



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION NORTE DE LA CIUDAD DE MEXICO



## UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:  
“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE  
ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS EN LA U.M.F. 120”**

**“DIAGNÓSTICO DE SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA No.120 2015-2016”**

Para obtener la liberación del Servicio Social, presenta:

M.P.S.S. Manuel Alejandro Catalán Ruíz

Matricula UAM: 210230471

Matricula IMSS: 98369506

Asesor Interno:

Dra. Ofelia Gomez Landeros

Asesora Interna de Servicio Social UAM-XOC

Asesor Externo:

Dra. María Teresa Barrón Tirado

Coordinadora de Educación e Investigación en Salud de la UMF No. 120 IMSS

Dra. Araceli Sánchez Henández

Médico Epidemiólogo UMF No. 120 IMSS

Julio 2016

## ÍNDICE

### CAP. 1. INVESTIGACIÓN

#### “FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS EN LA U.M.F. 120”

1.1. RESUMEN.....	6
1.2. INTRODUCCIÓN.....	7
1.3. ANTECEDENTES.....	8
1.4. MARCO TEÓRICO.....	14
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	22
1.6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
1.7. OBJETIVO GENERAL.....	22
1.8. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
1.9. METODOLOGÍA.....	23
1.9.1. MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
1.9.2. TIPO DE ESTUDIO.....	23
1.9.3. POBLACIÓN, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	23
1.10. VARIABLES.....	24
1.10.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL.....	24
1.10.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....	24
1.11. RECURSOS.....	28
1.11.1. HUMANOS.....	28
1.11.2. FÍSICOS.....	28
1.11.3. MATERIALES.....	28
1.11.4. FINANCIEROS.....	28
1.12. ASPECTOS ÉTICOS.....	29
1.13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	35
1.14. RESULTADOS: CUADROS Y GRÁFICAS.....	36
1.15. ANALISIS DE RESULTADOS.....	67
1.16. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	68
1.17. ANEXOS.....	69
1.17.1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	69
1.17.1.1. PADRES.....	69
1.17.1.2. NIÑOS DE 13 A 17 AÑOS.....	71
1.17.1.3. ADULTOS.....	72
1.17.1.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....	73
1.18. BIBLIOGRAFÍA.....	75

### CAP. 2. “DIAGNÓSTICO DE SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA No.120 2015-2016”

2.1. INTRODUCCIÓN.....	78
2.2. OBJETIVO GENERAL.....	79
2.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	79
2.4. HISTORIA Y FUNDACIÓN DE IZTAPALAPA.....	80
2.4.1. IZTAPALAPA EN EL SIGLO XIX.....	80
2.4.2. IZTAPALAPA EN EL SIGLO XX.....	80
2.4.3. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DE IZTAPALAPA.....	80

2.5. ENTORNO AMBIENTAL.....	81
2.5.1. ASPECTOS GEOGRÁFICOS.....	81
2.5.2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	81
2.5.3. OROGRAFÍA.....	81
2.5.4. HIDROGRAFÍA.....	82
2.5.5. GEOLOGÍA.....	83
2.5.6. FLORA Y FAUNA.....	83
2.5.7. CLÍMA.....	84
2.5.8. LLUVIA.....	85
2.5.9. DESARROLLO URBANO.....	85
2.5.10. VÍAS DE COMUNICACIÓN.....	85
2.6. DETERMINANTES DEL COMPORTAMIENTO.....	86
2.6.1. POBLACIÓN Y TASA DE CRECIMIENTO.....	86
2.6.2. CRECIMIENTO POBLACIONAL RECIENTE.....	86
2.6.3. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN.....	87
2.7. INDICADORES DE SALUD.....	89
2.7.1. ESPERANZA DE VIDA.....	89
2.7.2. NATALIDAD Y FECUNDIDAD.....	89
2.7.3. MORTALIDAD.....	91
2.7.4. MORTALIDAD POR GRUPOS ESPECIFICOS EN LA UMF No.120.....	91
2.7.5. ECONOMÍA.....	92
2.7.6. VIVIENDAS.....	93
2.7.7. EDUCACIÓN.....	95
2.7.7.1. PREESCOLAR.....	95
2.7.7.2. PRIMARIA.....	96
2.7.7.3. SECUNDARIA.....	96
2.7.7.4. BACHILLERATO.....	96
2.7.7.5. ALUMNOS EGRESADOS.....	97
2.7.7.6. ESCUELAS DE EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA SUPERIOR.....	97
2.7.8. INDIGENISMO.....	98
2.7.9. MIGRACIÓN Y EMIGRACIÓN.....	99
2.7.10. PARTIDO POLÍTICO.....	100
2.7.11. CONSUMO DE SUSTANCIAS: TABACO, ALCOHOL Y DROGAS.....	100
2.7.12. TENDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO.....	101
2.8. CONSTELACIONES DE RIESGO.....	102
2.8.1. CONTAMINANTES FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS Y SISTÉMAS DE MONITOREO.....	102
2.8.2. RIESGOS Y VULNERABILIDAD.....	103
2.8.2.1. RIESGO GEOLÓGICO.....	103
2.8.2.2. RIESGO HIDROMETEOROLÓGICO.....	104
2.8.2.3. RIESGO FÍSICO-QUÍMICO-SANITARIO.....	104
2.8.3. ESTADÍSTICAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN ZONAS URBANAS Y SUBURBANAS.....	104
2.9. PERFIL DE DAÑOS A LA SALUD.....	105
2.9.1. PRINCIPALES MOTIVOS DE DEMANDA DE CONSULTA EXTERNA EN MEDICINA FAMILIAR.....	105

2.9.2. PRINCIPALES MOTIVOS DE DEMANDA DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMERA VEZ EN MEDICIAN FAMILIAR.....	105
2.9.3. MORBILIDAD.....	106
2.9.4. PRINCIPALES PADECIMIENTOS TRANSMISIBLES.....	107
2.9.5. PRINCIPALES PADECIMIENTOS NO TRANSMISIBLES.....	107
2.9.6. PADECIMIENTOS TRANSMISIBLES SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	108
2.9.7. PADECIMIENTOS NO TRANSMISIBLES SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	109
2.9.8. PRINCIPALES INDICADORES DE CONTROL.....	109
2.9.9. PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS POR RIESGO DE TRABAJO..	113
2.9.10. PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS POR INCAPACIDAD PERMANENTE POR RIESGO DE TRABAJO.....	113
2.9.11. PRINCIPALES MOTIVOS DE INVALIDEZ INICIAL.....	114
2.9.12. PRINCIPALES MOTIVOS DE DEFUNCIÓN POR RIESGO DE TRABAJO.....	115
2.9.13. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 2015.....	116
2.9.14. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 2016.....	116
2.9.15. MORTALIDAD POR PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	117
2.10. SISTEMA LOCAL DE SALUD.....	119
2.10.1. DIAGNÓSTICO DE RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA....	119
2.10.2. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD.....	120
2.10.3. RECURSOS HUMANOS.....	120
2.10.4. DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS Y CAPACIDAD INSTALADA.	122
2.10.5. PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS ANUAL.....	123
2.10.6. PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS POR DÍA.....	123
2.10.7. PRODUCCIÓN DE GRUPOS PREVENIMSS.....	124
2.10.8. ESTRATEGIA EDUCATIVA TRABAJO SOCIAL.....	124
2.10.9. NUTRICIÓN.....	127
2.11. ANEXOS.....	128
2.11.1. ABREVIATURAS.....	128
2.11.2. MAPAS.....	128
2.11.3. TABLAS.....	129
2.11.4. GRÁFICAS.....	130
2.12. LISTA DE REFERENCIAS.....	132
2.13. BIBLIOGRAFÍA.....	136

### CAP. 3. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

3.1. PROGRAMA OPERATIVO DEL PASANTE DE SERVICIO SOCIAL.	142
3.2. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE LA UNIDAD.....	150

### CAP. 4. CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

4.1. EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA.....	159
4.2. EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN PROFESIONAL.....	159
4.3. EN RELACIÓN A SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD.....	160
4.4. EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA.....	161

## **CAPITULO 1**

### **INVESTIGACIÓN**

**“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN  
EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE 13 A  
19 AÑOS EN LA U.M.F. 120”**

## “FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS EN LA U.M.F. 120”

María Teresa Barrón Tirado<sup>1</sup> Manuel Alejandro Catalán Ruíz<sup>2</sup>

1. Coordinadora de Educación UMF 120 2. MPSS UMF 120

### INTRODUCCIÓN

El Fondo de Población de las Naciones Unidas estima en el mundo más de mil millones de adolescentes de 10 a 19 años, de los cuales más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de 16 años; el embarazo en esta etapa representa más de 11 % de los nacimientos del mundo.<sup>1</sup>

### OBJETIVO

Identificar los factores socioculturales que influyen en el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en U.M.F. No. 120.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio Transversal, Descriptivo, Observacional. Se realizó en UMF 120, del periodo de Enero a Junio, 2016. Se incluyeron variables sociodemográficas, culturales y obstétricas. El análisis fue estadística descriptiva, muestra no probabilística por casos consecutivos. Se apega a lineamientos éticos de seres humanos.

### RESULTADOS

Se encuestaron a 53 adolescentes embarazadas con rango de edad de 13 a 19 años, media 18.08,  $\pm$  1.34, 64.2% preparatoria, 43.4% solteras, 30.2% menarca 12 años, 36% creía no quedaría embarazada en su primera relación, 62.2% IVSA 15-16 años, 96.2% conocían los métodos, 74.5% sabían utilizarlos, 56.6% primera relación con método, 100% utilizo preservativo, 33.9% se controlan, 83.3% utiliza preservativo, 79.2% recibió educación sexual, 79.2% embarazos planeados, 66% tiene buena relación familiar, 22.6% influyo internet en IVSA, 26.4% consumió sustancias tóxicas, 96.2 recibió apoyo familiar, 75.5% se sentían felices.

### CONCLUSIONES

En esta investigación se observó que la mayoría de adolescentes se embarazaron a los 18 años, los factores culturales reportados con mayor frecuencia fueron: recibieron educación sexual, apoyo familiar, IVSA a los 16 años, la mitad de ellas utilizo el preservativo en su primera relación sexual. Actualmente las adolescentes se encuentran en una etapa de planeación de su embarazo, aunque se siguen presentando a tempranas edades.

### PALABRAS CLAVE

Adolescencia, Embarazo.

## **“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS EN LA U.M.F. 120”**

### **INTRODUCCIÓN**

En la sociedad latinoamericana con patrones culturales tradicionales, la familia, la escuela, y en general la sociedad no acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia. Por esa razón no se orienta a los adolescentes sobre la educación sexual, solamente se les da información insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción.<sup>1</sup>

El Fondo de Población de las Naciones Unidas estima que hay en el mundo más de mil millones de adolescentes de 10 a 19 años de edad, de los cuales más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años; el embarazo en esta etapa representa poco más de 11 % de los nacimientos en el mundo.<sup>2</sup>

Las tasas de fecundidad de las adolescentes no han disminuido en forma importante durante los últimos 20 años. Con frecuencia las adolescentes en América Latina no usan métodos anticonceptivos, a pesar de que una importante proporción de ellas los conoce. Es preocupante que muchas de las que usan el método del ritmo no conozcan adecuadamente su período fértil.<sup>1</sup>

Lo que trae consigo muchas veces que las adolescentes vean su vida menguada por una maternidad precoz y en ocasiones por un matrimonio no planeado. Aunado a ello, es común que los embarazos no deseados tengan como consecuencia para la madre, el abandono de sus estudios, problemas para conseguir empleo, discriminación, depresión, desórdenes nutricionales y/o abortos en ocasiones ilegales.<sup>1</sup>

## ANTECEDENTES

El embarazo adolescente es una de las principales preocupaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo relativo a este grupo atareo. De acuerdo al organismo internacional, cada año aproximadamente 16 millones de jóvenes de entre 15 y 19 años dan a luz, lo que supone el 11% de los nacidos en el mundo.<sup>3</sup>

Las más recientes cifras de este fenómeno divulgadas en el Informe del 2015 “Maternidad en la niñez” del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) indican que nuestro país ocupa el primer lugar de embarazos adolescentes en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con una tasa de natalidad de 64.2 por cada 1000 nacimientos, lo que equivale a mil 252 partos diarios o a un embarazo por minuto, se observa 34.4 de cada 100 mil niñas o niños nacidos vivos de madres entre los 10 a 14 años y 66.6 de madres entre los 15 a 19 años de edad.<sup>4</sup>

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) publicó la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2015, donde destaca el aumento de embarazos en jóvenes, estando por encima de la publicada por la UNFPA.<sup>3</sup>

En nuestro país, las tendencias de aumento del embarazo adolescente son reflejadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), ya que el promedio de hijos nacidos entre jóvenes de 12 a 19 años ha sido el más alto en los últimos 20 años. Si bien el promedio es de 5.8%, hay estados como Chihuahua o Baja California Sur que exceden los 8 puntos porcentuales.<sup>3</sup>

En México viven casi 22.3 millones de adolescentes. Cada año, cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, esto equivale al 27.6 por ciento del total, lo que las convierte en el grupo más importante.<sup>5</sup>

El porcentaje de mujeres de 13 a 19 años que fueron madres el año 2005 fue de 24.5%. El uso de métodos de planificación familiar se ha reportado incluso en 79.1%, pese que casi 100% de la población de mujeres adolescentes tiene conocimiento de la existencia de estos métodos.<sup>6</sup>

El riesgo de muerte por complicaciones en el embarazo es mucho mayor en las adolescentes que en las mujeres con mayor edad. Las adolescentes menores de 16 años tienen 4 veces más probabilidades de morir a causa del embarazo que las mujeres de entre 20 y 30 años.<sup>5</sup>

Así mismo, el riesgo no sólo se expresa en la tasa de mortalidad de la joven, sino además en la tasa de mortalidad del neonato, cuyo riesgo de muerte es un 50% más que en mujeres de entre 20 y 30 años.<sup>5</sup>

En el 2014 uno de cada seis niñas y niños tenía como madre a una niña, adolescente o joven, que al momento del parto contaba con menos de 19 años.<sup>3</sup>



En 2013, el 83.9% del total de egresos hospitalarios en mujeres de 15 a 19 años tuvo que ver con embarazo, parto y/o recuperación postparto.<sup>3</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.<sup>7</sup>

La fecundidad de la población adolescente es la más alta de todo el periodo reproductivo de la mujer. Se estima que en el año 2000 ocurrieron en el país 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representó una tasa de fecundidad de 70 por mil mujeres en este grupo de edad.<sup>2</sup>

Desde hace algunos años se sabe que la maternidad temprana ocurre con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos, y existe cada vez mayor evidencia de que no es únicamente el embarazo temprano el que limita las posibilidades de estas adolescentes, sino las restricciones preexistentes en sus vidas. La construcción social de género, la falta de educación sexual integral, el poco acceso a métodos anticonceptivos y las pocas oportunidades económicas contribuyen a la explicación de este fenómeno.<sup>6</sup>

Se ha documentado que el 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no desean el embarazo en ese momento. En estratos sociales desfavorecidos el embarazo temprano es una práctica prevalente. Esto puede deberse a que el embarazo es considerado como la única opción viable entre las posibilidades al alcance de las adolescentes, o bien a que, en contextos de precariedad socioeconómica (comunidades indígenas, rurales o marginadas), las posibilidades de libertad y desarrollo para las mujeres son restringidas.<sup>7</sup>

En 2011 las adolescentes sin escolaridad presentaron una tasa más alta de fecundidad (180 nacimientos x 1000 mujeres), en comparación con las que tienen una escolaridad de secundaria o más, (60 nacimientos x 1000 mujeres). De acuerdo con la Encuesta Demográfica Reproductiva (Eder) 2013, del total de madres adolescentes en condición de pobreza, 95% había dejado la escuela un año antes de su embarazo; al comparar esta situación con la de madres de mejor nivel socioeconómico, se encuentra que esto ocurre en 77%.<sup>6</sup>

La evidencia muestra que el embarazo temprano incrementa las dificultades para manejar situaciones tanto cotidianas como eventuales, como aquellas vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral. Dicha condición agudiza las inequidades de género y precariedad, particularmente para las mujeres.<sup>6</sup>

Las mujeres que son madres durante la adolescencia tienen descendencias más numerosas en comparación con aquellas que se convierten en madres a edades adultas, situación que agrava las condiciones de vida de las primeras.<sup>6</sup>

Recordemos que las adolescentes en México representan 25% de la población total. Entre sus principales problemas de salud destacan los accidentes, la farmacodependencia, el embarazo no deseado y los suicidios.

A pesar de la disminución de la fertilidad en general, la tasa de embarazos en el grupo de adolescentes permanece estable, lo que se traduce en aumento relativo del porcentaje de mujeres embarazadas menores de 20 años de edad. Aunado a lo anterior, parece incrementarse el número de abortos, divorcios y de madres solteras.

La tercera parte de los embarazos atendidos en instituciones de salud del país son en mujeres menores de 24 años, y 13% a menores de 19 años. En los servicios de medicina de la adolescencia, como en el caso del Hospital Materno Infantil de Inguarán, el embarazo en adolescentes ocupó el tercer lugar en 1991 como causa de consulta médica, para el año 1993 fue el segundo lugar y a partir de 1994 ha ocupado el primer lugar; esto significa que el embarazo en adolescentes es un problema de salud actual en la población atendida en hospitales de este tipo.<sup>8</sup>

En México, la primera relación sexual, la primera unión y el nacimiento del primer hijo se encuentran fuertemente vinculados en el tiempo; la mayoría de los nacimientos se dan dentro de una unión, o bien, la primera unión se da en un intervalo de tiempo relativamente reducido posterior al nacimiento del primer hijo. Por tanto, las madres solteras adolescentes son relativamente pocas (1 de cada 10 madres adolescentes es soltera).<sup>7</sup>

Diversos datos estadísticos señalan que hombres y mujeres empiezan a tener relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años, y desafortunadamente con pocos conocimientos de su sexualidad.

En una encuesta realizada por CONASIDA de la sexualidad en la Ciudad de México, se observó que la edad promedio de la primera relación sexual fue de 17.4 años, y que en generaciones previas, nacidas durante la década de 1970, el promedio fue de 16.4 años.<sup>8</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.<sup>7</sup>

Un dato importante entre las adolescentes mexicanas, es que el 30 % no utilizó métodos anticonceptivos durante su primer contacto sexual, según datos de una muestra nacional realizada en el año 2006. Un estudio de una encuesta nacional previa había documentado que entre las adolescentes que informaron haberse embarazado, la iniciación de la vida sexual a temprana edad, la baja escolaridad y el estado civil de casadas incrementaron el riesgo.<sup>2</sup>

En relación con los métodos anticonceptivos, las encuestas disponibles indican que la gran mayoría de los adolescentes han escuchado hablar de algún método anticonceptivo; sin embargo, si se analiza su conocimiento a profundidad, se identifica que para muchos este es erróneo o incompleto. Por ejemplo, mientras que un 65.4% de las mujeres de 15-49 años de edad responden correctamente a lo que debe hacerse cuando se olvida tomar una pastilla (hormonal), este conocimiento disminuye a 18.7% en las de 15-19. De igual forma, en la anticoncepción de emergencia, 37.4% de todas las mujeres dio una respuesta correcta respecto al tiempo después de la relación sexual en que se debe tomar, en contraste con 31.6% de las adolescentes.<sup>7</sup>

En general, se sabe que el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es muy reducido. La ENADID 2009 muestra que solo 38% de las mujeres adolescentes usó algún método anticonceptivo y que la edad mediana para el uso del primer método en mujeres en edad fértil es de 21.7 años, mientras que la edad mediana al primer hijo nacido vivo es de 20.5 años.<sup>7</sup>

El embarazo en América Latina: El embarazo temprano ocurre en todos los estratos sociales pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reporta que en un conjunto de países latinoamericanos analizados la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico. Asimismo, el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes que tienen bajo nivel educativo.<sup>4</sup>

Cada año dan a luz 16 millones de adolescentes en el mundo. El 90% de los nacimientos de madres adolescentes ocurren en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe, se estima que existe una población de 140 millones de jóvenes. Uno de los elementos que incide de manera significativa en la situación de vulnerabilidad de las adolescentes es el embarazo no planificado. La región tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo y se estima que casi el 18% de todos los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años de edad, advirtió el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).<sup>5</sup>

La mortalidad materna en América Latina y el Caribe se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años. En las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta cuatro veces más que en mujeres mayores de 20 años, estando fuertemente asociados con las desigualdades, la pobreza y la inequidad de género.<sup>4</sup>

Es de suma importancia por los principales desafíos que implican los embarazos adolescentes y sus graves consecuencias en la educación, la salud y las oportunidades laborales a largo plazo. Se precisa que cada 24 horas, 20 mil mujeres menores de 18 años dan a luz en los países en vías de desarrollo, cifra que constituye 95% de todos los nacimientos adolescentes en el mundo, además de que cerca de 700 mil de ellas mueren cada año por causas

relacionadas con la gestación y el nacimiento. En América Latina se cree que el número anual de abortos inseguros entre las adolescentes de 15 a 19 años, alcanza un número de 670 mil.<sup>4</sup>

Cada año en el mundo se reportan 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual y las personas entre los 15 y 24 años poseen las más altas tasas. Si bien esto no tiene relación directa con el embarazo adolescente, sí habla de carencias de información sobre sexualidad y de mal o nulo uso de preservativos.<sup>5</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que alrededor de 150 millones de mujeres adolescentes son sometidas cada año a abuso sexual y otras formas de violencia. Los perpetradores son, por lo general, personas de autoridad como su padres.<sup>9</sup>

Se cree que hay 67 millones de adolescentes que se han casado antes de los 18 años, cuando se está en desarrollo físico, emocional, biológico y fisiológico; y se ven forzadas a asumir un rol que las obliga a madurar abruptamente y en la mayoría de los casos, a ser madres sin estar preparadas para ello.<sup>9</sup>

Existen mil 800 millones de jóvenes en el mundo, la generación de humanos en edad más grande en la historia. Sin embargo, el 85% de estos jóvenes viven en países en vías de desarrollo y una gran cantidad de esta población lo hace en situaciones de pobreza. Alrededor del 45% de todos los jóvenes, sobreviven con menos de dos dólares diarios.<sup>10</sup>

En América Latina y el Caribe se estima que cerca de 50% de las y los adolescentes menores de 17 años ya son sexualmente activos y 65% de los mismos de esta región no usan protección anticonceptiva, ni contra las ITS (infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH) en su primera relación sexual.<sup>10</sup>

El embarazo en Europa y EU: Se estima que cada año dan a luz un millón de chicas de 10-14 años y 16 millones entre 15 y 19 años en el mundo. La mayoría de estos embarazos se producen en países en desarrollo, pero el embarazo en la adolescente también sigue constituyendo un importante problema de salud pública en los países desarrollados.<sup>9</sup>

Entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, EE. UU., seguido de Nueva Zelanda, presenta la tasa más elevada de fertilidad entre los 15 y los 19 años. En Europa, las tasas más elevadas de embarazo a esas edades se declaran en la Federación Rusa. En Europa occidental, la más alta corresponde al Reino Unido.<sup>10</sup>

De acuerdo a un estudio realizado por UNICEF en el que se comparan las tasas de nacimiento en adolescentes (tasa de nacimiento por mil mujeres de 15 a 19 años) de 27 países desarrollados, se encontró que Estado Unidos es el país que registra las tasas más altas (52 por mil), seguido por el Reino Unido (30.8 por mil).<sup>4</sup>

En E.U. casi 1 de cada 5 bebés de madres adolescentes, entre los 15 y 19 años, no es el primero. La mayoría (86 %) son el segundo bebé. Algunas adolescentes dan a luz a un tercer hijo (13 %) o a un cuarto, quinto o sexto bebé (2 %).<sup>11</sup>

Las adolescentes indoamericanas y las nativas de Alaska, las hispanas y las de raza negra tienen 1.5 veces más probabilidades de tener más de un bebé, en comparación con las adolescentes de raza blanca.<sup>11</sup>

Más de 9 de cada 10 (91 %) madres adolescentes sexualmente activas utilizaron algún tipo de anticonceptivo, pero solo cerca de 1 de cada 5 (22 %) usó los más eficaces.<sup>11</sup>

Las madres adolescentes blancas (25 %) y las hispanas (28 %) tienen casi el doble de probabilidad que las madres adolescentes negras (14 %) de utilizar los anticonceptivos más eficaces.<sup>11</sup>

En España, los datos del Instituto Nacional de Estadística indican que, tras el ascenso experimentado entre los años 1996 y 2008, la tasa fue disminuyendo ligeramente hasta llegar, en el año 2010, a cifras de 2,5/1000 a los 15 años y 20,7/1000 a los 19 años. Ocupa una posición media en la lista de tasas de nacimientos en adolescentes, siendo la tasa del grupo de 18-19 años tres veces superior a la del grupo de 15 a 17 años, a pesar de que existen variaciones de acuerdo al medio sociocultural estudiado.<sup>12</sup>

La tasa de fecundidad de las adolescentes extranjeras menores de 19 años es seis veces superior a la de las españolas. Se estima que entre un 60 y un 90% de estos embarazos no son deseados y el 19% de las mujeres españolas que han tenido relaciones sexuales completas, declara haberse quedado embarazada alguna vez sin haberlo deseado.<sup>12</sup>

La tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en mujeres adolescentes (IVE por 1000 mujeres menores de 19 años) tuvo una progresión ascendente en España hasta el año 2007 (13,7/1000), descendiendo posteriormente hasta estabilizarse en 2010 con una tasa de 12,7/1000. El 43,6% de las IVE, en 2008, se practicaron en mujeres extranjeras residentes en España.<sup>10</sup>

Es este país la edad media de inicio de las relaciones sexuales completas es alrededor de los 17 años y se ha mantenido más o menos estable desde mediados del dos mil, un 7% de los jóvenes se inicia antes de los 15 años. Es importante señalar que por estados y provincias, se observa una iniciación de la sexualidad más temprana en Canarias, Cataluña y Galicia en donde uno de cada diez varones mantuvo relaciones con más de una pareja y uno de cada veinte con más de tres, observándose más monógamas a las mujeres, en cuanto a las comunidades en las que se manifiesta más tardía la iniciación sexual están Asturias, Castilla y León.<sup>12</sup>

## MARCO TEÓRICO

La palabra adolescencia proviene del verbo en latín *adoleceré*, que significa crecer o crecer hacia la madurez.<sup>13</sup>

La adolescencia, es un periodo en sí mismo, considerado desde años atrás como una “transición” hacia la vida adulta, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, con las dificultades conceptuales propias y claras de las definiciones sobre qué es “adultez” o “madurez”; para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbres, búsquedas de respuestas que están relacionadas con su estar en el mundo y el quehacer en él y que, inclusive puede llevar a angustias y desesperación. Para otros, es una etapa de intensa formación de amistades, de aflojamiento e inclusive ruptura de las ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.<sup>13</sup>

La adolescencia es una etapa entre la línea divisoria de la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto, en cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, y con claras características propias.<sup>14</sup>

Si se compara la pubertad con la adolescencia se encontrará que el primer periodo hace referencia más directamente al aspecto fisiológico (físico-químico), caracterizado por la transformación “físico-sexual” del individuo y que se define por la aptitud para la procreación. El segundo periodo se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad, y se manifiesta en las niñas con la aparición de la primera menstruación (menarquia) y en los niños por las primeras eyaculaciones.<sup>8</sup>

El término *adolescente* se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 12 y 19 años de edad y este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.<sup>14</sup>

La adolescencia, se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hasta los 19 o 20, durando casi una década. Comienza con la pubertad que es el proceso que conduce a la madurez sexual.

En términos generales la adolescencia se inicia cuando el individuo accede a la madurez sexual y termina cuando se independiza de los adultos.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, se señala que la adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida al transitar de la niñez a la edad adulta.<sup>3</sup> Por lo tanto, se considera que las decisiones que en esta etapa se tomen serán decisivas para el futuro del individuo.<sup>13</sup>



La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años, en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica. A su vez, dentro de esta etapa vital habitualmente se distinguen dos tramos: la adolescencia precoz (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). Algunos/as autores/as identifican tres etapas de acuerdo a los cambios físicos y evolutivos: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años).<sup>14</sup>

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. Intellectualmente 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.<sup>13</sup>

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.<sup>13</sup>

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.<sup>13</sup>

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo más difíciles, ya que se caracteriza por rápidos cambios físicos que se correlacionan con cambios sociales y psicológicos conducentes a la madurez intelectual y sexual y otros procesos que gradualmente apartan al adolescente de la dependencia de los adultos para ganar creciente independencia. El desarrollo físico ocurre varios años antes de que se alcance la madurez psicológica y social.<sup>14</sup>

Se da la difícil búsqueda, construcción y consolidación de la identidad; el grupo de iguales ayuda a desarrollar y probar el autocontrol; se desarrolla el pensamiento abstracto y empleo del razonamiento científico; el egocentrismo se presenta en algunos comportamientos y en términos generales las relaciones con los padres son buenas aunque conflictivas.<sup>14</sup>

La etapa adolescente abarca situaciones muy diversas. Durante este período los y las adolescentes tienen necesidades específicas para alcanzar un desarrollo pleno y saludable. Por ejemplo las necesidades de una niña de 12 años serán muy distintas a la de una de 17 años. La adolescencia tardía (15-

19) es la que recibe mayor atención y es el principal foco de las políticas públicas de adolescencia y juventud, mientras que el inicio de la pubertad y la adolescencia temprana reciben escasa atención a pesar de que constituyen una etapa crítica del desarrollo físico y psicológico, y un momento de máxima vulnerabilidad y de exposición a riesgos que pueden acarrear consecuencias de por vida.<sup>14</sup>

En este sentido, el período entre los 10 y los 14 años también es un momento de gran oportunidad para que los adultos, padres/madres, docentes, cuidadores/as y equipos de salud intervengan para acompañar a los y las adolescentes en su transición hacia la madurez, ayudándolos a desarrollar competencias y habilidades y a reducir los riesgos y daños.<sup>14</sup>

Entre los 10 y los 14 años el cuerpo experimenta rápidas transformaciones incluyendo el desarrollo sexual. En los últimos 200 años la edad de inicio de la pubertad descendió cerca de tres años, y actualmente puede ocurrir tan temprano como a los 8 años en las niñas y a los 9 en los niños, si bien para la mayoría de los niños y niñas se da entre los 10 y los 14 años.<sup>13</sup>

En esta etapa los y las adolescentes son todavía niños y niñas que comienzan a identificarse como sujetos con una identidad separada a la de sus padres y su familia y que empezarán a desarrollar conflictos con estos por su autonomía y cada vez compartirán más tiempo con sus parejas, se preocuparán por ser aceptados e insertarse en la cultura juvenil popular y comenzarán a sentirse atraídos física y emocionalmente hacia otros.<sup>13</sup>

En este período las diferencias de género se encarnan fuertemente. Hombres y mujeres interiorizan los mensajes diferenciales acerca de los roles femenino y masculino que reciben por parte de los adultos, los medios de comunicación y las instituciones. Los hombres son presionados para iniciarse sexualmente mientras que se espera que las mujeres controlen su deseo sexual y eviten la exploración sexual.<sup>14</sup>

Así se promueve el comportamiento sexual de riesgo en los primeros, a la vez que a las mujeres se les niega la información y los servicios básicos de salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, los y las adolescentes están permanentemente expuestos/as a imágenes y mensajes de alto contenido sexual particularmente en la televisión, y también en la música, redes sociales e Internet.<sup>14</sup>

La adolescencia temprana es también una etapa de toma de riesgo y de experimentación con conductas adultas (como por ejemplo fumar) con una comprensión limitada del alcance del riesgo, sumada a sensaciones de invulnerabilidad y omnipotencia que afectan la posibilidad de implementar medidas de prevención. Por otro lado, situaciones de pobreza y abandono con frecuencia fuerzan a los y las adolescentes a adoptar precozmente roles adultos debido a la ausencia de padres y la necesidad de trabajar para subsistir.<sup>15</sup>



La maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar y reduce las oportunidades de inserción laboral en condiciones que permitan generar los recursos necesarios para el desarrollo de los hijos; de ahí que la reproducción durante la adolescencia esté considerada entre los eslabones de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por otra parte, la condición de pobreza suele significar ausencia de oportunidades y limitaciones para la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad como destino principal de la mujer.<sup>15</sup>

En la ENSANUT 2012 se señala que la salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos; es un componente esencial de la capacidad de los adolescentes para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad.<sup>13</sup>

Causas del Embarazo en la Adolescencia: Ya como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes:

- El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.<sup>13</sup>
- La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos.<sup>13</sup>
- La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.<sup>13</sup>
- El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.<sup>13</sup>
- Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.<sup>13</sup>
- La falta de una buena educación sexual.<sup>13</sup>

#### Factores Predisponentes

- Aparición temprana de la menarca (primera menstruación).<sup>14</sup>
- Desintegración familiar.<sup>14</sup>
- Relaciones sexuales precoces.<sup>14</sup>
- Libertad sexual.<sup>14</sup>

- Búsqueda de una relación.<sup>14</sup>
- Circunstancias particulares como prostitución, violación, incesto y adolescentes con problemas mentales.<sup>14</sup>

Factores de Riesgo: El Estilo de vida; Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, abuso de drogas; alimentación muy deficiente. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones y dependencia química.<sup>14</sup>

Enfermedades de Transmisión sexual; La promiscuidad y la falta de educación en estas áreas, agravan los riesgos de la adolescente embarazada.<sup>14</sup>

Los riesgos de las complicaciones relacionadas con el embarazo en mujeres menores de 20 años, generalmente son bajos, con una notable excepción: la Preeclampsia. Aunque está menos relacionada con la edad, generalmente se presenta con el primer embarazo y generalmente a los 20 años de edad.<sup>14</sup>

Consecuencias de un embarazo temprano: Respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, se dividen principalmente en tres aspectos:

Desde el punto de vista médico:

- La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo.<sup>14</sup>
- Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.<sup>14</sup>

Desde el punto de vista psicológico:

- La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidas circunstanciales”.<sup>14</sup>

- La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo.<sup>14</sup>

Visto desde el contexto social destacan:

- Las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización.<sup>14</sup>
- Las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo.<sup>14</sup>
- Su desarrollo social y cultural.<sup>14</sup>
- La formación de una familia y su estabilidad.<sup>14</sup>

Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como la enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, en conjunto con la nutrición insuficiente, elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas, y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil, en comparación con los grupos de 20 a 29 años; 80% de los niños hospitalizados por desnutrición severa son hijos de madres adolescentes.<sup>8</sup>

La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por periodos; en la primera mitad de la gestación destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias por enfermedades placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna concomitante, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción céfalo-pélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado.<sup>8</sup>

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes son: bajo peso al nacer, APGAR bajo, traumatismo al nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, que es dos veces mayor que en el caso de hijos de mujeres mayores.<sup>8</sup>

Complicaciones para la madre adolescente. *El Control Prenatal tardío*; Estas jóvenes en general concurren tardíamente al control prenatal, o no asisten, por lo tanto no se pueden prevenir los problemas maternos y del bebé. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro y/ o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años.<sup>14</sup>

*Bebés de Bajo Peso al nacer:* Los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacer, que los bebés nacidos de madres de 20 años o más.<sup>14</sup>

*Parto por Cesárea:* La causa principal de las cesáreas se debe fundamentalmente a la desproporción pélvico fetal (la pelvis de la adolescente no tiene el tamaño adecuado para permitir el parto), sobre todo en adolescentes jóvenes que no han completado en su totalidad su desarrollo físico.<sup>14</sup>

*Abortos provocados:* existe un aumento en el número de abortos provocados lo que pone en riesgo la vida de la adolescente.<sup>14</sup>

*Mortalidad Infantil Perinatal:* El riesgo de mortalidad infantil perinatal aumenta en los hijos de madres menores de 20 años.<sup>14</sup>

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres de 24 años corresponde a 33% del total.<sup>8</sup>

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo.<sup>18</sup>

*Edad ideal para el embarazo:* Biológicamente la edad ideal para que una mujer tenga su bebé, es antes de que cumpla los treinta años. El desarrollo físico y la fertilidad alcanzan su máximo índice entre los 20 y los 25 años, generalmente la mujer a esta edad no presenta enfermedades crónicas y tiene mucha energía. La fertilidad empieza a disminuir después de los 30 años.

