestación en adolescentes son el pobre estado nutricional, el peso bajo al inicio de la gestación y la pobre ganancia de peso durante el embarazo. Para los hijos de gestantes con adolescencia temprana, el riesgo de infecciones

bacterianas asociadas o no con la atención en salud en el periodo neonatal es 10 y 2,7 veces mayor respectivamente, cuando se compara con mujeres adultas. Mendoza T. encontró que la mortalidad neonatal ocurrió en el 3,2% de los hijos de madres adolescentes, sin embargo, fue significativamente mayor en los neonatos de madres con adolescencia temprana, representando el 10,5% de todos los neonatos de este grupo. (10)

En Paraguay, los hijos de mujeres de 15 a 19 años de edad tienen casi 80% más probabilidades de morir durante el primer año de vida que los nacidos de mujeres entre 20-29 años, mientras que en República Dominicana los lactantes de madres adolescentes tienen un aumento de las probabilidades de mortalidad de 77%, en El Salvador de 69%, en Perú de 36% y en Colombia de 29%. Retrasar el nacimiento del primer hijo de una mujer hasta que esta tiene por lo menos 18 años de edad podría reducir hasta en 30% la mortalidad infantil de los primogénitos en México, Perú y República Dominicana. (10)

IMPACTO PSICOLÓGICO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

La percepción del embarazo durante la adolescencia como un "problema" ha estado ligada a la idea del adolescente como un ser incapaz, inmaduro psicológicamente y no preparado para asumir las consecuencias de sus acciones. Actualmente se sabe que existe una gran cantidad de variables que deben ser tomadas en cuenta al momento de tratar sobre este tema, por ejemplo, las características sociales, ideológicas y estructurales de cada contexto particular en el que se desenvuelven los adolescentes. (11)

El embarazo en la adolescencia tiene una gran repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo, y a medida que ocurre en edades más tempranas, esta es más evidente. Con frecuencia las adolescentes ignoran los riesgos y daños que pueden significar las relaciones sexuales desordenadas, entre ellos el embarazo, el cual en edades tempranas de la vida, constituye, un reto de

gran trascendencia. Las consecuencias de este problema repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, y determina un riesgo importante para su descendencia. (12)

Es bien sabido que la mayoría de los embarazos que ocurren en la adolescencia no son deseados, sin embargo hay un pequeño porcentaje, variable según grupos étnicos y culturales, que son queridos a deseados, por lo que pueden suponer de cambio en el estatus afectivo (alguien a quien querer y que te quiera) o social (independencia social y económica de la familia paterna). La consecuencias en estas situaciones no suelen ser tan negativas como en las de los no deseados, aunque bastantes son comunes. (13)

El adolescente se enfrenta con cuatro cometidos principales, durante su desarrollo psicológico: 1- Realización de la separación emocional de la familia, con aceptación de la propia responsabilidad, 2-Desarrollo adecuado de la sexualidad y de un código moral personal, 3-Enfrentarse con la necesidad de una vocación futura y hacerse el compromiso de alcanzarla, 4- Lograr el estado de la identidad del ego. Tomando en cuenta estas consideraciones es de esperar lo catastrófico que resulta un embarazo en esta etapa, en la que el individuo no está preparado física, ni psíquicamente, para asumir todas las complicaciones maternas, fetales y familiares que esto trae consigo. (14)

Se ha visto que cuando se está preparado para esperar un bebé es cuando se le brinda mejor cuidado, protección y amor. Por lo que es importante reflexionar acerca de si esta etapa de la vida es la adecuada para ello. La maternidad y la paternidad son experiencias que implican amor, con costos personales, familiares y sociales muy altos, de allí la importancia de contar con toda la información necesaria de lo que significa ser padres. (15)

IMPLICACIONES E IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Deberán tenerse en cuenta factores macro y microsociales, como los cambios en las costumbres, hábitos sexuales y la liberalización de algunos comportamientos que anteriormente no eran bien vistos en diversas culturas, y que actualmente son más aceptados los cuales produjeron importantes cambios sociales, que afectan principalmente a los adolescentes actuales y, en especial a las adolescentes. Además de las características del entorno, algunos aspectos personales de las adolescentes hacen que la maternidad sea vivida de forma más positiva o negativa, a pesar de las posibles adversidades. Muchos factores juegan un papel importante en este proceso, pero posiblemente, los recursos personales y ambientales son los más importantes. (16)

La probabilidad de quedar en embarazo o ser madre en la adolescencia está ligada a diversas características. La educación, el estado civil y el contexto del hogar y social en el que vive la adolescente y que afecta sus perspectivas del futuro se han reconocido como determinantes centrales del aumento observado en la década de los noventa. Así mismo se reconoce la relación existente entre embarazo adolescente y nivel socioeconómico: viéndose que las adolescentes más pobres son más vulnerables en función de las características mencionadas, y tal vulnerabilidad causa que la proporción de embarazos y maternidad para este grupo sea la más alta. (17)

No dejando atrás las limitaciones que la pobreza impone en términos de condicionamientos y de poder de decisión sobre la propia conducta reproductiva varios autores se han propuesto a mostrar el sentido positivo que la maternidad/paternidad adolescente adquiere en contextos de vulnerabilidad social, en los cuales se puede ver como una fuente de reconocimiento social para mujeres carentes de perspectivas educativas y laborales, como estrategia de maximización de los recursos familiares, como elemento en la construcción de la identidad o como medio en la búsqueda de autonomía. (18)

El embarazo en la adolescencia conlleva al abandono escolar retrasando o suspendiendo los procesos de formación básica y limitando a futuro las posibilidades de obtener un ingreso adecuado en el mercado laboral que les permita a las jóvenes sustentar las necesidades básicas de sus hijos. (19)

En un estudio realizado por Osorio y Hernández al analizar las razones para el abandono escolar, encontraron que el embarazo fue aducido entre las estudiantes mujeres como la segunda razón familiar para el abandono escolar y representa 8% de las motivaciones expresadas. Las repercusiones en la esfera social son graves habiendo sido llamado el síndrome del fracaso o puerta de entrada a la pobreza, porque « se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, el cual la mayoría de las veces es mal remunerado. La censura social sobre la joven y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y sobre la salud de los hijos. (20)

Estudios realizados recientemente dejan ver que las mujeres jóvenes son quienes tienen más dificultades para controlar su fecundidad y que el nivel educativo, el índice de riqueza y el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo en la etapa de la adolescencia. Esto sucede especialmente entre subgrupos vulnerables como la población desplazada, en tanto la permanencia en el sistema educativo, constituye el principal factor protector. (21)

Asumir la maternidad exige la adaptación a una nueva realidad que requiere la implementación de estrategias que van a estar influidas, entre otros aspectos, por las condiciones personales de las mujeres, sus creencias y actitudes hacia la maternidad, así como el contexto y las condiciones sociales en las cuales se desenvuelve. Así, la maternidad sobrepasa lo puramente biológico, ya que tiene un significado desde el punto de vista social, cultural y psicológico en el que el proceso

de adquisición del rol de madre puede verse afectado por los conflictos particulares de la mujer que entran en juego en dicho proceso. (22)

Actualmente se acepta que existe relación entre subdesarrollo y embarazos en adolescentes. En las sociedades que dependen de producciones agrícolas el embarazo en la adolescencia no constituye un conflicto para la sociedad; no es así en sociedades industrializadas con un predominio de población urbana donde este fenómeno conlleva graves secuelas sociales. Por esto reviste gran importancia este problema en nuestros países de América Latina, donde se ha producido un violento cambio en la composición y ubicación de nuestra población, que de una mayoría rural y dedicada a la agricultura ha pasado en un período corto de tiempo a ser mayoritariamente urbana y dedicada a la producción y los servicios. (23)

Aunado al actual ciclo de crecimiento económico, los últimos gobiernos han venido priorizando la atención a las poblaciones más vulnerables mediante los programas sociales en programas de transferencias condicionadas. Sin embargo, alcanzados algunos logros en los primeros años de la vida, tales como el descenso en la mortalidad infantil y la menor desnutrición, ninguno de estos programas sostiene intervenciones orientadas a consolidar dichos logros, incluyendo la prevención de embarazos no planificados durante la pubertad o la adolescencia, ni los hacen parte de algunas de sus condicionalidades. (24)

EMBARAZO EN ADOLESCENTES. EL PAPEL DEL MÉDICO Y LA FAMILIA

La decisión de iniciar la vida sexual durante la adolescencia se concibe como un proceso complejo, dinámico y subjetivo, lo que implica modificaciones cognitivas, físicas, contextuales y psicosociales. Los factores que al parecer influyen en esa toma de decisión son: la autoeficacia, los valores paternos, las reglas entre los padres, la supervisión y orientación en la toma de decisiones y la comunicación paterna. Muchos autores reafirman la importancia de que exista una buena comunicación de padres y adolescentes en todos los aspectos de la vida, y la

sexualidad no debe escapar a esto, pues es uno de los que más preocupación produce en esta edad. [25]