Emocionalmente muchas mujeres en sus veinte años, no están listas para aceptar las responsabilidades, el compromiso y el cambio del estilo de vida que la llegada de un bebé implica. Por estas razones, que se suman a la estabilidad económica, metas de la carrera profesional, objetivos personales y otras razones más, hoy en día muchas mujeres inician su maternidad después de los 35 y hasta los 40 años, cuando en generaciones anteriores a esas edades ya se consideraban o eran abuelos.<sup>16</sup>

Desde el punto de vista estrictamente físico, es la mejor edad para embarazarte. Las irregularidades en el ciclo menstrual tan comunes al inicio de la menstruación en tus años de adolescente, generalmente quedaron atrás, así que la ovulación es predecible. Además el número de óvulos con los que naciste, están frescos y sanos, lo que los hace fertilizables.<sup>16</sup>

A partir de los 20 años, el cuerpo de la mujer ha alcanzado su madurez para llevar a cabo un embarazo saludablemente. Generalmente un cuerpo joven está mejor preparado para llevar un peso adicional en los huesos y articulaciones, la espalda y los músculos, durante el embarazo. Te encuentras en la mejor condición de tu vida adulta, posiblemente faltan años antes de padecer problemas médicos los cuales aumentan con la edad.<sup>16</sup>

Al hablar de la edad adecuada para que una mujer se embarace, se dice que no hay consenso, pues depende mucho del organismo de cada mujer, a pesar de ello, se ha dejado claro que puede quedar embarazada desde el momento en que ésta se vuelve fértil a partir de la llegada de la primera menstruación, sin embargo, no es recomendable porque la mujer no está ni física ni emocionalmente preparada para asumir tal responsabilidad, además de poner en riesgo tanto la propia salud como la del hijo, lo que se confirma con lo señalado por la OMS sobre los efectos adversos de la maternidad adolescente.<sup>18</sup>

Es así, como se puede apreciar que son muchos los factores sociales, familiares e incluso psicológicos que se ven modificados radicalmente cuando una mujer en su adolescencia, con las características que ello implica, de pronto descubre que está embarazada y que será una futura madre que aún, tanto su cuerpo como su mente, no está preparada para llevar a cabo tan importante y trascendente papel.

## JUSTIFICACIÓN

El embarazo durante la adolescencia se encuentra mediado por factores sociales, económicos, culturales y ambientales, que constituye un importante problema de Salud Pública en México.

El control de la tasa de natalidad en este grupo etario es fundamental para los sistemas sanitarios, ya que al prevenir un embarazo a esta edad, se contribuye a la disminución de la mortalidad materno-infantil, la cual implica un costo económico para los sistemas de salud, además de repercusiones sociales serias y dignas de analizar.

En la actualidad hay diversos programas para la prevención de embarazos no deseados así como para prevenir enfermedades de transmisión sexual, sin embargo, el número de adolescentes embarazadas menores de 20 años se ha mantenido o ha subido respecto a los últimos 5 años.

Por lo anterior, es necesario realizar una evaluación mediante encuestas para detectar los principales factores socioculturales que pueden estar contribuyendo a este problema de salud pública en nuestro país.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes jóvenes es un problema de salud pública que provoca serios problemas en la vida sexual y reproductiva, así como graves consecuencias biopsicosociales, se ha planteado la siguiente pregunta:

*¿Cuáles son los factores socioculturales que influyen en el embarazo de adolescentes de 13 a 19 años en U.M.F. No. 120?*

## OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores socioculturales que influyen en el embarazo de adolescentes de 13 a 19 años en U.M.F. No. 120.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los factores familiares que influyen en el embarazo de adolescentes de 13 a 19 años en la U.M.F. No. 120.

Identificar los factores culturales que influyen en el embarazo de adolescentes de 13 a 19 años en la U.M.F. No. 120.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio Transversal Descriptivo Observacional.

Muestra: No probabilística por casos consecutivos.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva (Frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar).

## TIPO DE ESTUDIO

Estudio Transversal, Descriptivo, Observacional.

## UNIVERSO DE TRABAJO (POBLACIÓN, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN)

Población de estudio: Adolescentes de 13 - 19 años, derechohabientes que asisten a la consulta externa de la UMF No. 120 del IMSS.

Criterios de inclusión: Adolescentes embarazadas de 13 - 19 años que acepten participar en el estudio, en el periodo comprendido de Enero a Junio del 2016.

Criterios de exclusión: Adolescentes embarazadas que contesten en el 90% el cuestionario.

## METODOLOGÍA

Estudio Transversal Descriptivo Observacional, se realizará en la U.M.F. 120, en el periodo comprendido de Enero a Junio del 2016. Se incluirán variables sociodemográficas, culturales y obstétricas. El análisis estadístico será a través de estadística descriptiva, muestra no probabilística por casos consecutivos. Se apega a los lineamientos éticos en seres humanos.

Recursos financieros proporcionados por el investigador.

El cuestionario es de constructo, está diseñado para identificar los factores socioculturales que influyen en el embarazo de adolescentes de 13 a 19 años en U.M.F. No. 120. El cuestionario será anónimo y la información proporcionada será usada con estricta confidencialidad para fines estadísticos y de investigación.

Se encuentra dividido en tres partes con un total de 30 preguntas; *Personal* (15), *Familiar* (5) y *Social* (8), de las cuales 9 son abiertas y 21 de opción múltiple.



## VARIABLES

### 1. Edad:

Definición Conceptual: Edad en años de la persona desde su nacimiento hasta la actualidad.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Nivel de estudios terminados de una persona al momento del estudio.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: 13-19 años

### 2. Escolaridad:

Definición Conceptual: Nivel de estudios de una persona.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Nivel escolaridad terminada al momento del estudio

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Primaria / 2) Secundaria / 3) preparatoria / 4) otra

### 3. Ocupación:

Definición Conceptual: Actividad que desempeña una persona en beneficio propio. Oficio o profesión desempeñada.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Actividad que desempeña la persona en el momento del estudio.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Hogar / 2) Estudiante / 3) Empleada / 4) Ninguna

### 4. Estado civil:

Definición Conceptual: Condición y estatus jurídicos de cada persona desde el punto de derechos y obligaciones civiles de carácter individual.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Relación jurídica que une a dos personas.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Soltero / 2) Casado / 3) Unión Libre

### 5. Menarca:

Definición Conceptual: Primera menstruación en una mujer.<sup>18</sup>

Definición Operacional: Inicio de la adolescencia en una mujer

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: Edad (años)

### 6. Creía que no podía quedar embarazada en su primera relación sexual:

Definición Conceptual: Creencia en adolescentes de no queda embarazada al tener su primer encuentro sexual<sup>16</sup>

Definición Operacional: Creencia de las adolescentes de no queda embarazada en su primera relación sexual.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Si / 2) No



7. Inicio de vida sexual activa:

Definición Conceptual: Inicio de vida sexual en una mujer.<sup>16</sup>

Definición Operacional: Edad en la que se tiene relaciones sexuales por primera vez.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: Edad (años)

8. Conoce los métodos anticonceptivos:

Definición Conceptual: Tener conocimiento de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos que existen, así como los beneficios que ofrecen.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Tener conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos.<sup>16</sup>

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Si / 2) No

9. Sabe utilizar los métodos anticonceptivos:

Definición Conceptual: Tener conocimiento de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos y cómo utilizarlos.<sup>20</sup>

Definición Operacional: La adolescente sabe utilizar los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Si / 2) No

10. Utilizó algún método en su primera relación sexual:

Definición Conceptual: Método anticonceptivo usado en la primera relación sexual.<sup>16</sup>

Definición Operacional: La adolescente utilizó algún método anticonceptivo en su primer encuentro sexual.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Si / 2) No

11. Actualmente utiliza algún método anticonceptivo:

Definición Conceptual: Método anticonceptivo usado actualmente.<sup>16</sup>

Definición Operacional: Utiliza un método anticonceptivo en el momento en que se realiza la encuesta.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Si / 2) No

12. Educación sexual por parte de sus padres:

Definición Conceptual: Conjunto de actividades para la enseñanza y orientación sobre salud sexual y reproductiva.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Enseñanza por parte de los padres sobre salud sexual y reproductiva.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Si / 2) No

13. Educación sexual escolar:

Definición Conceptual: Institución educativa en donde se Informa y orienta sobre la sexualidad humana, orientación sexual y planificación familiar.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Orientación sobre salud sexual y reproductiva en una institución educativa.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Si / 2) No

14. Embarazo planeado:

Definición Conceptual: Embarazo que se produce con deseo bajo medidas preventivas de planificación familiar al dejar de usar métodos anticonceptivos.<sup>11</sup>

Definición Operacional: Embarazo que se produce con deseo y bajo medidas preventivas de planificación familiar.

Tipo De Variable: Cualitativa

Escala De Medición: 1) Si / 2) No

15. Embarazo deseado:

Definición Conceptual: Embarazo que se produce con deseo de manera planificada o ante el fallo de métodos anticonceptivos precoitales.<sup>11</sup>

Definición Operacional: Embarazo deseado, ya sea planificado o ante el fallo de métodos anticonceptivos precoitales.

Tipo De Variable: Cualitativa

Escala De Medición: 1) Si / 2) No

16. Abuso sexual / violación:

Definición Conceptual: Actitudes y comportamientos que realiza una persona sobre otra sin su consentimiento.<sup>17</sup>

Definición Operacional: Cualquier actividad sexual sin el consentimiento de una persona.

Tipo De Variable: Cualitativa

Escala De Medición: 1) Si / 2) No

17. Escolaridad del padre:

Definición Conceptual: Máximo nivel de estudios del padre.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Nivel de estudios alcanzados por el padre al momento de la encuesta.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Primaria / 2) Secundaria / 3) preparatoria o equivalente / 4) Licenciatura / 5) Ninguna

18. Escolaridad de la madre:

Definición Conceptual: Máximo nivel de estudios de la madre.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Nivel de estudios alcanzados por la madre al momento de la encuesta.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Primaria / 2) Secundaria / 3) preparatoria o equivalente / 4) Licenciatura / 5) Ninguna

19. A qué edad se embarazó por primera vez su madre:

Definición Conceptual: Edad a la que se embarazó por primera vez la madre.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Edad a la que se embarazó por primera vez la madre.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Edad (años)

20. Ingreso mensual familiar:

Definición Conceptual: Total de ingresos brutos de todos los integrantes de una familia en un mes.<sup>1</sup>

Definición Operacional: Número de salarios mínimos que una familia percibe o gana en un mes.

Tipo De Variable: Cuantitativa

Escala De Medición: 1) 1 o menos (\$2100 o menos) / 2) 1 a 2 (\$2101 a \$4200) / 3) 2 a 3 (\$4201 a \$6300) / 4) Más de 3 (más de \$6300)

21. Relaciones interpersonales entre los miembros de la familia:

Definición Conceptual: Relación entre los miembros de una familia de acuerdo a la función y responsabilidades que tienen cada uno.<sup>22</sup>

Definición Operacional: Relación entre los diferentes miembros de una familia.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Buena / 2) Mala / 3) Regular

22. Redes sociales:

Definición Conceptual: Red electrónica en la que los individuos están interconectados, interactúan y pueden tener más de un tipo de relación entre ellos.<sup>19</sup>

Definición Operacional: Relaciones basadas en vínculos entre usuarios de una red social.

Tipo De Variable: Cualitativa

Escala De Medición: Si / No

23. Consumo de sustancias:

Definición Conceptual: Consumo de alcohol, tabaco o alguna droga durante un determinado tiempo.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Consumo de alcohol, tabaco y/o droga en el momento de la encuesta.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Alcohol / 2) Tabaco / 3) Drogas / 4) Ninguna

24. Frecuencia con la que se consumen:

Definición Conceptual: Numero de veces que consume la sustancia en un determinado tiempo.<sup>20</sup>

Definición Operacional: Frecuencia con la que consume la sustancia.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: 1) Diario / 2) Cada 2 o 3 días / 3) Cada 8 días / 4) Cada 15 días o más / 5) Solo lo ha probado

25. Reacción de la pareja al embarazo:

Definición Conceptual: Apoyo físico, moral y/o económico por parte de la pareja.<sup>10</sup>

Definición Operacional: Aceptación o no de la pareja al embarazo.

Tipo De Variable: Cualitativa

Escala De Medición: 1) Si / 2) No

26. Reacción de la familia al embarazo:

Definición Conceptual: Apoyo físico, moral y/o económico por parte de la familia.<sup>10</sup>

Definición Operacional: Aceptación o no de la familia al embarazo.

Tipo De Variable: Cualitativa

Escala De Medición: 1) Si / 2) No

27. Reacción personal al embarazo:

Definición Conceptual: Aceptación o rechazo de la adolescente al embarazo.<sup>10</sup>

Definición Operacional: Aceptación o no de la adolescente al embarazo.

Tipo De Variable: Cualitativa

Escala De Medición: 1) Aceptación / 2) No aceptación

## RECURSOS.

### HUMANOS.

- Derechohabientes de la U.M.F. 120.
- Jefe de enseñanza de la U.M.F. 120.
- Médico Pasante del Servicio Social.

### FÍSICOS.

- Instalaciones de la U.M.F. No. 120 IMSS.

### MATERIALES.

- Uso de computadoras
- Hojas de papel
- Artículos impresos
- Internet
- Plumas
- Memoria USB

### FINANCIEROS.

- Gastos de papelería

## ASPECTOS ÉTICOS

### DECLARACIÓN DE HELSINKI

- Es misión del médico proteger la salud de la población. Sus conocimientos y conciencia están dedicados al cumplimiento de esa misión.
- La declaración de la Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras “La salud mi paciente será mi primera consideración”, y el Código internacional de Ética Médica declara que “Un médico debe actuar solo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente”.
- El propósito de la investigación médica son seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos u profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.
- En la práctica médica actual la mayor parte de los procedimientos, diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos. Esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.
- El proceso de la medicina se basa en la investigación, la que último término, debe cimentarse en parte de la experimentación en seres humanos.
- En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo objetivo, es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y no representa un beneficio médico cuyo objetivo esencia es puramente científico y no representa un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación.
- Durante el proceso de investigación, deben considerarse especialmente los factores que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados con fines de investigación.
- Dado que es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen a seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico que realiza investigación en seres humanos. Estas deben someterse a futuras revisiones. Hay que hacer hincapié en el hecho de que las normas tal como están redactadas son solo una forma de orientación para los médicos de todo el mundo. Ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas en virtud de las leyes de sus propios países.

- 1.- La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
- 2.- El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- 3.- La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”.
- 4.- El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
- 5.- En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
- 6.- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.
- 7.- En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos.
- 8.- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

- 9.- Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.
- PRINCIPIOS BÁSICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA
- 10.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- 11.- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.
- 12.- Al investigar, hay que restar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también el bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
- 13.- el proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.
- 14.- El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y deben indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.
- 15.- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en un apersona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.



- 16.- Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.
- 17.- Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
- 18.- La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.
- 19.- La investigación médica solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
- 20.- Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
- 21.- Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de preocupaciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental de su personalidad.
- 22.- En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, él médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.



- 23.- Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
- 24.- Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.
- 25.- Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.
- 26.- La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.
- 27.- Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

El presente estudio no afecta la salud física, ni moral de los pacientes. Se ajusta a los lineamientos éticos propuestos para la investigación en humanos en la declaración de Helsinki modificada en Ottawa y se apega a la ley general de salud.

Se realizará en población vulnerable con menores de edad embarazadas.

**Beneficios:** Proporcionar a la mujer adolescente educación para la salud en temas relacionados con factores sociales y culturales más frecuentes que influyen en embarazos, con el propósito de planificar embarazos futuros.

**Inconvenientes:** La participación es voluntaria, de manera que la mujer adolescente podrá no estar de acuerdo en contestar el cuestionario.

**Privacidad y Confidencialidad:** Se apega a los lineamientos de derechos humanos de mujeres adolescentes, por lo que sus respuestas serán confidenciales.

Se solicitará la firma de los padres o tutores, adolescente embarazada y testigos.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS EN U.M.F. 120

ACTIVIDAD	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Marz.	Abr.	May.	Jun.	Jul.
Elección del tema Búsqueda de bibliografía.	R	R	R							
Elaboración de marco teórico, elaboración de antecedentes				R	R					
Elaboración de metodología.						R	R			
Presentación de proyecto ante CLIES								R		
Recolección de datos.								R		
Análisis de datos.									R	
Tabulación de datos									R	
Entrega de datos de la investigación.									R	
Presentación De resultados de la investigación										R

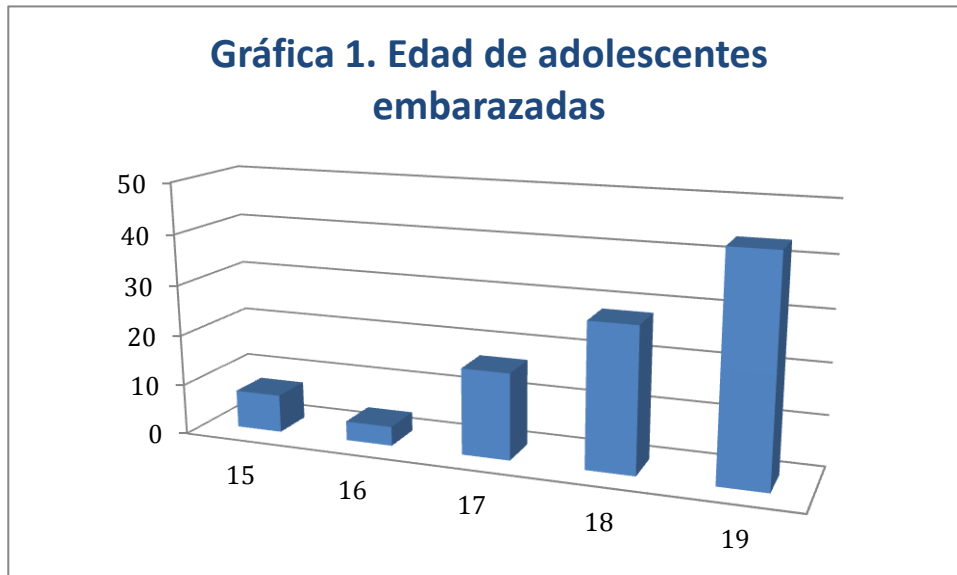
R= Realizado.

P= Programado.

## RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Tabla 1. Edad de adolescentes embarazadas		
EDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
15	7.5	4
16	3.8	2
17	17.0	9
18	28.3	15
19	43.4	23
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

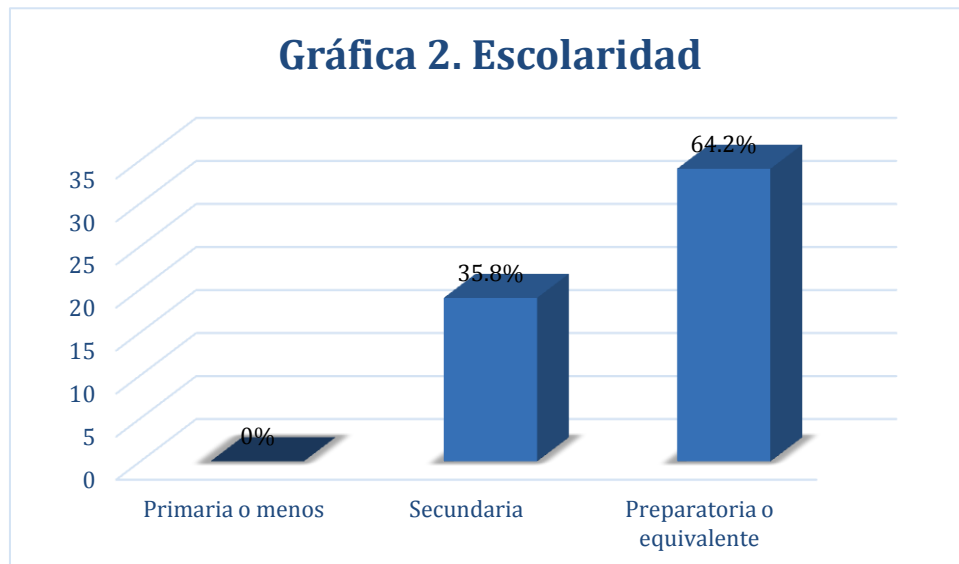


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Se encuestaron a 53 adolescentes embarazadas de la UMF 120 con un rango de edad entre 13 y 19 años, media 18.08,  $\pm$  1.34.

Tabla 2. Escolaridad		
ESCOLARIDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Primaria o menos	0.0	0
Secundaria	35.8	19
Preparatoria o equivalente	64.2	34
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

En el estudio se encontró que el 64.2% cursaban con preparatoria o equivalente y el 35.8% secundaria.

Tabla 3. Ocupación		
OCUPACIÓN	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Hogar	35.8	19
Estudiante	50.9	27
Empleada	3.8	2
Negocio propio	5.7	3
Ninguno	3.8	2
Total	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

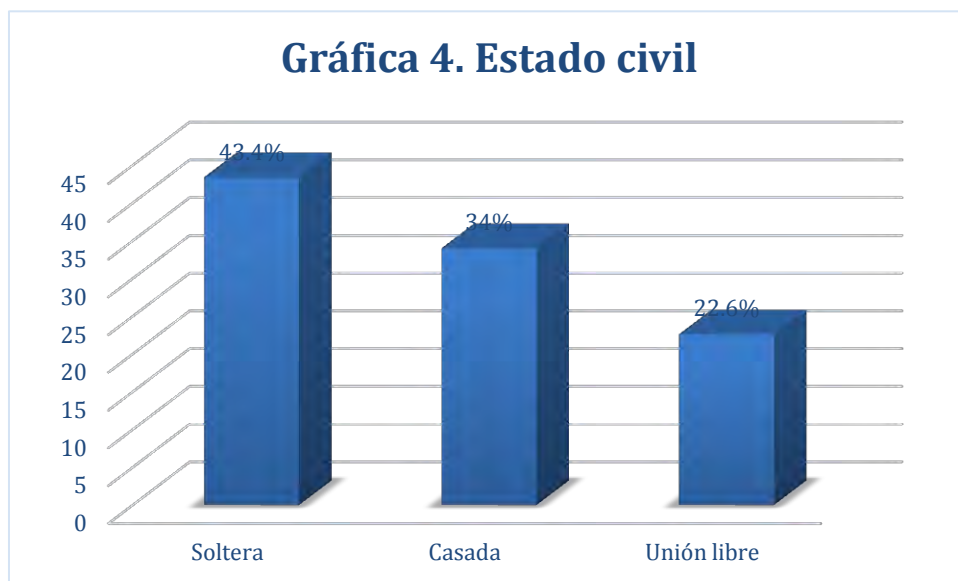


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120. 2016

En cuanto a su ocupación se reportó que el 50.9% continuaban estudiando, 35.8% se dedicaban al hogar, 5.7% tenían negocio propio, 3.8% eran empleadas y 3.8% no realizaban ninguna actividad.

Tabla 4. Estado civil		
Estado civil	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Soltera	43.4	23
Casada	34.0	18
Unión libre	22.6	12
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

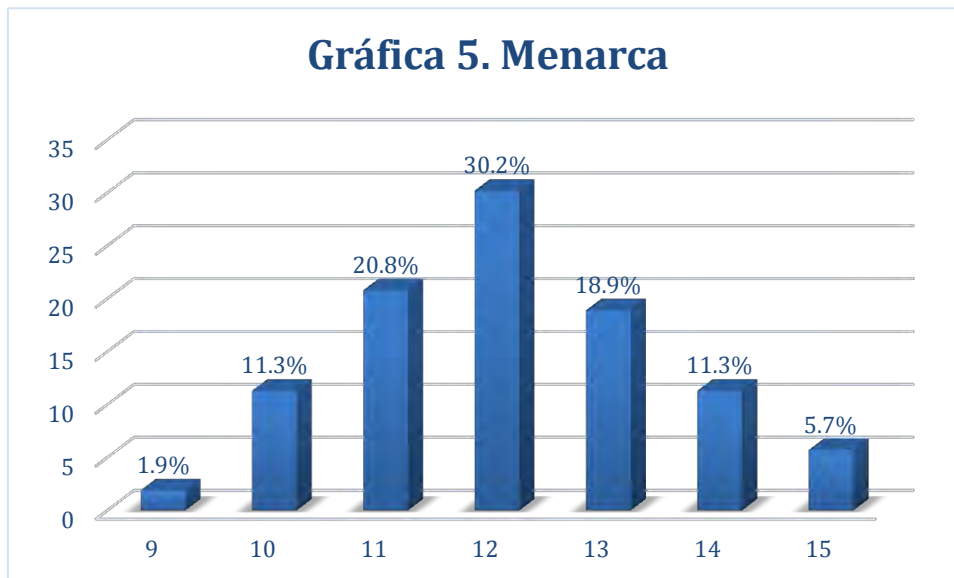


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Respecto a su estado civil el 43.4% son solteras, 34% casadas y 22.6% en unión libre.

Tabla 5. Menarca		
EDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
9	1.9	1
10	11.3	6
11	20.8	11
12	30.2	16
13	18.9	10
14	11.3	6
15	5.7	3
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

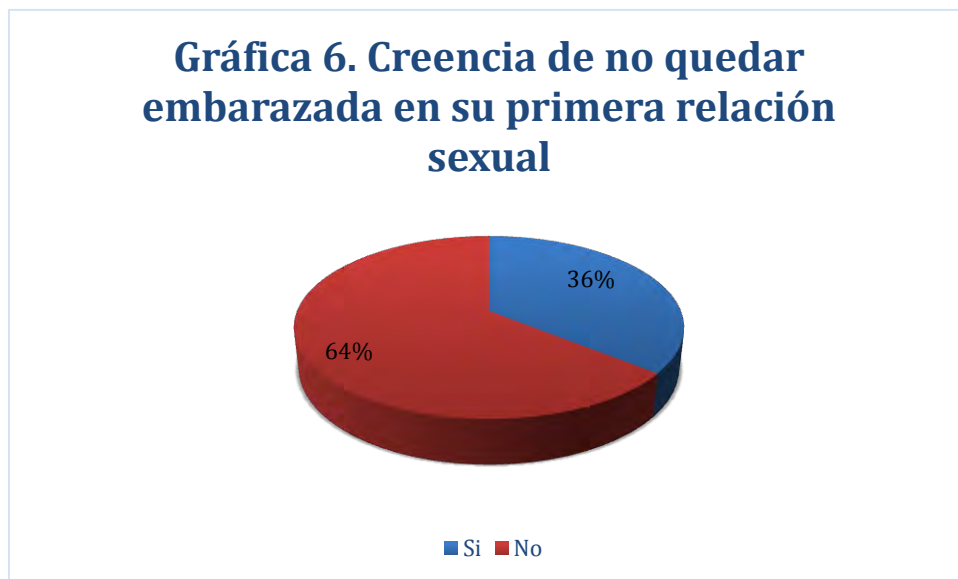
En el estudio se encontró que 30.2% iniciaron su periodo a los 12 años, 20.8% a los 11 años, 18.9% a los 13 años, 11.3% a los 10 años, 11.3% a los 14 años, 5.7% a los 15 años, 1.9% a los 9 años.



**Tabla 6. Creencia de no quedar embarazada en su primera relación sexual**

	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	35.8	19
No	64.2	34
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

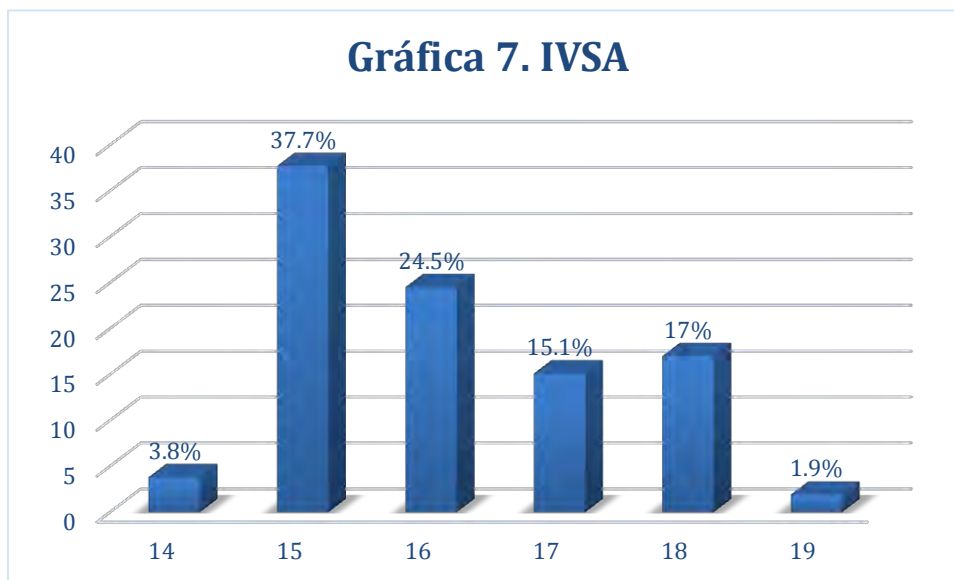


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Respecto a su ideología, el 64% no creía que durante su primera relación sexual no podía quedar embarazada, mientras que el 36% si creía que durante su primer encuentro sexual no quedaría embarazada.

Tabla 7. IVSA		
EDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
14	3.8	2
15	37.7	20
16	24.5	13
17	15.1	8
18	17.0	9
19	1.9	1
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

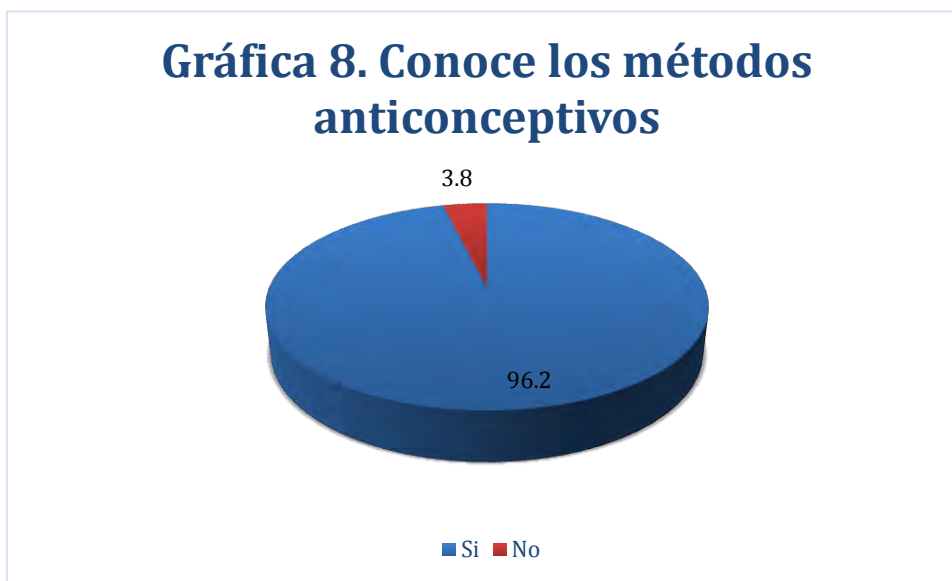


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

En el estudio, se encontró que el 37.7% iniciaban su vida sexual a los 15 años, 24.5% a los 16 años, 17% a los 18 años, 15.1% a los 17 años, 3.8% a los 14 años y 1.9% a los 19 años, media 16.09,  $\pm$  1.24.

Tabla 8. Conoce los métodos anticonceptivos		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	96.2	51
No	3.8	2
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120. 2016

El 96.2% de las adolescentes encuestadas conocían los métodos anticonceptivos, mientras que sólo el 3.8% los desconoce.

Tabla 9. Sabe utilizar los métodos anticonceptivos		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	74.5	38
No	25.4	13
TOTAL	100.0	51

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

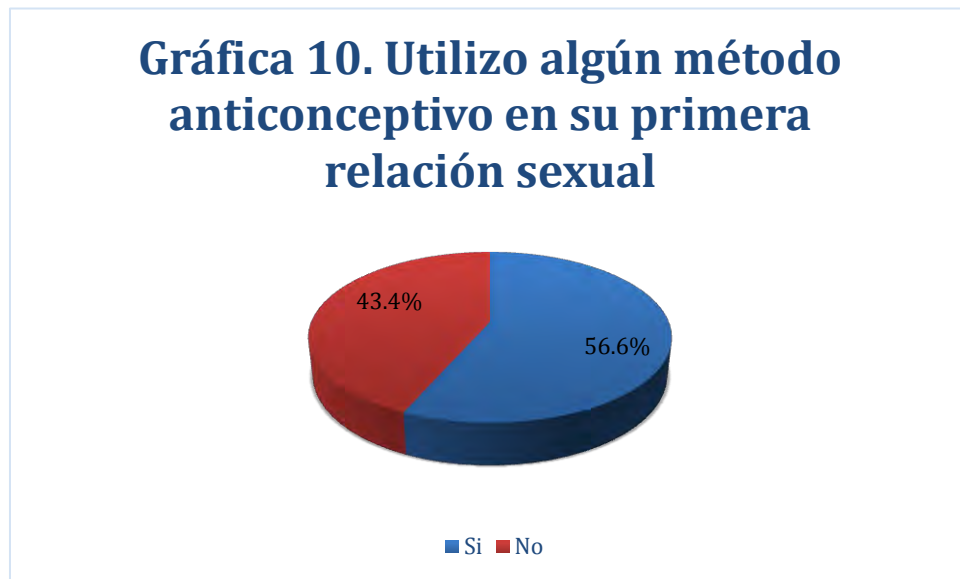


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

De las adolescentes embarazadas encuestadas que refirieron conocer los métodos anticonceptivos, el 74.5% sabe utilizarlos, mientras que el 25.4% desconoce su uso.

Tabla 10. Utilizo un método anticonceptivo en su primera relación sexual		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	56.6	30
No	43.4	23
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

En el estudio se encontró que el 56.6% de las adolescentes embarazadas encuestadas, utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, mientras que el 43.4% no utilizo ningún método.

Tabla 11. Método anticonceptivo utilizado		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Preservativo	100	30
Hormonales	0	0
DIU	0	0
Otro	0	0
TOTAL	100.0	30

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Del 56.6% de adolescentes embarazadas encuestadas que si utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual, el 100% utilizo preservativo.

**Tabla 12. Actualmente se controla con algún método anticonceptivo**

	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	33.9	18
No	66.1	35
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



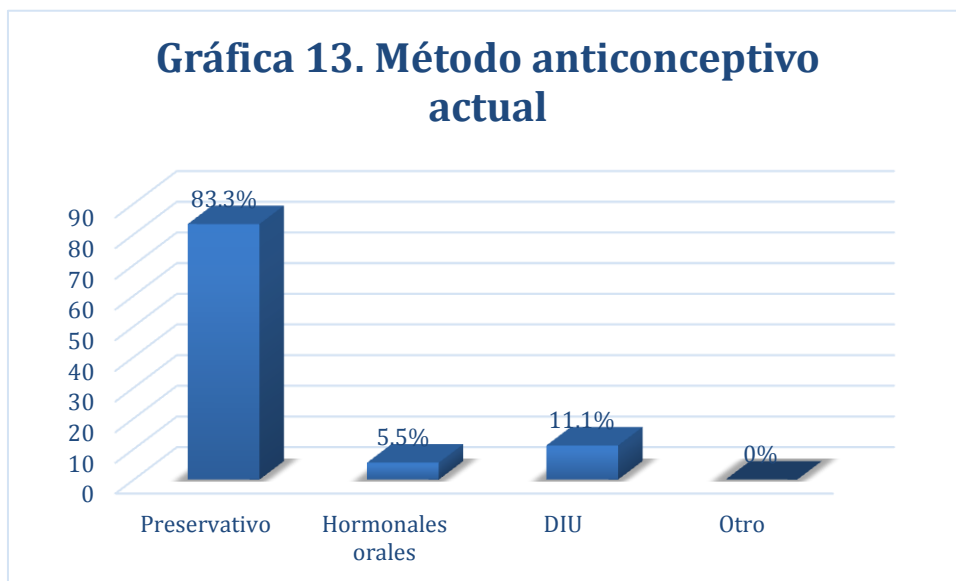
Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120. 2016

En el estudio se encontró que el 66.1% de las pacientes no se controlan con ningún método anticonceptivo, mientras que el 33.9% si lo hacen.



Tabla 13. Método anticonceptivo actual		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Preservativo	83.3	15
Hormonales orales	5.5	1
DIU	11.1	2
Otro	0.0	0
TOTAL	100.0	18

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

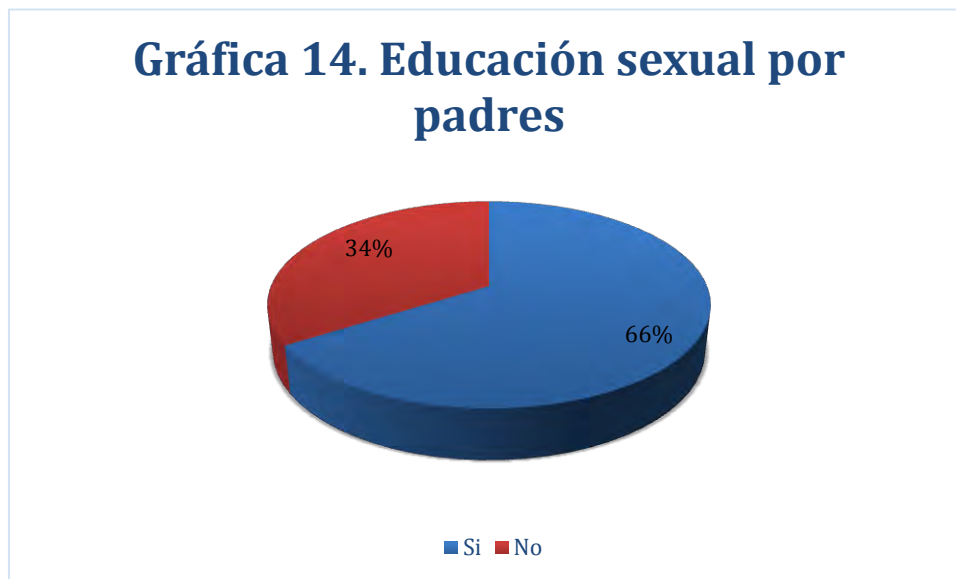


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Del 39.9% de adolescentes embarazadas encuestadas que utilizan un método anticonceptivo, el 83.3% utiliza preservativo, 5.5% Hormonales orales y 11.1% DIU.

Tabla 14. Educación sexual por padres		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	66.0	35
No	34.0	18
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

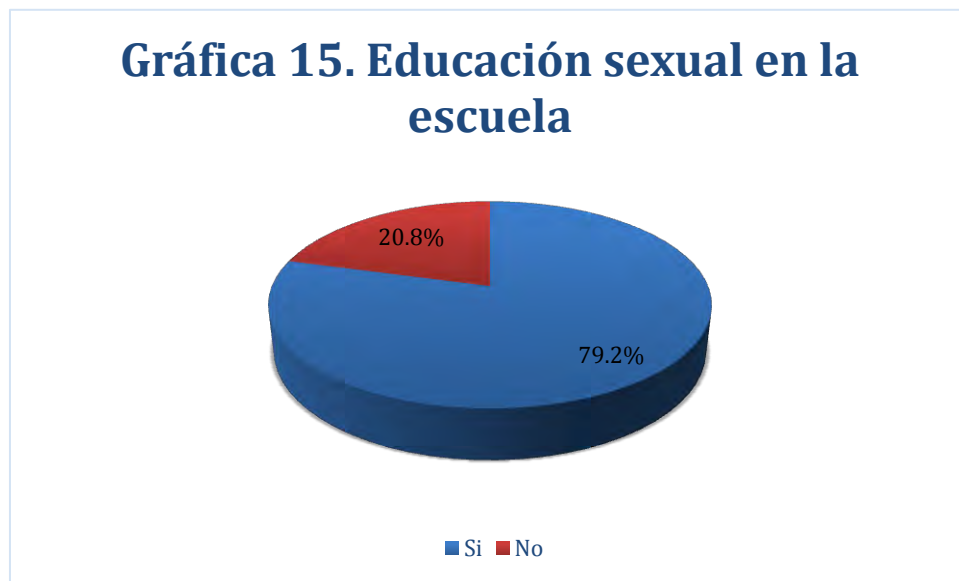


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Respecto a la educación sexual, el estudio mostro que el 66% recibió educación sexual por parte de padres mientras el 34% no recibo educación sexual por parte de sus padres.

Tabla 15. Educación sexual en la escuela		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	79.2	42
No	20.8	11
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

El estudio mostro que el 79.2% recibió educación sexual en la escuela mientras que el 20.8% no recibió educación sexual en su escuela.

Tabla 16. Embarazo planeado		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	18.9	10
No	79.2	42
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

El estudio mostro que el 79.2% de los embarazos fueron planeados y el 18.9% no fueron planeados.

Tabla 17. Embarazo deseado		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	83.0	44
No	17.0	9
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120. 2016

Se reportó que el 83% de los embarazos fueron deseados mientras que el 17% no fueron deseados.

Tabla 18. Víctima de abuso sexual		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	0.0	0
No	100.0	53
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

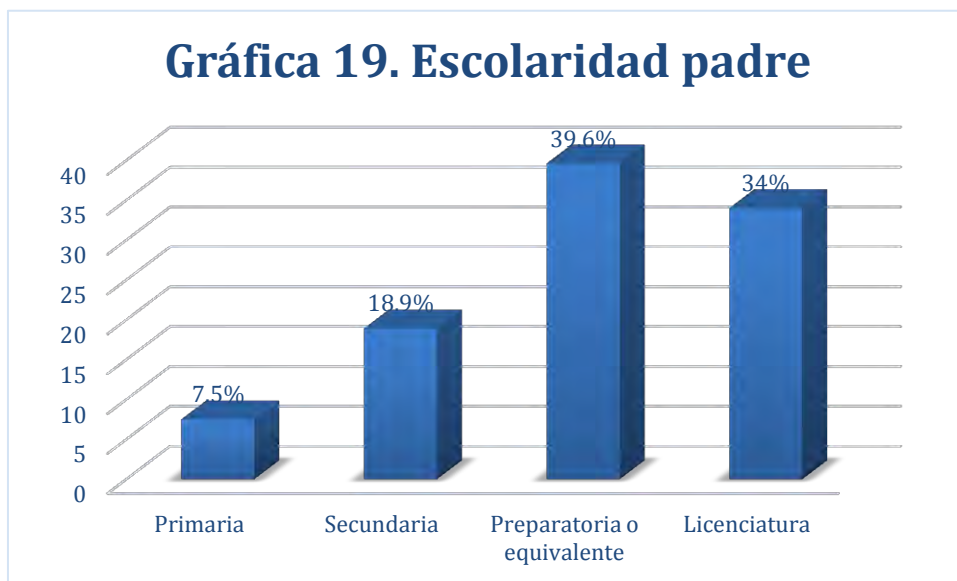


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

El estudio mostro que ninguna de las adolescentes embarazadas encuestadas fue víctima de abuso sexual.

Tabla 19. Escolaridad padre		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Primaria	7.5	4
Secundaria	18.9	10
Preparatoria o equivalente	39.6	21
Licenciatura	34.0	18
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



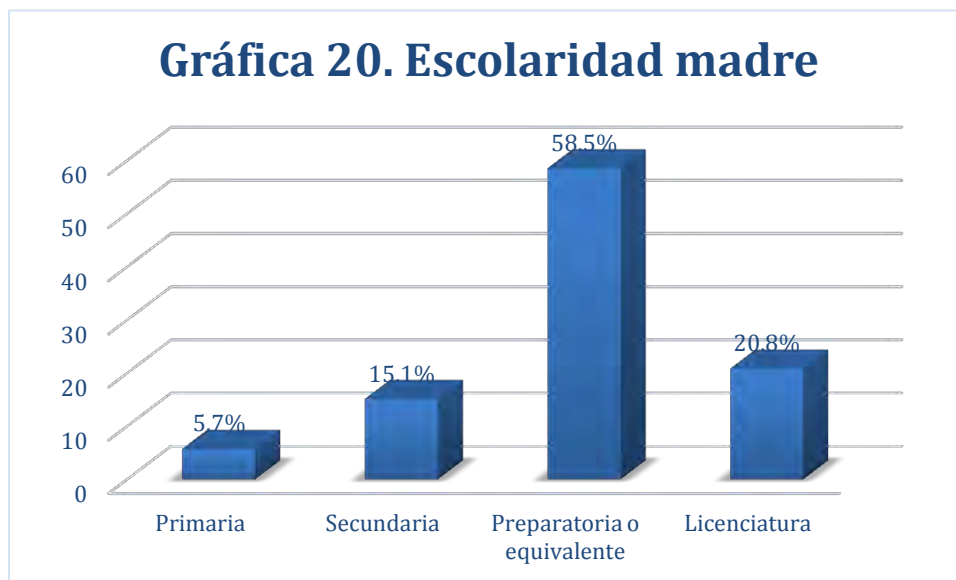
Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Respecto a la escolaridad del padre, el 39.6% curso preparatoria o equivalente, 34% licenciatura, 18.9% secundaria y 7.5% primaria.



Tabla 20. Escolaridad madre		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Primaria	5.7	3
Secundaria	15.1	8
Preparatoria o equivalente	58.5	31
Licenciatura	20.8	11
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

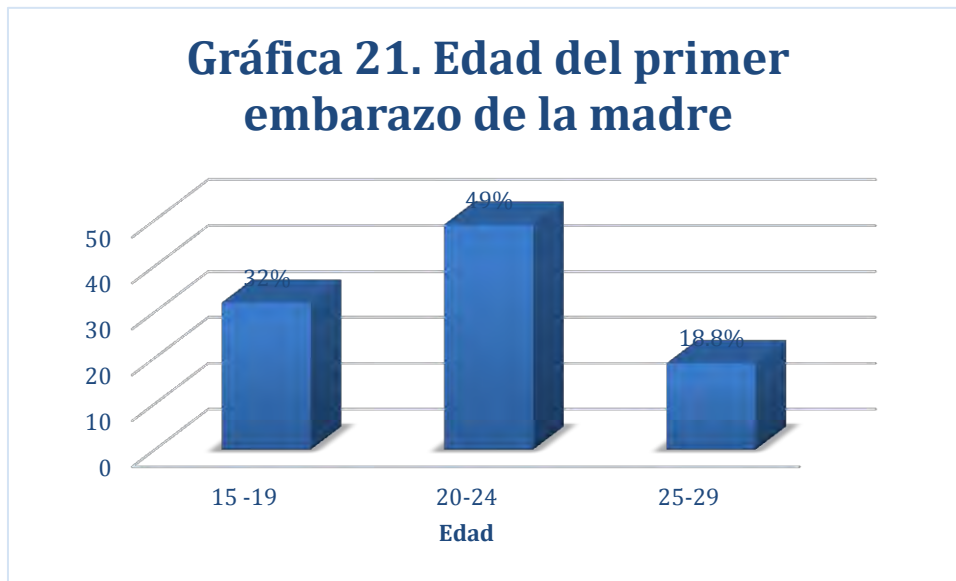


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Respecto a la escolaridad de la madre, el 58.5% curso preparatoria o equivalente, 20.8% licenciatura, 15.1% secundaria y 5.7% primaria.

Tabla 21. Edad del primer embarazo de la madre		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
15 -19	32.0	17
20-24	49.0	26
25-29	18.8	10
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

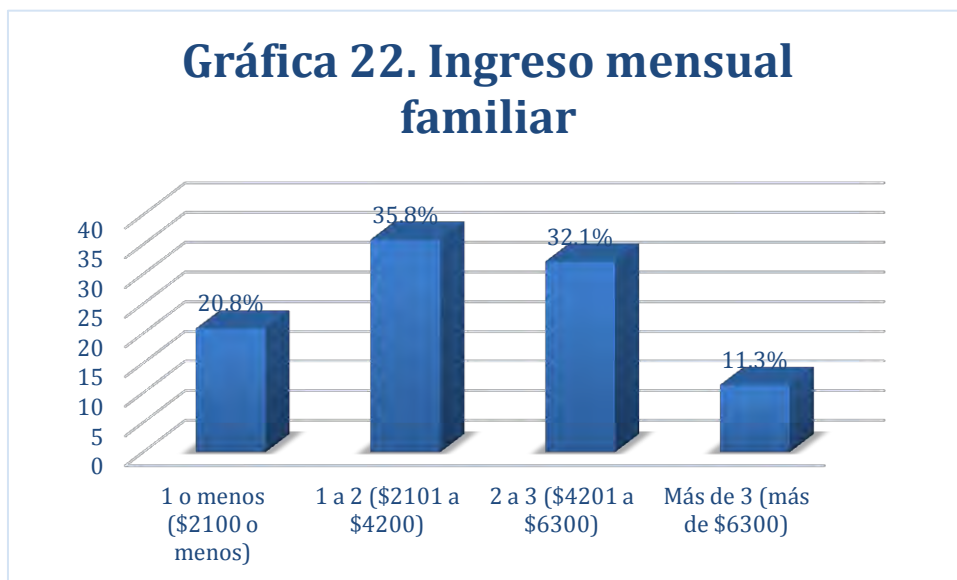


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Respecto a la edad del primer embarazo de la madre el 49% fue de 20 a 24 años, 32% de 15 a 19 años y 18.8% de 25 a 29 años.

Tabla 22. Ingreso mensual familiar		
Salario mínimo	PORCENTAJE	FRECUENCIA
1 o menos (\$2100 o menos)	20.8	11
1 a 2 (\$2101 a \$4200)	35.8	19
2 a 3 (\$4201 a \$6300)	32.1	17
Más de 3 (más de \$6300)	11.3	6
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

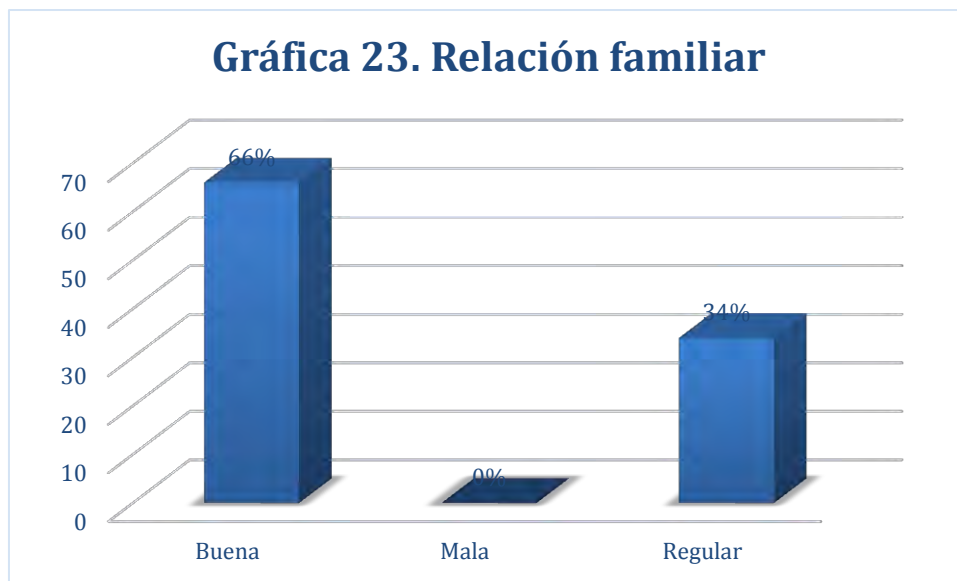


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Respecto al ingreso familiar mensual, se encontró que el 35.8% ganaba de 1 a 2 salarios mínimos, 32.1% de 2 a 3, 20.8% 1 o menos y 11.3% más de 3 salarios mínimo.

Tabla 23. Relación familiar		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Buena	66.0	35
Mala	0.0	0
Regular	34.0	18
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

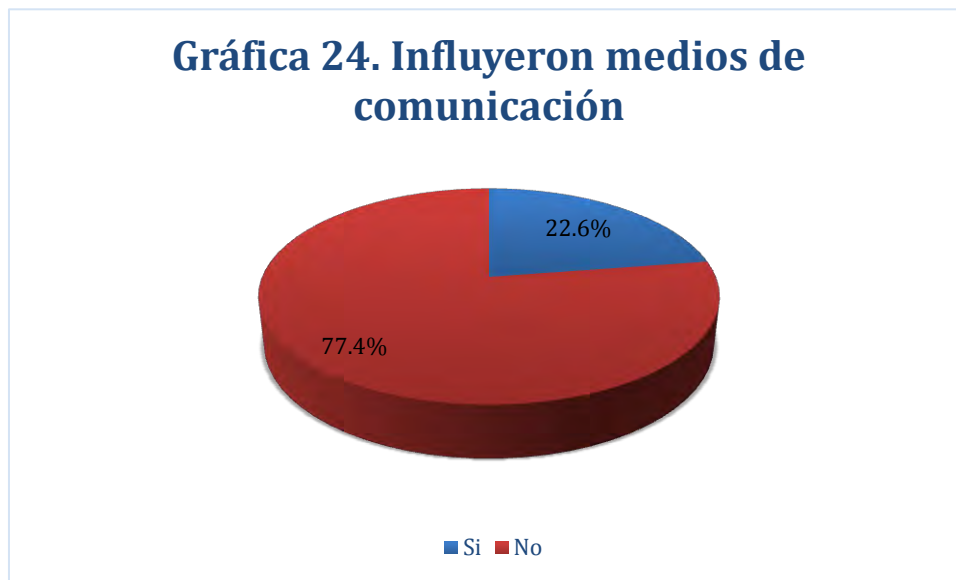


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120. 2016

En el estudio se encontró que el 66% tienen una buena relación familiar y el 34% regular.

Tabla 24. Influyeron medios de comunicación		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	22.6	12
No	77.4	41
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Respecto a los medios de comunicación, en el 77.4% de las adolescentes embarazadas encuestadas no influyeron en el inicio de su vida sexual, mientras en el 22.6% si influyeron los medios de comunicación para el inicio de su vida sexual.

Tabla 25. Medios de comunicación que influyeron		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
TV	0.0	0
Internet (redes sociales)	100.0	12
Otros	0	0
TOTAL	100.0	12

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

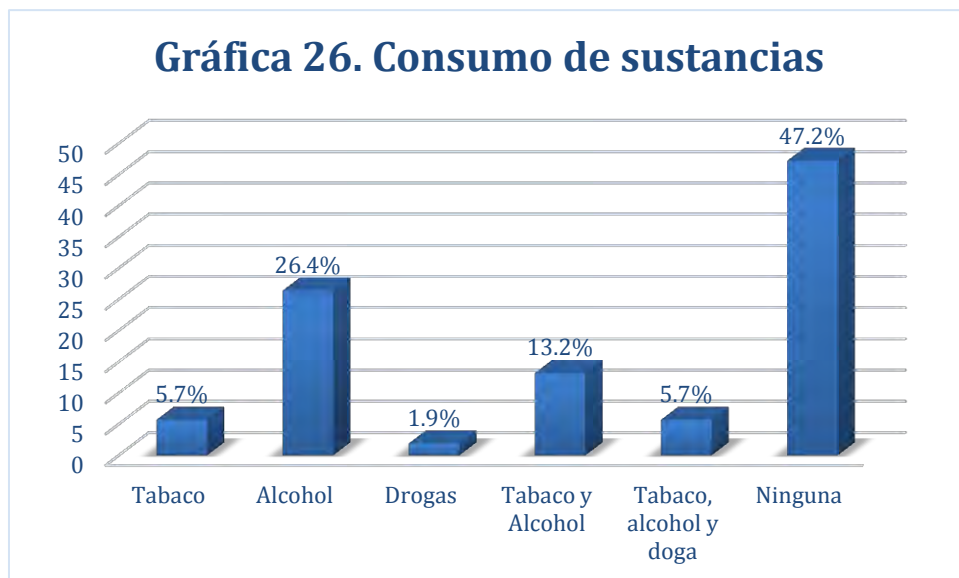


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Del 22.6% de adolescentes embarazadas encuestadas que refirió que los medios de comunicación influyeron en el inicio de su vida sexual, el 100% fue el internet (redes sociales).

Tabla 26. Consumo de sustancias		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Tabaco	5.7	3
Alcohol	26.4	14
Drogas	1.9	1
Tabaco y Alcohol	13.2	7
Tabaco, alcohol y doga	5.7	3
Ninguna	47.2	25
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120. 2016

Respecto al consumo de sustancias tóxicas, el 26.4% consumió alcohol, 5.7% tabaco, 1.9% drogas, 13.2% tabaco y alcohol, 5.7% tabaco, alcohol y droga y el 47.2% no consumió ninguna de estas sustancias.



Tabla 27. Drogas		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Marihuana	100	3
Otra	0.0	0
TOTAL	100.0	3

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

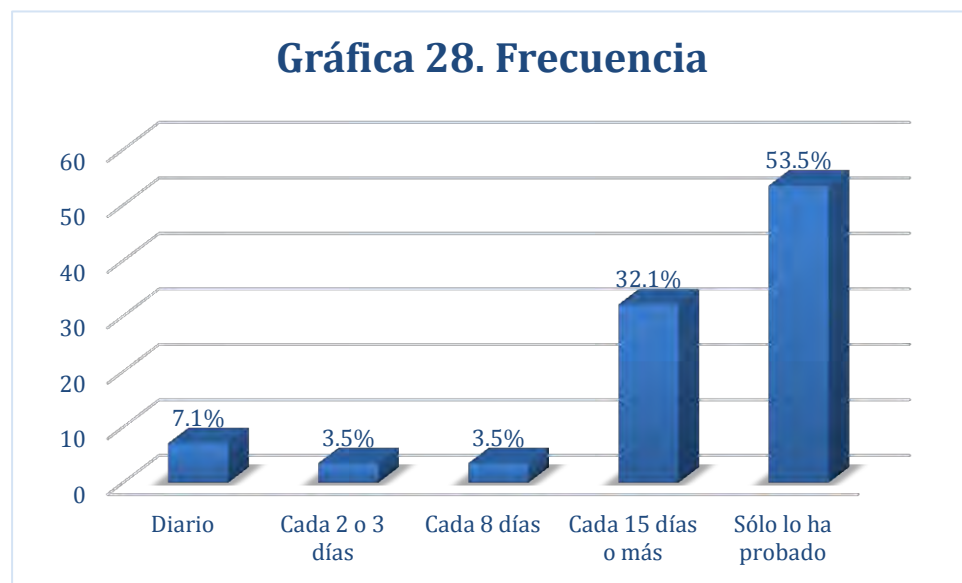


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

De las adolescentes embarazadas encuestadas que refirieron haber consumido drogas, el 100% fue la marihuana.

Tabla 28. Frecuencia		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Diario	7.1	2
Cada 2 o 3 días	3.5	1
Cada 8 días	3.5	1
Cada 15 días o más	32.1	9
Sólo lo ha probado	53.5	15
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>28</b>

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

La frecuencia con la que se consumían las sustancias tóxicas fue del 32.1% cada 15 días o más, 7.1% diario, 3.5% cada 2 o 3 días, 3.5% cada 8 días y 53.5% refiere sólo haberla probado.

Tabla 29. Apoyo de pareja		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	90.6	48
No	9.4	5
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

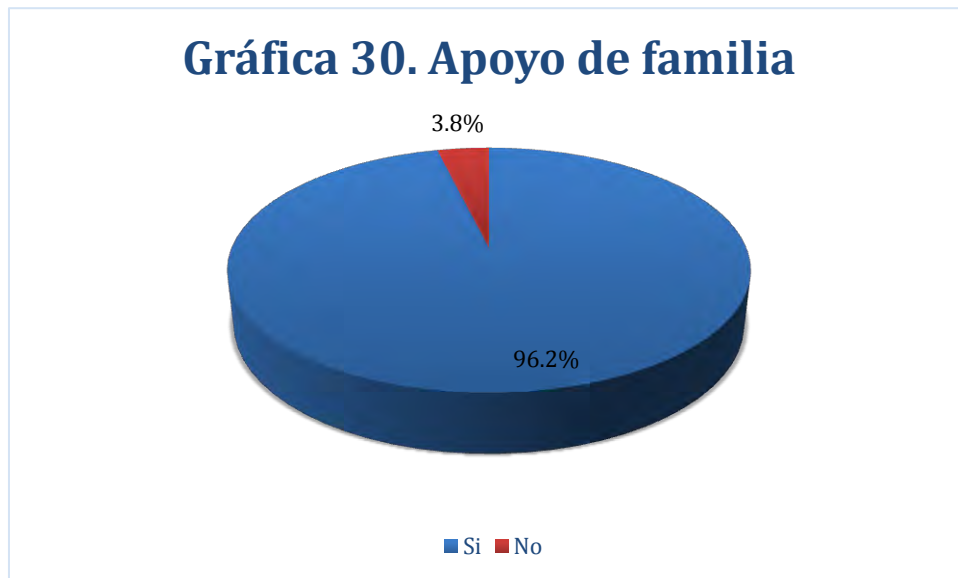


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

En el estudio se encontró que el 91% si recibió apoyo por parte de su pareja y 9% no recibió apoyo de su pareja.

Tabla 30. Apoyo de familia		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Si	96.2	51
No	3.8	2
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

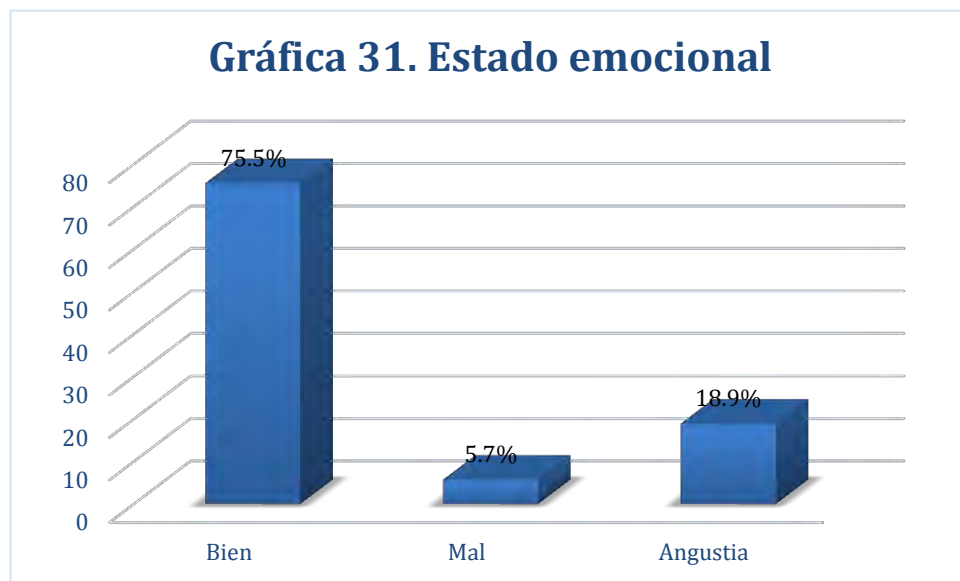


Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Respecto al apoyo familiar, el 96.2% si tuvo apoyo por parte de su familia mientras que el 3.8% no lo tuvo.

Tabla 31. Estado emocional		
	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Bien	75.5	40
Mal	5.7	3
Angustia	18.9	10
TOTAL	100.0	53

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas de la UMF 120, 2016

Respecto a su estado emocional, en el estudio se encontró que el 75.5% se sentían felices con su embarazo, el 18.9% nerviosas y 5.7% mal.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se encuestaron a 53 adolescentes embarazadas de la UMF 120 con un rango de edad entre 13 y 19 años, con una media de 18.08,  $\pm$  1.34.

En el estudio se encontró que el 64.2% cursaban con preparatoria o equivalente, el 50.9% continuaban estudiando y 35.8% se dedicaban al hogar. Respecto a su estado civil el 43.4% eran solteras, 34% casadas y 22.6% en unión libre. Más de la mitad de las pacientes actualmente seguían estudiando y eran solteras, aunque una gran parte ya era casada y vivía en unión libre.

El 51% inicio su periodo entre los 11 y 12 años de edad. Sólo el 36% creía que durante su primer encuentro sexual no quedaría embarazada. El 62.2% iniciaron su vida sexual entre los 15 años y 16 años, siendo esta la edad pico cuando los adolescentes comienzan a experimentar su sexualidad.

El 96.2% de las pacientes conocían los métodos anticonceptivos, de las cuales el 74.5% sabía utilizarlos. El 56.6% utilizaron el preservativo como método anticonceptivo en su primera relación sexual. También se encontró que el 66.1% de las pacientes no se protegen con ningún método actualmente. Mientras que las adolescentes que refirieron estarse controlando, el 83.3% utiliza preservativo, 5.5% Hormonales orales y 11.1% DIU.

El 79.2% recibió educación sexual en la escuela, siendo esté mayor que por parte de los padres en un 66%. El estudio mostro que el 79.2% de los embarazos fueron planeados y el 83% deseados. Ninguna de las adolescentes embarazadas encuestadas fue víctima de abuso sexual.

La escolaridad máxima del padre fue preparatoria o equivalente en un 39.6% y 34% licenciatura, mientras que de la madre 58.5% preparatoria o equivalente y 20.8% licenciatura.

La edad del primer embarazo de la madre de 20 a 24 años fue de 49% y 32% de 15 a 19 años, siendo esta la edad más frecuente que se relaciona con el inicio de vida sexual de sus hijas.

Respecto al ingreso familiar mensual, se encontró que el 35.8% ganaba de 1 a 2 salarios mínimos, 32.1% de 2 a 3, 20.8% 1 o menos y 11.3% más de 3 salarios mínimo. La mayoría de las familias tenían un ingreso familiar mensual bajo.

El 66% de las adolescentes encuestadas refieren tener una buena relación familiar a pesar de su embarazo a temprana edad.

Sólo en el 22.6% de las adolescentes influyeron los medios de comunicación para el inicio de su vida sexual, especialmente redes sociales como Facebook. Un porcentaje bajo quizá para la época moderna que vivimos actualmente, donde los adolescentes tienen acceso a internet desde temprana edad desde sus Smartphone.

En cuanto al consumo de sustancias tóxicas, el 26.4% consumió alcohol, 5.7% tabaco, 1.9% drogas, específicamente marihuana, de las cuales el 53.5% refiere sólo haberla probado. Un consumo de alcohol y tabaco fue bajo para la población derechohabiente adolescente de esta unidad.

El 96.2% recibió apoyo por parte de su familia y 91% de su pareja. Respecto a su estado emocional, el 75.5% se sentía feliz con su embarazo, el 18.9% nerviosas y sólo el 5.7% mal.

## CONCLUSIONES

En esta investigación se observó que la mayoría de las adolescentes se embarazaron a los 18 años  $\pm$  1.34. Los factores socioculturales reportados con mayor frecuencia fueron: haber recibido educación sexual, IVSA a los 16 años, la mayoría conocía los métodos anticonceptivos, utilizando el preservativo como método inicial. Cerca del 80% de los embarazos fueron planeados y deseados, más de la mitad refiere tener una buena relación con sus padres a pesar de su embarazo a temprana edad y cerca del 100% recibió apoyo por parte de su familia, lo que indica que las adolescentes derechohabientes de la UMF No.120 están planificando su familia antes de los 19 años de edad, continuando con sus estudios y recibiendo apoyo incondicional por parte de su pareja.

Es frecuente que las adolescentes desconozcan los riesgos y el daño que pueden significar las relaciones sexuales a temprana edad sin responsabilidad, entre ellas el embarazo. En este caso, nuestras pacientes tenían conocimiento de los métodos anticonceptivos y como utilizarlos, factores como una mala educación sexual, abuso en el consumo de sustancias, ingresos familiares bajos, medios de comunicación como el internet o la creencia de no quedar embarazada en su primer encuentro sexual, no fueron determinantes para concluir que influyeron en su embarazo a temprana edad.

De acuerdo a la OMS, el embarazo en adolescentes menores de 19 años, es considerado de alto riesgo para la salud de ellas y sus hijos, por lo que el objetivo principal en ellas, será disminuir el impacto que la precocidad puede traer para la salud biológica del niño y de la madre con un sistema de seguimiento a la salud materna de la adolescente desde los primeros momentos de su embarazo.



## ANEXOS

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

#### PROYECTO TITULADO

#### **FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS EN U.M.F. 120**

#### **Propósito del Estudio**

Su hija ha sido seleccionada para participar en este estudio porque cumple con el requisito de ser adolescente embarazada, el cual, se llevara a cabo en la consulta externa de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 120.

La participación es voluntaria. Por ser mujer adolescente menor de edad se necesita que los padres o tutores autoricen el consentimiento informado.

Para su participación solicitamos lea el consentimiento informado, el cual describe la información de la encuesta que se va a realizar, si usted tiene alguna duda favor de preguntar al aplicador antes de firmar.

En la actualizada en nuestro país las adolescentes de 10 a 19 años presentan más de 1 millón de embarazos, el cual que ponen en peligro su vida y la del bebe como consecuencia de diversas condiciones sociales y culturales.

#### **Objetivo**

El objetivo del estudio es identificar cuáles son los factores sociales y culturales que influyen para que la mujer adolescente se embarace. Se le realizaran preguntas para buscar las condiciones que favorecieron su estado.

Su hija adolescente ha sido invitada a participar voluntariamente, ya que se encuentra embarazada.

#### **Procedimiento**

A la adolescente se le realizaran algunas preguntas de manera anónima y la información proporcionada será manejada confidencialmente. El cuestionario se aplicara cuando la embarazada asista a su consulta de control prenatal, tiempo de duración aproximado 10 minuto. En este estudio se respetan los derechos de las mujeres adolescentes.

#### **Participación**

La participación de la mujer adolescente será voluntaria por lo que podrá retirarse si no desea continuar contestando el cuestionario.

### **Posibles beneficios**

Proporcionar a la mujer adolescente educación para la salud en temas relacionados con factores sociales y culturales más frecuentes que influyen en embarazos, con el propósito de planificar embarazos futuros.

### **Posibles Inconvenientes**

La participación es voluntaria, de manera que la mujer adolescente podrá no estar de acuerdo en contestar el cuestionario.

### **Privacidad y Confidencialidad**

Se apega a los lineamientos de derechos humanos de mujeres adolescentes, por lo que sus respuestas serán confidenciales.

### **Resultados**

La información proporcionada se utilizada con fines de investigación y proponer estrategias para la educación de la salud.

### **Participación y Retiro**

La duración del cuestionario será aproximadamente de 10 min, posteriormente se le agradecerá su participación y podrá retirarse.

### **Personal de contacto para dudas**

La persona que aplica la encuesta podrá responder sus dudas.

### **Declaración del consentimiento**

He leído el contenido de este consentimiento y se me ha explicado con claridad en que consiste este estudio. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato.

Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre de la participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **CARTA DE ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS**

**Nombre del estudio:**

### **FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS EN U.M.F. 120**

En este estudio se te realizarán unas preguntas para ver los motivos que influyeron en tu embarazo.

Participarás el día que acudas a tu consulta de control prenatal. Ese día se te proporcionará un cuestionario que resolverás en forma anónima para que tengas la confianza de contestar con sinceridad, ninguna persona podrá ver tus respuestas. Si tienes alguna duda la persona que aplica la encuesta podrá resolverlas.

Tus papas se encuentran enterados y se les solicito su firma en otra carta. El decidir tu participación es un derecho, en caso de no aceptar tu atención médica seguirá siendo la misma.

Gracias por tu colaboración.

Nombre del adolescente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**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 socioculturales que influyen en el embarazo de adolescentes de 13 a 19 años en la U.M.F. No. 120
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No.120 Diciembre 2015 a Mayo del 2016
Número de registro:	3509
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar los factores socioculturales que influyen en el embarazo de adolescentes de 13 a 19 años U.M.F. No. 120.
Procedimientos:	Se realizarán encuestas a los derechohabientes de la U.M.F. 120
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. María Teresa Barrón Tirado. Matrícula. 8434786. Tel. 57442922 Ext. 21407
Colaboradores:	MPSS. Manuel Alejandro Catalán Ruíz. U.M.F. 120, Tel. 57442922 Ext. 21407

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del sujeto

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**

## CUESTIONARIO

### FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS EN U.M.F. 120

INSTRUCCIONES; Lea cuidadosamente cada pregunta. Conteste únicamente lo que se le pide. Puede utilizar bolígrafo azul o negro. Encierre en un círculo su respuesta en las preguntas de opción múltiple. Sólo se aceptara una respuesta por pregunta. Procure no tachar ni encimar, si se equivoca podrá usar corrector.