Es imposible dejar de mencionar a la familia cuando se aborda el fenómeno del embarazo en adolescentes, pues ésta cumple las funciones de socialización, afecto, cuidado, estatus y reproducción, viéndose esta alteradas cuando se presenta esta situación, puesto que cambia la estructura y por ende la dinámica familiar. La vida familiar se percibe comprendiendo las relaciones emocionales, la presencia de reglas en el hogar y los acontecimientos estresantes. Las experiencias escolares influyen en el adolescente mediante el disfrute de logros académicos y el estímulo familiar a permanecer en la escuela .El papel de la familia es vital puesto que es el sitio de donde se espera se transmita la orientación y educación sexual al individuo que le permitan tomar decisiones con madurez con respecto a su sexualidad; sin embargo, hoy en día sigue constituyendo un tema tabú en muchas familias. [26] [27]

Así mismo es importante señalar que en las adolescentes la orientación sexual proviene principalmente de la madre o de los profesores, mientras que el médico ha repercutido poco en ello. Los educadores de metodología anticonceptiva son predominantemente los maestros de las escuelas secundarias, haciendo patente el pobre papel del médico en este tipo de educación. Siendo que son los médicos generales, parteras y obstetras quienes con frecuencia están involucrados en la prestación de atención prenatal a los adolescentes. Las personas vinculadas en la atención de la maternidad deben ser conscientes de los riesgos obstétricos particulares asociados con el embarazo adolescente, así como en la búsqueda de estrategias para mejorar la eficacia de los programas dirigidos a su prevención. [28]

Cada año, más de 600.000 adolescentes se embarazan, y 3 de cada 10 adolescentes se volverán a embarazar antes de que lleguen a los 20 años de edad. Las cifras son más altas entre los adolescentes negros e hispanos. Como se ha dicho las consecuencias negativas para la salud y sociales se traducen en una carga financiera sustancial. En el 2010, solo en los Estados Unidos los nacimientos

que involucran madres adolescentes cuestan casi $ 10 mil millones en aumento de la asistencia pública y el cuidado de la salud. (29)

Las consecuencias económicas y sociales de la maternidad prematura van más allá de los jóvenes. Los altos costos que esta genera vienen acompañados de otros problemas como son la violencia y la pobreza. Al analizar esta situación desde una perspectiva social se puede apreciar que esos costos son más altos que su equivalente en una prevención efectiva. (30)

JUSTIFICACIÓN

Desde el punto de vista médico las madres adolescentes tienen mayores riesgos de presentar anemia, preeclampsia, complicaciones del parto, enfermedades de transmisión sexual, así como alto riesgo de mortalidad durante el embarazo sin olvidar los riesgos bien conocidos para el niño. Es indudable que nuestros jóvenes enfrentan situaciones difíciles y en muchos casos nuevas, frente a las opciones que se les presentan para el desarrollo de su vida en pareja, su sexualidad y su reproducción, y también es cierto que nuestra sociedad enfrenta enormes retos vinculados con estas cuestiones.

El año 2013 el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) hizo público su informe sobre “Maternidad en la niñez”, en el que México aparece ocupando el primer lugar entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en madres adolescentes.

Como se ha visto, el fenómeno del embarazo en adolescentes ha ido en aumento y es una de las principales preocupaciones de la sociedad y los servicios de salud por las complicaciones que trae consigo, sus repercusiones económicas y sociales, según las estadísticas Chiapas es uno de los estados con mayor número de embarazos en este grupo de edad siendo de vital importancia conocer las condiciones sociales y demográficas que prevalecen en nuestra población dado que se consideran factores asociados al fenómeno de embarazo en edades tempranas, si estos procesos socioculturales, económicos, demográficos y familiares de los cuales forman parte las prácticas sexuales y reproductivas no se conocen mejor y no se toman en cuenta, los esfuerzos que realizan tanto el gobierno como los organismos no gubernamentales y la sociedad en general para enfrentar los problemas, supuestos o no del embarazo en adolescentes, serán mucho menos fructíferos de lo que podrían ser.

Se espera que los resultados derivados del presente estudio puedan servir para el análisis y creación de estrategias encaminadas a la prevención del embarazo en adolescentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema de salud en todo el mundo. Cada vez aumenta más el número de embarazos en esta etapa de la vida, tanto en países desarrollados como subdesarrollados.

Cifras reportadas por el INEGI indican un incremento en el porcentaje de embarazos en adolescentes en México de ser del 18% en 1990, hasta 19.4% en el 2013.El estado de Chiapas figura entre los estados con mayor incremento en este porcentaje siendo del 20.1% en el 2013.

Actualmente, dos de los primeros problemas médico-sanitarios más importantes que afectan a la juventud son el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja entre otros.

El bajo nivel educativo que prevalece en nuestro medio conlleva escasa educación y orientación en el seno familiar sobre aspectos de sexualidad al considerarse éste un tema tabú en muchas familias lo cual predispone a embarazos en edades tempranas.

Así también el bajo nivel socioeconómico, con sus agravantes, orillan en muchas ocasiones a las jóvenes a formar sus propias familias siendo aún adolescentes en busca de salir de sus hogares de origen hecho que no siempre ocurre y cuando así es, la mayoría de las veces no mejora su situación.

El presente estudio pretende identificar ¿cuáles son los factores sociodemográficos asociados a embarazo adolescente en pacientes derechohabientes de la UMF 11.Tapachula, Chiapas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a embarazo adolescente en las pacientes derechohabientes de la UMF 11, Tapachula. Chiapas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar si el nivel socio-económico es un factor asociado a embarazo en adolescentes.

Determinar si el nivel educativo de los padres se relaciona con el embarazo en adolescentes.

Determinar si el no recibir orientación sobre sexualidad se relaciona con el embarazo en adolescentes.

Obtener información sobre embrazo no planificado en las adolescentes embarazadas.

Describir el tipo de familia de las adolescentes embarazadas en cuanto a su conformación.

HIPOTESIS:

El nivel socio-económico bajo es un factor que se relaciona con el embarazo en adolescentes.

El bajo nivel educativo de los padres se relaciona con el embarazo en adolescentes.

El no recibir orientación sobre sexualidad se relaciona con el embarazo en adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Diseño del estudio**

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo.

- **Población de estudio**:

Pacientes adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, embarazadas derechohabientes de la UMF 11, Tapachula, Chiapas.

- **Lugar y tiempo:**

Unidad de Medicina Familiar num.11, del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula, Chiapas. México. Aplica del 01 de julio del 2016 al 31 de diciembre del 2016

Criterios de selección.

- **Criterios de inclusión:**

Pacientes del sexo femenino embarazadas que aceptaron participar, con edades de 10 a 19 años y que sean derechohabientes de la UMF 11.

- **Criterios de exclusión:**

Pacientes que no aceptaron participar.

- **Criterios de eliminación:**

Pacientes que no concluyeron la entrevista.

- **Tamaño de la muestra:**

  La muestra no probabilística por conveniencia en donde se aplicó el instrumento al total de las pacientes embarazadas adolescentes que acudieron a las sesiones impartidas el personal de trabajo de social de la UMF 11, y que cumplieron con los criterios de selección las cuales se captaron dentro del periodo comprendido del 01 de julio del 2016 al 31 de diciembre del 2016.

VARIABLES.

Variable dependiente.

- Embarazo en adolescentes

Variables independientes.

- Edad.
- Ocupación
- Lugar de precedencia
- Edad de inicio de relaciones sexuales
- Uso de métodos de Planificación familiar
- Estructura familiar.
- Acceso a medios de comunicación
- religión
- Estado civil.
- Nivel educativo.
- Nivel socioeconómico
- Ocupación.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicadores
Embarazo adolescente.	Cualitativa	Gestación que ocurre durante la adolescencia	Gestación que ocurre entre los 10-19 años.	Nominal:	1.-Si 2.-No
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Número de años vividos hasta el momento del registro	Nominal	Años cumplidos
Escolaridad	Cualitativa	Duración de los estudios en un centro docente	Tiempo de estudios realizados por el individuo hasta el momento del registro	Nominal	1.-Analfabeta 2.-Primaria incompleta 3.-Primaria completa 4.-Secundaria 5.-Preparatoria 6.-Profesional
Ocupación	Cualitativa	Empleo, oficio, dedicarse a ocupaciones laborales	Tipo de trabajo	Nominal	1.-Estudiante 2.-Empleada 3.-Ama de casa
Inicio de vida sexual activa	Cualitativa	Edad en la que tuvo su primera relación sexual	Edad en la que tuvo su primera relación sexual	Ordinal	Edad de primer contacto sexual
Métodos de planificación familiar	Cualitativa	Son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo en forma temporal o permanente, con el fin de prevenir embarazos no deseados.	MPF alguna vez usados.	nominal	1.-Métodos naturales 2.-Métodos de barrera 3.-Hormonales orales 4.-Hormonales inyectables 5.-DIU 6.-Definitivos 7.-Varios

Procedencia	Cualitativa	Área geográfica donde reside	Lugar de residencia.	Nominal	1.-rural 2.-urbano
Estado civil	Cualitativa	Condición legal de pareja.	Condición legal de pareja.	Nominal	1.-soltera 2.-viuda 3.-casada 4.-divorciada 5.-unión libre
Acceso a medios de comunicación	Cualitativa	Posibilidad de disfrutar de un servicio que le permita estar informado	Cuenta con servicios de telecomunicaciones	Nominal	1.-si tiene 2.-no tiene
Religión	Cualitativa	Credo y conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina	Grupo religiosos al que pertenece	Nominal	1.- católica 2.- testigo de Jehová 3.- presbiteriana 4.-adventista 5.- pentecostés 6.-luz de mundo 7.- Mormón 8.- ninguna
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Estatus que posee el individuo y su familia, el estilo de vida que lleva y el ambiente en el que se desenvuelve, perfil educativo, tipo de comodidades y servicios a los que tiene acceso	Resultado de los servicios y comodidades con los que vive el individuo	Nominal	1.-Estrato alto 2.-Estrato medio alto 3.-Estrato medio bajo 4.-Estrato obrero 5.-Estrato marginal
Orientación sobre sexualidad	Cualitativa	Proceso mediante el cual se obtienen conocimientos y consejería sobre sexualidad	Consejos y platica sobre aspectos relacionado con la sexualidad	nominal	1.-si se tiene 2.-no se tiene
Tipología familiar	cualitativa	Clasificación de la familia de acuerdo a su conformación	clasificación que la familiar con base en sus integrantes según el consejo mexicano de medicina familiar	nominal	1.-Nuclear 2.-Nuclear simple 3.-Nuclear numerosa 4.-Reconstruida 5.-Monoparental 6.-Monoparental extendida 7.-Monoparental extendida compuesta 8.-Extensa 9.-Extensa compuesta 10.-No parental

PROCEDIMIENTO.