Edad: \_\_\_\_\_

#### Personal

1. Escolaridad

- a) Primaria o menos    b) Secundaria    c) Preparatoria o equivalente

2. Ocupación

- a) Hogar    b) Estudiante    c) Empleada    d) Ninguna

3. Estado civil

- a) Soltera    b) Casada    c) Unión libre

4. Edad de su primera menstruación

5. Antes de iniciar su vida sexual. ¿Creía usted que no podía quedar embarazada en su primera relación sexual?

- a) Si    b) No

6. ¿A qué edad inicio su vida sexual?

7. ¿Conoce los métodos anticonceptivos?

- a) Si    b) No

8. ¿Sabe utilizar los métodos anticonceptivos?

- a) Si    b) No

9. ¿Utilizo algún método anticonceptivo en la primera relación sexual?

- a) Si    b) No

10. Si contesto si, especifique cual. Si contesto no, continúe con la siguiente pregunta.

11. ¿Actualmente utiliza algún método anticonceptivo?

- a) Si    b) No

12. Si contesto si, especifique cual. Si contesto no, continúe con la siguiente pregunta.

13. ¿Recibió educación sexual por parte de sus padres?

- a) Si    b) No

14. ¿Recibió educación sobre sexualidad en la escuela?

a) Si b) No

15. ¿Su embarazo fue planeado?

a) Si b) No

16. ¿Su embarazo fue deseado?

a) Si b) No

17. ¿Ha sido usted víctima de algún tipo de abuso sexual?

a) Si b) No

### Familiar

18.- ¿Cuál es la escolaridad de su padre?

a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria o equivalente d) Licenciatura e) Ninguna

19.- ¿Cuál es la escolaridad de su madre?

a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria o equivalente d) Licenciatura e) Ninguna

20. ¿A qué edad se embarazó por primera vez su madre?

21. ¿Cuál es el ingreso mensual de todos los integrantes de su familia expresado en salarios mínimos? (Salario mínimo: \$70.10)

a) 1 o menos (\$2100 o menos) b) 1 a 2 (\$2101 a \$4200) c) 2 a 3 (\$4201 a \$6300)  
d) más de 3 (más de \$6300)

22. ¿Cómo considera las relaciones interpersonales con los miembros de su familia?

a) Buena b) Mala c) Regular

### Social

23. ¿Considera usted que el uso de medios de comunicación digital como internet y redes sociales influyeron en la toma de decisión sobre su primer encuentro sexual?

a) Si b) No

24.- Si contesto si, especifique cual. Si contesto no, continúe con la siguiente pregunta.

25. ¿Consumió o ha consumido alguna de las siguientes sustancias? (Puede seleccionar más de una respuesta)

a) Tabaco b) Alcohol c) Drogas d) Ninguna

26. Si contesto drogas, especifique cual. Si no, continúe con la siguiente pregunta.

27. Si contesto si a alguna de las respuestas anteriores. ¿Con que frecuencia consume esta sustancia?

a) Diario b) Cada 2 o 3 días c) Cada 8 días d) Cada 15 días o más e) Solo lo ha probado

28. ¿Recibió apoyo y aceptación por parte de su pareja?

a) Si b) No

29. ¿Recibió apoyo y aceptación por parte de su familia?

a) Si b) No

30. ¿Cómo se siente emocionalmente de estar embarazada?

## BIBLIOGRAFIA

1. Gómez P, Molina R, Zamberlín N. *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años*. Lima Perú: Federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología (FLASOG) 1ª Edición, Enero 2011.
2. Acosta V M, Cárdenas A V. *El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales*. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2012; 50(4): 371-374.
3. Consejo Nacional de Población (CONAPO). *Embarazo adolescente, fenómeno expansivo*. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Boletín resultados principales ENADID. 2015: 1-41.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Cambios de Población en México*. Agosto 2015:1-11.
5. Ortega M E. *Factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente*. Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género. Baja California Sur. Diciembre 2011; 52-116.
6. Mora-Cancino AM, Hernández-Valencia M. *Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual?* Ginecol. Obstet. Mex. 2015;83:294-301.
7. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. *Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México*. Salud Pública Mex Marzo-Abril 2015; 57(2):135-143.
8. Campero C, E. Atienzo, *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas*. Gaceta Médica de México. 2013;149:299-307.
9. Salinas M, Dolores C, Fernández O, UNICEF, *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*, revisión y edición final. América Latina y el Caribe, Centro de Investigaciones en Sociedad, Salud y Cultura. UNICEF: Agosto 2014; 35-40.
10. *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Secretaría de salud, Secretaria de desarrollo social; 19-33.
11. CDC Vital Signs. .. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Reproductive Health April 2013. [Cited 2016 May] Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr>
12. Colomer J y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. *Prevención del embarazo en la adolescencia*. Rev. Pediatr. Aten. Primaria. 2013;15:261-9.

13. Gamboa M, Valdez R, *El embarazo en adolescentes, Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas*. Mayo 2013; 4-25.
14. Armendáriz O, y Medel P, *Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes*, Synthesis UACH. Aventuras del pensamiento, Julio- Septiembre 2011;1-6.
15. Campero C, E.Atienco, *Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en México; evidencias y propuestas*. Gaceta Médica de México. 2013;149:299-30L7.
16. Allen L, Antrop D. *Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México*. Salud pública de México: 55(2) 2013; 1-6.
17. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Violencia sexual contra las mujeres. Clasificación NLM: WA309. 2013;1-8.
18. Valdés G, Espinosa R. *Menarquia y factores asociados*, Facultad de Ciencias Médicas. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba. Rev. Cubana Endocrinol. 24(1) Ciudad de la Habana ene.-abr. 2013;1-12.
19. Unidad de Investigación de Merca2.0. Merca2.0 Grupo de Comunicación Kätedra. *Estudio de hábitos de redes sociales en México 2013*;1-16.
20. Surós Batlló J, *Semiología Médica y Técnica Exploratoria*, 8va edición, ELSEVIER MASSON. Generalidades, Historia Clínica por Apartados: 2008; 5-7
21. Bellido C, *Diseño de Instrumentos de Evaluación del Aprendizaje*, UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 1ª Edición, México 2006; 22-38.
22. Hernández Sampieri *Metodología de la Investigación*, 4ª Edición, McGrawHill. 2006; 157-231.
23. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB, *Designing Clinical Research*. Wolter Kluwer: Philadelphia. 2007. 3<sup>rd</sup> Edition.
24. R. Brian Haynes David L. Sackett, Gordon H. Guyatt, and Peter Tugwell. *Clinical Epidemiology: How to Do Clinical Practice Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 3<sup>rd</sup> Edition.
25. Leslie G. Portney & Mary P Watkins. *Foundations of Clinical Research. Applications to Practice*. Pearson Prentice Hall: New Jersey 2009. 3<sup>rd</sup> Edition.
26. Rothman, Kenneth J.;Greenland, Sander; Lash, Timothy L, *Modern Epidemiology* , 3<sup>rd</sup> Edition. 2008 Lippincott Williams & Wilkins.



## **CAPITULO 2**

### **“DIAGNÓSTICO DE SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA No.120 2015-2016”**

## INTRODUCCIÓN

El Servicio Social es la actividad formativa donde el Médico Pasante aplica todos sus conocimientos teóricos, científicos, y humanísticos adquiridos bajo un programa de trabajo que de manera temporal lo realizan en beneficio de la sociedad. En la actualidad es importante tener la capacidad de trabajar en equipo y desarrollar habilidades y destrezas que nos ayudaran a tener un mejor desempeño en el ejercicio de nuestra profesión y así, poder trabajar con un fin en común, el cual es, la promoción y prevención en el primer nivel de atención.

El presente Diagnóstico de Salud fue elaborado por Médicos pasantes de la generación Agosto 2015 - Julio 2016, con asesoría de la Dra. Ofelia Gómez Landeros tutora de Servicio Social UAM y la Dra. Araceli Sánchez Hernández Médico Epidemiólogo de la U.M.F. No. 120, en el cual usted encontrara información detallada y específica sobre la clínica y los servicios de salud que brinda a su población adscrita, con el fin de dar una solución a los principales problemas de salud que afectan a su comunidad, así como brindar una atención medica de calidad a todos sus derechohabientes.

El diagnóstico de salud no es solamente una recopilación de datos, es la etapa inicial de la planeación, su elaboración nos permite conocer las necesidades y los problemas de salud, así como los recursos que dispone una población para controlar y/o resolverlos. Nos orienta a seleccionar y filtrar la información más relevante, indicando los factores que la condicionan, permitiéndonos establecer prioridades y formular conclusiones que posibiliten valorar su gravedad, y así proponer programas o incrementar los ya existentes para mejorar la atención de nuestra población asegurada.

Es de gran utilidad conocer los problemas de salud más graves y los grupos de población expuestos a riesgos más elevados de enfermar o morir. Al vigilar los grupos vulnerables, se establecerá un diagnóstico y tratamiento precoz que contribuirá a reducir la duración de las complicaciones, la letalidad y por lo tanto la atención médica. Esto nos permite seleccionar los problemas de salud con fines programáticos y de acuerdo con los recursos disponibles, establecer objetivos, metas y actividades tendientes a modificar las tasas de morbilidad y mortalidad.

Se trata de un trabajo orientado a la acción y no hacia la investigación. Establece cuales son las enfermedades causantes de las mayores tasas de morbilidad y mortalidad proponiendo áreas de acción, sirviendo como punto de partida para la elaboración de programas y estrategias.

## **OBJETIVO GENERAL**

Establecer y mantener actualizado el diagnóstico de salud del año 2015 e identificar los problemas de salud más importantes, proporciona información actualizada y así poder analizar la información desde el punto de vista de su impacto sobre la salud.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Reunir la información sobre salud relevante para la unidad.
- Identificar problemas de salud.
- Identificar factores que afectan a la salud.
- Sugerir áreas de acción para mejorar la salud.
- Ser un estímulo para que se realicen los cambios necesarios para mejorar el nivel de salud.
- Fijar objetivos para conseguir logros relacionados con la salud.
- Identificar los grupos de población con mayor riesgo de enfermar o morir.
- Identificar la necesidad de nuevos datos de los indicadores de salud.

## HISTORIA Y FUNDACIÓN DE IZTAPALAPA

El nombre de Iztapalapa proviene de la lengua Náhuatl (Iztapalli-losas o lajas Atl-Agua y Pan-sobre) significa "El agua de las lajas", deriva de sus asentamientos en parte firme y agua mediante chinampas.<sup>1</sup>

Se desarrolló en las proximidades de Culhuacán, cerca de la conquista española, siendo uno de los valles reales que rodeaban Tenochtitlán, a la cual abastecía y protegía.<sup>2</sup>

Gobernada por Cuitláhuac, hermano de Moctezuma II, desde los últimos años del siglo XVI, hasta la llegada de los españoles. Hernán Cortez asignó 6 pueblos como propios de la ciudad de México entre ellos Iztapalapa.<sup>2</sup>



Mapa 1  
 FUENTE: INAFED. Iztapalapa, D.F. [www.inafed.gob.mx](http://www.inafed.gob.mx)

### IZTAPALAPA EN EL SIGLO XIX

En ese tiempo, la agricultura era el soporte básico que permitía satisfacer las necesidades locales de maíz, frijol y vegetales.<sup>2</sup>

### IZTAPALAPA EN EL SIGLO XX

En 1861 queda como parte de Tlalpan y en 1906 se establece como municipio al que se le agregaron pueblos como: Iztacalco, San Juanico, Santa Cruz Mayehualco y Santa María Acatitla, entre otros.<sup>2</sup>

En 1929 se suprimieron las municipalidades y se crearon las doce delegaciones, una de ellas Iztapalapa.<sup>2</sup>

### LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DE IZTAPALAPA

Se encuentra al oriente de la CDMX. Es una de las 16 delegaciones. Superficie aproximada de 117 km<sup>2</sup>. Representa el 8% de la CDMX. Altura sobre el nivel del mar 2100 m. Colinda: Al Norte con la Delegación Iztacalco y el Municipio de Netzahualcóyotl (Edo de México); al Este con el Municipio de los Reyes la Paz e Ixtapaluca (Edo de México), al Sur con las Delegaciones Tláhuac y Xochimilco y al Oeste con las Delegaciones Coyoacán y Benito Juárez.<sup>3</sup>



Mapa 2  
 FUENTE: INEGI 2010. Carta topográfica 1:50 000 <http://buscador.inegi.org.mx/>

## ENTORNO AMBIENTAL

El objetivo de este apartado es conocer los determinantes ambientales que inciden en la salud de la población.

### ASPECTOS GEOGRAFICOS

El área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No.120 está situada al noreste de la CDMX en la Delegación Iztapalapa. Esta delegación tiene una situación geográfica importante, debido que es centro de entrada y salida hacia el oriente y sureste de la CDMX y además es limítrofe con el estado de México, lo que implica relación directa de servicios de transporte y actividad económica.

### UBICACIÓN GEOGRAFICA

Coordenadas geográficas extremas:

- Norte 19° 24', Sur 19° 17' de latitud norte.
- Este 98° 58', Oeste 99°08' de longitud oeste.<sup>3</sup>

### OROGRAFIA

El sur separaba las aguas saladas de Texcoco de las dulces de Xochimilco y Chalco. La península más emblemática de ellas es el Cerro de la Estrella, con 2.460 metros de altitud en el centro-oeste de la delegación, fue llamado en náhuatl *Huzachtépetl* (*cerro de los huizaches*). En 1936 declarado parque nacional por el presidente Lázaro Cárdenas. Actualmente, se encuentra rodeado por un centenar de colonias urbanas, nacidas casi todas ellas después de la década de 1970.<sup>4</sup>



**Mapa 3** FUENTE: INEGI 2010. *Carta de Hidrografía, Lago Texcoco Iztapalapa*. <http://buscador.inegi.org.mx/>

Al oriente esta el cerro de la estrella, permite la recarga de los mantos freáticos de que se abastecen de agua los capitalinos. De poniente a oriente, está el volcán Yohualihqui, Tezonchichila o de las Minas (2.420 msnm); el volcán Xaltepec (2.500 msnm); el cerro Tetecón (2.480 msnm); el cerro Tecuauhtzin o San Nicolás (2.640 msnm); y el volcán Guadalupe o del Borrego (2.820 msnm, el punto más elevado del territorio de Iztapalapa).<sup>4</sup>

Hoy es una de las zonas más empobrecidas de la ciudad, considerada una zona de alto riesgo por los constantes deslaves que ocurren allí, que afectan una zona densamente poblada. Actualmente al noreste de la delegación se localiza el peñón del Marqués o peñón Viejo (2.400 msnm).<sup>4</sup>

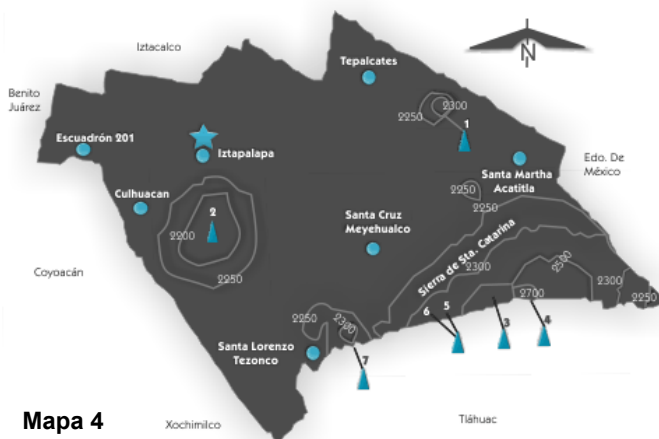
**SIMBOLOGÍA**

Curva de Nivel	Edificio Sede Delegacional	Localidad	Elevación Principal

**ELEVACIONES PRINCIPALES DEL D.F.**

NOMBRE	LATITUD NORTE		LATITUD OESTE		ALTITUD
	GRADOS	MINUTOS	GRADOS	MINUTOS	
Cerro La Cruz del Marqués (Ajusco)	19	12	99	16	3,930
Volcán Tlaloc	19	06	99	02	3,690
Cerro Pelado	19	09	99	13	3,620
Volcán Cauztzin	19	09	99	06	3,510
Volcán Chichimautzin	19	05	99	08	3,490
Volcán Guadalupe (El Borrego)	19	00	99	00	2,880
Cerro del Chiquihuite	19	32	99	08	2,730
Volcán Teuhtli	19	13	99	02	2,710
Cerro de la Estrella	19	21	99	05	2,450
Cerro del Chapultepec	19	25	99	11	2,280

MSNM, metros sobre el nivel del mar.  
Fuente: INEGI Carta Topográfica, 1:50,000



**Mapa 4**

FUENTE: INEGI 2010. Carta de Orografía, Iztapalapa. <http://buscador.inegi.org.mx/>

La Delegación Iztapalapa cuenta con el mayor número de elevaciones geológicas, entre ellas 4 volcanes actualmente sin actividad y 3 cerros los cuales implican un riesgo potencial de daños a comunidades aledañas por los deslaves que se presentan durante la época de lluvias. El Cerro de la Estrella es el de mayor elevación y más poblado.<sup>4</sup>

**HIDROGRAFIA:**

Tiene una superficie de 117 km<sup>2</sup> y pertenece a la región hidrológica del valle de México. La mitad norte de su territorio ocupa una parte de lo que fue el lago de Texcoco, cuyo último remanente es el lago Nabor Carrillo (en el estado de México), regenerado artificialmente.<sup>5</sup> Las corrientes de agua que recorren el territorio de Iztapalapa son:

**Río Churubusco:** Entubado en la década de los cincuenta, recibía las aguas de los ríos Magdalena, Barranca del Muerto, Mixcoac y San Ángel. Sobre su lecho se construyó el Circuito Interior. Este río forma el límite con las delegaciones de Iztacalco y Coyoacán.<sup>5</sup>

**Canal de Garay:** Canal artificial forma parte del sistema de desagüe de los lagos sureños de la cuenca de México. Cortaba la península de Iztapalapa por el llano que se encuentra entre el cerro de la Estrella y la sierra de Santa Catarina. También está entubado, y sobre él fue construido el Periférico Oriente.<sup>5</sup>



**SIMBOLOGÍA**

	RH26	D		
Corriente de Agua	Región Hidrológica	Cuenca	Localidades Principales	Edificio Sede Delegacional

**Mapa 5**

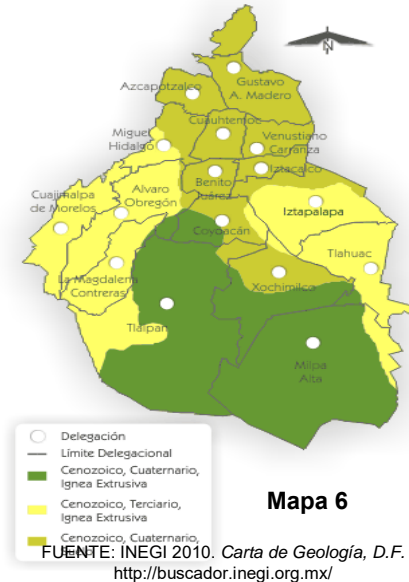
FUENTE: INEGI 2010. Carta de Hidrografía, Iztapalapa. <http://buscador.inegi.org.mx/>



**Canal Nacional - Canal de Chalco:** Son dos de los canales sobrevivientes del antiguo lago de Xochimilco-Texcoco. No han sido entubados, y se han convertido en focos de contaminación. Todavía hasta inicios del siglo XX, a través de estos canales llegaban las trajineras hasta el centro de la ciudad.<sup>5</sup>

## GEOLOGIA

Representada en este mapa de la CDMX, dividida en 2 zonas, al norte perteneciente al periodo Cenozoico, cuaternario, suelo. Desde parte del Norte hasta el sur, pertenece también al periodo cenozoico, era terciaria, roca ígnea.<sup>6</sup>



## FLORA Y FAUNA

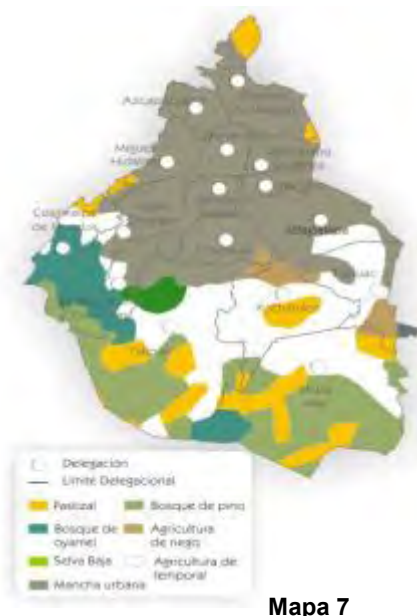
Iztapalapa se consideró el primer abastecedor de legumbres y flores, en el año de 1970 presentaba gran diversidad de paisajes geográficos con un clima idóneo para la reproducción de diferentes vegetales y animales.<sup>7</sup>

Se conservaba las chinampas y milpas donde pudieron cosechar: maíz, frijol y calabaza. En 1940 las chinampas sufrieron con la desecación del Canal de la Viga, subsistiendo así 30 años más gracias a los temporales.<sup>7</sup>

Debido a la urbanización, sobrepoblación, falta de insumo agrícola, maquinaria así como falta de agua y alteraciones del ciclo hidrológico

que modificó el clima; se ha visto afectado bajando su actividad agrícola provocando solo la existencia de pequeñas parcelas.<sup>7</sup>

Se encuentran árboles frutales como el chapulín, higuera, tejocote, durazno, limón, níspero, chabacano, naranjo entre otros. En parques públicos, camellones, parques ecológicos, avenidas y jardines, hay árboles de especies como: sauce, pirú pirul, eucalipto o alcanfor, hule, fresno blanco, palmera o palma de abanico, yuca o palma izote, tulipán de la india.<sup>7</sup>



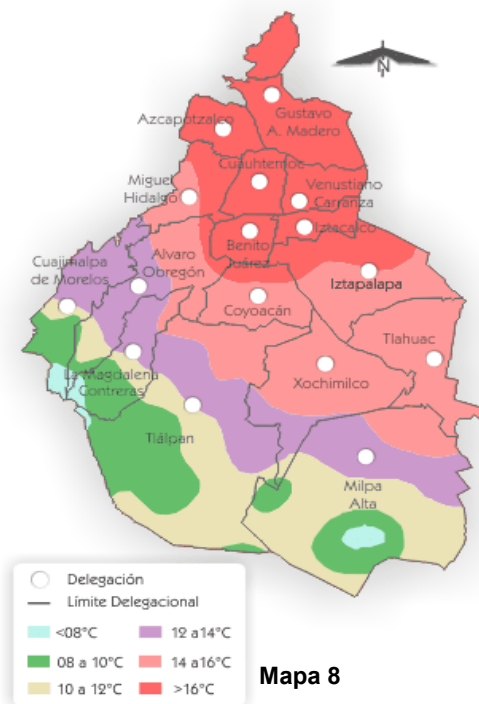
## CLIMA

Está determinada por varios factores entre los que se encuentran la altitud sobre el nivel del mar, la latitud geográfica, las diversas condiciones atmosféricas y la distribución existente de tierra y agua.

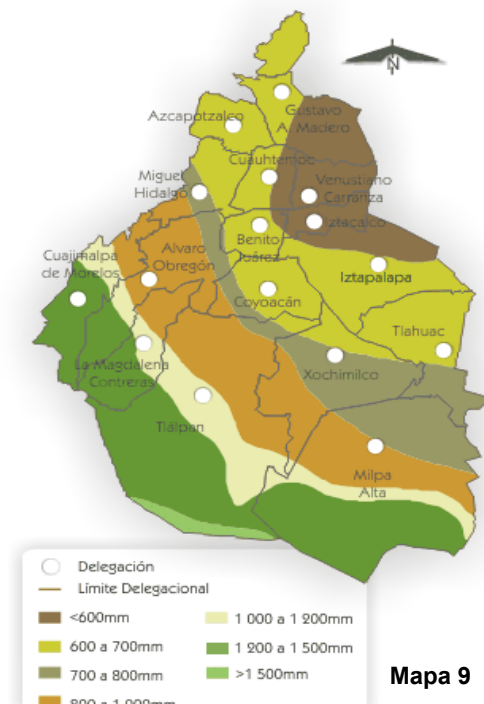
Según la Carta de Climas del INEGI (2010), el 82,42% de Iztapalapa (Sur) se ubica en una zona de clima templado subhúmedo, con lluvias en verano, el resto tiene un clima semiseco templado.<sup>8</sup>

La temperatura anual promedio es de 16,6 °C, siendo más cálida en el mes de junio, cuando alcanza los 19 °C y la más baja en enero, con 13,1 °C. Temperatura media del mes más frío entre -3° y 18°C.<sup>8</sup>

La precipitación anual promedio es de 616,8 mm. Se encuentra comprendida dentro de la isoyeta de 700 mm. Y la isoterma predominante es la de 14°C y sólo una pequeña porción en el NW en la isoterma de 16°C.<sup>9</sup>



FUENTE: INEGI 2010. *Carta de Climas, D.F.*  
<http://buscador.inegi.org.mx/>



FUENTE: INEGI 2010. *Carta de Precipitación, D.F.*  
<http://buscador.inegi.org.mx/>

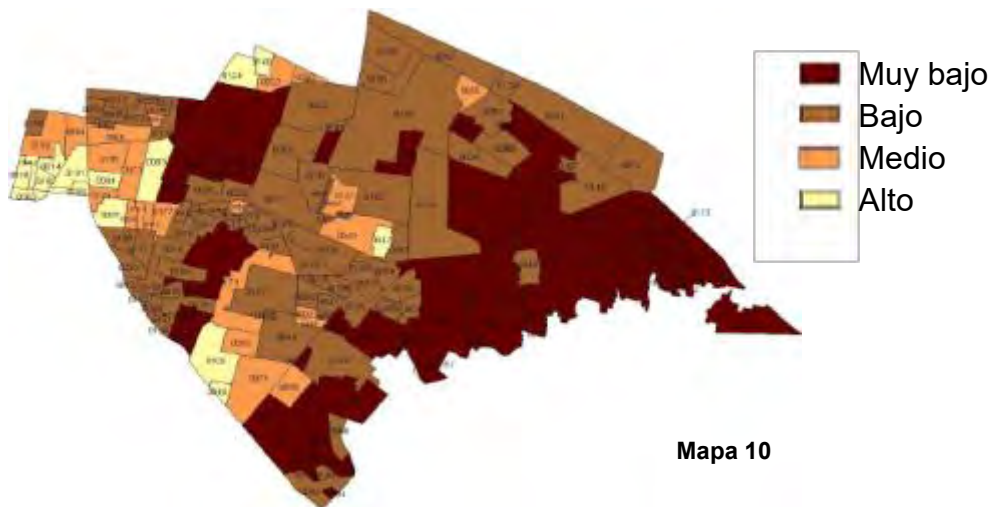
En el mapa de Precipitación Promedio Anual de la CDMX, observamos como en Iztapalapa entre los límites delegacionales con Iztacalco y el Edo. de México, las isoyetas son menores a 600 mm.<sup>9</sup>



## LLUVIA

CONAGUA informa que la temporada que va de Mayo a Noviembre fue la segunda más húmeda desde 1941, la precipitación acumulada fue de 925 mm, lo que representa casi 30% más que el promedio histórico nacional, es el mes de Julio el más húmedo de los últimos 70 años, en contraste con octubre que fue el más seco. El 2010 fue un año significativo debido a que existió una transición muy rápida de EL Niño (fase cálida) a LA Niña (fase fría). Esto origino lluvias intensas al final del invierno pasado y lluvias fuertes en verano.<sup>10</sup>

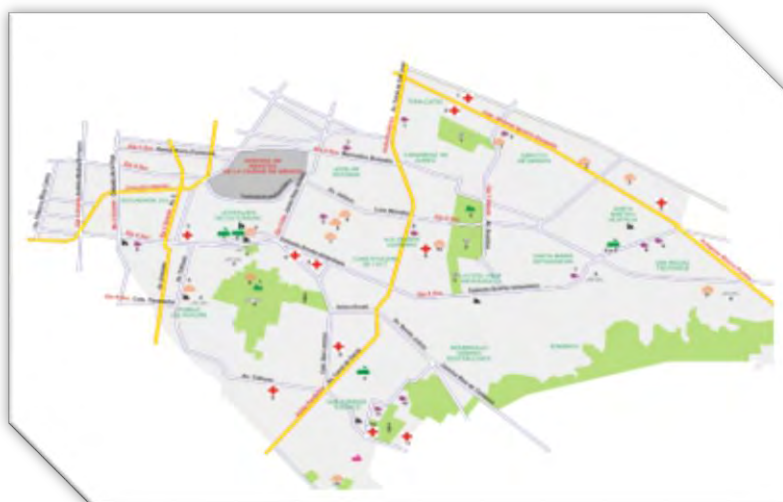
## DESARROLLO URBANO



Mapa 10

FUENTE: SEDESOL. Sistema de información. Desarrollo Urbano, Iztapalapa. <http://sisgeo.sedesol.gob.mx/>

## VÍAS DE COMUNICACIÓN



FUENTE: SEDESOL. Sistema de información. Vías de Comunicación, Iztapalapa. **Mapa 11**  
<http://sisgeo.sedesol.gob.mx/>

I Z T A P A L A P Á	
EQUIPAMIENTO	
 <b>Áreas Verdes</b>	 <b>Hospitales</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Parque Nacional Centro de la Escuela</li> <li>Parque Ecológico Yucatilla</li> <li>Parque Ecológico Cuauhtémoc</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hospital Regional</li> <li>Hospital General de Zona No. 29 (IMSS)</li> <li>Hospital Psiquiátrico de Iztapalapa (Secretaría de Salud del DF)</li> <li>Unidad de Medicina Familiar No. 42 (IMSS)</li> <li>Unidad de Medicina Familiar No. 31 (IMSS)</li> <li>Hospital General de Zona No. 47 (IMSS)</li> <li>Hospital General José María Morelos y Pavón (ISSSTE)</li> <li>Unidad de Medicina Familiar No. 54 (IMSS)</li> <li>Clínica del ISSSTE</li> <li>Hospital de Especialidades de la Ciudad de México (Secretaría de Salud del DF)</li> <li>Clínica del IMSS</li> </ol>
 <b>Pensiones</b>	 <b>Instalaciones Deportivas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Plantón Civil de San Lorenzo Tototoc</li> <li>Plantón Civil de San Nicolás</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ciudad Deportiva Francisco I. Madero</li> <li>Parque Deportivo Cuauhtémoc</li> <li>Parque Deportivo Miraflores</li> </ol>
 <b>Zonas arqueológicas</b>	 <b>Museos y Centros Culturales</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Parque de El Molino</li> <li>Pueblo Tlacuahuacan</li> <li>Culhuacán</li> <li>Plantón del Fuerte Nuevo</li> <li>Acahuacan</li> <li>San Miguel Tenango</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Museo Cabezas de Juárez</li> <li>Fábrica de Artes y Oficios de Oriente</li> <li>Casita Benito Mesquero</li> <li>Auditorio Cuauhtémoc</li> <li>Ex Convencio de Cultura</li> <li>Museo del Fuerte Nuevo</li> <li>Casa de Las Escobas (UAM)</li> <li>Galería Iztapalapa y Teatro del Pueblo Nuevo (UAM)</li> <li>Museo de Historia (UAM)</li> <li>Centro Cultural Iztapalapa</li> <li>Museo Comunitario de San Miguel Teotihuacan</li> <li>Centro Cultural Ex-Hacienda de El Molino Teotihuacan</li> </ol>
 <b>Otras instalaciones de gobierno</b>	 <b>Instalaciones Educativas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Palacio Delegacional</li> <li>Delegación Suriente de la CNDF</li> <li>Procuraduría Oriente</li> <li>Ponencia Federal de Santa María Acuña</li> <li>Residencia Presidencial de Santa María</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Colegio de Ciencias y Humanidades Randal Ornela (UNAM)</li> <li>Facultad de Estudios Superiores de Cuauhtémoc (UNAM)</li> <li>Colegio de Bachilleres de Iztapalapa</li> <li>Universidad Tecnológica de México</li> <li>Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa</li> <li>Colegio de Bachilleres de V. Guerrero</li> <li>Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 7 (IPN)</li> <li>Preparatoria Iztapalapa I de Estudios de Educación Media Superior del Distrito Federal (SEMS)</li> <li>Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Campus Iztapalapa</li> <li>Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Campus San Lorenzo Teotihuacan</li> <li>Preparatoria Benito Juárez del IPED</li> </ol>

## DETERMINANTES SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Este apartado contiene información sobre la estructura demográfica de la población general y Derechohabiente (DH) de la UMF No 120, que permite conocer su composición, las condiciones económicas, educativas, culturales, políticas, y otras que inciden en la salud.

### POBLACIÓN Y TASA DE CRECIMIENTO

De acuerdo con los resultados del Censo General de Población y Vivienda 2010 por INEGI, Iztapalapa contaba al año 2010 con 1,815,786 habitantes de los cuales, el 48.52% (880,998 habitantes) estaba constituido por hombres y el restante 51.48% (934,788 habitantes) por mujeres.<sup>11</sup>

Clave del municipio o delegación	Delegación	Habitantes (año 2015)
002	Azacapotzalco	400 161
003	Coyoacán	608 479
004	Cuajimalpa de Morelos	199 224
005	Gustavo A. Madero	1 164 477
006	Iztacalco	390 348
007	Iztapalapa	1 827 868
008	La Magdalena Contreras	243 886
009	Milpa Alta	137 927
010	Ávaro Obregón	749 982
011	Tláhuac	361 593
012	Tlalpan	677 104
013	Xochimilco	415 933
014	Benito Juárez	417 416
015	Cuauhtémoc	532 553
016	Miguel Alemán	364 439
017	Venustiano Carranza	427 263

Tabla 1 FUENTE: INEGI. Censo Nacional de Población y Vivienda, Encuesta Intercensal 2015. <http://www.inegi.org.mx/>

Para el año 2015 cuenta con 1,827,868 habitantes de los cuales 878,365 son hombres y 949,503 mujeres, al ser la más poblada, ocupa el primer lugar de las 16 delegaciones.<sup>12</sup>

### CRECIMIENTO POBLACIONAL RECIENTE



FUENTE: INEGI México. Censo de Población y Vivienda 2010. <http://www.inegi.org.mx/>

El crecimiento poblacional de Iztapalapa en relación con la CDMX muestra que:

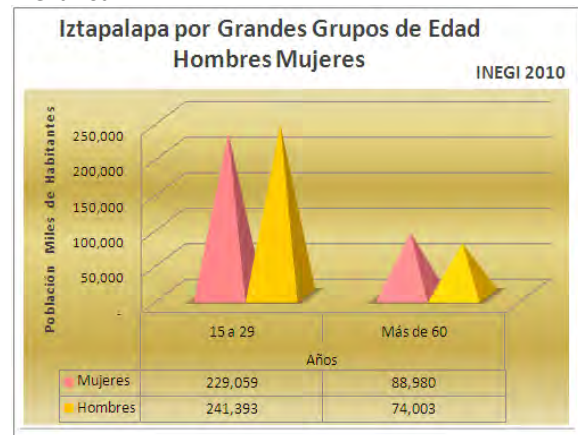
Para el año 1995 la CDMX contaba con 8,473,385 habitantes, mientras que Iztapalapa con 1,694,677 habitantes.<sup>11</sup>

Al año 2010, la participación de Iztapalapa en relación a la CDMX, se presentó con 1,815,786 y 8,851,080 respectivamente, de acuerdo a sus totales. Teniendo un crecimiento de 4.26% en la CDMX y 6.6% en Iztapalapa.<sup>11</sup>

## ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

La información obtenida del censo del Instituto Nacional de Geografía e Informática del año 2010, la población femenina entre 15 - 29 años de edad, correspondía 229 059, mientras que en la población masculina de la misma edad corresponde a 241 339. En comparación con la población mayor de 60 años donde predominan las mujeres con 88 980 en relación a los hombres con 74 003.<sup>11</sup>

Gráfica 2



FUENTE: INEGI México. Censo de Población y Vivienda 2010, <http://www.inegi.org.mx/>

## GRÁFICA 3. “ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN, 2000 Y 2010”.

Gráfica 3



FUENTE: INEGI México. Censo de Población y Vivienda 2010, <http://www.inegi.org.mx/>

delegación.<sup>11</sup>

Al realizar una comparación entre la población del 2000 y 2010 en términos porcentuales se puede observar que en el 2000 la población <15 años representa el 26.5%, de 15 a 64 años el 67.6% y la población >65 años el 5.9% del total de la población. Para el año 2010, < 15 años representan el 22.4%, de 15 a 64 años 69.7 % y la población >65 años constituye el 7.9% del total de los habitantes de la

## GRÁFICA 4. “POBLACIÓN TOTAL EN LA CDMX SEGÚN EDAD Y SEXO”

Gráfica 4



FUENTE: INEGI. Encuesta intercensal 2015.

Tabla 2



### GRÁFICA 5. “POBLACIÓN ADSCRITA A MÉDICO FAMILIAR SEGÚN EDAD Y SEXO”

Gráfica 5

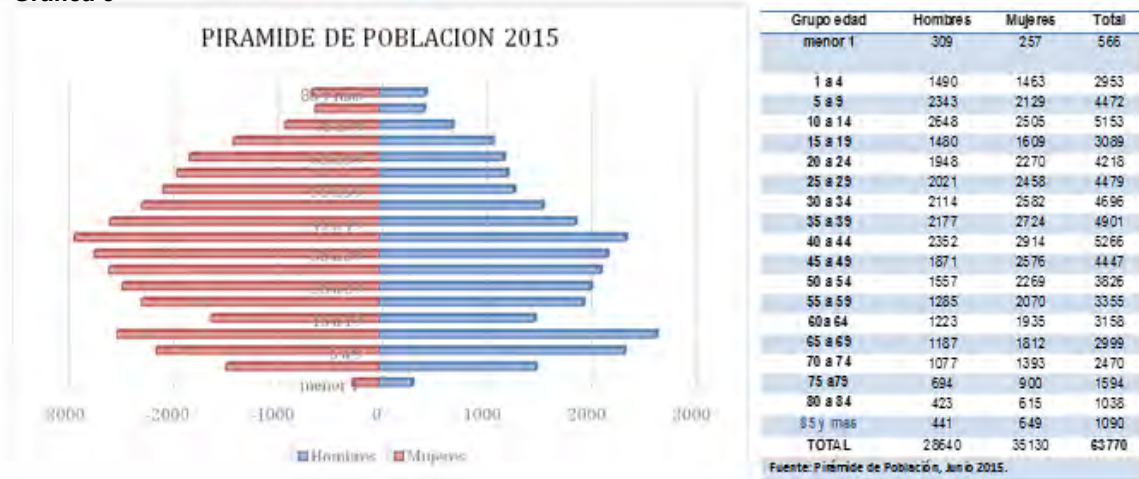


Tabla 3

FUENTE: IIMSS, Afiliación y vigencia UMF120, 2011-2015

#### GRUPO ETARIO IMSS UMF120

Niños	Adolescentes	Hombres	Mujeres	A. Mayor	TOTAL
0-9	10 - 19	20-59	20-59	60 Y +	
7991	8242	15325	19863	12348	63770
		<1 AÑO	1 AÑO	1 A 4 AÑOS	
<b>NINOS</b>		586	582	2953	

Tabla 4

FUENTE: IMSS, Afiliación y vigencia UMF120, 2011-2015

La Gráfica 4 muestra la pirámide poblacional intercensal de la CDMX del 2015 por grupo de edad y sexo. La Gráfica 5, la población adscrita a médico familiar por edad y sexo. En la Tabla 4, la población derechohabiente de la UMF No.120 de acuerdo al grupo etario institucional.





## MORTALIDAD

### GRÁFICAS “DEFUNCIONES GENERALES EN LAS DELEGACIONES DEL DISTRITO FEDERAL AÑO 2010”.

Gráfica 8

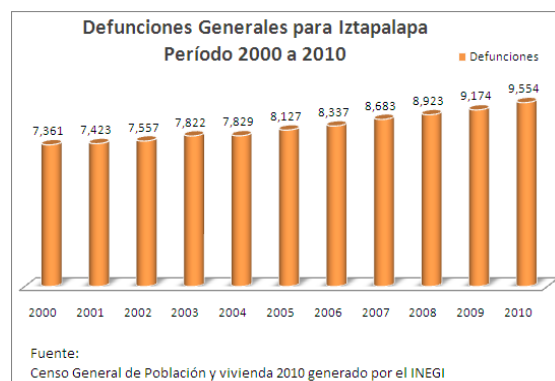


En el año 2010, INEGI reportó el número de defunciones por delegaciones de la CDMX, destacando en primer lugar Iztapalapa con 9,554 y en el último lugar Milpa Alta con 582 defunciones.<sup>16</sup>

Se realizó un comparativo del año 2000 al 2010 dando un seguimiento anual en el cual es importante destacar que las defunciones se encuentran en aumento, como lo indica la Gráfica 9.

- En el año 2000 se reportan 7,361.
- En el año 2005 tuvo 8,127 defunciones.
- En el año 2010, se 9,554 defunciones.

Gráfica 9



## MORTALIDAD POR GRUPOS ESPECÍFICOS EN LA UMF No.120

En la Población derechohabiente de la UMF No. 120 del IMSS que comprende al periodo Agosto 2015 - Mayo 2016 dividida en grupos específicos, destaca la mortalidad materna que corresponde a 166.66 por cada 100 000 mujeres en edad reproductiva, la tasa neonatal precoz de 1.76 por cada 100 000 nacidos vivos, neonatal tardía de 1.76, así como la mortalidad infantil menor de 1 años de 4.47 por cada número de nacidos vivos registrados en la población derechohabiente del mismo año, mientras que la edad pre-escolar de 1 a 4 años tiene una tasa de 33.86 por cada 100 000 menores de 1 a 4 años.

Mortalidad por grupos específicos			
Mortalidad	No. Defunciones	Población	Tasa
Neonatal precoz	1	566	1.76
Neonatal tardía	1	566	1.76
Perinatal 28 sem. a 7 días	0	566	0
Infantil <1	1	566	4.47
Pre-escolar 1-4	1	2953	33.86
Escolar 5-14	0	9825	0
Materna	1	600	166.66
General	255	93770	405.46
Tasa por 100,000 Derechohabientes, según grupo específico			
Tasa por 1,000 nacidos vivos			
Razón por 100,000 nacidos vivos			

Fuente: SISMOR Agosto 2015 a Mayo 2016

Tabla 8



## ECONOMÍA

El Panorama Sociodemográfico de la CDMX en el 2011 del INEGI, nos presenta datos relevantes, propios de la Delegación Iztapalapa sobre las características económicas.

De cada 100 personas, una media de sólo 55 participan en actividades económicas<sup>17</sup>.

- 95 de 100, tienen alguna ocupación.
- 5 de 100, pertenecen al grupo de No Ocupada.
- 44 personas de cada 100 no participan en las actividades económicas.
- Una persona de cada 100 no especificó su condición de actividad.
- 72 hombres de cada 100, participan en las actividades económicas.
- De cada 100 hombres, 94 tienen alguna ocupación.
- 6 hombres de cada 100, no tienen alguna ocupación.
- 27 hombres de cada 100 no participan en las actividades económicas.
- 2 hombres de cada 100 no especificaron su condición de actividad.
- 40 de cada 100, son mujeres que participan en las actividades económicas.
- De cada 100 mujeres, 96 tienen alguna ocupación.
- 4 mujeres de cada 100, no tienen alguna ocupación.
- 59 mujeres de cada 100 no participan en las actividades económicas.
- 1 de cada 100 no especificó su condición de actividad.<sup>17</sup>

Gráfica 10



## ACTIVIDADES ECONÓMICAS

Actividades primarias	0
Actividades secundarias	no disponible
Actividades terciarias	
Tianguis	441
Mercados públicos	20
Central de abasto	2
Aeropuerto	0
Oficinas postales	206
Automóviles registrados en circulación	386687

**Tabla 9** FUENTE: INEGI México. *Censo Económico 2010*, <http://www.inegi.org.mx/>



### GRÁFICA 11. “POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MÁS ECONÓMICAMENTE NO ACTIVA”

El mayor porcentaje de la población, 47.6%, labora en casa.

38.8% estudiantes.

7.6% jubilados y pensionados.

Personas que realizan otras actividades no el 4.0%.

Personas que padecen alguna limitación física o mental 2.0%.



### GRÁFICA 12. “INVERSIÓN PÚBLICA EN ACTIVIDADES TERCIARIAS”

Gráfica 12



La Inversión pública ejercida representa un 5% de los \$28,158,696.00 de la CDMX.

La inversión pública ejercida en desarrollo económico representa, el 1.05%.

Inversión pública en gobierno corresponde un 5.11% contra el 94.89% de la CDMX.

## VIVIENDAS

Es el espacio físico donde las familias crecen, se desarrollan y se integran a la sociedad, representando además, un escenario de profundos significados afectivos y sociales que se constituyen como un bien patrimonial.<sup>2</sup>

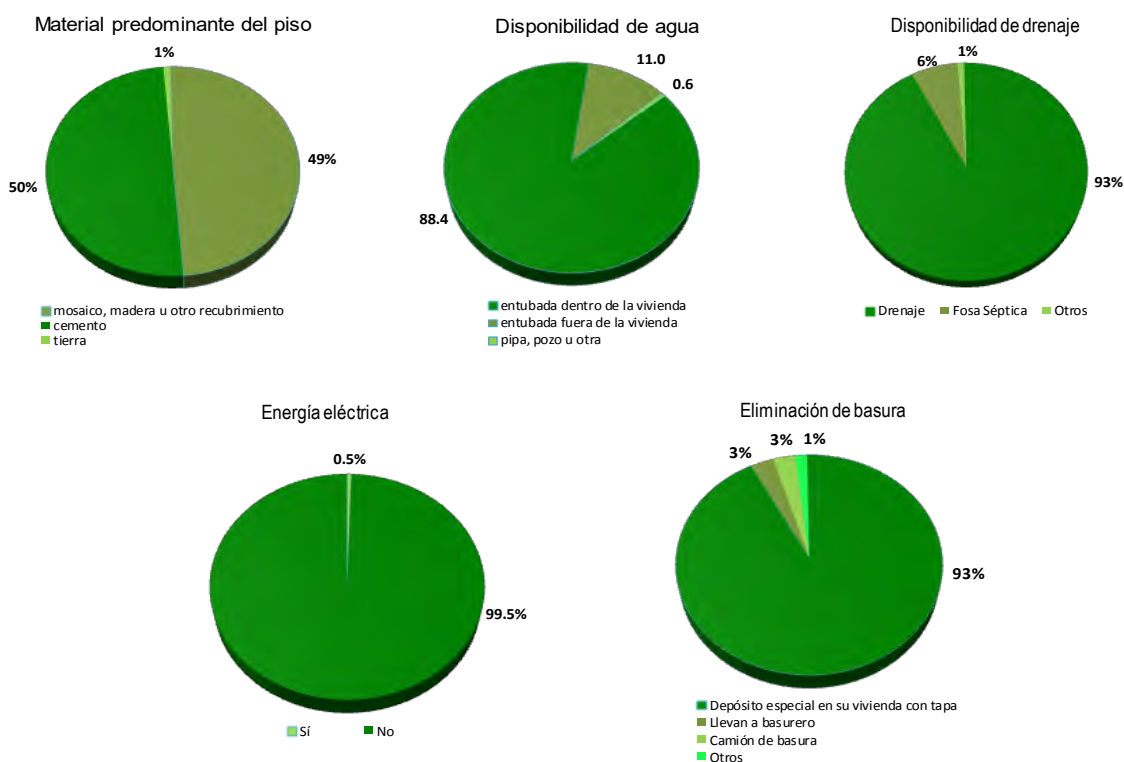
De acuerdo a datos del INEGI, en la siguiente tabla se representa para cada municipio de la región, el número de viviendas que existen según sus características como; el tipo de material en pisos y la disponibilidad de servicios básicos con los que cuentan (agua, drenaje, energía).

<b>Total de viviendas particulares habitadas, 2010</b>	<b>460691</b>
<b>Promedio de ocupantes en viviendas particulares habitadas,</b>	<b>3.9</b>
<b>Viviendas particulares habitadas con piso diferente de tierra</b>	<b>445165</b>
<b>Viviendas particulares habitadas que disponen de agua de la red pública</b>	<b>445620</b>
<b>Viviendas particulares habitadas que disponen de drenaje</b>	<b>450838</b>
<b>Viviendas particulares habitadas que disponen de excusado o sanitario</b>	<b>450694</b>
<b>Viviendas particulares habitadas que disponen de energía eléctrica</b>	<b>452202</b>
<b>Viviendas particulares habitadas que disponen de refrigerador</b>	<b>400420</b>
<b>Viviendas particulares habitadas que disponen de televisión</b>	<b>444538</b>
<b>Viviendas particulares habitadas que disponen de lavadora</b>	<b>334649</b>
<b>Viviendas particulares habitadas que disponen de computadora</b>	<b>174787</b>
<b>Inversión ejercida en programas de vivienda (Miles de pesos)</b>	<b>No disponible</b>
<b>Capacidad instalada de las plantas potabilizadoras en operación (Litros por segundo), 2009</b>	<b>2457</b>
<b>Volumen suministrado de agua potable (Millones de metros cúbicos), 2009</b>	<b>56</b>
<b>Parques de juegos infantiles, 2009</b>	<b>114</b>

FUENTE: INEGI 2010

Tabla 10

**Gráfica 13**  
**Características de la vivienda en derechohabientes. IMSS 2010**

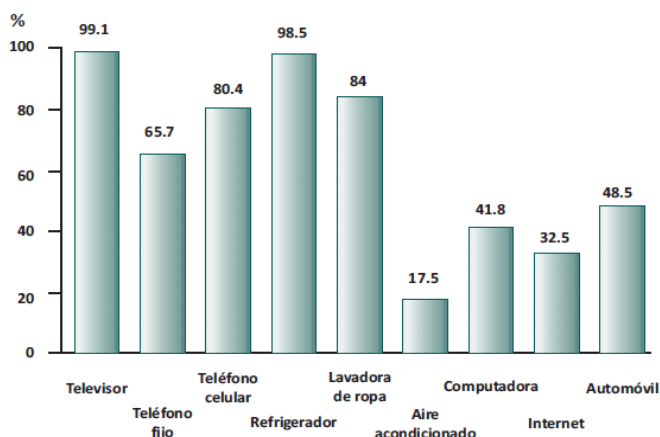


FUENTE: ENCO 2010. *Encuesta Nacional Sobre Confianza del Consumidor*. <http://www.inegi.org.mx/>

En la Gráfica 13 se muestran las características de la vivienda de derechohabientes del IMSS. Predominando el cemento en el tipo de material de suelo, agua entubada dentro de la vivienda, drenaje, energía eléctrica y depósito especial en su vivienda para la eliminación de basura.

### GRÁFICA 14. “POSESIONES DE BIENES SEGÚN LA ENCUESTA NACIONAL ENCOPREVENIMSS 2010”

Gráfica 14



En la Gráfica 14 se muestran los bienes con los que cuenta la población derechohabiente del IMSS de la delegación Iztapalapa, destacando la televisión, el refrigerador y la lavadora y en menor porcentaje el aire acondicionado e internet.

FUENTE: ENCOPREVENIMSS 2010

## EDUCACIÓN

El Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, tomó en cuenta a la población mayor de 5 años; población que se considera apta para educarse, y que representa el 89.10% del total de sus habitantes (1'815,786).<sup>18</sup>

### POBLACIÓN CON EDUCACIÓN PRIMARIA Y POSGRADO

#### EDUCACIÓN PREESCOLAR

La gráfica 15 muestra 3 variantes: Escuelas, Alumnos Egresados y Personal Docente.

De 1'617,859 personas en edad de aprendizaje con 5 y más años de edad en la CDMX, el 1.89% son alumnos Egresados de Preescolar en la delegación Iztapalapa.<sup>18</sup>

Gráfica 15  
 Educación Preescolar



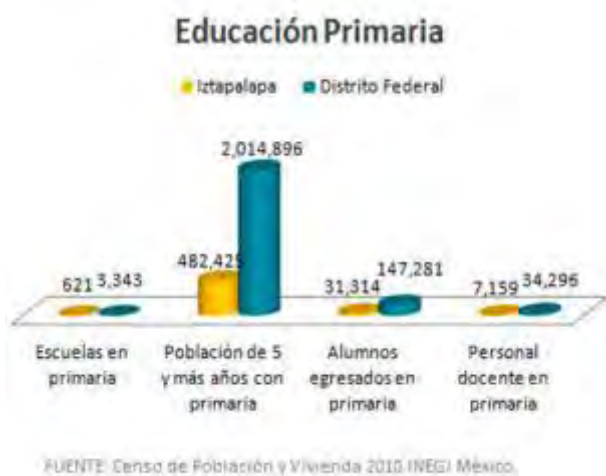
FUENTE: Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI México

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, el promedio de niños egresados es a razón de 42 alumnos por escuela.<sup>18</sup>

Las escuelas de preescolar, representan un 21.11% de las de la CDMX. Los alumnos egresados 21.45% de los que egresaron en la CDMX. Iztapalapa simboliza el 16.96% de su Personal Docente en Preescolar, comparado con la CDMX.

## EDUCACIÓN PRIMARIA

Gráfica 16



Las escuelas primarias, representan un 18.58% de las que tiene la CDMX.<sup>19</sup>

La población de 5 y más años con nivel primaria, tiene el 23.94% de los que hay en la CDMX.

Alumnos egresados 21.26%.

Iztapalapa simboliza el 20.87% de su Personal Docente, con la CDMX.

Representan el 14.95% del total de secundarias que tiene la CDMX.<sup>20</sup>

Los alumnos egresados son el 19.12% de los que egresaron en la CDMX.

Simboliza 17.79% de personal docente en secundarias con respecto a la CDMX.

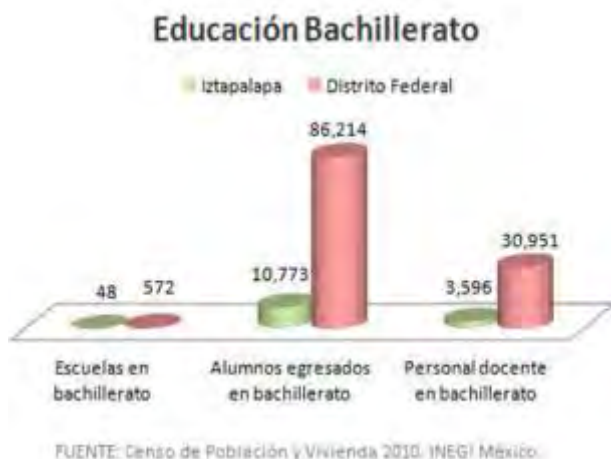
## EDUCACIÓN SECUNDARIA

Gráfica 17



## EDUCACIÓN BACHILLERATO

Gráfica 18



Las escuelas representan un 8.39% de las de la CDMX.<sup>21</sup>

Los alumnos egresados en esta categoría, personifica un 12.50% con respecto a la CDMX.

En cuanto al personal docente en bachillerato, el 11.62% en comparación con la CDMX.



## ALUMNOS EGRESADOS

Gráfica 19



FUENTE: Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI México.

La relación de Iztapalapa con respecto a la CDMX en alumnos egresados de la educación preescolar constituye el 21.44%. Un 23.94% representa la población mayor de 5 años con educación primaria. Para la población de 18 años y más con Posgrado 6.54%.<sup>22</sup>

## ESCUELAS DE EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA SUPERIOR

Gráfica 20

Las escuelas de Educación Básica y Media Superior que hay en la Delegación Iztapalapa son 1,620, las cuales representan el 18.31% del total de las que hay en la CDMX.<sup>23</sup>



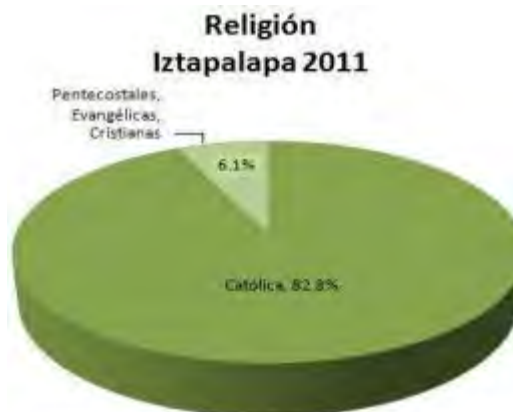
FUENTE: Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI México.

## GRÁFICA 21. "RELIGIÓN IZTAPALAPA 2011"

Gráfica 21

En la siguiente gráfica, se observa que la mayoría de la población de Iztapalapa son católicos con un 83%; 6 personas de cada 100, pertenecen a otra religión.

Históricamente durante la década de los años 90, 92 de cada 100 personas eran católicas y el 8% pertenecían a otros credos incluso a ninguno; por lo que se interpreta una baja del 9% que dejaron de seguir a la religión católica para el año 2011.<sup>24</sup>



FUENTE: INEGI México - Censo de Población y Vivienda 2010  
 Panorama Sociodemográfico del D.F. 2011. Religión

## INDIGENISMO

El INEGI a través del Panorama Sociodemográfico de la CDMX Lengua Indígena, reporta que para el año 2011, de la población que habita la Delegación Iztapalapa y tomando en consideración sólo a los habitantes de 5 años o más de edad (1,501,350); el 2% del total, habla alguna lengua indígena, es decir 30,027 personas. El 1% de este total es monolingüe, es decir, 178 no hablan español, sólo su lengua materna.<sup>25</sup>

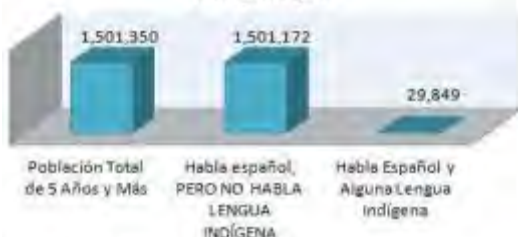
**Gráfica 22**  
 Población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena en Iztapalapa



FUENTE INEGI México.  
 Panorama Sociodemográfico del D.F. 2011 Lengua Indígena

**Gráfica 23**

Población de 5 años y más que habla español y alguna lengua indígena en Iztapalapa



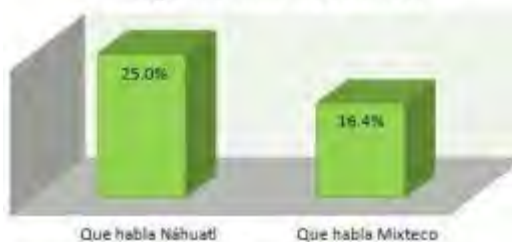
FUENTE INEGI México.  
 Panorama Sociodemográfico del D.F. 2011 Lengua Indígena

De la población total para el año 2011 (1,501,350), el 99.9% hablaba español; de la cual el 2%, es decir 29,849, dominan también alguna lengua indígena.

De más de 12 lenguas indígenas que se enlistaron en el año 2000; para el año 2010 solo se reportaron 2; el Náhuatl y el Mixteco.<sup>25</sup>

**Gráfica 24**

Población de 5 años y más en Iztapalapa que habla alguna de las lenguas indígenas más frecuentes

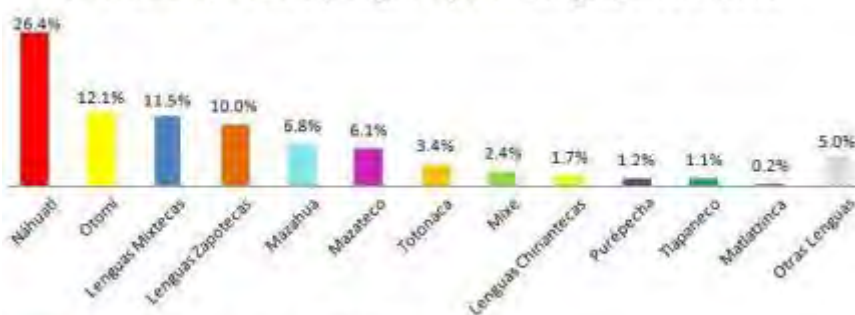


FUENTE INEGI México.  
 Panorama Sociodemográfico del D.F. 2011 Lengua Indígena

Para el año 2011, se estimó que un total de 30 mil personas hablaban sólo 2 lenguas Indígenas, las más frecuentes, 25% Náhuatl (7,507) y 16.4% Mixteco (4,924).<sup>25</sup> Se deduce que el 58.6% lo conforman otras familias o grupos lingüísticos considerados menos significativos numéricamente.

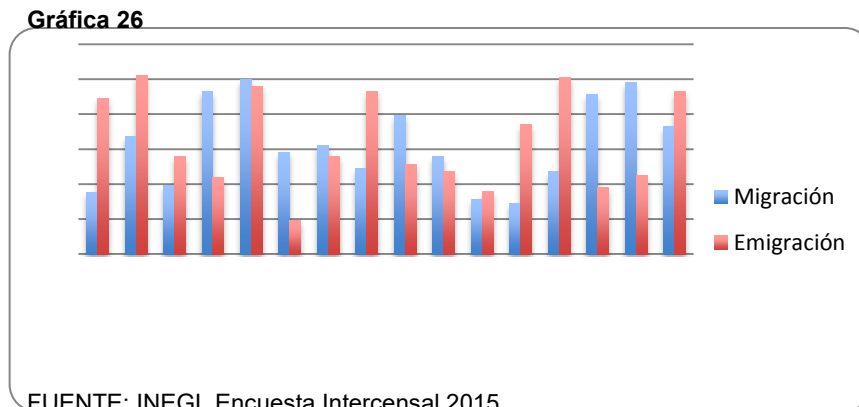
**Gráfica 25**

Distribución Porcentual de la Población Hablante de Lengua Indígena en el Distrito Federal, Según Tipo de Lengua, al Año 2000



FUENTE Censo de Población y Vivienda 2000 INEGI México.  
 La Población Hablante de Lengua Indígena del Distrito Federal.pdf

### GRÁFICA 26. “PORCENTAJE QUE MIGRA O EMIGRA SEGÚN SU MUNICIPIO”



La migración es un fenómeno social global causado por la búsqueda de mejores oportunidades económicas y laborales, para una mejor calidad de vida. La movilidad geográfica de lugares rurales a urbanos representa cambios a nivel individual, familiar y comunitario, los cuales impactan en la conducta, hábitos, valores, actitudes, estilos y perspectivas de vida. Estas circunstancias son factores de riesgo que promueven problemas de salud pública, entre ellos el uso de drogas y los trastornos mentales, los cuales requieren de servicios de salud.<sup>26</sup>



**Tabla 11**

Sexo	Población >5 años	En la misma delegación	En otra delegación	No especificó	Total
Hombres	812,858	98.06	1.93	0.01	95.89
Mujeres	887,822	98.03	1.93	0.04	96.26

FUENTE: INEGI. Encuesta Intercensal 2015

El crecimiento demográfico está representado por el establecimiento de numerosas familias que abandonaron las delegaciones centrales y por familias procedentes de otras entidades federativas, las cuales han dado lugar a una alta proporción del incremento total de población de la CDMX.











La población inmigrante se ha asentado en su mayoría al sur oriente de la delegación Iztapalapa, es decir, en las faldas de la Sierra de Santa Catarina. Esto indica que en los últimos 30 años, Iztapalapa ha sido la principal reserva territorial para el crecimiento urbano de la CDMX y que ha cumplido una importante función en la redistribución de la población, alojando una proporción muy significativa de la construcción de nueva vivienda.<sup>26</sup>



## PARTIDO POLÍTICO

En la Asamblea Legislativa de la CDMX, Iztapalapa es representada por ocho diputados, pertenecientes al Partido de la Revolución Democrática, que desde el año 1997 domina ampliamente las elecciones en esta delegación.<sup>27</sup>

En la Tabla 12 se muestra al PRD como ganador de las elecciones del 2015.

Partido/Coalición	Candidato	Votos	Porcentaje
 PAN	Brisa Abril Orta Márquez	34,812	5.51 %
 PRI - PVEM	Adriana Torres Villanueva	64,249	10.16 %
 PRD - PT - PANAL	Blane Anguiano Flores 	232,876	36.83 %
 MC	Miguel Ángel González Alfaro	15,167	2.40 %
 MDRENA	Clara Marina Brugada Molina	203,679	32.21 %
 PH	David Aureliano Contreras Silva	13,777	2.18 %
 PES	Adriana Figueroa Rodríguez	31,320	4.95 %
 Nulos		35,309	5.58 %
 Candidatos no registrados		1,107	0.18 %
<b>Total</b>		<b>632,296</b>	<b>100.00 %</b>

Fuente: INE

Tabla 12

## CONSUMO DE SUSTANCIAS: TABACO, ALCOHOL Y DROGAS.

El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y la estabilidad social.

Aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta al tabaco, alcohol y drogas, hay grupos más vulnerables que otros a sufrir los daños provocados por su uso, como los niños y los jóvenes, quienes pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida.<sup>28</sup>

Población que refiere haber fumado alguna vez en su vida. ENCO PREVENIMSS 2010

Ha fumado	ENCO PREVENIMSS 2010		Encuesta Nacional de Adicciones 2008	
	Hombre %	Mujer %	Hombre %	Mujer %
NO	70.5	86.9	51.2	76.6
SI	29.5	13.1	48.8	23.4

FUENTE : ENCO PREVEIMSS 2010

Tabla 13

En la tabla 13 se muestra el porcentaje de población derechohabiente por sexo que ha fumado según la ENCO PREVENIMSS 2010, en comparación con la ENA 2008, donde muestra que el sexo masculino es el principal consumidor de tabaco en ambas estadísticas.

Prevalencia de consumo de alcohol en población derechohabiente, por grupo programático				
Categorías	Adolescentes	Mujeres	Hombres	Adultos Mayores
<b>Abstemio</b>	15	4	2	1
<b>Ex - Bebedor</b>	3	7	5	20
<b>Bebedor actual</b>				
Ocasional	25	12	10	6
Moderado bajo	18	17	13	5
Moderado alto	16	18	12	14
Frecuente bajo	13	27	29	11
Frecuente alto	7	10	18	23
Consuetudinario	3	5	11	20

Fuente: ENCO PREVENIMSS 2010

Tabla 14



Prevalencia de consumo de drogas en población derechohabiente, por grupo programático								
Tipo de droga	12 a 17 años		18 a 34 años		35 a 65 años		65 años y más	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ilegales	67	64	57	51	37	35	18	17
Médicas	8	9	11	12	15	17	38	39
Ambas	2	1	5	7	9	10	12	11
No consume	23	26	27	30	39	38	32	33

FUENTE: ENCO PREVENIMSS 2010

Tabla 15

La Tabla 15 muestra los pacientes por grupo de edad y sexo que han consumido alcohol y la frecuencia con la que lo hicieron, así como el consumo de drogas médicas e ilegales, por grupo programático.

En la actualidad México cuenta con diversos tipos de estudios, en diferentes grupos de población, así como sistemas de información que nos permiten conocer la prevalencia del consumo de drogas específicas, registrar sus tendencias y actuar en consecuencia en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación, para dar la respuesta adecuada en cada comunidad.<sup>28</sup>

## TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

En nuestro país, 3.1 millones de personas, en su mayoría de sexo masculino, reportan haber consumido una vez en la vida alguna droga ilícita. Del total de quienes reportaron el uso de drogas alguna vez en la vida, el 43% tenía entre 12 y 25 años de edad. Más del 50% de los usuarios de crack, la forma más adictiva de cocaína, tiene menos de 18 años.<sup>29</sup>

Ha disminuido la edad de inicio en el consumo de diferentes sustancias adictivas y se ha incrementado el consumo de drogas entre las mujeres adolescentes y jóvenes. La marihuana se mantiene como la principal droga de consumo por distintos grupos de la población.

Se observa un incremento en la prevalencia en el consumo de drogas en el país, en especial de la cocaína, droga tradicionalmente consumida por grupos reducidos de la población cuyo uso se ha extendido a diversos sectores como los jóvenes y las personas de menos recursos.<sup>29</sup>

El uso de heroína ha tenido un repunte en la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica, de la misma manera ha habido un incremento del consumo de drogas de diseño como las metanfetaminas, llamadas Ice y Éxtasis.<sup>29</sup>

Quinientos mil individuos son usuarios frecuentes de marihuana, cocaína e inhalables. Los menores que trabajan en la calle y otros espacios públicos están en alto riesgo de consumir drogas, en especial los que no viven con su familia.<sup>29</sup>

## CONSTELACIONES DE RIESGO

**TABLA 16. “GRADO DE MARGINACIÓN DE COLONIAS EN IZTAPALAPA”**

En la Tabla 16 se muestran las colonias con mayor grado de marginación de la delegación Iztapalapa, dentro de las que destacan, Santa Martha Acatitla, UH Cabeza de Juárez V, UH Ejército Constitucionalista SM III y UH Ignacio Zaragoza.

Tabla 16

Nombre Colonia	Nivel
Pueblo San Lorenzo Xicotlatl	Medio
Pueblo Santa Martha Acatitla	Muy Alto
Tapalcates	Medio
Unidad Habitacional Cabeza de Juárez V	Muy Alto
Unidad Habitacional Ejército Constitucionalista SM III	Alto
Unidad Habitacional Ejército de Oriente	Bajo
Unidad Habitacional Ejército de Oriente Zona Peñón	Medio
Unidad Habitacional Guadalupe de Juárez I y II	Medio
Unidad Habitacional Ignacio Zaragoza	Alto

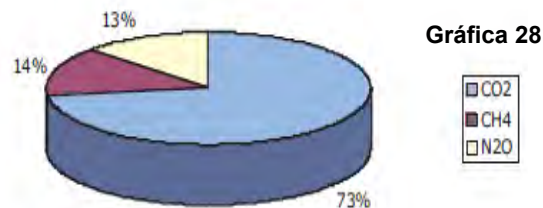
Fuente: Sistema de Información Económica, Geográfica y Estadística (SIEGE) De la Secretaría de Desarrollo Económico del Distrito Federal <http://www.siege.df.gob.mx/cupladet/index.html?abrir=atlas+atlas>

Al ser la delegación que cuenta con las colonias más sobrepobladas y su alto grado de marginación, Iztapalapa se convierte en una de las principales zonas con inseguridad de la CDMX, donde la gente trabajadora va en disminución gracias a problemas como la deserción escolar, el embarazo a temprana edad, el desempleo, dando lugar a la delincuencia como una de las principales fuentes de empleo.

## CONTAMINANTES FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS Y SISTEMAS DE MONITOREO

Los problemas ambientales de la delegación tienen múltiples causas. Las emisiones a la atmósfera representan un volumen de 162,090 toneladas al año y en orden de su importancia corresponden a monóxido de carbono, hidrocarburos, óxidos de nitrógeno, óxidos de azufre y partículas suspendidas. El volumen de emisiones ubica a Iztapalapa entre el primero y el quinto lugar del total de emisiones generadas a nivel delegacional en la CDMX. Las principales fuentes de contaminación corresponden al transporte, seguido por los establecimientos de servicios y en tercer lugar a las industrias.<sup>30</sup>

**GRAFICA 28. “PORCENTAJE DE GASES QUE CONTRIBUYEN AL EFECTO INVERNADERO POR TIPO DE EMISIÓN CONTAMINANTE EN LA CDMX”**



Fuente: Secretaría del Medio Ambiente. Estrategia local de Acción Climática en el Distrito Federal. Disponible en: [www.sma.df.gob.mx/.../10\\_tendencias\\_en\\_emisiones\\_gases\\_efecto](http://www.sma.df.gob.mx/.../10_tendencias_en_emisiones_gases_efecto).