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. Los anterior se desprende teniendo en cuenta los indicadores y dimensiones planteados como ejes del proceso de investigación, los objetivos y la pregunta de investigación derivada del planteamiento del problema, así como el uso y manejos de las variables expuestas; se contempló una investigación con técnicas de tipo cuantitativo que recogió la evidencia sobre los aspectos señalados, que permitieron explicar con mayor profundidad la conjugación de los factores que se encuentran inmersos y entrelazados con el objeto de estudio. Para ello se acudió al diseño de investigación no experimental, a través de éste podemos analizar el objeto de estudio en su escenario natural y no inferir en su comportamiento ni en el manipuleo de las variables. Todo diseño de investigación debe responder a una pregunta de investigación y por centrarse en un estudio particularmente cuantitativo se realizó el siguiente proceso metodológico: 1. Acercamiento e interacción con el objeto de estudio, 2. Cuestionamiento de información obtenida. Específicamente este diseño de investigación fue de corte transversal, debido a que sólo se acudirá al campo en el momento indicado -no es el interés ver el crecimiento del objeto en diversas etapas-, es decir, en un tiempo único, puesto que el estudio es de tipo explicativo y prospectivo, el cual parte de un problema de investigación. Por lo tanto, no se buscó tanto un patrón cualitativo, sino más bien cuantitativo, que refleje la calidad de la información recabada.

La sistematización de la recolección de datos, se realizó por medio de un instrumento tipo encuesta, aplicada directamente por el investigador a cada una de las pacientes adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF 11, las cuales se captaron en las sesiones para embarazadas impartidas por el personal de trabajo social de la misma unidad.

El instrumento a utilizar se sometió a proceso de validación por expertos y prueba piloto en pacientes adolescentes embarazadas de hospital general de zona número 1, realizándose los ajustes necesarios para poder ser aplicado.

La encuesta consta de la ficha de identificación y 19 reactivos con opción múltiple de los cuales la pregunta 1 a la 4 investiga la ocupación, el estado civil, el grado de escolaridad de la entrevistada, así como el grado de escolaridad de los padres. La pregunta 5 y 6 investiga sobre quien es el principal proveedor en el hogar y el ingreso mensual aproximado. La pregunta 7 y 10 investiga los servicios con los que cuenta la familia en cuanto a urbanización y acceso a medios de comunicación. La pregunta 8 investiga el tipo de familia de acuerdo a su conformación en base a la clasificación dada por el consenso mexicano de medicina familiar. La pregunta 9 investiga la religión que profesa la entrevistada. El reactivo 11,12 investiga si la entrevistada recibió orientación sobre aspectos de sexualidad en el hogar, en la escuela, o a través de medios de comunicación, la pregunta 13 interroga sobre las condiciones de la vivienda. Los reactivos número 14, 15, 16, 17 y 18 preguntan algunos antecedentes ginecoobstetricos relevantes para el proyecto de investigación a decir los siguientes: si usó método de planificación en la primera relación sexual, la edad a la que tuvo su primer relación sexual, el número de embarazos que ha tenido, si usó método de planificación antes del actual embarazo y el número de parejas sexuales que ha tenido. En el reactivo número 19 se pregunta si el actual embarazo fue planeado.

Una vez terminadas las encuestas se calificó de forma individual cada una de ellas y se realizó la preparación y descripción del material en una base de datos concentrando los resultados de las encuestas en un archivo electrónico, para lo cual se utilizó Microsoft Office y el SPSS.

Finalmente en la recolección de datos, se despejaron las variables de interés para la investigación mediante la codificación y atribución de categorías, abarcando todas las posibilidades de cada variable a estudiar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

El análisis de los resultados se realizó utilizando para las variables cuantitativas cálculo de medidas de tendencia central y dispersión. Para las cualitativas se usó frecuencias y porcentajes de cada una de las respuestas.

Se calculó intervalo de confianza al 95% para promedio y porcentajes, prueba de chi cuadrada para explorar la asociación entre las variables; con intervalos de confianza teniendo en cuenta significancia estadística con valor de p menor de 0.05.

El análisis se realizó por medio de Excel 2013 y el SPSS para la introducción de datos e información de códigos así como para la creación de las tablas que permitió realizar la descripción de las variables.

Resultados

En este apartado se describen los resultados de los datos obtenidos de los factores sociodemográficos asociados a embarazo adolescente en pacientes derechohabientes de la UMF 11, Tapachula, Chiapas.

En relación a la tabla 1. Muestra los datos sociodemográficos de la población de estudio, se identifica en cuanto a lugar de procedencia que el dato más representativo es el urbano con el 61.8% en las adolescentes con embarazo no planeado. La edad predominante de las adolescentes con embarazo no planeado fue 18 años con el 32.4%. La ocupación de la encuestadas sobresale las amas de casa con el 91.2% de las mujeres con embarazo no planeado, en segundo lugar son estudiantes con el 5.9%, y son empleadas el 2.9%, concerniente al estado civil de las adolescentes con embarazo no planeado se observa que la mayoría se encuentran casadas, lo que representa el 67.6%, el 23.35% son viudas y el 8.8% viven en soltería. Con respecto al nivel de escolaridad de la población con embarazo no planeado, la preparatoria es el 61.8%, con secundaria 35.3% y con primaria el 2.9%. Las adolescentes con embarazos no planeados manifiestan que la principal fuente de ingresos lo provee su esposo lo que representa el 76.5%, otras indican que su manutención deriva de su padre cuyo resultado es 23.5%. El ingreso económico mensual en los hogares de las adolescentes con embarazos no planeados es de $1,001 a $2,000 en el 58.8%. La tipología familiar más representativa de las adolescentes con embarazos no planeados es la nuclear con el 64.7%, continua la extensa cuyo resultado es el 29.4% y por ultimo monoparental extendida compuesta con el 5.9%, del resto de la tipología familiar referida en el instrumento de recolección no reporta caso alguno. La religión de las adolescentes con embarazo no planeado se caracteriza por diversas instituciones religiosas, se percibe que el 35.3% son católicas. El 93.5% de las adolescentes con embarazo no planeado no recibieron orientación sexual. La edad de la primera relación sexual en las adolescentes con embrazo no planeado fue de 15 años en el 35.3%. El 94.1% de las adolescentes con embarazo no planeado no tienen acceso a la orientación sexual través de los medios de comunicación. El estrato socioeconómico de las

adolescentes con embarazo no planeado fue estrato obrero en el 32.4%. El 67.6% de adolescentes con embarazo no planeado no utilizan algún método de planificación familiar.

En el análisis estadístico con la prueba de chi cuadrada, se encuentra que las variables que mostraron significación estadística con el embarazo no planeado fueron el estado civil y la orientación sobre sexualidad, ambas con un valor p<0.05.