Otro de los fenómenos que afecta a la zona oriente, es el polvo que se genera en la Sierra de Santa Catarina, ya que esta zona está desprovista de vegetación que ayude a mantener firme la capa de suelo, por la explotación de bancos de material en los volcanes Yuhualixqui, Xaltepec y Tetecón y por la existencia de zonas sin pavimentación. Por lo tanto es necesario, que se instrumenten programas de reforestación a nivel general y el control de permisos para un control vehicular más estricto y así tener una calidad ambiental que mejore las condiciones de vida de los residentes de esta delegación.<sup>30</sup>

Por otra parte, la delegación tiene problemas de contaminación del agua, generada por los tiraderos a cielo abierto y la deficiencia en el servicio de drenaje, lo que provoca que en época de lluvias se produzcan depósitos de sustancias tóxicas y micro organismos patógenos, contaminando el acuífero que alimenta a los pozos que abastecen a la población. Asimismo, el agua proveniente de pozos contiene minerales de aluminio lo que provoca que sea turbia.<sup>30</sup>

El manejo de los desechos sólidos requiere de importantes inversiones debido a la creciente cantidad generada y a la diversidad de productos y sustancias que contiene. La generación actual es de cerca de 2,500 toneladas por día. Los residuos son recolectados y trasladados al sitio de disposición final de Santa Catarina, en las faldas del volcán de la Caldera, en el Estado de México. De forma particular la ocupación por asentamientos humanos en la Sierra de Santa Catarina, tiene efectos ambientales negativos para la delegación y en general para toda la Cuenca de México.<sup>30</sup>

Por tal razón el 3 de noviembre de 1994 y el 26 de enero de 1996, se publicó el decreto que declara parte de la Sierra de Santa Catarina como área natural protegida. En esta zona sólo se podrán realizar actividades extensivas, agroindustriales, piscícolas, turísticas y recreativas. Dentro de la Sierra de Santa Catarina actualmente no existen áreas zonificadas para producción rural o agroindustrial.<sup>30</sup>

## **RIESGOS Y VULNERABILIDAD**

### **RIESGO GEOLÓGICO**

Reacomodo o grietas en el subsuelo, causadas principalmente por la extracción de agua del subsuelo y fallas geológicas que condicionan las construcciones altas.<sup>31</sup>

Con estas limitaciones se encuentran varias zonas, las cuales tienen problemas de grietas detectadas en las colonias: El Molino al sur, las unidades habitacionales Santa Cruz Meyehualco, Ejército de Oriente Zona Peñón, José María Morelos y colonia Manuel González Obregón, estas tres en las faldas del Peñón del Marqués y la unidad habitacional Ermita Zaragoza al norte. En estas colonias algunas viviendas han tenido que ser desalojadas y demolidas porque su estructura estaba seriamente dañada.<sup>31</sup>

## RIESGO HIDROMETEOROLÓGICO

Inundaciones, causadas por deficiencias en el drenaje o falta del mismo, tal es el caso de la colonia La Joya, ubicada en las faldas del Peñón del Marqués, sufre de inundaciones por no contar con drenaje pluvial; cada temporada de lluvias, el agua sube hasta 50cms, en algunas áreas. Este problema se presenta también en el Barrio de San Miguel, en la zona central de Iztapalapa.<sup>31</sup>

## RIESGO FÍSICO-QUÍMICO-SANITARIO

Industrias peligrosas, ubicadas en la zona de San Juan Xalpa, Cerro de la Estrella, El Vergel, Leyes de Reforma y Santa María Aztahuacán principalmente, las cuales manejan productos altamente inflamables o tóxicos y 3 gaseras existentes, situadas 2 de ellas en San Juan Xalpa, frente al reclusorio Oriente y en la colindancia del panteón civil, las que representan peligro para los habitantes del área, la tercera se ubica en El Zapote, sobre la autopista a Puebla.<sup>31</sup>

## ESTADÍSTICA DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN ZONAS URBANAS Y SUBURBANAS.

Los accidentes de tránsito constituyen una de las principales causas de mortalidad que ocurren anualmente en el país. Los accidentes de tránsito terrestre se han convertido en un severo problema de salud pública, no sólo por el número de personas que fallecen sino por el número de heridos, que enfrentan secuelas o efectos incapacitantes que les obligan a transformar radicalmente sus estilos de vida. Para los grupos de edad, niños menores de cinco años, los accidentes de tránsito se encuentran entre las tres primeras causas de mortalidad, mientras que en jóvenes de 14 y 29 años, representan la segunda causa de defunciones.<sup>32</sup>

Delegación	Total	Colisión con vehículo automotor	Colisión con peatón (atropellamiento)	Colisión con animal	Colisión con objeto fijo	Volcadura	Caída de pasajero	Salida del camino	Incendio	Colisión con motocicleta	Colisión con ciclista	Otro
Distrito Federal	14.729	10.266	1.092	3	2.041	73	95	9	3	664	145	338
Azcapotzalco	651	437	51		93	2	5			34	13	16
Coyoacán	1.214	879	73		148	10	6			62	12	24
Cuajimalpa de Morelos	224	143	26		35	6	2			6		6
Gustavo A. Madero	1.883	1.339	181	1	200	9	19	1		73	20	40
Iztacalco	680	465	39		98	1	2			41	14	20
Iztapalapa	1.952	1.42	136		266	6	7			65	18	34
La Magdalena Contreras	191	135	14		27		5			7	1	2
Milpa Alta	83	45	12		9	2	3	1		6	5	
Álvaro Obregón	1.109	720	101	1	212	7	8	2		36	1	21
Tláhuac	207	139	11		26	1	1	1		18	7	3
Tlalpan	823	567	57		142	8	3			22	4	20
Xochimilco	330	229	14		49	2	5			13	3	15
Benito Juárez	1.433	1.028	59		215	2	7			71	11	40
Cuauhtémoc	1.701	1.082	226	1	182	8	10	2	3	126	27	34
Miguel Hidalgo	1.227	873	45		227	3	7	1		30	4	37
Venustiano Carranza	1.021	765	47		112	6	5	1		54	5	26

FUENTE: Accidentes de tránsito terrestre en zonas urbanas y suburbanas, Consulta interactiva de datos INEGI 2011

Tabla 17

## PERFIL DE DAÑOS A LA SALUD

Este apartado comprende los principales padecimientos de consulta en la UMF No. 120, así como el número de casos por enfermedad transmisible y no transmisible, principales motivos de incapacidad, invalidez y mortalidad durante el periodo comprendido 2015-2016.

**TABLA 18. "PRINCIPALES MOTIVOS DE DEMANDA DE CONSULTA EXTERNA EN MEDICINA FAMILIAR"**

Principales motivos de demanda de consulta externa en Medicina Familiar 2015																														
Orden	Diagnósticos	Lista Mx de Enferm	Total de consultas	Tasa Gral*	Consultas Masc.	Tasa Masc.	Consultas Fem.	Tasa Fem.	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 Y MAS AÑOS	
									H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1	Hipertensión esencial	27B	23,137	36,282.0	7,512	26,229	15,625	44,478	-	-	-	-	-	-	2	-	5	3	37	51	171	331	605	1,523	1,124	3,766	2,227	4,653	3,341	5,298
2	Diabetes mellitus	20D	13,605	21,334.5	5,614	19,602	7,981	22,747	-	-	-	-	9	-	5	7	3	43	34	142	207	817	831	1,240	1,816	1,546	2,650	1,819	2,436	
3	Faringitis aguda	32A	5,671	8,892.9	2,381	8,314	3,290	9,365	155	126	407	385	317	281	221	184	105	126	278	373	245	391	250	502	158	440	120	295	125	187
4	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	32D	5,467	8,604.4	2,403	8,390	3,084	8,779	141	134	463	438	358	279	212	218	102	125	351	424	277	390	196	449	136	321	84	199	83	107
5	Atritis	37B	3,940	6,178.5	1,143	3,991	2,797	7,962	-	-	-	-	-	-	7	6	7	5	21	28	47	82	116	366	209	756	336	820	400	734
6	Otras dorsopatías	37G	2,879	4,514.7	1,233	4,305	1,646	4,685	-	-	-	-	3	4	26	29	42	31	250	244	281	307	216	397	156	312	131	186	128	136
7	Otras personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	V0B	2,838	4,450.4	1,224	4,274	1,614	4,594	339	261	168	202	114	86	75	89	41	59	83	184	72	164	104	223	86	177	74	86	68	83
8	Trastornos del metabolismo, de las lipoproteínas y otros lípidos	20E	2,568	4,027.0	914	3,191	1,654	4,708	-	-	-	-	1	-	2	3	6	3	43	52	134	150	255	419	245	503	175	401	53	123
9	Supervisión de embarazo normal	V0F	2,200	3,449.9	-	-	2,200	6,262	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	153	-	1,424	-	580	-	39	-	1	-	-	3
10	Otras enfermedades del sistema urinario	38I	2,103	3,297.8	555	1,938	1,548	4,406	1	4	21	43	33	76	26	44	15	63	81	243	76	240	101	338	58	252	56	140	87	105
11	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	01H	1,878	2,945.0	863	3,013	1,015	2,889	19	22	64	92	65	42	53	42	36	43	184	162	129	151	142	183	71	136	43	84	57	58
12	Las demás causas agudas y crónicas y hallazgos clínicos y de laboratorio	48Z	1,871	2,934.0	711	2,483	1,160	3,302	7	11	40	33	63	47	82	87	45	61	107	158	82	150	102	221	66	194	56	122	61	76
13	Las demás causas de las arterias y vasos capilares	31Z	1,768	2,772.5	380	1,327	1,388	3,951	-	1	2	1	3	-	1	6	4	8	12	48	23	118	80	294	79	431	91	307	105	174
14	Rinitis, rinoalergias y faringitis crónicas	32F	1,749	2,742.7	842	2,940	907	2,582	12	8	106	76	182	107	142	107	61	63	111	111	80	99	45	154	59	79	23	87	21	16
15	Trastornos de los tejidos blandos	37H	1,680	2,650.1	543	1,896	1,147	3,265	2	1	3	2	4	11	13	16	11	24	70	95	82	139	131	286	102	352	83	160	42	61
16	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	51E	1,643	2,576.4	898	3,135	745	2,121	1	1	11	10	16	7	31	32	45	14	239	125	253	146	154	177	90	127	34	61	24	45
17	Síndrome del colon irritable y otros trastornos funcionales del intestino	35K	1,519	2,382.0	371	1,295	1,148	3,268	6	5	11	9	17	30	22	59	10	41	63	190	46	202	48	270	50	173	53	101	45	68
18	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatoformes	22G	1,467	2,284.8	405	1,414	1,052	2,995	-	1	-	-	1	6	12	26	11	32	41	87	57	166	105	284	69	229	73	130	36	91
19	Epilepsia	23G	1,382	2,167.2	685	2,392	697	1,984	13	1	41	29	60	56	74	96	52	107	114	153	93	92	101	62	57	58	53	7	27	36
20	Gastritis y duodenitis	35B	1,358	2,129.5	508	1,774	850	2,420	-	-	2	-	9	4	12	15	8	22	72	89	65	113	92	178	87	170	89	167	72	92
Todas las demás			41,602	65,237.6	16,342	57,060	25,269	71,904	276	201	749	593	924	637	814	720	580	883	2,017	4,332	1,879	4,118	2,226	4,618	2,209	3,874	2,114	2,819	2,594	2,485
Total general			122,345	191,853.5	45,527	158,963	76,818	218,668	972	777	2,088	1,913	2,170	1,682	1,827	1,784	1,193	1,888	4,217	8,607	4,234	8,336	5,866	11,814	6,351	14,167	7,461	13,475	9,148	12,384

Fuente: SIMS \* Tasa por 100,000 Derechohabientes adscritos a médico familiar

Población DH adscrita hombres	28,640
Población DH adscrita mujeres	35,130
Población DH adscrita general	63,770

**Tabla 18**

**TABLA 19. "PRINCIPALES MOTIVOS DE DEMANDA DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMERA VEZ EN MEDICINA FAMILIAR"**

Principales motivos de demanda de consulta externa de primera vez en Medicina Familiar																														
Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	Total de consultas	Tasa Gral*	Consultas Masc.	Tasa Masc.	Consultas Fem.	Tasa Fem.	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 Y MAS	
									H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1	Faringitis aguda	J02	3256	5105.85	1325	4626.40	1931	5496.73	94	76	213	209	174	138	113	93	62	64	151	226	137	227	141	337	94	263	77	184	69	114
2	Infecciones agudas de las vías	J06	2071	3247.61	926	3233.24	1145	3259.32	24	21	153	147	149	102	83	91	48	46	149	190	114	134	87	164	54	138	30	67	35	45
3	Rinofaringitis aguda (resfriado)	J00	1607	2519.99	696	2430.17	911	2593.23	60	82	154	151	89	50	58	51	32	45	96	106	63	101	44	147	36	78	32	58	32	42
4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	A09	1216	1906.85	562	1962.29	654	1861.66	17	18	51	50	44	24	34	28	23	26	119	121	80	97	87	119	41	90	33	51	33	30
5	Otros trastornos del sistema urinario	N39	945	1481.89	238	831.01	707	2012.52	0	3	14	12	15	37	19	21	12	31	32	132	35	121	46	158	20	92	15	56	30	44
6	Examen de pesquias especial	Z13	716	1122.79	242	844.97	474	1349.27	1	1	9	18	16	19	13	24	9	19	36	76	30	81	52	90	29	72	25	48	22	26
7	Dorsalgia	M54	681	1067.90	288	1005.59	393	1118.70	0	0	1	0	0	2	11	10	9	15	63	72	67	82	52	97	41	67	21	26	23	22
8	Síndrome del colon irritable	K58	394	617.85	93	324.72	301	856.82	0	0	1	1	3	12	10	13	3	13	22	76	18	71	13	56	12	36	6	15	5	8
9	Control de salud de rutina del niño	Z001	346	542.57	180	628.49	166	472.53	119	110	59	56	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Supervisión de embarazo normal	Z34	322	504.94	0	0.00	322	916.60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	213	0	77	0	2	0	1	0	0	0
Todas las demás			1522	2386.70	579	2021.65	947	2695.70	0	0	4	7	9	9	19	28	16	25	81	86	85	153	130	256	97	207	77	118	61	54
Total general			13076	20504.94	5129	17908.52	7951	22633.08	315	311	659	651	501	393	360	359	214	313	749	1298	629	1144	652	1426	424	1044	316	623	310	385

Fuente: SIAIS \* ENERO A NOV 2015 Tasa por 100,000 Derechohabientes adscritos a médico familiar

Población DH adscrita hombres	28,640
Población DH adscrita mujeres	35,130
Población DH adscrita general	63,770

**Tabla 19**



## MORBILIDAD

La hipertensión es el padecimiento que demanda más consulta, representa el 18.91% del total de consulta y es el responsable de provocar múltiples complicaciones cardiovasculares y muerte, de ahí la importancia de identificar el mayor número de pacientes sobre todo en etapas tempranas. Uno de cada 4 mexicanos de 20 a 63 años es hipertenso, de los cuales el 70% desconoce su enfermedad y los que se saben enfermos sólo una pequeña proporción están controlados.<sup>33</sup>

En segundo lugar la diabetes mellitus, considerada una pandemia, es una causa importante de morbilidad y el primer lugar en mortalidad, lo que la ha convertido en un grave problema de salud pública con múltiples complicaciones que tienen repercusiones sobre la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

La detección de la diabetes y la hipertensión es sencilla, por lo que es posible su control para prevenir complicaciones, en tanto este control se efectuó lo más tempranamente posible, se pueden esperar mejores resultados.

Continúan las enfermedades infecciosas, el principal motivo de consulta son las enfermedades respiratorias superiores que ocupan el primer lugar en incidencia y demanda de consulta de primera vez en medicina familia y urgencias, se presentan en todas las edades aunque su frecuencia y severidad es mayor en menores de 5 años y adultos mayores.

Las enfermedades diarreicas ocupan la primera causa de demanda de atención en la consulta médica con un 11.43% en niños menores de 5 años. No ha habido defunciones por este padecimiento en el último año, ya que se ha promovido el uso de vida suero oral, además se ha intensificado la capacitación del personal de salud para difundir la información a madres con hijos menores de 5 años.

Dentro de las 10 principales causas se encuentra la supervisión de embarazo (Tabla 19) con 2200 consultas, siendo de primera vez 693, de estas acudieron a control prenatal 58.3% en el primer trimestre y segundo trimestre el 30.16%. El 9% corresponde a embarazos adolescentes de 15 a 19 años, el 57.5 % de 20 a 29 años. A todas ellas se les indico en la primer contacto con su médico familiar la prueba rápida de VIH, de las cuales todas fueron negativas.

Lo que ha ido en aumento en los últimos años son la las dislipidemias, ocupando el primer lugar en obesidad infantil y segundo lugar en adultos con mayor proporción en las mujeres. Por lo que se deberá contar con un mayor esfuerzo del equipo multidisciplinario para aumentar la calidad de atención medica, educación continua y sobre todo una mayor participación de la población para el cambio de actitud y del estilo de vida.

**TABLA 20. “PRINCIPALES PADECIMIENTOS TRANSMISIBLES”**

		Población adscrita a N. 63770																																					
		Población adscrita a N. 28640																																					
		Población adscrita a N. 35130																																					
Principales padecimientos transmisibles en Unidades de Medicina Familiar, según grupo de edad y sexo																																							
No	Diagnóstico	Casos IMSS	Tasa* Masc.	Tasa Masc.**	Fem.	Tasa Fem.**	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 44		45 a 49		50 a 59		60 a 64		65 y >												
							H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M							
1	Infecciones resp	14 876	23327.6	6 170	21 543	8 706	24 782	334	309	1 141	1 101	792	628	420	410	251	302	406	496	1 273	2 056	291	729	477	1 205	225	515	560	955										
2	Faringitis, amig	7 578	11883.3	3 035	10 597	4 543	12 932	178	140	525	500	347	332	209	183	117	150	177	229	633	1 109	173	411	261	714	140	320	339	565										
3	Infecciones intes	4 424	6937.43	1 922	6 711	2 532	7 208	51	48	199	208	143	86	107	99	77	97	209	203	619	825	122	213	152	326	54	114	189	283										
4	Infecciones de v	3661	5740.94	929	3 244	3 732	13 031	5	7	51	64	65	109	46	62	32	113	80	203	259	910	63	245	87	406	52	160	189	453										
5	Infecciones ag	3 533	5540.22	1 586	5 538	1 947	5 542	48	45	336	316	283	194	120	132	73	70	116	137	372	474	53	137	96	259	38	86	96	152										
6	Rinofaringitis ag	2 926	4588.36	1 194	4 169	1 732	4 930	89	116	255	255	143	82	744	78	54	76	96	108	223	409	50	154	91	197	39	86	101	193										
7	conjuntivitis	484	758.978	212	740	272	774	15	5	26	16	15	16	10	8	6	9	14	21	46	67	17	27	24	45	15	25	29	48										
8	Tiñas	388	608.437	175	611	201	572	1	2	7	3	5	3	13	6	5	3	12	12	68	63	15	33	28	36	9	17	24	25										
9	Vulvovaginitis ag	327	512.78	0	0	327	931	0	0	0	5	0	7	0	2	0	16	0	42	0	156	0	36	0	39	0	15	0	9										
10	varicela	185	290.105	91	318	94	268	0	3	19	26	40	28	17	18	9	5	2	5	7	0	0	1	1	0	0	0	0											
	Todos los demás	5 556	8712.56	2 418	8 443	3 138	8 933	63	59	261	270	220	178	159	142	101	114	243	247	752	987	148	289	201	407	74	152	240	359										
	Total	43 938	68900.7	17 732	61 913	27 224	77 485	784	734	2 820	2 764	2 053	1 663	1 845	1 140	725	955	1 355	1 703	4 252	7 056	932	2 275	1 418	3 634	646	1 490	1 767	3 042										

nte: SUAVE 2015 sem 1-46

\* Tasa por 100,000 habitantes

\*\* Tasa por 100,000 Derechohabientes adscritos a médico familiar

**Tabla 20**

**TABLA 21. “PRINCIPALES PADECIMIENTOS NO TRANSMISIBLES”**

		Población adscrita a N. 63770																																			
		Población adscrita a N. 28640																																			
		Población adscrita a N. 35130																																			
Principales padecimientos no transmisibles en Unidades de Medicina Familiar, por grupo de edad y sexo																																					
No	Diagnóstico	Casos Ssa	Tasa*	Casos IMSS	Tasa**	Masc.	Tasa Masc.**	Fem.	Tasa Fem.**	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 44		45 a 49		50 a 59		60 a 64		65 y >							
										H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
1	Obesidad	#	#VALOR!	632	991.062	216	754	416	1 184	2	0	3	1	9	4	9	10	17	15	20	32	104	199	13	52	18	70	6	16	15	17						
2	Úlceras gastritis	#	#VALOR!	594	931.472	213	744	681	1 939	0	0	0	0	0	0	6	8	7	18	26	23	71	138	18	45	34	80	12	20	39	49						
3	Gingivitis y enfermedad periodonta	#	#VALOR!	413	647.64	152	531	261	743	0	1	3	1	5	0	3	7	6	10	18	62	52	94	14	23	20	36	20	18	21	43						
4	Insuficiencia ven	#	#VALOR!	232	363.807	47	164	185	527	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	14	59	4	28	11	47	5	10	13	36						
5	Diabetes mellitu	#	#VALOR!	216	338.717	86	300	130	370	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	19	25	14	21	23	32	10	19	19	31						
6	Enfermedades h	#	#VALOR!	197	308.923	89	311	108	307	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	24	29	11	24	19	32	10	9	22	13						
7	Quemaduras	#	#VALOR!	139	217.971	62	216	77	219	0	1	2	0	1	7	0	1	2	6	11	7	20	28	9	12	6	9	0	1	11	5						
8	Hiperplasia de la	#	#VALOR!	75	117.81	75	262	0	0													4		7		20		15		59							
9	Depresión	#	#VALOR!	75	117.81	14	49	61	174	0	0	0	0	0	1	0	1	3	1	1	1	2	19	1	5	4	8	0	5	3	20						
10	Mordedura o ata	#	#VALOR!	73	114.474	48	168	25	71	0	0	1	1	8	1	10	3	4	2	5	4	12	7	0	1	4	2	1	1	3	3						
	gín	#	#VALOR!	301	472.009	161	562	133	379	4	2	12	11	12	10	13	10	6	4	9	5	23	43	10	7	12	6	3	11	22	24						
	Total	0	#DW/0!	2 947	4621.3	1 163	4 061	2 077	5 912	6	4	21	14	35	23	41	41	45	57	96	140	345	641	101	218	171	322	82	110	227	241						

nte: SUAVE2015 (sem1-46)

\* Tasa por 100,000 habitantes

\*\* Tasa por 100,000 Derechohabientes adscritos a médico familiar

**Tabla 21**

Los principales padecimientos transmisibles en la UMF No.120 por grupo de edad y sexo se encuentran en la Tabla 20, dentro de las cuales destacan las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio y gastrointestinales, en menor medida las tiñas, vulvovaginitis y varicela.

Los padecimientos no transmisibles que se reportaron con mayor frecuencia son la obesidad, patología gástrica, insuficiencia venosa, DM2, hiperplasia prostática y depresión, Tabla 21.

**TABLA 22. “PADECIMIENTOS TRANSMISIBLES SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA”**

Casos de padecimientos transmisibles sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Unidades de Medicina Familiar				<1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 44		45 a 49		50 a 59		60 a 64		65 y >	
Diagnóstico	Total de casos	Masc.	Fem.	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
				Infecciones respiratorias agudas	3633	1631	2002	48	45	336	316	283	194	120	132	73	70	116	137	372	474	53	137	96	259
Enfermedad tipo Influenza	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Infección respiratoria aguda grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Neumonías	6	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Tuberculosis pulmonar	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sx Coqueluchoide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bronquitis aguda	126	58	68	13	5	11	2	2	2	0	1	0	0	3	5	9	15	4	6	6	10	2	9	8	13
Bronquiolitis aguda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varicela	191	96	95	0	3	19	26	41	28	17	18	9	5	2	5	7	9	0	1	1	0	0	0	0	0
Parálisis flácida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inf. intest. otros organis. y las mal def.	4454	1922	2532	51	48	199	208	143	116	107	99	77	97	209	203	619	825	122	213	152	326	34	114	##	283
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIH	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIH perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIDA	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SIDA perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
Fiebre por Dengue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre hemorrágica por Dengue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>8426</b>	<b>3720</b>	<b>4706</b>	<b>112</b>	<b>101</b>	<b>565</b>	<b>552</b>	<b>469</b>	<b>340</b>	<b>244</b>	<b>250</b>	<b>159</b>	<b>174</b>	<b>333</b>	<b>352</b>	<b>1010</b>	<b>1327</b>	<b>182</b>	<b>357</b>	<b>255</b>	<b>595</b>	<b>74</b>	<b>209</b>	<b>295</b>	<b>451</b>

Fuente: suave 2015 ( sem 1-46)

Tabla 22

Dentro de los padecimientos transmisibles sujetos a vigilancia epidemiológica tenemos dos casos de Influenza en mujeres menores de 50 años.

Neumonía en seis pacientes de los cuales dos fueron hombres y cuatro mujeres, dos de estos presentándose en mayores de 65 años.

Se presentaron cuatro casos de tuberculosis pulmonar, de los cuales el 75% se detectó en la UMF No. 120. La tuberculosis sigue siendo un grave problema de salud pública en el mundo, enfermedad relacionada íntimamente con las condiciones socioeconómicas que afectan especialmente a países en vías de desarrollo, incrementándose el número de casos en el último año.

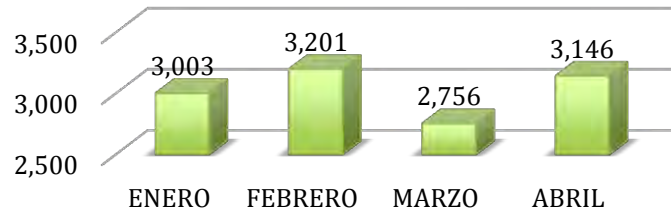
En cuanto a enfermedades de transmisión sexual, dos pacientes masculinos menores de 25 años dieron positivo para VIH y cuatro tienen SIDA. No se reportaron casos de SIDA perinatal ni sífilis congénita.

Las infecciones virales por Hepatitis son una de las patologías más frecuentes en nuestro país, durante el año 2015, se presentaron dos casos; uno de Hepatitis B y otro de Hepatitis C, ambos en pacientes masculinos en una edad comprendida entre los 45 y 49 años.



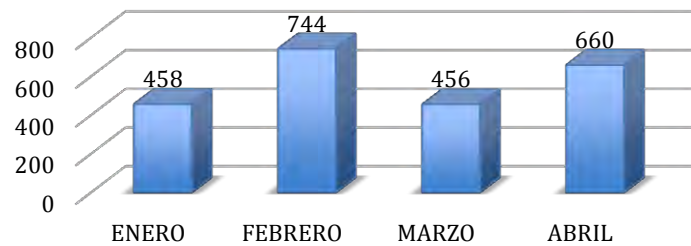


**GRÁFICA 29." Número de derechohabientes de 20 años y más que acuden a consulta de medicina familiar y tienen Índice de masa corporal igual o mayor a 30"**



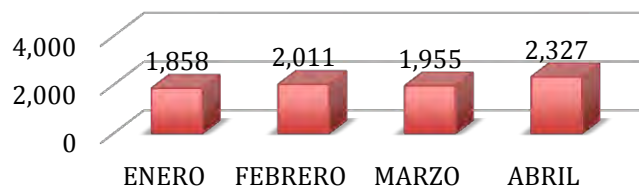
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 30. "Número total de consultas otorgadas en estomatología"**



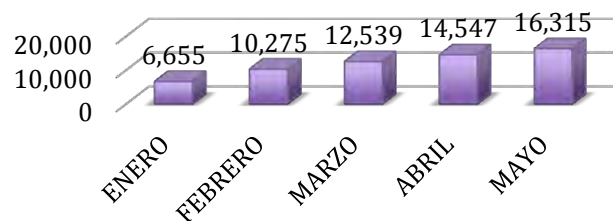
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 31 "Total de pacientes de 20 años y más de edad, con Diabetes mellitus tipo 2 de 20 años y más de edad subsecuentes atendidos en el período"**



FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 32. "Número de derechohabientes de 20 años y más de edad con detección de hipertensión arterial al mes del reporte"**



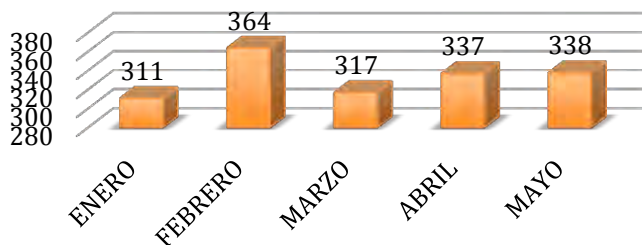
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 33. "Total de pacientes subsecuentes de 20 años y más con Diagnóstico de Hipertensión Arterial"**



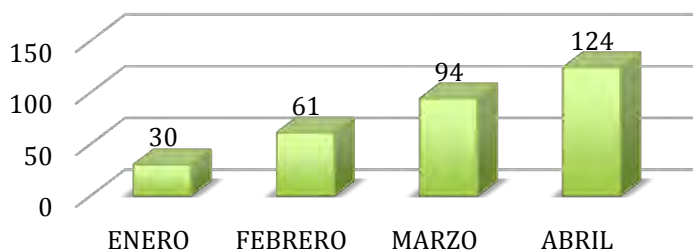
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 34. "Total de consultas para la vigilancia prenatal"**



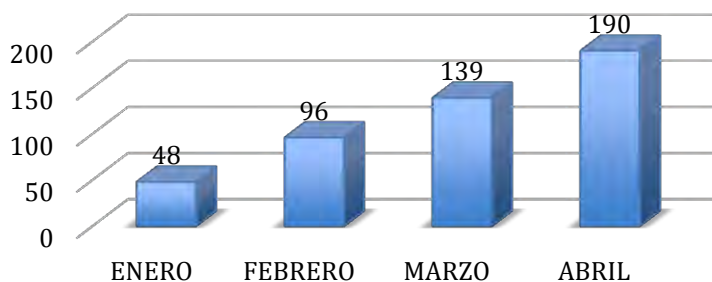
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 35. "Total de recién nacidos tamizados en el periodo evaluado"**



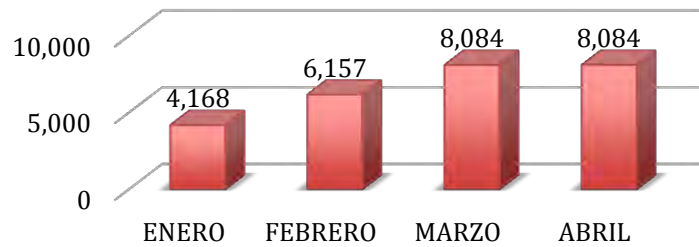
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 36. "Recién nacidos en el periodo evaluado"**



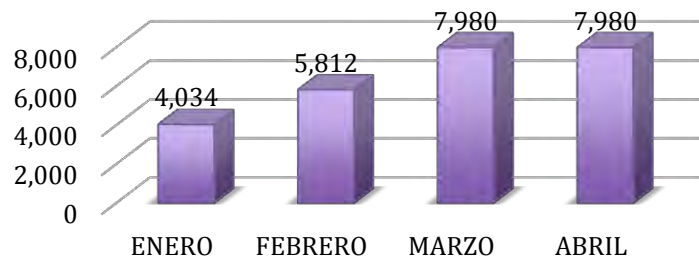
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 37. "Número de derechohabientes de 20 años y más de edad con sobrepeso"**



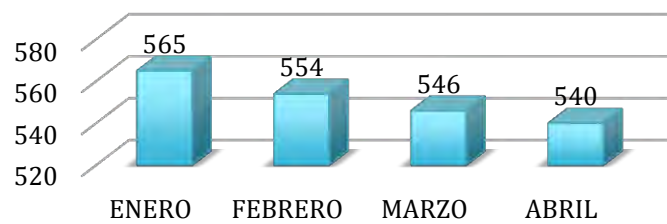
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 38. "Número de derechohabientes de 20 años y más de edad con obesidad"**



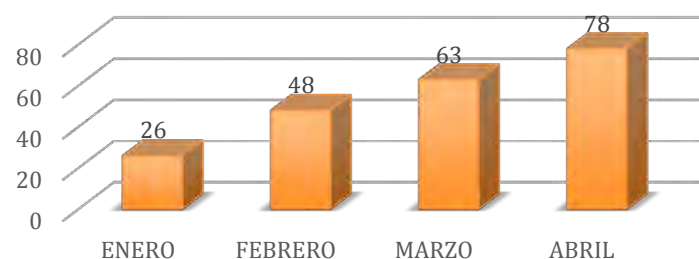
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 39. "Número de niños menores de un año de edad adscritos a médico familiar con esquemas completos de vacunas"**



FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 40. "Número de niños de 6 meses de edad que mantuvieron lactancia materna exclusiva"**



FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**TABLA 25. “PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS POR RIESGO DE TRABAJO”**

Principales diagnósticos por riesgo de trabajo por grupo de edad y sexo																											
No	Diagnóstico	Total de casos	%	Masc.	%	Fem.	%	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 24		25 a 44		45 a 49		50 a 59		60 a 64		65 y >	
								H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1	TRAUMATISMO DE EXTREMIDAD SUPERIOR	326	28.5	198	31.94	128	24.43							8	1	30	14	109	76	23	19	20	17	7	1	1	0
2	TRAUMATISMO DE EXTREMIDAD INFERIOR	319	27.88	163	26.29	156	29.77							2	0	26	19	99	87	20	25	16	21	0	2	0	2
3	LUMBALGIA	158	13.81	76	12.26	82	15.65							3	0	18	10	51	57	2	7	2	8	0	0	0	0
4	ESGUINCE CERVICAL/CERVICALGIA	128	11.19	51	8.226	77	14.69							0	2	6	10	41	48	0	10	3	7	0	0	1	0
5	CONTUSION CABEZA	87	7.80	56	9.03	31	5.92							1	0	16	6	26	16	7	5	3	2	2	2	1	0
6	CONTUSION DE TORAX	42	3.67	28	4.52	14	2.67							0	0	2	1	9	6	6	1	5	3	6	3	0	0
7	LESION OCULAR	22	1.92	12	1.94	10	1.91							0	0	4	1	4	5	2	2	2	2	0	0	0	0
8	CONTUSION ABDOMEN	10	0.87	7	1.13	3	0.57							0	0	1	0	5	2	0	0	1	1	0	0	0	0
9	TCE	8	0.70	3	0.48	5	0.95							0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	1	0	0	0
10	FRACTURA NASAL	6	0.52	3	0.48	3	0.57							0	0	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Todos los demás	38	3.32	23	3.71	15	2.86							1	0	2	0	13	7	3	0	4	7	0	1	0	0
	<b>Total</b>	<b>1144</b>	<b>100</b>	<b>620</b>	<b>54.2</b>	<b>524</b>	<b>45.8</b>							<b>15</b>	<b>3</b>	<b>106</b>	<b>62</b>	<b>365</b>	<b>307</b>	<b>63</b>	<b>69</b>	<b>56</b>	<b>68</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

Fuente: Sistema de Información ST-5 enero a noviembre 2015

Tabla 25

**TABLA 26. “PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS POR INCAPACIDAD PERMANENTE POR RIESGO DE TRABAJO”**

Principales diagnósticos por incapacidad permanente por riesgo de trabajo por grupo de edad y sexo																											
No	Diagnóstico	Total de casos	%	Masc.	%	Fem.	%	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 24		25 a 44		45 a 49		50 a 59		60 a 64		65 y >	
								H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1	AMPUTACION FALANGES	5	29.41	3	33.33	2	25.00											1	1	2	0	0	1				0
2	RIGIDEZ ARTICULAR DE MIEMBRO SUPERIOR	6	35.29	3	33.33	3	37.5												3	1				1		1	0
3	RIGIDEZ ARTICULAR DE MIEMBRO INFERIOR	2	11.76	0	0	2	11.76													2							
4	AMPUTACION PIERNA	1	5.88	1	11.11	0	0.00															0					1
5	LESION OCULAR	1	5.88	1	5.88	0	0											1									0
6	LESION COLUMNA VERTEBRAL	1	5.88	1	5.88	0	0																	1			0
7	FIBROSIS PULMONAR	1	5.88	0	0	1	5.88												1								0
8																											
9																											
10																											
	Todos los demás																										
	<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>52.94</b>	<b>8</b>	<b>47.06</b>											<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: Sistema de Información ST-5 enero a noviembre 2015

Tabla 26

En la Tabla 25 se enumeran los diez principales diagnósticos por incapacidad de la UMF No. 120. En orden descendente tenemos a los traumatismo de extremidad superior e inferior, seguido por las lumbalgias y los esguinces cervicales, finalmente las contusiones de cabeza, tórax y abdomen, presentándose con mayor frecuencia en hombres de edad media entre 25 y 44 años.

Los principales diagnósticos por incapacidad permanente (Tabla 26) son; amputación de falanges, osteoartritis de miembros superiores e inferiores y en menor medida la amputación de extremidad inferior, lesión ocular y vertebral.

**TABLA 27. “PRINCIPALES MOTIVOS DE INVALIDEZ INICIAL”**

Principales motivos de invalidez inicial por grupo de edad y sexo.																																			
Orden	Diagnósticos	Total de casos	%	Masc.		Fem.		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		75 y más			
				H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
				1	COMPLICACIONES DE DIABE	9	17.31	8	22.22	1	5.88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0	2	1	0	0	0	0	0	0
2	CANCER	8	15.38	5	13.89	3	17.65	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	TRASTORNOS DE DISCO L	6	11.54	5	13.89	1	5.88	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	SECULAS DE EVC	5	9.62	1	2.78	5	29.41	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	COMPLICACIONES OFTALMI	4	7.69	2	5.56	2	11.76	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	IRC	4	7.69	3	8.33	1	5.88	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	COARTROSIS	4	7.69	2	5.56	2	11.76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	ENF PARKINSON	3	5.77	2	5.56	1	5.88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	ILEOSTOMIA	2	3.85	2	5.56	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	MENOS DE 1 MENCION	7	13.46	6	16.67	1	5.88	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Todos los demás		0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general		52	100	36	100	17	100	0	0	0	0	2	1	3	0	7	1	3	1	5	3	6	6	8	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	

**Tabla 27**

Fuente: Sistema de Información ST-5 (Enero a nov 2015)

Los principales motivos de invalidez inicial son; complicaciones por DM2 como enfermedades cardiovasculares, ceguera, insuficiencia renal y amputación, en segundo lugar el cáncer el cual no se especifica que tipo, en tercer lugar trastornos del disco lumbar y secuelas de EVC. El resto de las enfermedades por invalidez se muestran en la Tabla 27 por grupo de edad y sexo.

**TABLA 28. “DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD”**

Población DH adscrita hombres	28,640
Población DH adscrita mujeres	35,130
Población DH adscrita general	63,770

Distribución de la población derechohabiente con algún tipo de discapacidad																										
Tipo	Total de casos	% en relación a la PAMF	% en relación al total hombres AMF	% en relación al total mujeres AMF	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 24		25 a 44		45 a 49		50 a 59		60 a 64		65 y >			
					H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
					Discapacidad motriz	1,088	1.70613141	140.0139665	195.55935	0	0	2	2	7	2	2	0	17	15	12	14	4	2	41	81	43
Discapacidad visual	1,823	2.85871099	208.1005587	349.27412	0	0	0	1	30	19	26	29	105	184	30	88	5	5	112	355	68	209	220	337		
Discapacidad auditiva	238	0.37321625	38.40782123	36.436095	0	0	0	0	0	1	0	1	7	5	1	11	1	0	7	16	11	20	83	74		
Discapacidad intelectual	81	0.12701897	12.5698324	12.809564	0	0	0	1	8	9	4	4	6	10	0	5	5	2	6	8	3	1	4	5		
<b>Total general</b>	<b>3,230</b>	<b>5.06507762</b>	<b>399.0921788</b>	<b>594.07913</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>45</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>135</b>	<b>214</b>	<b>43</b>	<b>118</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>166</b>	<b>460</b>	<b>125</b>	<b>311</b>	<b>580</b>	<b>906</b>		

**Tabla 28**

Fuente: RNDD 2015

Las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, lo que está ocasionando una mayor frecuencia de muertes prematuras.

La discapacidad más frecuente es la visual, la cual se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, puntualizando que comienzan a incrementarse en la edad productiva.

Más de mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial, padece alguna forma de discapacidad. Entre 110 millones y 190 millones de adultos tienen dificultades considerables para realizar funciones básicas.<sup>34</sup>

Las personas con discapacidad cada vez tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria, por lo tanto, genera necesidades insatisfechas.

En algunos grupos de personas con discapacidad el proceso de envejecimiento empieza antes de lo normal. Por ejemplo, personas con trastornos del desarrollo muestran signos de envejecimiento prematuro cuando apenas tienen entre cuarenta y cincuenta años de edad. Algunos estudios han indicado que las personas con discapacidad tienen una frecuencia más elevada de comportamientos nocivos como el tabaquismo, una alimentación inadecuada y con inactividad física.

Las tasas de mortalidad de las personas con discapacidad varían según la enfermedad primaria. Sin embargo, una investigación efectuada en el Reino Unido comprobó que las personas con trastornos mentales y deficiencias intelectuales tenían una esperanza de vida menor.<sup>34</sup>

**TABLA 29. “PRINCIPALES MOTIVOS DE DEFUNCIÓN POR RIESGO DE TRABAJO”**

Principales motivos de defunción por riesgo de trabajo por grupo de edad y sexo																										
No	Diagnóstico	Total	%	Masc.	Fem.	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 24		25 a 44		45 a 49		50 a 59		60 a 64		65 y >		
						H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
1	TC	2	100	2	0									1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
Todos los demás		0																								
Total		2	100	2	0									1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Sistema de Información ST-5 enero-noviembre 2015

Tabla 29

El único y principal motivo de defunción por riesgo de trabajo es el traumatismo craneoencefálico, con un total de dos muertes del sexo masculino de entre 20 y 45 años en el 2015.







**TABLA 32. “MORTALIDAD POR PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA”**

		Población adscrita a MF g				Población adscrita a MF h				Población adscrita a MF n																							
		63770				28640				35130																							
Mortalidad por padecimientos sujetos a Vigilancia Epidemiológica, según grupos de edad y sexo																																	
Diagnósticos	Código CIE-10	Total de defunciones	*Tasa	Def Masc.	*Tasa Masc.	Def Fem.	*Tasa Fem.	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 44		45 a 49		50 a 59		60 a 64		65 y >					
								H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tétanos	A33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Infección respiratoria aguda grave	J20-J22	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Influenza	J10-J11	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Neumonía	J12-J18	10	15.68	6	20.95	4	11.39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	3	3	0		
SIDA	B20-B24	1	1.57	1	3.49	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis pulmonar	A15	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis meningea	A17	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Meningitis meningocócica	A39	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Fiebre hemorrágica por dengue	A91	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hepatitis B	B16	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hepatitis C	B18	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rabia	A82	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cólera	A00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hipertensión arterial primaria	I10	6	9.41	4	13.97	2	5.69													0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	2	0	
Angina de pecho	I20	0	0.00	0	0.00	0	0.00													0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Infarto agudo de miocardio	I21	28	43.91	14	48.88	14	39.85													0	0	0	0	0	2	2	1	1	11	11	0	0	
Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	13	20.39	4	13.97	9	25.62													0	0	0	0	2	0	0	0	0	4	7	0	0	
Diabetes mellitus	E10-E11	43	67.43	16	55.87	27	76.86	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	3	2	2	11	19	0	0	0		
Cáncer de mama	C50	2	3.14			2	5.69													0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
Cáncer cervicouterino	C53	0	0.00			0	0.00													0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cáncer de próstata	C61	1	1.57	0	0.00															0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	C34	0	0.00	0	0.00	0	0.00													0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cáncer de hígado	C22	2	3.14	0	1.00	2	5.69													0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	
Cáncer de estómago	C16	1	1.57	1	3.49	0	0.00													0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cáncer de colon y recto	C18	2	3.14	0	0.00	2	5.69													0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Leucemias	C91-C92	2	3.14	0	0.00	2	5.69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Linfomas	C82-C84	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Asma	J45	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enfisema pulmonar	J43	0	0.00	0	0.00	0	0.00													0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Bronquitis crónica	J44	7	10.98	3	10.47	4	11.39													0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	2	0	
Defectos de cierre del tubo neural	Q05-Q07	1	1.57	1	3.49	0	0.00	1	0																								
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V01-V99	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Caídas accidentales	W00-W19	2	3.14	0	0.00	2	5.69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
Suicidios	X80-X84	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Total general</b>		<b>121</b>	<b>189.74</b>	<b>50</b>	<b>174.58</b>	<b>70</b>	<b>199.26</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>37</b>	<b>48</b>		

**Tabla 32**

Fuente: SISMOR enero a diciembre 2015  
\* Tasa por 100,000 Derechohabientes AMF

Las causas de mortalidad, de modo general, miden el grado de desarrollo de una población. México a principios del siglo, ha presentado una disminución de la mortalidad y un aumento en la natalidad, posteriormente un decremento de la fecundidad y cambio de la pirámide de población junto con una distribución de los habitantes, que convierte a México de un país rural a uno urbano.<sup>35</sup>

Actualmente la esperanza de vida para el mexicano es de 77 años. A partir de la década de los noventa se inicio un acelerado transito de las tendencia de morbilidad y mortalidad, pasando de una carga mayoritaria que se generaba por las enfermedades infectocontagiosas hacia una carga dominante provocada por enfermedades crónico degenerativas.<sup>35</sup>

La sobrevida de la población aumenta y queda sujeta ahora a las enfermedades crónicas degenerativas, las cuales se concentran en grandes grupos de enfermedad: diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades hipertensivas, enfermedades cerebrovasculares, cirrosis y enfermedades hepáticas.<sup>35</sup>

Durante el año 2015 ocurrieron 255 defunciones el 26.92% corresponde a la diabetes mellitus, de las cuales el 62.27% fueron mujeres, que fallecieron por complicaciones renales en un 39.53%.

En la década de los noventa la diabetes iniciaba una tendencia acelerada con un incremento en tasas de incidencia y prevalencia, lo que comenzó a reflejarse en las cifras de mortalidad en el año 2000.<sup>35</sup>

La diabetes es uno de los principales motivos de ingresos hospitalarios y de consulta externa. De acuerdo a estadísticas por entidad federativa la CDMX ocupa la tasa más alta y el primer lugar de mortalidad, afectando principalmente a mayores de 45 años, tanto hombres como mujeres, convirtiéndose en un padecimiento de enorme importancia, sobre todo por la morbilidad e invalidez que generan sus complicaciones.<sup>35</sup> Durante el 2015 en la UMF No.120 ocupó el primer lugar afectando más a mujeres y adultos mayores, en segundo lugar el infarto al miocardio, seguido por las enfermedades vasculares cerebrales, ha habido un incremento importante de cáncer, afectando más a hombres que a mujeres y presentándose en edades productivas.

Estos padecimientos están relacionados con el síndrome metabólico. El principal componente de estas enfermedades es la obesidad central abdominal, que esta asociada con un patrón desfavorable del perfil de lípidos y alteraciones en el metabolismo de los azúcares.

Los factores involucrados con mayor frecuencia son los sociales y ambientales. El alto consumo de azúcares, sedentarismo y la imposibilidad que tienen las personas de tener una vida saludable debido a la pobreza y la desigualdad, contribuyen a la morbi-mortalidad prematura de la población en nuestro país.

En el 2015 se presentó una muerte materna. Una mujer de 20 años sin control prenatal que acude a urgencias el 30 de Septiembre presentado dolor en epigastrio sin irradiaciones, con sensación de contractura muscular, estado nauseosos y tensión arterial de 156/90 enviada a urgencia del HGZ con diagnóstico de; multigesta con embarazo de 30sdg, eclampsia y gastritis, no se identifican signos y síntomas, no fue enviada en ambulancia por desconocimiento del personal de la activación ERI. Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 90% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.<sup>36</sup>

La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. El objetivo de desarrollo del Milenio fue reducir la mortalidad materna del 75% entre 1990 y 2015.<sup>36</sup>

El país enfrenta un complejo panorama epidemiológico que se está traduciendo en cientos de miles de muertes anuales provocadas por causas que pudieron prevenirse e incluso evitarse. Se trata de defunciones que son causadas por enfermedades cuyo control y cura son posibles con base en los recursos, conocimiento e infraestructura.

## SISTEMA LOCAL DE SALUD

### DIAGNOSTICO DE RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

La Unidad de Medicina Familiar No. 120 de la Delegación Norte de la CDMX, Zona Zaragoza, cuenta con una superficie total de 10 849 m<sup>2</sup>, con una construcción de 5 430 m<sup>2</sup>, superficie de 1 547 m<sup>2</sup> en el área de consulta externa, 396 m<sup>2</sup> en urgencias, en el área de auxiliares de diagnostico de 1200 m<sup>2</sup>, 268 m<sup>2</sup> en oficinas y 635 m<sup>2</sup> en servicios generales.<sup>37</sup>

Consta de dos niveles, encontrándose distribuidos de la siguiente forma:

<b>PLANTA BAJA</b>
CASETA DE VIGILANCIA
MODULO DE REHABILITACION
FARMACIA
CONTROL DE PRESTACIONES Y ARIMAC
CEYE Y URGENCIAS
MODULO DE INFORMACION
BAÑOS PARA DERECHOHABIENTES
PASILLO 1 DIABETIMSS MEDICINA PREVENTVA, SEGURIDAD E HIGIENE, EPIDEMIOLOGIA Y SALUD EN EL TRABAJO
PASILLO 2 DERECHA NUTRICION, JEFATURA DEPTO CLINICO MAT, COORDINACION ASISTENTES MÉDICAS, JEFE ENFERMERAS, CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR 1 AL 4, CONSULTORIO 1 DE MEDICINA PREVENTIVA.
PASILLO 3 IZQ. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR 5, 10,11 Y 12, PLANIFICACION FAMILIAR, ESTOMATOLOGIA, DELEGACION SINDICAL, CONSULTORIO 2 DE MEDICINA PREVENTIVA.
PASILLO 4 DERECHA. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR 6 AL 9, JEFATURA DPTO CLINICO VESP, TRABAJO SOCIAL, BAÑOS DERECHO HABIENTES.
LABORATORIO Y RADIOLOGIA
ALMACEN, CONSERVACION, SERVICIOS BASICOS, PERSONAL, VESTIDORES DE TRABAJADORES, COMEDOR
CUARTO DE MAQUINAS, PLANTA EMERGENTE, ESTACIONAMIENTO
MODULO DE AMBULANCIAS
<b>PLANTA ALTA</b>
CUERPO DE GOBIERNO COBCIR, CONTABILIDAD, FOTOCOPIADO, ADMINISTRACION, SALA DE JUNTAS, COCINETA, DIRECCION, SALA DE ESPERA
AUDITORIO, BAÑOS PERSONAL, AULAS 2, BIBLIOHEMEROTECA, JEFATURA DE ENSEÑANZA.

FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**Tabla 33**

Estas instalaciones existentes, se consideran apropiadas para las funciones programadas en la prestación de servicios médicos del primer nivel de atención.

## IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

UNIDAD	POBLACION ADSCRITA Junio 2016	CONSULTORIOS Indicador por 4800 DH Población Adscrita			MÓDULOS PREVENIMSS 1 consultorio por cada 2.5 consultorios de Medicina familiar		
		Necesarios	Existentes	Déficit	Necesarios	Existentes	Déficit
UMF 120	75646	3	12	3	5	5	0

FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

Tabla 34

Domicilio: Calzada Ignacio Zaragoza N° 1812  
Colonia: Cabeza de Juárez  
Delegación Iztapalapa México D. F. CP: 09227  
Teléfono: 57 44 00 67  
Unidad de Primer nivel de atención

A partir de su creación, la Unidad de Medicina Familiar N° 120 contaba con 10 consultorios de medicina familiar y un total de 48 000 derechohabientes, la población ha ido creciendo de tal forma que para el mes de junio del 2016 se cuenta con 75646 derechohabientes.<sup>37</sup>

De acuerdo a la población adscrita a consultorio de medicina Familiar, se atiende a 75,646 derechohabientes en 12 consultorios actualmente, por lo que se requieren 3 consultorios más para cubrir las necesidades de la población existente.

Sin embargo, de acuerdo a la productividad de consultas otorgadas en medicina familiar, no se justifica la gestión de éste déficit ya que el indicador actual es de 4.0 (desempeño mediano) por hora/medico.<sup>37</sup>

En cuanto a módulo PREVENIMSS se tienen 5 consultorios en la Unidad, los cuales son suficientes de acuerdo al número de consultorios y a la demanda de la consulta, sólo se modificaría en caso de gestionar el crecimiento en el número de consultorios.

## RECURSOS HUMANOS:

CATEGORIA	AUT	MAT	VESPERTINO	NOCTURNO Y JA
DIRECTOR	1			
ADMINISTRADOR	1			
JEFES DE PARTAMENTO CLINICO	2	1	1	
JEFE DE EDUCACION MEDICA	1			
MEDICOS FAMILIARES	33	15	14	4
MEDICOS NO FAMILIARES	3	3		
ESTOMATOLOGOS	3	2	1	
JEFE DE ENFERMERAS	1			
ENFERMERAS JEFE DE PISO	2	1	1	
ENFERMERAS ESPECIALISTAS	4	2	2	
ENFERMERAS GENERALES	23	8	7	8
AUXILIARES DE ENFERMERAS	17	8	5	4
AUXILIARES DE ENFERMERAS EN SALUD PUBLICA	9	4	5	
JEFE DE LABORATORIO	1			
QUIMICO CLINICO	4	4		
LABORATORISTA	6	2	0	4
AUXILIAR DE LABORATORIO	2	2	0	
TECNICO DE RADIOLOGIA	5	1	1	3
JEFE DE TRABAJO SOCIAL	1			
TRABAJO SOCIAL	4	2	2	
TRABAJO SOCIAL CLINICO	1	1		
NUTRICION	3	2	1	
COORDINADOR DE ASISTENTES	2	1	1	
ASISTENTES MEDICAS	34	14	14	3

FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

Tabla 35

CATEGORIA	AUTOR	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	JORNADA ACUM	Y
JEFE DE GRUPO	1	1				
COORDINADOR DE ESTADISTICA	2	1	1			
OFICIAL DE ESTADISTICA	2	1	1			
COORDINADOR DE FARMACIA	1	1				
AUXILIAR DE FARMACIA	2	1	1			
OFICIAL DE FARMACIA	2	1	1			
AYUDANTE DE FARMACIA	2	1	1			
MENSAJERO	3	2	1			
CHOFER	1	1				
AUXILIAR UNIVERSAL DE OFICINA	22	15	7			
AUXILIAR DE SOPORTE TECNICO	2	1	1			
OFICIAL DE SERVICIOS TECNICOS	5	3	2			
OFICIAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	1	1				
OFICIAL DE PERSONAL	1	1				
COORDINADOR DE ALMACEN	1	1				
OPERADOR TELEFONICO	2	1	1			
COORDINADOR DE SERVICIOS TECNICOS	2	1	1			
AUXILARES DE SERVICIO DE INTENDENCIA	29	14	10	5		
AYUDANTE DE SERVICIO DE INTENDENCIA	2		1			
TECNICO ELECTRICISTA	1	1				
TECNICO MECANICO	1	1				
TECNICO PLOMERO	1	1				

FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**Tabla 35**

Cuando se creó la UMF No. 120, la plantilla elaborada fue ideal, sin embargo posterior a su crecimiento e implantación de módulos es insuficiente, ya que se requiere otro jefe de consulta por turno, un subdirector médico para el turno nocturno y jornada acumulada.<sup>37</sup>

Esta Unidad solo cuenta con un oficial de personal y tomando en cuenta que la clínica tiene tres jornadas de trabajo, se justifica un jefe de personal.

Se cuenta con dos plazas de ayudante de servicio de intendencia, sin embargo posterior a la pensión por enfermedad General de uno de ellos, la plaza quedó etiquetada y dado que la atención en ésta Unidad es de 24 hrs diario, se requiere de un residente de conservación pues es importante verificar el funcionamiento del equipamiento las 24 hrs.<sup>37</sup>



## DIAGNOSTICO DE SERVICIOS Y CAPACIDAD INSTALADA

La UMF No.120 cuenta con el siguiente equipo de alta relevancia;

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 120 2016																			
MÓDULO DE API	Laboratorio Núm. de peines	Rayos X	Control de prestaciones	Pago de subsidios	ARIMAC	Farmacia	Ultrasonido	Mastógrafo	Núm. de estomatólogos	Salud en el trabajo	Planificación familiar	Atención médica continua	Numero de camillas en observación	Módulos diabetIMSS	Rehabilitación	Núm. de trabajadores sociales	Número de nutricionistas	Enseñanza e investigación	Consultorios auxiliares
5	1/8	1	1	NA	1	1	NA	NA	3	1	1	1	1	1	1	6	3	1	NA

FUENTE: DIAGNOSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**Tabla 36**

Desde que se dio inicio a la atención en esta Unidad en 1994, sólo se contaba con dos salas de rayos X y las unidades dentales, 4 años después, se dota de un electro estimulador neuromuscular pensando en la creación de un módulo de Rehabilitación el cuál inicia a laborar hacia finales del 2005.<sup>37</sup>

En el 2012 se recibe un esterilizador de vapor el cual sólo fue instalado ya que no se dejó en función, hasta el 2015.<sup>37</sup>

UBICACIÓN DE EQUIPO MÉDICO 2015 DE ALTA RELEVANCIA					
Unidad	Descripción del artículo	Número de artículos	Servicio		Arribo a la unidad
UMF 120	ESTERILIZADOR DE VAPOR	1	CEYE	2000900429	2012
UMF 120	UNIDADES DENTALES	4	Dental	1994026311, 1994026321, 1994026322, 1994026310	1994
UMF 120	ESTERILIZADOR/A BASE DE VAPOR	1	Dental	2000900429	2000
UMF 120	ELECTROESTIMULADOR/NEURO MUSCULAR	2	Rehabilitación	200800020183	1998
UMF 120	UNIDADES DE RAYOS X	2	RAYOS X	1994004540, 1994004541	1994

FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**Tabla 37**

Se han agregado dos módulos en beneficio de la población; diabetIMSS, brindando atención al paciente diabético, y el módulo de rehabilitación en el que se atienden algunos de los siguientes padecimientos:

No.	Diagnósticos
1.	LUMBALGIA
2.	TRAUMATISMOS DE LA MANO
3.	FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE RADIO
4.	OSTEOARTROSIS DE CADERA
5.	OSTEOARTROSIS DE RODILLA
6.	ESGUINCE DE TOBILLO
7.	ESGUINCE CERVICAL
8.	PARALISIS FACIAL
9.	PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR
10.	IDENTIFICACIÓN DE RIESGO NEUROLOGICO EN EL NIÑO MENOR

FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**Tabla 38**

**TABLA 39. “PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS ANUAL”**

CAPACIDAD REAL DE PRODUCCION DE LOS RECURSOS FISICOS INSTALADOS				
SERVICIO	Nº DE CONSULTORIOS	Nº de consultas que potencialmente pueden generar	Nº de consultas otorgadas en el año	Porcentaje de eficiencia de la consulta (%)
MEDICINA FAMILIAR	12	138 240	116,577	84.32
ESTOMATOLOGIA	3	12,960	5,208	40.18
DIABETIMSS	2	19,200	14135	73.69
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	1	3,780	2200	58.20
ENFERMERA DE FAMILIA	3	9,072	6,410	70.65

FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**Tabla 39**

En la Tabla 39 se muestra el número de consultas otorgadas al año por diferentes servicios, así como el porcentaje de eficiencia de acuerdo al número de consultas potenciales que se pueden generar.

**TABLA 40. “PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS POR DÍA”**

Atenciones en un día típico	Consultas
Medicina Familiar	587
Dental	39
Salud en el Trabajo	10
Enfermera de Familia (EF)	16
Atención médica continua	80
Medicina Preventiva	234
Trabajo Social	73
Planificación familiar	10
Estudios de laboratorio	440
Estudios de rayos "X"	70

FUENTE: DIAGNOSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**Tabla 40**

En la Tabla 40 se muestra el número de consultas por día de diferentes servicios, destacando Medicina Familiar con 587 consultas por día, 440 estudios de laboratorio, 234 atendidos en Medicina Preventiva y en menor medida 10 pacientes atendidas en Planificación Familiar.



**TABLA 41. “PRODUCCIÓN DE GRUPOS PREVENIMSS”**

Día Típico PREVENIMSS	
Detecciones de primera vez de Diabetes Mellitus en DH de 45 y mas años	90
Detecciones de Hipertensión Arterial	214
Detecciones de CaCu( Mujeres de 25 a 64 años)	18
Detecciones de Ca mama por Mastografía Mujeres de 50 a 69 años	10
Atenciones Preventivas Integradas	203
Inmunizaciones	205
ChiquitIMSS	21 por grupo
JuvenIMSS	20 por grupo
Ella y El	23 por grupo
Envejecimiento Activo	37 por grupo

FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**Tabla 41**

La producción de los diferentes grupos prevenIMSS se señala en la Tabla 41. También se muestra el número de grupos con los que se trabaja durante el año.

La Tabla 42 indica el número de pacientes embarazadas y con las principales enfermedades de control y vigilancia.

**TABLA 42. “CENSO DE PACIENTES”**

Censo de Pacientes	
Censo de DH Diabeticos	4734
Censo de DH Hipertensos	7252
Censo de Embarazadas	680
Censo de Pacientes Oxigeno dependientes	241
Censo de Pacientes con medicamentos de Trascrición	198

FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**Tabla 42**

**TABLA 43. “ESTRATEGIAS EDUCATIVAS TRABAJO SOCIAL 2015-2016”**

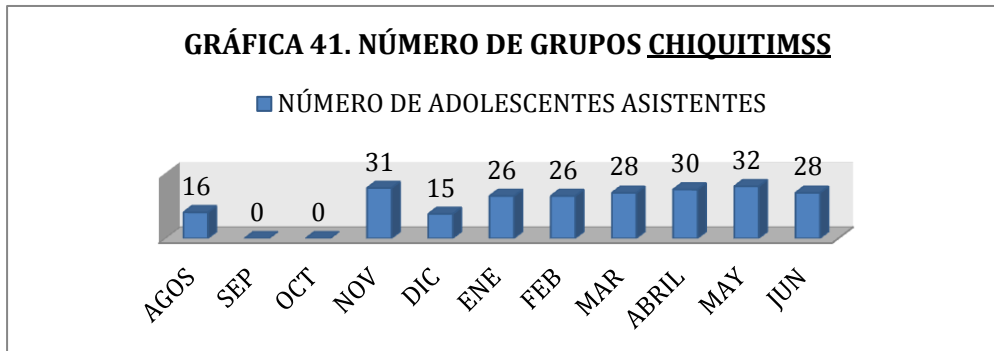
ESTRATEGIA EDUCATIVA	META ANUAL	META MENSUAL	AGOSTO 2015	SEPTIEMBRE 2015	OCTUBRE 2015	NOVIEMBRE 2015	DICIEMBRE 2015	ENERO 2016	FEBRERO 2016	MARZO 2016	ABRIL 2016	MAYO 2016	JUNIO 2016	TOTAL
CHIQUITIMSS	129	11	16	0	0	31	15	26	26	28	30	32	28	232
JUVENIMSS INTRAMUROS	480	60	20	0	0	0	72	0	0	0	42	0	0	134
JUVENIMSS EXTRAMUROS	0	0	0	0	0	140	0	0	76	145	0	0	0	361
EL	125	125	5	10	9	18	3	3	4	8	12	8	11	87
ELLA	125	11	8	31	15	18	11	12	12	22	8	21	17	171
DIABETIMSS	2400	240	204	120	118	146	36	68	91	45	57	35	183	1103
MUJERES EMBARAZADAS	400	33	13	59	31	23	27	13	27	17	21	21	19	271
ENVEJECIMIENTO	240	20	24	61	44	43	38	0	60	40	32	32	36	408

FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

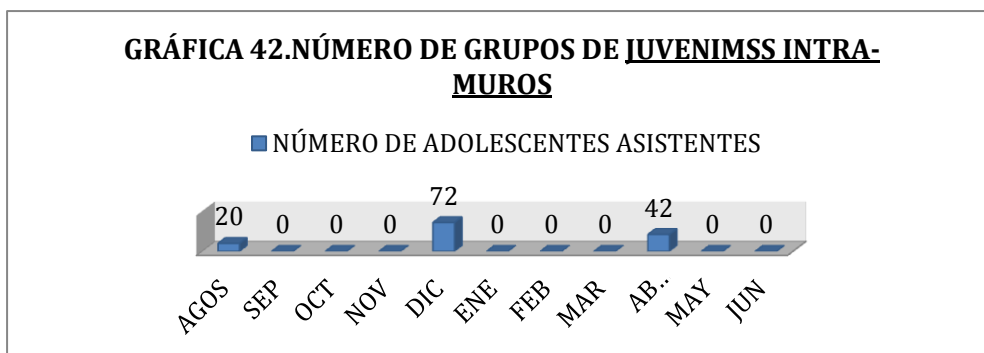
**Tabla 43**

Trabajo Social trabaja con seis grupos actualmente; chiquitIMSS, juvenIMSS, El y Ella, diabetIMSS, mujeres embarazadas y envejecimiento. En la Tabla 43 se muestra el número de asistentes por mes durante el año 2015 y 2016, así como la meta anual y mensual de cada grupo.

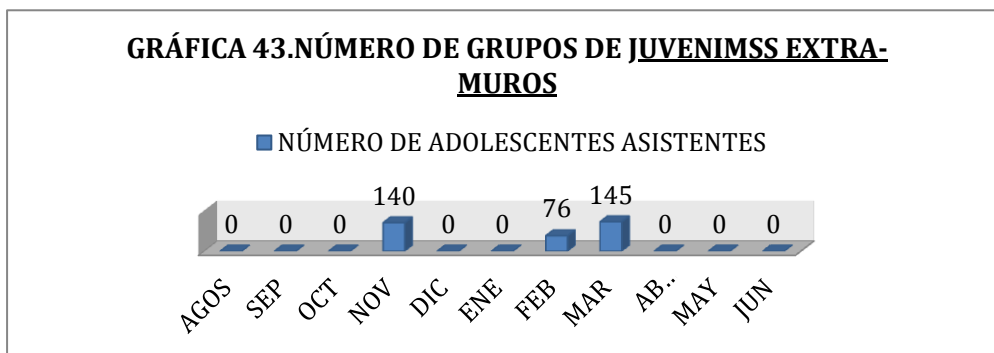
**GRÁFICAS. “ESTRATEGIAS EDUCATIVAS TRABAJO SOCIAL 2015-2016”**



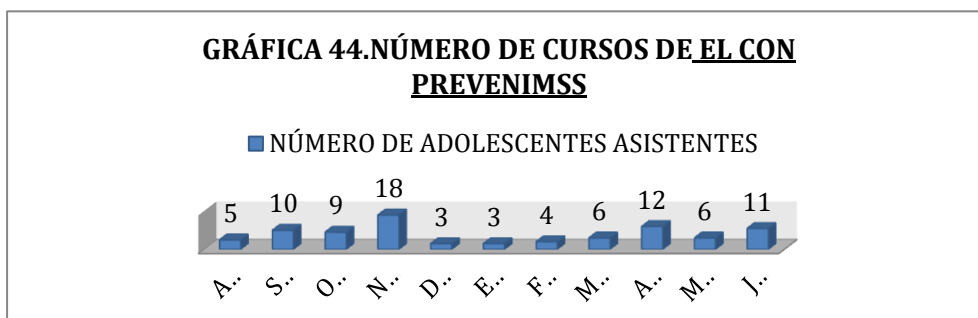
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016



FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

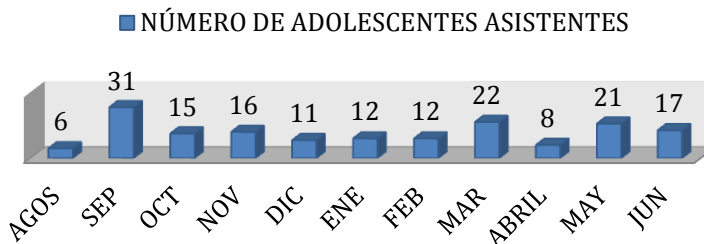


FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016



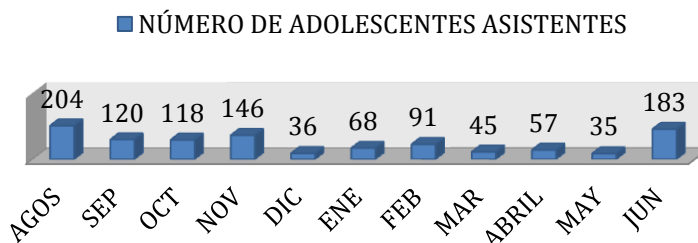
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 45. NÚMERO DE CURSOS ELLA CON PREVENIMSS**



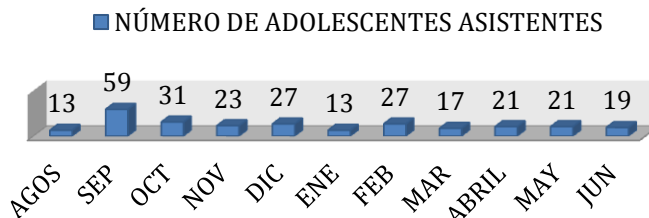
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 46. NÚMERO DE GRUPOS DE DIABETIMSS**



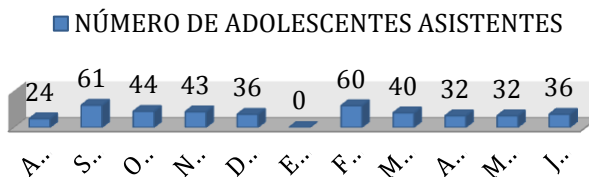
FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 47. NÚMERO DE GRUPOS DE MUJERES EMBRAZADAS  
INCLUYE LACTANCIA MATERNA Y PRUEBA RAPIDA VOLUNTARIA**



FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**GRÁFICA 48. NÚMERO DE GRUPOS DE ENVEJECIMIENTO  
SALUDABLE**



FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

Algunas de las estrategias educativas que se manejan en los diferentes grupos son:

- *ChiquitIMSS*; crecimiento y alimentación correcta, higiene personal, salud bucal, prevención de accidentes, prevención de violencia familiar.
- *JuvenIMSS*; alimentación correcta, actividad física, salud sexual y reproductiva, prevención de accidentes, adicciones y violencia.
- *El y Ella*; salud mental, ETS, Tb, enfermedad prostática, CACU, CA mama.
- *DiabetIMSS*; DM2, HAS, sobrepeso y obesidad, comorbilidades.
- *Mujeres embarazadas*; lactancia materna, prueba rápida de VIH, control prenatal con datos de alarma y complicaciones.
- *Envejecimiento*; yoga, danza, actividades deportivas y rehabilitación en alberca.

Cabe mencionar que los meses en los que Trabajo Social no trabaja con grupos están representados por un cero.

**TABLA 44. “NUTRICION”**

<b>Plantilla</b>	<b>RECURSOS FINANCIEROS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
3 Dietistas 2 TM 1 TV	La UMF No asignados	La UMF 120 no cuenta con recursos financieros por no tener autorizado por falta de camas censables

FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

**Tabla 44**

Las Dietistas de la UMF No.120 atienden a pacientes de Diabetes Mellitus, Hipertensión y Obesidad, también otorgan pláticas a los pacientes del módulo de DiabetIMSS.

Los programas que se llevan acabo para beneficio del derechohabiente en los principales temas prioritarios son gracias al trabajo conjunto de Nutrición, Trabajo Social, PrevenIMSS, DiabetIMSS, Epidemiología, Consulta Externa y Enfermería, entre muchas otros servicios, para un adecuado control de enfermedades crónico-degenerativas y la prevención en aquellos pacientes con potenciales factores de riesgo.