Tabla 1. Variables sociodemográficas

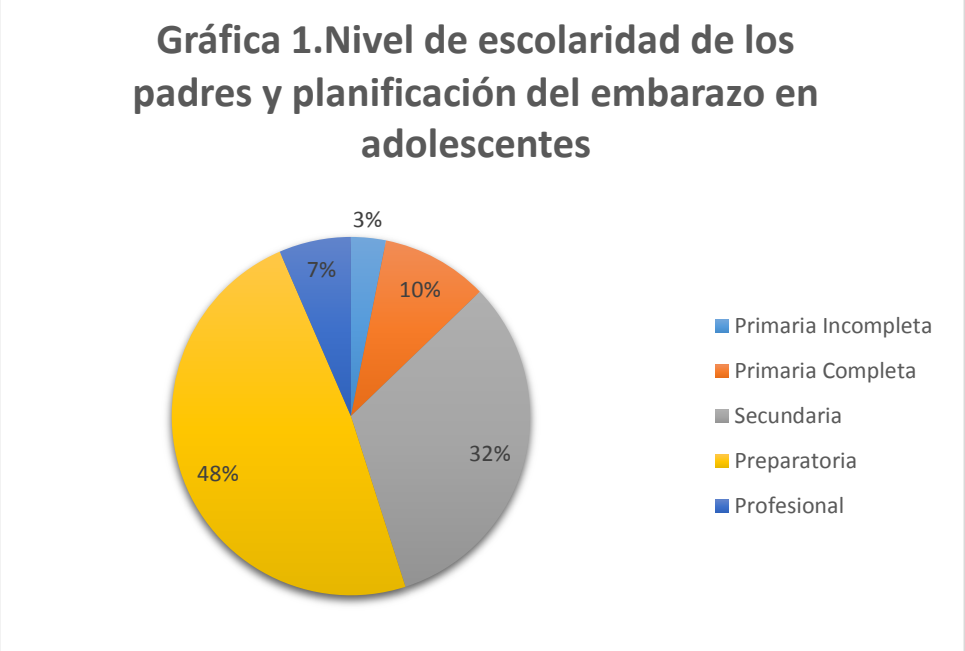
Variable		Embarazo planeado			Embarazo no planeado			Valor p
		Frecuencia	%	Intervalo de confianza 95%	Frecuencia	%	Intervalo de confianza 95%	
Lugar de procedencia	Urbano	23	74.2%	63.56-84.84	21	61.8%	49.99-73.61	0.285
	Rural	8	25.8%	15.16-36.44	13	38.2%	26.39-50.01	
Edad	15	0	0.0%	0.00-0.00	1	2.9%	-1.18-6.98	0.266
	16	4	12.9%	4.75-21.05	6	17.6%	8.34-26.86	
	17	15	48.4%	36.25-60.55	8	23.5%	13.19-33.81	
	18	8	25.8%	15.16-36.44	11	32.4%	21.02-43.78	
	19	4	12.9%	4.75-21.05	8	23.5%	13.19-33.81	
Ocupación	Estudiante	5	16.1%	7.17-25.03	2	5.9%	0.17-11.63	0.305
	Empleada	2	6.5%	0.51-12.49	1	2.9%	-1.18-6.98	
	Ama de casa	24	77.4%	67.23-87.57	31	91.2%	84.31-98.09	
Estado civil	Soltera	5	16.1%	3.16-29.04	3	8.8%	-0.72-18.32	0.034
	Casada	15	48.4%	30.81-65.99	8	23.5%	9.25-37.75	
	Unión libre	11	35.5%	18.66-52.34	23	67.6%	51-87-83.33	
	Divorciada	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
	Viuda	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
Grado de estudio	Analfabeta	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	0.139
	Primaria incompleta	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	

	Primaria completa	0	0.0%	0.00-0.00	1	2.9%	-2.74-8.54	
	Secundaria	18	58.1%	40.73-75.47	12	35.3%	19.24-51.36	
	Preparatoria	13	41.9%	24.53-59.27	21	61.8%	45.47-78.13	
	Profesional	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
Principal ingreso	Madre	1	3.2%	-1.08-7.48	0	0.0%	0.00-0.00	0.483
	Padre	9	29.0%	17.97-40.03	8	23.5%	13.19-33.81	
	Ambos (padre y madre)	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
	Esposo	21	67.7%	56.33-79.07	26	76.5%	66.19-86.81	
	Otro	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
Ingreso	$800 a $1,000	7	22.6%	12.43-32.77	5	14.7%	6.09-23.31	0.543
	$1,001 a $2,000	19	61.3%	49.46-73.14	20	58.8%	46.83-70.77	
	$2,001 a $3,000	4	12.9%	4.75-21.05	7	20.6%	10.77-30.43	
	$3,001 a $4,000	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
	$4,001 a $5,000	0	0.0%	0.00-0.00	1	2.9%	-1.18-6.98	
	$5,001 a $6,000	1	3.2%	-1.08-7.48	0	0.0%	0.00-0.00	
	$6,001 a $7,000	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
	$7,001 a $8,000	0	0.0%	0.00-0.00	1	2.9%	-1.18-6.98	
Tipo de familia	Nuclear	16	51.6%	34.01-69.19	22	64.7%	48.64-80.76	0.404
	Nuclear simple	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
	Nuclear numerosa	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
	Reconstruida	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
	Monoparental	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
	Monoparental extendida	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
	Monoparental extendida compuesta	1	3.2%	-1.08-7.48	2	5.9%	-2.02-13.82	
	Extensa	14	45.2%	27.68-62.72	10	29.4%	14.09-44.71	
	Extensa compuesta	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
	No parental	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
Religión	Católica	21	67.7%	51.24-84.16	12	35.3%	19.24-51.36	0.226
	Testigo de Jehová	3	9.7%	-0.72-20.12	4	11.8%	3.96-19.64	

	Presbiteriana	1	3.2%	-1.08-7.48	5	14.7%	6.09-23.31	
	Adventista	1	3.2%	-1.08-7.48	1	2.9%	-2.74-8.54	
	Pentecostés	1	3.2%	-1.08-7.48	1	2.9%	-2.74-8.54	
	Luz del mundo	1	3.2%	-1.08-7.48	1	2.9%	-2.74-8.54	
	Mormón	2	6.5%	-2.18-15.18	4	11.8%	3.96-19.64	
	Ninguna	1	3.2%	-1.08-7.48	6	17.6%	8.34-26.86	
Orientación sexual	Si	30	88.2%	80.36-96.04	2	6.5%	0.51-12.49	0.000
	No	4	11.8%	3.96-19.64	29	93.5%	87.51-99.49	
Edad de la primera relación sexual	13	2	6.5%	-2.18-15.18	1	2.9%	-2.74-8.54	0.532
	14	6	19.4%	5.48-33.32	4	11.8%	3.96-19.64	
	15	6	19.4%	5.48-33.32	12	35.3%	19.24-51.36	
	16	12	38.7%	21.55-55.85	10	29.4%	14.09-44.71	
	17	3	9.7%	-0.72-20.12	6	17.6%	4.80-30.40	
	18	2	6.5%	-2.18-15.18	1	2.9%	-2.74-8.54	
Acceso a medios de comunicación	Si	1	3.2%	-1.08-7.48	2	5.9%	-2.02-13.82	0.610
	No	30	96.8%	90.60-103.00	32	94.1%	86.18-102.02	
Estrato socioeconómico	Estrato alto	2	6.5%	-2.18-15.18	6	17.6%	4.80-30.40	0.070
	Estrato medio-alto	9	29.0%	17.97-40.03	5	14.7%	6.09-23.31	
	Estrato medio-bajo	14	45.2%	27.68-62.72	9	26.5%	11.67-41.33	
	Estrato obrero	3	9.7%	-0.72-20.12	11	32.4%	16.67-48.13	
	Estrato marginal	3	9.7%	-0.72-20.12	3	8.8%	1.91-15.69	
Métodos de planificación familiar	Métodos naturales	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	0.229
	Métodos de barrera	6	19.4%	5.48-33.32	4	11.8%	3.96-19.64	
	Hormonales orales	0	0.0%	0.00-0.00	4	11.8%	3.96-19.64	
	Hormonales inyectables	1	3.2%	-1.08-7.48	2	5.9%	-2.02-13.82	
	DIU	0	0.0%	0.00-0.00	0	0.0%	0.00-0.00	
	Definitivos	0	0.0%	0.00-0.00	1	2.9%	-2.74-8.54	
	Ninguno	24	77.4%	62.68-92.12	23	67.6%	51.87-83.33	

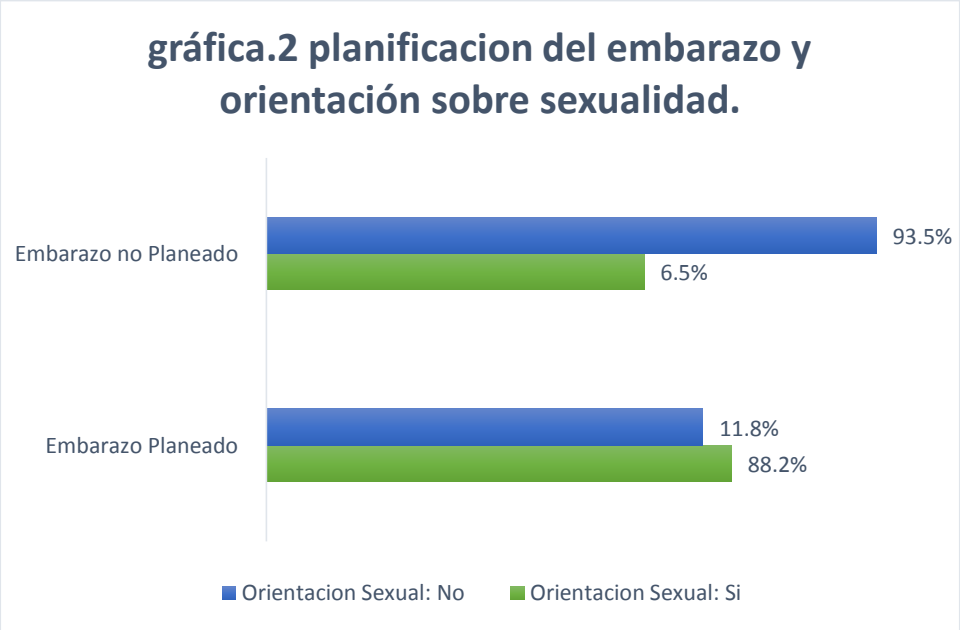
Fuente: Encuesta realizada en el módulo de trabajo social de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas.

En la gráfica 1. Se ilustra el nivel educativo de los padres en relación con la planificación del embarazo en adolescentes, se observa que la escolaridad de los padres con estudios de preparatoria es el más representativo en embarazos no planeados en adolescentes con un 29.20% en contraste con el planeado 23.10%. En segundo lugar se muestra la escolaridad de los padres nivel secundaria, donde sobresale los embarazos planeados con el 13.80% de los casos en oposición el embrazo no planeado con el 15.40%. El tercer sitio lo simbolizan los padres con primaria completa cuyos resultados muestran que 4.60% de las adolescentes no planearon su embarazo y solo el 6.20% si fue planeado. Continúan la escolaridad con nivel profesional donde el 3.1% corresponde a ambas respuestas. En el caso de padres solo primarios incompletos es donde menos se reflejan datos representativos, pues solo del toral de la adolescentes encuestadas el 1.50% si planearon su embarazo y aquellas que no es el 0%. Estos datos indican que el nivel educativo de los padres de familia de las adolescentes no se relaciona con el embarazo de sus hijas. Se observaba que a menor escolaridad se presentaron pocos embarazos y conforme aumenta la escolaridad de los padres se refleja mayor número de adolescentes embarazadas sea de manera planeada o no.



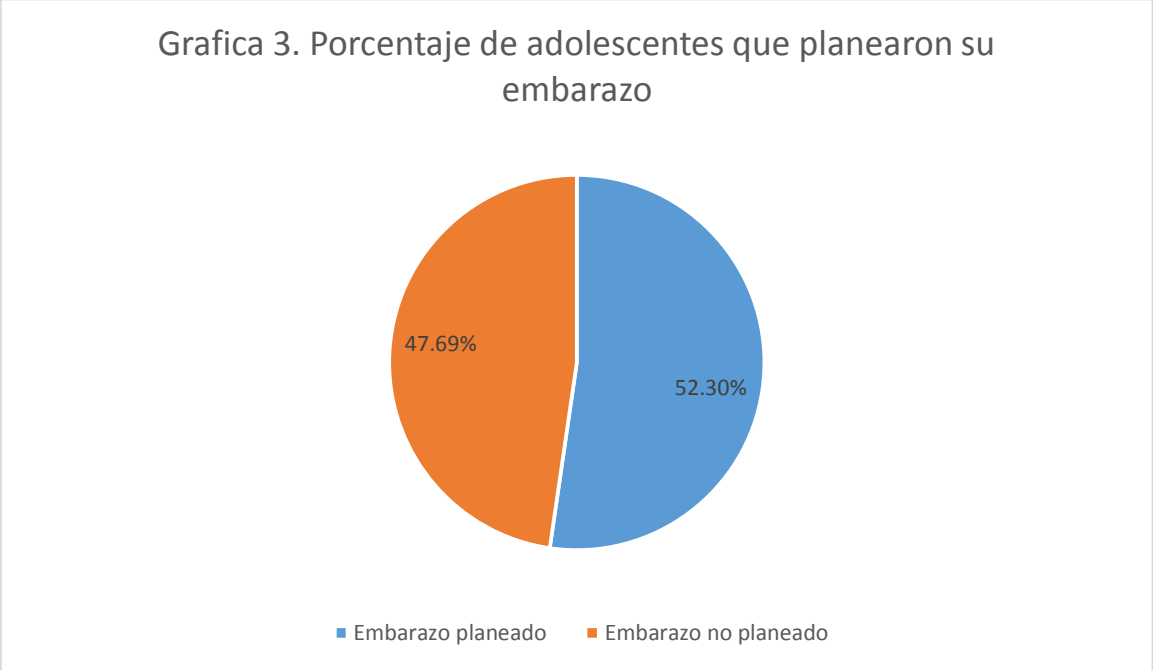
Fuente: Encuesta realizada en el módulo de trabajo social de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas.

La gráfica 2 muestra que el no recibir orientación sobre sexualidad se relaciona con el embarazo en adolescentes. En relación con las adolescentes que no planearon su embarazo representa 47.69% del cual el 93.5% de la encuestadas no recibieron orientación sexual en contraste a aquellas que respondieron afirmativamente es el 6.5%. De las 65 adolescentes que participaron en el estudio que planearon su embarazo representa el 52.30% dentro este rubro 88.2% indican que recibieron orientación sexual y el 11.8% responde a lo contrario. Esto demuestra que la orientación sexual debe emplear estrategias a fin de disminuir embarazos en las adolescentes.



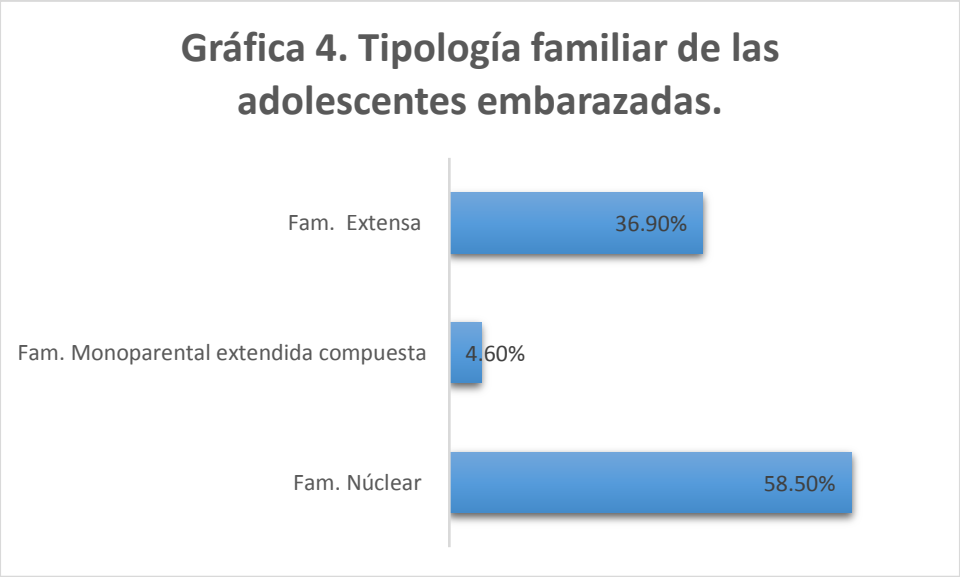
Fuente: Encuesta realizada en el módulo de trabajo social de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas.

La gráfica 3 ilustra la información obtenida sobre embarazo no planificado en las adolescentes embarazadas. Se observa que el 52.30% de las adolescentes no planearon su embarazo y solo 47.705 indican un embarazo planificado, Esto resultados tiene correlación los descrito anteriormente en la figura 2, que las estrategias de orientación sexual no arrojan resultados óptimos.



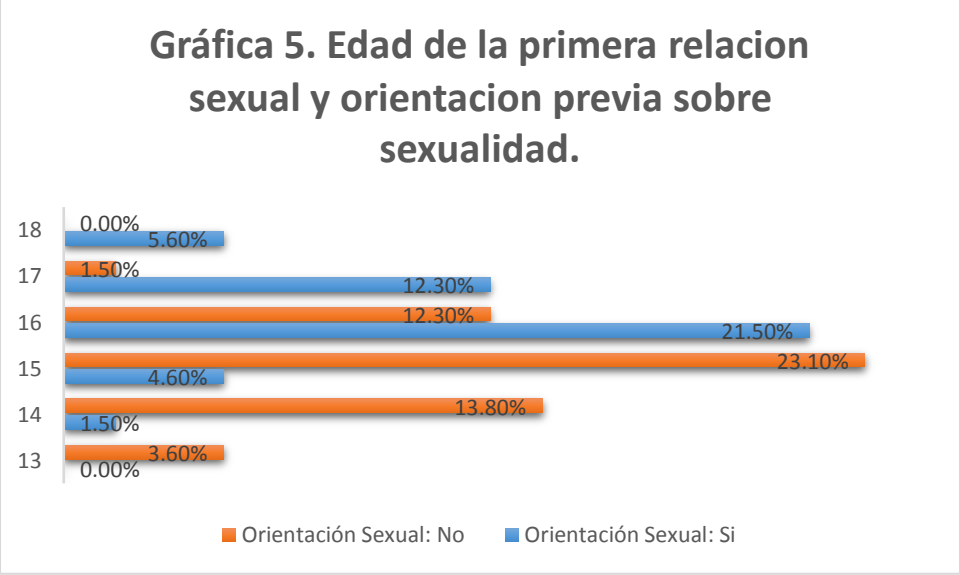
Fuente: Encuesta realizada en el módulo de trabajo social de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas.

La gráfica 4 constituye la descripción del tipo de familia de las adolescentes embarazadas en cuanto a su conformación. Se aprecia que la mayoría de las adolescentes son integrantes de la familia nuclear al representar el 58.50%, continúan en segundo lugar las familias extensas con un 36.90% y el 4.60% corresponde a familias monoparental extendida compuesta, del resto de la tipologías familiares no se reportaron dato alguno.



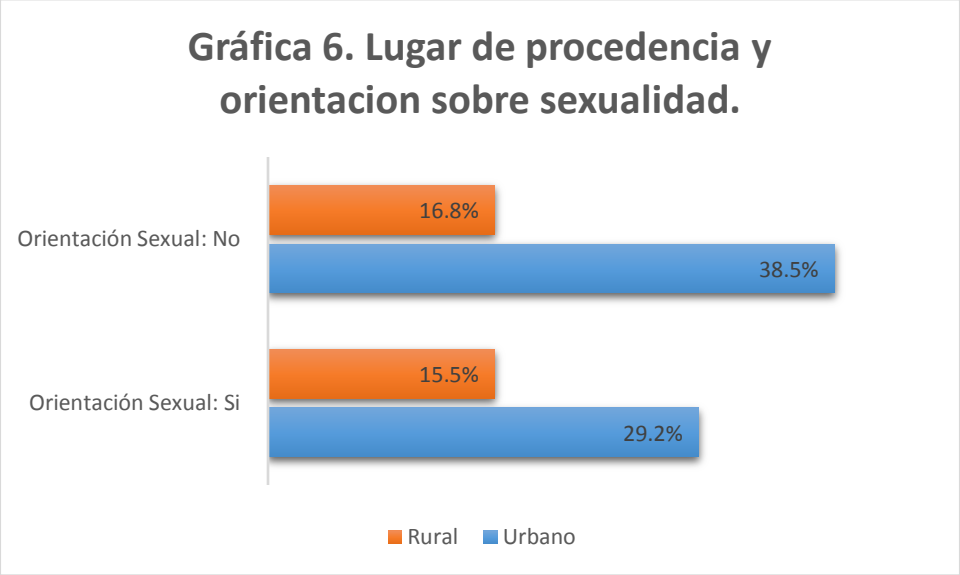
Fuente: Encuesta realizada en el módulo de trabajo social de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas.

La gráfica 5, proyecta un dato interesante concerniente sobre la edad al practicar su primera relación sexual. Arrojando que el 33.80% de las adolescentes tenían 16 años de edad en su primer contacto sexual, dentro este grupo etario el 21.50% si tuvieron orientación sexual antes de iniciar su actividad sexual y 12.30% sostienen lo contrario. Continua el grupo de los 15 años que es el 27.7%, se caracteriza con el 23.10% que revela no haber recibido orientación sexual y el 4.6% si fueron orientadas. En tercer sitio desataca la edad de 14 años la cual representa el 15.30% de la población de las adolescentes encuestadas en el que se muestra que el 13.80% no recibieron ningún tipo de orientación antes de iniciar su actividad sexual y el 1.50% respondieron afirmativamente. Referente a las adolescentes que respondieron que tenían de 17 años en su primera experiencia sexual, representa el 13.80% en cual se divide 12.30% que indican si haber recibido orientación sexual y solo el 1.50% no recibió. De las adolescentes con 18 años de edad que representan el 5.60%, el total de ellas indicó haber recibido orientación sobre sexualidad. El grupo de 13 años 3.60% de la población comentó que el 3.6% no recibieron previa orientación y no hay caso alguno que haya respondido afirmativamente.



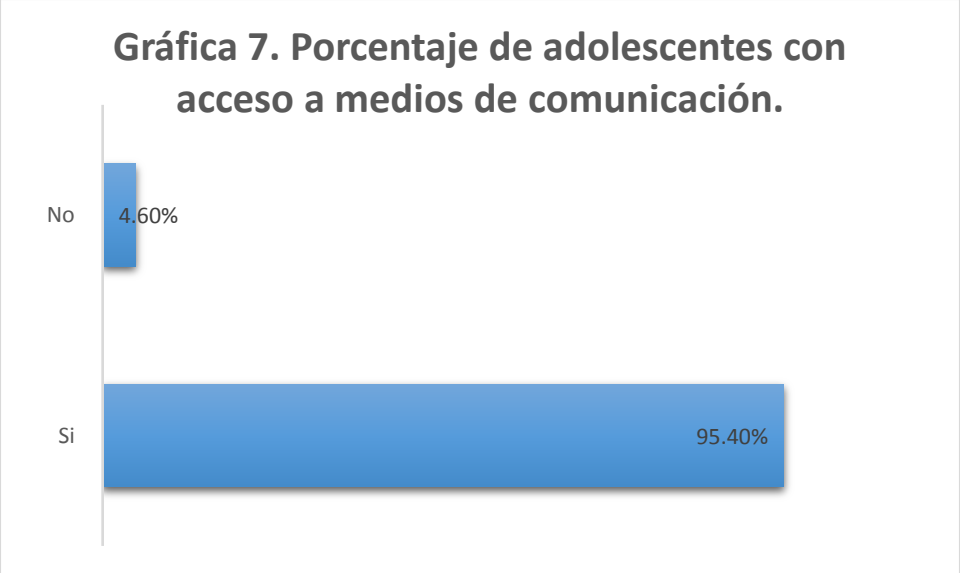
Fuente: Encuesta realizada en el módulo de trabajo social de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas.

La gráfica 6 refleja la relación entre el lugar de procedencia de las adolescentes y la orientación sexual, de la población encuestada el 67.7% su procedencia es urbana, dentro este grupo se observa que el 38.5% no recibieron orientación sexual en contra parte con el 29.2% que niega dicha situación. El medio rural es compuesto por el 32.3%, resultando que el 15.5% afirma que si tuvo orientación sobre sexualidad y el 16.8% respondió negativamente.



Fuente: Encuesta realizada en el módulo de trabajo social de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas.

La gráfica 7. detalla si las jóvenes adolescentes tiene acceso a la orientación sexual través de los medios de comunicación, en su mayoría responden afirmando, esto representa el 95.40% y solo el 4.60% lo niega; por lo tanto, si tienen dicho acceso informativo.

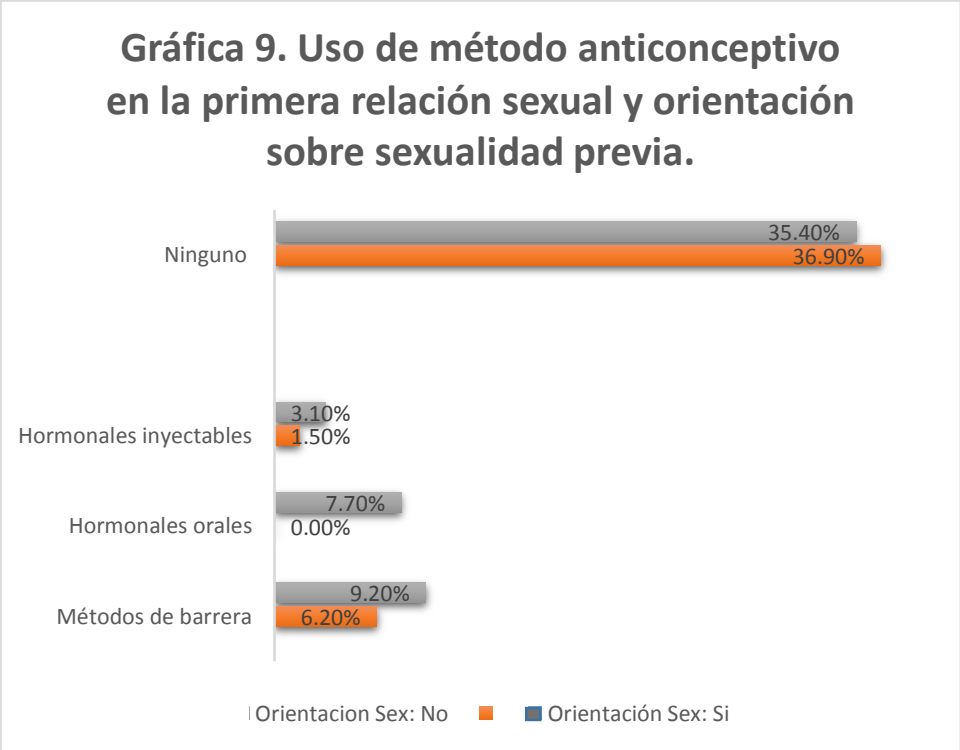


Fuente: Encuesta realizada en el módulo de trabajo social de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas.

La gráfica 8. Ilustra lo relacionado al estrato socioeconómico al que pertenecen las adolescentes que participaron en el estudio. Se encontró que 37 pertenecen al estrato obrero representado por el 47%, 26 al estrato medio bajo con un 40%, 5 pertenecen al estrato medio alto representado por un 8% y 3 de ellas pertenecientes al estrato marginal representado con un 5%.

Fuente: Encuesta realizada en el módulo de trabajo social de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas.

La gráfica 9 representa la relación entre el uso de algún método de planificación familiar y la orientación sexual. Se refleja que el 72.30% del total de las adolescentes no usan algún método de planificación familiar, de las cuales el 35.40% si recibieron orientación sexual y el 36.90% no recibieron, a pesar de ello no optan ningún medio preventivo. Concerniente las encuestadas que si usan un método anticonceptivo es representado por el 27.70% de las cuales el 15.40% usan los métodos de barrera y sostienen que si recibieron orientación el 9.20% y el 6.20% indican que no. Referente al uso de hormonales orales representa el 7.70% el total de este subgrupo afirman recibir orientación, no se presentó caso alguno que respondiera negativamente. Emplean hormonales inyectables el 4.60%, las cuales indican haber recibido previa orientación el 3.10% y el 1.50% indican no.



Fuente: Encuesta realizada en el módulo de trabajo social de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas.

Discusión

En México se ha visto un incremento en la población urbana favorecido por la migración de las poblaciones del medio rural a la ciudad en búsqueda de mejores oportunidades, en este estudio se encontró que la mayoría de las adolescentes estudiadas pertenecen al medio urbano siendo un 67.7% y proceden del medio rural el 32.3%. Al analizar el porcentaje que recibió orientación sobre sexualidad se puede ver que la mayoría indicó que no la tuvo, siendo la misma situación para las que viven en la ciudad como las que proceden del medio rural. Esto deja ver que si la adolescente vive en una zona de residencia rural ya no representa del todo un indicador de ser madre adolescente, mientras que si la adolescente vive en una zona urbana la hace también expuesta al riesgo de ser madre.

La edad promedio de las madres adolescentes estudiadas es de 17.4% lo cual no difiere mucho de lo encontrado por Osorio y Hernández que reportan el mayor número de embarazos a los 16 años en un 31% seguido por las jóvenes de 17 años con un 25.4%[20]. Más de un tercio de la población de las madres adolescentes tienen al menos estudios de preparatoria (52.3%), seguidas de las adolescentes con escolaridad de secundaria (44.6%), siendo minoría las adolescentes con poca instrucción con apenas primaria (4.6%).

Con relación al estado civil de las adolescentes embarazadas la mayoría se encuentra en unión libre (52.3%), casadas (35.4%) y en soltería (12.3%), esto difiere con lo reportado en el estudio de Panduro B, Jimenez C, Pérez M, Panduro M, Peraza M, Quezada F[10] que encontraron en una población de adolescentes embarazadas en Guadalajara, México que el 62.7% se encontraban en unión libre, casadas 8.5% y solteras 28.7%.

En lo que respecta a la ocupación se puede observar que en nuestra población la mayoría de las adolescentes embarazadas se dedican a las labores del hogar, siendo muy pocas las que continúan sus estudios académicos y un menor porcentaje son empleadas lo cual difiere con lo reportado por Panduro B, Jimenez C, Pérez M, Panduro M, Peraza M, Quezada F[10] donde el 51.2% eran amas de casa, 26.3% estudiantes y 22.5% empleadas.

Al comparar la escolaridad de los padres con la planificación del embarazo en las adolescentes se observa que la mayor parte de ellas son hijas con padres que estudiaron preparatoria de las cuales el mayor porcentaje no planeó el embarazo, seguido de las adolescentes con padres con estudios de nivel secundaria la mayoría planeo el embarazo teniendo solo una ligera diferencia en porcentaje con relación a las que no lo planearon, de las que tienen padres con educación primaria la mayoría no planeo el embarazo, las que tienen padres profesionistas reflejan el mismo porcentaje las que planearon contra las que no los hicieron. Llama la atención que adolescentes hijas de padres que no concluyeron la educación primaria aunque un ocupan un pequeño porcentaje indicaron todas haber planeado su embarazo. Esto último se relaciona con lo comentado por Gálvez G, Martinto G, Rodríguez C, Álvarez V.[30] que sostiene que el deseo de embarazo es más alto en las adolescentes social y económicamente más desfavorecidas sin embargo este deseo no necesariamente es decreciente a medida que mejoran las condiciones. Estos datos también indican que el nivel educativo de los padres de familia de las adolescentes no se relaciona con el embarazo de sus hijas. Se observaba que a menor escolaridad se presentaron pocos embarazos y conforme aumenta la escolaridad de los padres se refleja mayor número de adolescentes embarazadas sea de manera planeada o no. Así mismo en nuestro medio podría deberse a los numerosos programas gubernamentales que otorgan apoyo a madres solteras y becas a niños condicionando de cierta forma que sea erróneamente visto como una forma de procrear y recibir beneficios a través de esos medios.

En lo referente a la edad al practicar su primera relación sexual los resultados de este estudio arrojan que el mayor porcentaje se encontró entre los 16 años (33.80%) y los 15 años (27.7%) de edad esto se relaciona con lo encontrado por Rangel D y col que reportó una edad promedio de 15.6 años en una muestra analizada en Pinar del Río, Cuba.[15]

Al analizar en nivel socioeconómico de las adolescentes embarazadas notamos que la mayoría pertenecen al estrato obrero, seguidas por las pertenecientes al estrato medio bajo, una minoría son del nivel medio alto y menos aun las que pertenecen a estrato marginal. Esto se explica dado que la población que se atiende en la unidad

de medicina familiar donde se realizó el estudio es predominantemente obrera. Estos resultados no difieren sustancialmente de los planteados en el marco teórico.

En cuanto a la tipología familiar de las adolescentes estudiadas con respeto a su conformación se encontró que pertenecen a una familia nuclear el mayor porcentaje, seguida por la extensa y un pequeño porcentaje representado por la familia monoparental extensa compuesta. Se puede observar que en nuestro medio una gran cantidad de adolescentes que resultan embarazadas inician su vida en pareja constituyendo una familia nuclear predominantemente con respecto a los otros tipos de familia, esto para muchas de ellas puede ser visto como algo positivo dado que adquieren el status y beneficios de los adultos sin embargo con las consecuentes responsabilidades que esto implica para lo cual no están aún preparadas.

Conclusiones

La orientación deficiente en temas de sexualidad se encuentra invariablemente en el medio rural como en el medio urbano lo cual se refleja por el gran porcentaje de adolescentes que no usan métodos de planificación familiar.

El nivel de escolaridad bajo de los padres no mantiene un indicador significativo en la probabilidad de haber sido madre adolescente, de modo que los datos fueron contundentes mostrando que un menor nivel de escolaridad de los padres ya no está relacionado con un mayor riesgo de ser madre adolescente. El nivel que tiene mayor impacto es la preparatoria seguido de la secundaria. Es probable que esto sea favorecido por los cambios sociales que han permitido el considerar las relaciones sexuales de manera más abierta teniendo como resultado el contacto sexual a edades más tempranas sin que haya habido modificaciones en las estrategias educativas para prevenir las consecuencias que esto trae consigo.

Referente a la orientación sexual y el uso de métodos anticonceptivos la mayoría de las adolescentes iniciaron su primera relación sexual en las edades de 15 a 16 años. El no uso métodos anticonceptivos también es considerado como un factor que se asocia al embarazo en adolescentes.

Con respecto a la planeación del embarazo se puede ver que la mayoría de las adolescentes que planearon el embarazo tienen antecedentes de haber recibido orientación sobre sexualidad.

El nivel socioeconómico obrero predominó en el grupo estudiado seguidas por las pertenecientes al estrato medio bajo, observándose que el embarazo adolescente sigue presentándose en los estratos menos favorecidos de la sociedad.

El comportamiento del embarazo en adolescentes derechohabientes de la UMF 11

de Tapachula, Chiapas se relaciona principalmente con la débil orientación sexual y el estado civil de las adolescentes lo cual arrojo significación estadística con respecto a la planeación del embarazo. Los resultados así mismo muestran que no dejan de pesar los factores sociodemográficos que imperan en la población como lo son la edad, el nivel socioeconómico y la tipología familiar.

Recomendaciones:

La base en la resolución en muchas problemáticas de las sociedades es la buena educación y en el tema del embarazo en adolescentes se observa que aún hay muchas deficiencias, en este sentido es fundamental mejorar las estrategias educativas en todo lo que concierne a sexualidad tanto de los adolescentes como de los padres y tutores, involucrando en esta tarea no solo a las instituciones de salud sino también al sector educativo.

Se puede reflexionar en que si la adolescencia es una etapa decisiva en la vida de una mujer, esta debería vivirse un contexto social que les brinde perspectivas de mejora en su vida y que estos beneficios luchen exitosamente con los beneficios relativos de ser madre. Así ellas estarán impulsadas a buscar directrices o conductas que las alejen de un embarazo, como ya lo han hecho adolescentes de otras sociedades que reciben una orientación sexual acorde a sus necesidades.

ASPECTOS ÉTICOS

En el presente Trabajo, todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, Titulo Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.

El estudio se basara en los 12 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial "Guía de recomendaciones para los médicos y biomédica en personas" adoptada por la 18 Asamblea Medica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendad por la 29 Asamblea Medica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Medica Mundial, Venecia Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Medica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica Octubre de 1996 y la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 19 añadida por la Asamblea General Washington 2002.

Debe ser autorizado por el comité de ética de la institución. Las participantes en el estudio deberán dar consentimiento libre e informado y han de conservar su derecho a abandonar en cualquier momento, se respetara la intimidad y la confidencialidad de las participantes en todo momento. Así como al finalizar la recolección de datos se podrá comunicar a todas aquellas que así lo soliciten los resultados y el significado de los estudios aplicados

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

RECURSOS	DESCRIPCIÓN
HUMANOS	INVESTIGADOR (RESPONSABLES DEL ESTUDIO)
MATERIALES	MATERIAL DE PAPELERÍA - FOTOCOPIAS - LÁPICES (UNA CAJA) - BOLÍGRAFOS TINTA NEGRA (5 UNIDADES) - UN EQUIPO DE COMPUTO PERSONAL. - TABLA DE MADERA CON PINZA (5 UNIDADES) - ENGRAPADORA.
RECURSOS FINANCIEROS	PROPIOS DEL INVESTIGADOR.

BIBLIOGRAFIA:

1. Menendez G, Navas C, Hidalgo R, Espert C. Embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y ginecologia. 2012; 38(3).

2. Soto OM , Franco B, Silva V, Velazquez Z. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2003; 19(6).

3. Geografía INdEyG. [Online]. Available from: www.Inegi.org.mx.

4. Torriente BN , Diago C, Rizo V, Menéndez L. Conocimientos elementales sobre educacion sexual en alumnos de una escuela secundaria basica urbana. Revista Habanera de Ciencias Medicas. 2010; 9(4).

5. Alarcon A, Coello L, Cabrera G, Monier D. Factores que influyen en el embarazo en las adolescentes. Rev Cubana Enfer. 2009; 25(2).

6. Valdés D, Essien J, Bardales M, Saavedra M, Bardales M. Embarazo en la adolescencia. Indidencia, riegos y complicaciones. Rev cubana de Obstet Ginecol. 2015; 28(2).

7. Bardon P. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo en adolescentes. Revista Cubana de Higiene y epidemiologia. 2011; 50(2).

8. Herrera D. El embarazo adolescente en Jalisco. Paakat: Revista de tecnologia y Sociedad. 2014; 4(6).

9. Peña A, Peña W. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57(43).

10. Panduro B, Jimenez C, Pérez M, Panduro M, Peraza M, Quezada F. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. 2012; 80(11).

11. Mendoza T, Arias G, Mendoza T. Hijo de madre adolescente; riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(5).

12. Bermudez Z. La cigueña extraviada: una aproximación al fenómeno del embarazo en adolescentes. Tendencias y Retos. 2012; 19(1).

13. Colomer R, Cortés R, Esparza O, Sanchez V, García A, Martínez R, et al. Prevención del embarazo en la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013; 15(9).

14. Suarez L. Otra mirada al embarazo en la adolescencia. Revista Habanera de Ciencias médicas. 2011; 10(1).

15. Rangel D, Gonzalez R, Barrera H, Pereda C. Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. Rev Ciencias Médicas. 2012; 16(4).

16. Calesso M, Mitjavila M, Pizzinato A, Barcinski M, Neves S. Maternidad adolescente en inmigrantes en el contexto catalan. Ex Aequo. 2011; 24(13).

17. PC G. Análisis del ambarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Revista desarrollo y sociedad. 2012; 69(133).

18. Binstock G, Hadley E. Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima: una aproximacion cualitativa. Debates en sociología. 2010; 35(45).

19. Ávila M, Barbera G, Arguello M. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela. Rev Med Hondur. ; 79(2).

20. Osorio I, Hernández M. Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle de Cauca, Colombia. Colomb Med. 2011; 42(3).

21. Gómez S, Gutiérrez M, Izzebin B, Sánchez M, Herrera M, Ballesteros C. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Rev. Salud pública. 2012; 14(2).

22. Álvarez N, Pastor M, Linares A, Serrano M, Rodríguez O. Maternidad temprana: percepciones e implicacionesde las madres de las adolescentes. Matronas Prof. 2014; 15(3).

23. Peláez M. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1996; 22(1).

24. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para la políticas públicas. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3).

25. Gamarra T, Iannacone J. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en la adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú. The Biologist (Lima). 2010; 8(1).

26. Rosales S, Lemoine L, Vicente R, Andrade R. Características sociodemograficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una unidad de medicina familiar en San Luis Potosí, México. Aten Fam. 2013; 20(4).

27. Hila J, Spear P, Sharon R. Qualitative Reserch on Adolescent Pregnancy: A Descriptive Review and Analisis. Journal of pediatric Nursing. 2003; 18(6).

28. Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric Risks of Pregnancy in Women Less Than 18 Years Old. Obstetrics and Gynecology. 2000; 96(6).

29. Secura G, Tessa M, Collen M, Mullersnan J, Bucket C, Qiuhong Z, et al. Provision of No- Cost, Long- Acting Contraception and Teenage Pregnancy. N. Engl. J Med. 2014; 371(23).

30. Galvez G, Martinto G, Rodriguez C, Álvarez V. Propuesta metodológica para el analisis economico del embarazo en la adolescencia en Cuba. Revista Cubana se salud Publica. 2013; 39(5).

ANEXO 1

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES DERECHOHABIENTES DE LA UMF 11, TAPACHULA. CHIAPAS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	CALENDARIO PARA REALIZAR ACTIVIDADES 2015-2017																				
	ABR-MAY 2015	JUN-AGOST 2015	SEPT 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016	MARZ 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGOST-DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017	MARZ-2017	ABRIL 2017	MAY 2107	JUN 2017	JUL 2017
BÚSQUEDA DEL TEMA A INVESTIGAR																					
REVISIÓN DE LA LITERATURA																					
APROBACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN																					
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO																					
DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA																					
ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN																					
REVISIÓN Y CORRECCIÓN DEL PROTOCOLO																					
RECOLECCIÓN DE LOS DATOS																					
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS																					
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS																					

ANEXO 2

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:	"" Factores sociodemográficos asociados a embarazo adolescente en las pacientes derechohabientes de la UMF 11, Tapachula. Chiapas.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	U.M.F. No. 11 , Tapachula De Córdova Y Ordoñez, Chiapas.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El embarazo temprano está asociado a efectos adversos, a corto y a mediano plazo, en el binomio madre-niño además del impacto que económico y social representa. Pese a las intervenciones realizadas, el embarazo en la adolescencia se presenta cada vez con mayor frecuencia, constituyéndose como un problema de salud en todo el mundo por lo que el objetivo de este estudio es Identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a embarazo adolescente en las pacientes derechohabientes de la UMF 11, Tapachula. Chiapas.
Procedimientos:	Se me ha informado que mi participación consiste, en contestar un cuestionario que contiene ítems sobre características sociodemográficas.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que es mínimo el riesgo posible que puedo correr ya que solo responderé una encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en el estudio obtendré el beneficio de ayudar a la formación de conocimiento y que esto pueda servir para el análisis y creación de estrategias efectivas encaminadas a la prevención del embarazo en adolescentes
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al finalizar el estudio será me informará sobre los resultados.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de participar y retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que afecte la atención médica del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

☐ No autoriza que se tome la muestra.

☐ Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

☐ Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable: Residente de medicina familiar: Ruth Rendón Atilano.

Colaboradores:

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

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

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

ANEXO 3. ENCUESTA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NUM.11
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.
Cuestionario de Variables del Protocolo:
"FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES"

Buenos días/tardes, estamos realizando una encuesta para identificar los "factores asociados a embarazo en adolescentes que acuden a consulta externa de esta unidad". Le agradecemos por su tiempo y disposición para contestar las siguientes preguntas.

Ficha de identificación:		Folio	
Nombre:(opcional)			
Número de afiliación			
Lugar de procedencia:	Urbano		Rural
Edad:		1.- Ocupación:	Estudiante.
			Empleada
			Ama de casa.
2.- Estado civil:			Soltera.
			Casada.
			Unión libre.
3.- Mi escolaridad: (último curso escolar concluido)			Analfabeta.
			Primaria incompleta.
			Primaria completa.
			Secundaria.
			Preparatoria
			Profesional.

4.- La escolaridad de mis padres es: (último curso escolar concluido)	PADRE	MADRE
Analfabeta.		
Primaria incompleta.		
Primaria completa.		
Secundaria		
Preparatoria		
Profesional.		

5.- El principal ingreso económico en mi casa proviene de:	
	Madre.
	Padre.
	Ambos por igual (padre y madre)
	Esposo
	Otro (especifique):

6.- El ingreso aproximado que se percibe en casa es de :			
	Semanal:		Mensual
	Quincenal:		Otro:

7.- Marque los servicios con los que cuenta en su hogar	Luz eléctrica.	
	Agua potable.	
	Agua de pozo.	
	Drenaje.	
	Fosa séptica.	

8.- Tipología familiar en base a su conformación:	Nuclear		Monoparental extendida	
	Nuclear simple		Monoparental extendida compuesta	
	Nuclear numerosa		Extensa	
	Reconstruida		Extensa compuesta	
	Monoparental		No parental	

9.- Religión:	Católica.		Pentecostés.	
	Testigo de Jehová.		Luz del mundo.	
	Presbiteriana.		Mormón.	
	Adventista.			
	Otra:_____			

10.- Usted cuenta servicios de telecomunicación	Televisión de paga.	
	Televisión abierta.	
	Teléfono fijo.	
	Teléfono móvil.	
	Internet	
	Otro:_____	
	Ninguno.	

11.- Recibe o recibió orientación sexual en casa:	Sí.	
	No.	

12.- Ha recibido orientación sexual a través de medios de comunicación.	Sí.	
	No.	
¿Cuál?	Radio.	
	Televisión.	
	Medio impreso (periódico, revista, trípticos).	
	Internet	

13 ¿Recibió orientación sexual en alguno de los siguientes lugares?	Escuela.	
	Centro de salud (imss, isstech, ssa, etc).	

14.- Usted uso algún método de planificación en su primera relación sexual:	Si.	
	No.	

15.- Que edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual:	_____años

16.- Cuantos embarazos ha tenido (incluyendo abortos, partos y cesáreas)	_____	
17.- Utilizaba algún método de planificación familiar.	Métodos naturales.	
	Métodos de barrera.	
	Hormonales orales.	
	Hormonales inyectables.	
	DIU.	
	Definitivos (salpingoclasia).	
18.- Número de Parejas Sexuales	_____	
19.- Tu embarazo actual fue planeado?	Si	
	No	