El diagnóstico de salud nos brinda información detallada y de sumaimportancia sobre la población, la unidad médica y las principales causas de morbimortalidad para su adecuado control y manejo, y así, reducir el impacto que pueda ocasionar en la población adscrita a la UMF No.120.

## ANEXOS

### ABREVIATURAS

CA- Cáncer  
CACU- Cáncer Cervicouterino  
CDMX- Ciudad de México.  
CIE10- Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión.  
CONAGUA- Comisión Nacional del Agua.  
CONAPO- Consejo Nacional de Población.  
CONAPO- Consejo Nacional de Población.  
D.F.- Distrito Federal.  
DH- Derechohabiente.  
DM2- Diabetes Mellitus Tipo 2  
ENA- Encuesta Nacional de Adicciones.  
ENCO- Encuesta Nacional sobre Confianza del Consumidor.  
ERI- Equipo de Respuesta Inmediata.  
EVC- Evento Vascular Cerebral.  
HAS- Hipertensión Arterial Sistémica.  
HGZ- Hospital General de Zona.  
IMSS- Instituto Mexicano del Seguro Social.  
INAFED- Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal.  
INE- Instituto Nacional Electoral.  
INEGI- Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
PRD- Partido de la Revolución Democrática.  
SEDESOL- Secretaría de Desarrollo Social.  
SEMARNAT- Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales.  
SIAS- Sistema de Información de Auditoría Integral en Salud.  
SIDA- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.  
SIEGE- Sistema de Información Económica, Geográfica y Estadística.  
SISMOR- Sistema de Mortalidad del IMSS.  
SUIVE- Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica.  
UH- Unidad Habitacional.  
UMF- Unidad de Medicina Familiar.  
VIH- Virus de Inmunodeficiencia Humana.

### MAPAS

MAPAS	NOMBRE
<b>Mapa 1</b>	Distrito Federal, Iztapalapa.
<b>Mapa 2</b>	Localización Geográfica, Iztapalapa. Carta Topográfica.
<b>Mapa 3</b>	Carta de Hidrografía. Lago Texcoco Iztapalapa.
<b>Mapa 4</b>	Carta de Orografía, Iztapalapa.
<b>Mapa 5</b>	Carta de Hidrografía, Iztapalapa.
<b>Mapa 6</b>	Carta de Geología, D.F.
<b>Mapa 7</b>	Carta de Flora y Fauna, D.F.
<b>Mapa 8</b>	Carta de Climas, D.F.
<b>Mapa 9</b>	Carta de Precipitación, D.F.
<b>Mapa 10</b>	Desarrollo Urbano, Iztapalapa.
<b>Mapa 11</b>	Vías de Comunicación, Iztapalapa.

## TABLAS

TABLAS	NOMBRE
Tabla 1	Conteo Nacional de Población y Vivienda. Encuesta Intercensal 2015. Delegación Iztapalapa
Tabla 2	Población Total en la CDMX Según Edad y Sexo.
Tabla 3	Población Adscrita a Médico Familiar Según Edad y Sexo.
Tabla 4	Grupo Etario IMSS UMF120.
Tabla 5	México. Esperanza de Vida al Nacer.
Tabla 6	Hombres y Mujeres Nacidos en el Año 205-2010.
Tabla 7	Tasa de Natalidad e Índice de Fecundidad.
Tabla 8	Mortalidad por Grupos Específicos en la UMF No.120.
Tabla 9	Actividades Económicas.
Tabla 10	Total de Viviendas Particulares Habitadas, 2010.
Tabla 11	Porcentaje de Migración de Iztapalapa.
Tabla 12	Partido Político.
Tabla 13	Población que Refiere Haber Fumado Alguna Vez en su Vida.
Tabla 14	Prevalencia de Consumo de Alcohol en Población Derechohabiente por Grupo Programático.
Tabla 15	Prevalencia de Consumo de Drogas en Población Derechohabiente por Grupo Programático.
Tabla 16	Grado de Marginación de Colonias en Iztapalapa.
Tabla 17	Estadística de Accidentes de Tránsito en Zonas Urbanas y Suburbanas.
Tabla 18	Principales Motivos de Demanda de Consulta Externa en Medicina Familiar.
Tabla 19	Principales Motivos de Demanda de Consulta Externa de Primera Vez en Medicina Familiar.
Tabla 20	Principales Padecimientos Transmisibles.
Tabla 21	Principales Padecimientos No Transmisibles.
Tabla 22	Padecimientos Transmisibles Sujetos a Vigilancia Epidemiológica.
Tabla 23	Padecimientos No Transmisibles Sujetos a Vigilancia Epidemiológica.
Tabla 24	Principales Indicadores de Control 2016.
Tabla 25	Principales Diagnósticos por Riesgo de Trabajo.
Tabla 26	Principales Diagnósticos por Incapacidad Permanente por Riesgo de Trabajo.
Tabla 27	Principales Motivos de Invalidez Inicial.
Tabla 28	Distribución de la Población Derechohabiente con Algún Tipo de Discapacidad.
Tabla 29	Principales Motivos de Defunción por Riesgo de Trabajo.
Tabla 30	Principales Causas de Mortalidad 2015.
Tabla 31	Principales Causas de Mortalidad 2016.
Tabla 32	Mortalidad por Padecimientos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica.
Tabla 33	Infraestructura UMF No.120. Planta Baja y Planta Alta.



<b>Tabla 34</b>	Identificación de la Unidad.
<b>Tabla 35</b>	Recursos Humanos.
<b>Tabla 36</b>	Equipo de Alta Relevancia, UMF No. 120.
<b>Tabla 37</b>	Ubicación de Equipo Médico 2015 de Alta Relevancia.
<b>Tabla 38</b>	Principales Padecimientos en Rehabilitación.
<b>Tabla 39</b>	Capacidad Real de Producción de los Recursos Físicos Instalados.
<b>Tabla 40</b>	Producción de los Servicios por Día.
<b>Tabla 41</b>	Producción de Grupos PREVENIMSS.
<b>Tabla 42</b>	Censo de Pacientes.
<b>Tabla 43</b>	Estrategias Educativas Trabajo Social 2015-2016.
<b>Tabla 44</b>	Nutrición.

## GRÁFICAS

GRÁFICAS	NOMBRE
<b>Gráfica 1</b>	Crecimiento Poblacional, Evolución Reciente.
<b>Gráfica 2</b>	Iztapalapa por Grandes Grupos de Edad, Hombres y Mujeres.
<b>Gráfica 3</b>	Estructura de la Población, 2000 y 2010.
<b>Gráfica 4</b>	Piramide Poblacional 2015. Población Total en la CDMX Según Edad y Sexo.
<b>Gráfica 5</b>	Piramide Poblacional 2015. Población Adscrita a Médico Familiar Según Edad y Sexo.
<b>Gráfica 6</b>	Nacimientos en las Delegaciones del D.F. en el Año 2010.
<b>Gráfica 7</b>	Pirámides de Edades de la Población, 2025-2050.
<b>Gráfica 8</b>	Defunciones Generales en las Delegaciones del D.F. 2010.
<b>Gráfica 9</b>	Defunciones Generales para Iztapalapa Periodo 2000 a 2010.
<b>Gráfica 10</b>	Características Económicas, Población de 12 Años y Más, Iztapalapa 2011.
<b>Gráfica 11</b>	Población de 12 Años y Más Económicamente No Activa.
<b>Gráfica 12</b>	Inversión Pública en Actividades Terciarias.
<b>Gráfica 13</b>	Características de la Vivienda en Derechohabientes del IMSS 2010.
<b>Gráfica 14</b>	Posesiones de Bienes Según la Encuesta Nacional ENCOPREVENIMSS 2010.
<b>Gráfica 15</b>	Educación Preescolar.
<b>Gráfica 16</b>	Educación Primaria.
<b>Gráfica 17</b>	Educación Secundaria.
<b>Gráfica 18</b>	Educación Bachillerato.
<b>Gráfica 19</b>	Alumnos Egresados.
<b>Gráfica 20</b>	Escuelas en Educación Básica y Media Superior.
<b>Gráfica 21</b>	Religión Iztapalapa 2011.
<b>Gráfica 22</b>	Población de 5 Años y más que Habla Alguna Lengua Indígena en Iztapalapa.
<b>Gráfica 23</b>	Población de 5 Años y Más que Habla Español y Alguna Lengua Indígena en Iztapalapa.

<b>Gráfica 24</b>	Población de 5 Años y Más en Iztapalpa que Habla Alguna de las Lenguas Indígenas Más Frecuentes.
<b>Gráfica 25</b>	Distribución Porcentual de la Población Hablante de Lengua Indígena en el D.F. Según Tipo de Lengua al Año 2000.
<b>Gráfica 26</b>	Porcentaje que Migra o Emigra Según su Municipio.
<b>Gráfica 27</b>	Porcentaje de Migración de Iztapalapa.
<b>Gráfica 28</b>	Porcentaje de Gases que Contribuyen al Efecto Invernadero por Tipo de Emisión Contaminante en la CDMX.
<b>Gráfica 29</b>	Número de Derechohabientes de 20 años y más que Acuden a Consulta de Medicina Familiar y Tienen Índice de Masa Corporal Igual o Mayor a 30.
<b>Gráfica 30</b>	Número total de Consultas Otorgadas en Estomatología.
<b>Gráfica 31</b>	Total de Pacientes de 20 años y Más de Edad, con DM2 de 20 Años y Más subsecuentes atendidos este el periodo.
<b>Gráfica 32</b>	Número de Derechohabientes de 20 años y más de edad con detección de Hipertensión Arterial al Mes del Reporte.
<b>Gráfica 33</b>	Total de Pacientes Subsecuentes de 20 Años y Más con Diagnóstico de Hipertensión Arterial.
<b>Gráfica 34</b>	Total de Consultas Para la Vigilancia Prenatal.
<b>Gráfica 35</b>	Total de Recien Nacios Tamizados en el Periodo Evaluado.
<b>Gráfica 36</b>	Recien Nacidos en el Periodo Evaluado.
<b>Gráfica 37</b>	Número de Derechohabientes de 20 años y Más de Edad con Sobrepeso.
<b>Gráfica 38</b>	Número de Derechohabientes de 20 años y Más de Edad con Obesidad.
<b>Gráfica 39</b>	Número de Niños Menores de un Año de Edad Ascritos a Médico Familiar con Esquemas Completos de Vacunas.
<b>Gráfica 40</b>	Número de Niños de 6 Meses de Edad que Matuvieron Lactancia Materna Exclusiva.
<b>Gráfica 41</b>	Número de Grupos CHIQUITIMSS.
<b>Gráfica 42</b>	Número de Grupos de JUVENIMSS INTRAMUROS.
<b>Gráfica 43</b>	Número de Grupos de JUVENIMSS EXTRAMUROS.
<b>Gráfica 44</b>	Número de Grupos de El con PREVENIMSS.
<b>Gráfica 45</b>	Número de Grupos de Ella con PREVENIMSS.
<b>Gráfica 46</b>	Número de Grupos de DIABETIMSS.
<b>Gráfica 47</b>	Número de Grupos de Mujeres Embarazadas Incluye Lactancia Materna y Prueba Rápida Voluntaria.
<b>Gráfica 48</b>	Número de Grupos Envejecimiento Saludable.
<b>Gráfica 49</b>	Módulo CACU 2015
<b>Gráfica 50</b>	Módulo CAMA 2016

## LISTA DE REFERENCIAS

1. Gobierno del Distrito Federal. Ciudad de México. *Iztapalapa*. [Consultado 20 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.cdmx.gob.mx/delegacion/iztapalapa/>
2. Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal. *Estadísticas Socio-Demográficas, Delegación Iztapalapa. II Censo de Población y Vivienda 2005, Censo de Población y Vivienda 2010*. 2005-2010. Pág. 1-31. [Consultado 20 Junio 2016]. Disponible en:  
[http://www.evalua.cdmx.gob.mx/files/estudios/trabajo\\_iztapalapa.pdf](http://www.evalua.cdmx.gob.mx/files/estudios/trabajo_iztapalapa.pdf)
3. INEGI México 2010. Localización geográfica delegación Iztapalapa. *Carta topográfica 1:50 000*. [Consultado 21 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
4. INEGI México 2010. *Carta de Orografía, Iztapalapa*. [Consultado 31 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
5. INEGI México 2010. *Carta de Hidrografía, Iztapalapa*. [Consultado 31 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
6. INEGI México 2010. *Carta de Geología, D.F.* [Consultado 31 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
7. INEGI México 2010. *Carta de Flora y Fauna, D.F.* [Consultado 31 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
8. INEGI México 2010. *Carta de Climas, D.F.* [Consultado 31 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
9. INEGI México 2010. *Carta de Precipitación, D.F.* [Consultado 31 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
10. Comisión Nacional del Agua (CONAGUA). *Portal de Geoinformación. Sistema Nacional de Información de Biodiversidad*. [Consultado 31 Julio 2016]. Disponible en: <http://smn.conagua.gob.mx/es/>
11. INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda*. [Consultado 4 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/>

12. INEGI México 2015. *Conteo Nacional de Población y Vivienda, Encuesta Intercensal 2015*. [Consultado 15 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/>
13. INEGI México 2010. *Panorama Sociodemográfico. Esperanza de vida en México*. [Consultado 15 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/panorama/presentacion.aspx>
14. INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Natalidad y Fecundidad*. [Consultado 15 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/>
15. Secretaría de Educación Superior. *Pirámides de edades de la población 2025-2050*. Consejo Nacional de Población (CONAPO). [Consultado 16 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
16. INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Mortalidad*. [Consultado 15 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/>
17. INEGI México 2010. *Panorama Sociodemográfico. Características Económicas, Iztapalapa*. [Consultado 16 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/panorama/presentacion.aspx>
18. INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Educación Preescolar*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>
19. INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Educación Primaria*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>
20. INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Educación Secundaria*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>
21. INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Educación Bachillerato*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>

22. INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Egresados*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>
23. INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Escuelas de Educación Básica y Media Superior*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>
24. INEGI México 2011. *Censo General de Población y Vivienda. Panorama Sociodemográfico. Religión*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
[http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora\\_religion/religiones\\_2010.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_religion/religiones_2010.pdf)
25. INEGI México 2011. *Panorama Sociodemográfico. Lengua Indígena*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P>
26. INEGI México 2015. *Panorama Sociodemográfico. Migración y Emigración Según su Delegación. D.F. Encuesta Intercensal 2015*. [Consultado 12 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/>
27. Delegación Iztapalapa 2015-2018. [Consultado 9 Junio 2016]. Disponible en:  
[www.iztapalapa.df.gob.mx](http://www.iztapalapa.df.gob.mx)
28. ENCOPREVENIMSS 2010. *Prevalencia de Consumo de Alcohol y Drogas en Población Derechohabiente, por Grupo Programático*. Encuesta Nacional de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.
29. Secretaría de Salud. *El consumo de Drogas en México: diagnóstico, tendencias y adicciones*. [Consultado 12 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>
30. Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT). *Estrategia local de Acción Climática en el Distrito Federal*. [Consultado 20 Julio 2016]. Disponible en:  
[www.sma.df.gob.mx/.../10\\_tendencias\\_en\\_emisiones\\_gases\\_efecto](http://www.sma.df.gob.mx/.../10_tendencias_en_emisiones_gases_efecto).

31. Sistema de Información Geográfica de Iztapalapa. *Atlas de Riesgos Naturales de la Delegación Iztapalapa, México, D.F., 2011.* Gobierno Federal. [Consultado 20 Junio 2016]. Disponible en:  
[http://www.inapam.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/2612/Atlas\\_Estados/09007\\_IZTAPALAPA/1\\_ATLAS\\_DE\\_RIESGOS.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/2612/Atlas_Estados/09007_IZTAPALAPA/1_ATLAS_DE_RIESGOS.pdf)
32. INEGI México 2011. *Accidentes de tránsito terrestre en zonas urbanas y suburbanas, Consulta interactiva de datos.* [Consultado 22 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/economicas/accidentes/>
33. INEGI México 2013. *Panorama Sociodemográfico. Morbilidad de los Principales Casos Nuevos de Enfermedades, 2000-2013* [Consultado 23 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal06&s=est&c=22462>
34. INEGI México 2010. *Panorama Sociodemográfico. Principales Causas de Discapacidad en México.* [Consultado 23 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
35. INEGI México 2010. *Panorama Sociodemográfico. Principales Causas de Mortalidad por Residencia Habitual, Grupos de Edad y Sexo del Fallecido.* [Consultado 24 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
36. INEGI México 2010. *Panorama Sociodemográfico. Muerte Materna y Muertes Evitables en Exceso.* [Consultado 24 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/descripciones.aspx>
37. Diagnóstico Situacional UMF 120, 2015-2016



## BIBLIOGRAFÍA

- Comisión Nacional del Agua (CONAGUA). *Portal de Geoinformación. Sistema Nacional de Información de Biodiversidad*. [Consultado 31 Julio 2016].  
Disponible en: <http://smn.conagua.gob.mx/es/>
- Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal. *Estadísticas Socio-Demográficas, Delegación Iztapalapa. II Censo de Población y Vivienda 2005, Censo de Población y Vivienda 2010*. 2005-2010. Pág. 1-31. [Consultado 20 Junio 2016]. Disponible en:  
[http://www.evalua.cdmx.gob.mx/files/estudios/trabajo\\_iztapalapa.pdf](http://www.evalua.cdmx.gob.mx/files/estudios/trabajo_iztapalapa.pdf)
- Delegación Iztapalapa 2015-2018. [Consultado 9 Junio 2016]. Disponible en:  
[www.iztapalapa.df.gob.mx](http://www.iztapalapa.df.gob.mx)
- Diagnóstico Situacional UMF 120, 2015-2016.
- ENCOPREVENIMSS 2010. *Prevalencia de Consumo de Alcohol y Drogas en Población Derechohabiente, por Grupo Programático*. Encuesta Nacional de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Gobierno del Distrito Federal. Ciudad de México. *Iztapalapa*. [Consultado 20 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.cdmx.gob.mx/delegacion/iztapalapa/>
- INEGI México 2000. *Censo General de Población y Vivienda. La Población Hablante de Lengua Indígena del Distrito Federal*. [Consultado 25 Junio 2016].  
Disponible en:  
<http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/diversidad.aspx?tema=me&e=09>
- INEGI México 2010. *Carta de Climas, D.F.* [Consultado 31 Julio 2016].  
Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
- INEGI México 2010. *Carta de Flora y Fauna, D.F.* [Consultado 31 Julio 2016].  
Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
- INEGI México 2010. *Carta de Geología, D.F.* [Consultado 31 Julio 2016].  
Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>

- INEGI México 2010. *Carta de Hidrografía, Iztapalapa*. [Consultado 31 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
- INEGI México 2010. *Carta de Orografía, Iztapalapa*. [Consultado 31 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
- INEGI México 2010. *Carta de Precipitación, D.F.* [Consultado 31 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
- INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Censos económicos 2009. Los hombres y las mujeres en las actividades económicas*. [Consultado 28 Julio 2016]. Disponible en:  
[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/ce2009/pdf/Mono\\_Hombres\\_mujeres.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/ce2009/pdf/Mono_Hombres_mujeres.pdf)
- INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Educación Preescolar*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>
- INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Educación Primaria*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>
- INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Educación Secundaria*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>
- INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Educación Bachillerato*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>
- INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Egresados*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>
- INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Escuelas de Educación Básica y Media Superior*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001579>
- INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda*. [Consultado 4 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/>

- INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Mortalidad*. [Consultado 15 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/>
- INEGI México 2010. *Censo General de Población y Vivienda. Natalidad y Fecundidad*. [Consultado 15 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/>
- INEGI México 2010. *Encuesta Nacional Sobre Confianza del Consumidor (ENCO 2010)*. [Consultado 15 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enco/>
- INEGI México 2010. Localización geográfica delegación Iztapalapa. *Carta topográfica 1:50 000*. [Consultado 21 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/imgpercepcion/imgsatelite/default.aspx>
- INEGI México 2010. *Panorama Sociodemográfico. Características Económicas, Iztapalapa*. [Consultado 16 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/panorama/presentacion.aspx>
- INEGI México 2010. *Panorama Sociodemográfico. Esperanza de vida en México*. [Consultado 15 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/panorama/presentacion.aspx>
- INEGI México 2010. *Panorama Sociodemográfico. Muerte Materna y Muertes Evitables en Exceso*. [Consultado 24 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/descripciones.aspx>
- INEGI México 2010. *Panorama Sociodemográfico. Principales Causas de Discapacidad en México*. [Consultado 26 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
- INEGI México 2010. *Panorama Sociodemográfico. Principales Causas de Mortalidad por Residencia Habitual, Grupos de Edad y Sexo del Fallecido*. [Consultado 24 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- INEGI México 2010. *Panorama Sociodemográfico. Total de viviendas particulares habitadas 2010*. [Consultado 26 Junio 2016]. Disponible en:  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/34302/Distrito\\_Federal\\_007.pd](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/34302/Distrito_Federal_007.pd)

- INEGI México 2011. *Accidentes de tránsito terrestre en zonas urbanas y suburbanas, Consulta interactiva de datos*. [Consultado 26 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/economicas/accidentes/>
- INEGI México 2011. *Censo General de Población y Vivienda. Panorama Sociodemográfico. Religión*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
[http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora\\_religion/religiones\\_2010.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_religion/religiones_2010.pdf)
- INEGI México 2011. *Panorama Sociodemográfico. Lengua Indígena*. [Consultado 11 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P>
- INEGI México 2013. *Panorama Sociodemográfico. Morbilidad de los Principales Casos Nuevos de Enfermedades, 2000-2013*. [Consultado 27 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal06&s=est&c=22462>
- INEGI México 2015. *Conteo Nacional de Población y Vivienda, Encuesta Intercensal 2015*. [Consultado 15 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/>
- INEGI México 2015. *Panorama Sociodemográfico. Migración y Emigración Según su Delegación. D.F. Encuesta Intercensal 2015*. [Consultado 12 Junio 2016]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS), *Afiliación y vigencia UMF120, 2011-2015*.
- Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Adicciones 2010 (ENA)*. [Consultado 08 Julio 2016]. Disponible en:  
[http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA2011\\_drogas\\_con\\_anexo.pdf](http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA2011_drogas_con_anexo.pdf)
- Instituto Nacional Electoral (INE). [Consultado 10 Julio 2016]. Disponible en:  
<http://www.ine.mx/portal/>
- Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal (INAFED). *Iztapalapa, D.F.* [Consultado 10 Julio 2016]. Disponible en: [www.inafed.gob.mx](http://www.inafed.gob.mx)

- Secretaría de Desarrollo Económico del Distrito Federal. *Grado de Marginación de Colonias de Iztapalapa*. Sistema de Información Económica, Geográfica y Estadística (SIEGE). [Consultado 17 Julio 2016]. Disponible en: <http://www.sideso.df.gob.mx/index.php?id=63>
- Secretaría de Desarrollo Social, (SEDESOL). *Sistema de información. Desarrollo Urbano, Iztapalapa*. [Consultado 17 Julio 2016]. Disponible en: <http://sisgeo.sedesol.gob.mx/>
- Secretaría de Desarrollo Social, (SEDESOL). *Sistema de información. Vías de Comunicación, Iztapalapa*. [Consultado 17 Julio 2016]. Disponible en: <http://sisgeo.sedesol.gob.mx/>
- Secretaría de Educación Superior. *Pirámides de edades de la población 2025-2050*. Consejo Nacional de Población (CONAPO). [Consultado 16 Julio 2016]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- Secretaría de Salud. *El consumo de Drogas en México: diagnóstico, tendencias y adicciones*. [Consultado 20 Julio 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>
- Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT). *Estrategia local de Acción Climática en el Distrito Federal*. [Consultado 18 Julio 2016]. Disponible en: [www.sma.df.gob.mx/.../10 tendencias en emisiones gases efecto](http://www.sma.df.gob.mx/.../10_tendencias_en_emisiones_gases_efecto).
- Sistema de Información de Auditoría Integral en Salud, (SIAIS). [Consultado 23 Julio 2016]. Disponible en: <http://200.25.225.100/siais/general/logIn.aspx>
- Sistema de Información Geográfica de Iztapalapa. *Atlas de Riesgos Naturales de la Delegación Iztapalapa, México, D.F., 2011*. Gobierno Federal. [Consultado 23 Julio 2016]. Disponible en: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/2612/Atlas\\_Estados/09007\\_IZTAPALAPA/1\\_ATLAS\\_DE\\_RIESGOS.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/2612/Atlas_Estados/09007_IZTAPALAPA/1_ATLAS_DE_RIESGOS.pdf)
- Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR). Agosto 2015<sup>a</sup> Mayo 2016.
- Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica, (SUIVE). [Consultado 23 Julio 2016]. Disponible en: [https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2013/08/28\\_2012\\_manual\\_suive.pdf](https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2013/08/28_2012_manual_suive.pdf)

## **CAPITULO 3**

# **ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL**




## ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

En éste capítulo se describirán las diferentes actividades que el Médico Pasante de Servicio Social realizó durante su estancia en la UMF No. 120 en el periodo comprendido de Agosto 2015 - Julio 2016.

### PROGRAMA OPERATIVO

En la siguiente Tabla se muestra el Programa Operativo que el Médico Pasante; Manuel Alejandro Catalán Ruíz cumplió satisfactoriamente y sin adeudo alguno durante su Servicio Social.

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.120 COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  PROGRAMA OPERATIVO DE PASANTE EN SERVICIO SOCIAL EN MEDICINA CICLO 2015-2016						
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
Catalán Ruíz Manuel	Urgencias	Rehabilitacion	Med. Del Trabajo	EMI	C-9	Urgencias
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Catalán Ruíz Manuel	Rehabilitacion	Med. Del Trabajo	EMI	C-9	C-11	Rehabilitacion
			Primer Periodo Vacacional	Catalan Ruiz Manuel	21-12-15 al 06-01-2016	
			Segundo período vacacional	Catalan Ruiz Manuel	23-05-2016 al 03-06-2016	

FUENTE: Coordinación de Enseñanza, Educación e Investigación en Salud, UMF No. 120 IMSS.

Durante este año, los Médicos Pasantes cumplen con un rol de rotaciones por los diferentes servicios de la UMF No.120:

- Atención Médica Continua (2 meses)
- Consulta Externa (3 meses)
- Enfermera Materno Infantil – EMI (2 meses)
- Rehabilitación (3 meses)
- Salud en el Trabajo (2 meses)

A continuación, se describirán las actividades realizadas por el Pasante en cada servicio, así como su participación en los diferentes programas para la prevención y control de enfermedades infecciosas, cardiometabólicas, cancerígenas y salud materno infantil.

## ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA

En este servicio, médicos y enfermeras atienden Urgencias reales o sentidas las 24 horas del día, los 365 días del año. Las Urgencias reales son estabilizadas y enviadas al Hospital General Regional No. 25 u Hospital General de Zona No2-A Troncoso en caso de ser Urgencia ginecológica, mientras que las Urgencias sentidas se atienden la Unidad y se remite con su médico familiar para iniciar o continuar con su tratamiento.

El servicio de atención médica continua cuenta con:

- 2 consultorios médicos, donde se atienden en promedio 80 pacientes por día.
- 1 consultorio de enfermería, encargado de tomar signos vitales, peso y talla. Área de asistente médica, el cual toma los datos personales del derechohabiente para su atención.
- Área de primer contacto, el cual cuenta con 12 camas no sensibles.
- Curaciones, donde se realizan todos los procedimientos indicados por el Urgenciólogo.
- CEYE, encargado de proporcionar el material necesario para cualquier procedimiento.

### ACTIVIDADES REALIZADAS

Las rotaciones en cada servicio tenían una duración de un mes con un horario de 8:00 a 14:00hrs.

Los meses que comprendieron mi rotación en Atención Médica Continua fueron; Agosto 2015 y Enero 2016.

Las principales actividades como Médico Pasante eran:

Trabajar en conjunto con los Médicos Urgenciólogos, Enfermería y el resto del personal ya mencionado anteriormente, para brindar apoyo en la atención de las Urgencias reales y/o sentidas.

Cada semana rotaba de forma alterna con uno de los dos médicos Urgenciólogos. Los primeros días, revisaba pacientes junto con el médico de base, se comentaban los casos más interesantes y se revisaba la literatura de dos o tres padecimientos que se atendían ese día en la consulta.

Posteriormente, a medida que el médico iba evaluando las aptitudes y habilidades clínico diagnósticas para desarrollarse con el paciente, le permitía al pasante dar la consulta bajo su supervisión en todo momento.

Por turno se atendían alrededor de 40 pacientes (20 por médico Urgenciólogo), de los cuales el pasante revisaba en promedio 10 pacientes por día.

Dentro de las actividades realizadas por los Médicos Internos era tomar EKG a pacientes programados todos los días en un horario de 9:00 a 10:30 am. Cuando los MIPs iban a sesión general en el HGR No. 25, los Médicos Pasantes apoyaban a la toma e interpretación de EKG y en caso de identificar alguna alteración, se comentaba directamente con el Médico Adscrito en turno.

Colocación y retiro de férulas, yesos, sondas vesicales, suturas y curaciones, eran parte de las actividades realizadas en conjunto con los Medicos Internos.

Durante la consulta se revisaban a los pacientes y en caso de requerirlo, se contaba con los servicio de laboratorio y rayos X para la toma de muestras de sangre y orina, así como placas para apoyo y confirmación diagnóstica.

Los pacientes que requerían ser ingresados a primer contacto, eran revalorados por el médico pasante y si este consideraba una adecuada evolución al tratamiento, se comentaba con el médico Urgenciólogo para su alta del servicio.

A pesar de que se trata de un primer nivel de atención, durante la rotación, acudieron varios pacientes con infarto en evolución, amenaza de aborto, fiebre refractaria a tratamiento en pacientes pediátricos y politraumatizados que tuvieron que ser estabilizados y referidos a segundo nivel.



Consultorio de Atención Médica Continua UMF 120, IMSS 2016

## CONSULTA EXTERNA

En este servicio se atienden todos los padecimientos no urgentes de primera vez y subsecuentes, y dependiendo del tratamiento que requiera la enfermedad, el médico familiar considerara si es candidato a ser referido al servicio de consulta externa de especialidades médicas en segundo nivel.

El servicio de consulta externa cuenta con:

- 12 consultorios médicos, donde se atienden a 587 pacientes al día aproximadamente.
- Cada consultorio cuenta con una asistente médica, encargada de la toma de signos vitales, peso y talla, así como agendar citas y referencias.
- Cada consultorio cuenta con lo necesario para atender una consulta médica como, esfigomanómetro, mesa de exploración y computadora con sistema de expediente electrónico SIMF.

## ACTIVIDADES REALIZADAS

Los meses que comprendieron mi rotación en Consulta Externa fueron; Diciembre 2015, Mayo y Junio 2016.

Las actividades realizadas como Médico Pasante eran:

Revisar a los pacientes que acudían por primera vez a consulta externa, realizarles su HC y nota médica para pabrirles expediente electrónico.

Detectar complicaciones de padecimientos cronicodegenerativos de forma oportuna para referirlos al servicio de consulta externa de especialidades en segundo nivel.

Integrar diagnósticos de acuerdo al interrogatorio, exploración física e interpretación de estudios de laboratorio y gabinete para un correcto manejo inicial o subsecuente del paciente.

Derivar a los pacientes a los diferentes servicios como Nutrición, prevenIMSS, Trabajo Social, DiabetIMSS o Módulos de mastografía, entre otros, para un manejo integral y multidisciplinario del paciente.



Área de Consulta Externa UMF 120, IMSS 2016

## ENFERMERA DE FAMILIA

Anteriormente llamada Enfermera Materno Infantil – EMI, es un servicio que se encarga de atender como prioridad los embarazos identificados como de bajo riesgo y a todos los recién nacidos hasta los 5 años de edad. Se considera embarazo de bajo riesgo a toda aquella madre entre 20 y 34 años de edad con menos de cuatro embarazos, sin antecedente de hijos prematuros o bajo peso al nacer, que padezcan DM2, HAS o cardiopatía.

Su labor consiste en dar orientación, atención y seguimiento a las mujeres embarazadas desde su inicio hasta la última semana de gestación, así como evaluar el desarrollo psicomotor del paciente pediátrico hasta los 5 años de edad.

El servicio de Enfermera de Familia cuenta con:

- 1 consultorio, donde se revisan a las pacientes embarazadas y pediátricos.
- Asistente médica, encargada de la toma de signos vitales, peso y talla.
- El consultorio cuenta con todo lo que necesita para atender a mujeres embarazadas sanas y niños menores de 5 años, contando con diversos esquemas y carteles para poder transmitir la información de manera fácil y clara a las pacientes.
- El servicio cuenta con mesa de exploración pediátrica y de adulto, computadora con sistema de expediente electrónico, esfigomanómetro y doptone fetal, entre otras herramientas, para una adecuada atención materno infantil.

## ACTIVIDADES REALIZADAS

Los meses que comprendieron mi rotación en Enfermera de Familia fueron; Noviembre 2015 y Abril 2016.

Las actividades realizadas como Médico Pasante eran:

Revisar y dar seguimiento a mujeres embarazadas sanas desde que se hacía el diagnóstico hasta la última semana de gestación, para después referirlas al Hospital General de Zona No2-A Troncoso para su atención del parto o cesarea.

A cada paciente se le tomaba la TA con el fin de descartar enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo o preeclampsia - eclampsia, se le pesaba y media para valorar un adecuado estado nutricional.

Se llevaba acabo un interrogatorio ginecoobstetrico exhaustivo para identificar factores de riesgo prevenibles o detectar posibles complicaciones que pudieran ser referidos con su Médico Familiar y este de considerarlo conveniente, enviarla a urgencias de especialidades en el segundo nivel de atención.



Durante la exploración, se revisaba a la madre en primera instancia para valorar un adecuado estado normoevolutivo. Posteriormente se revisaba al neonato tomando el fondo uterino, realizando maniobras de Leopold para determinar su posición, situación y presentación, frecuencia cardiaca fetal y altura de la presentación.

Se le explicaba a la madre de manera clara, cuales eran los datos de alarma que la harían acudir al servicio de urgencias de especialidades como, pérdidas transvaginales (moco, sangre o líquido abundante), que dejara de percibir los movimientos fetales por más de 1 hora, que tuviera signos y síntomas de vasoespasmo como cefalea intensa, acúfenos, fosfenos, astenia y adinamia o epigastrálgia.

Se daba consejería acerca de ejercicios de relajación y como controlar la respiración, así como el uso de música, ejercicio y buena alimentación para fortalecer el vínculo madre-hijo.

A las madres primigestas, se les aclaraba cualquier duda que tuvieran acerca de su atención de parto, se les proporcionaba ácido fólico y hierro, así como una batería de estudios de control tanto de laboratorio como gabinete para un adecuado control de su embarazo.

Gracias al uso del material didáctico, se les explicaba también la técnica de lactancia materna, algunas recomendaciones en cuanto al cuidado del recién nacido durante la alimentación, así como el cuidado e higiene de la madre para prevenir infecciones tempranas.

A las madres puerperas que acudían para el control del niño sano, se proporcionaba información acerca del tamizaje neonatal e inmunizaciones que debían cubrir de acuerdo al esquema nacional de vacunación.

A las madres de niños menores de 5 años, se les realizaba un interrogatorio completo sobre crecimiento y desarrollo de acuerdo a su edad con las tablas de Lubchenco, estado psicomotor con escala de Denver, ablactación y alimentación. Durante la exploración, se le explicaban a la madre algunos ejercicios de estimulación temprana que debía realizar con su hijo y consejos para fortalecer su vínculo madre – hijo.



Enfermera Materno Infantil Esther (izq), UMF 120, IMSS 2016



## REHABILITACIÓN

El servicio de Medicina Física y Rehabilitación otorga atención a personas que por alguna enfermedad o accidente presentan limitaciones en sus actividades de la vida diaria como vestirse, comer, lavar entre otras, ofreciendo de acuerdo a su padecimiento, un tratamiento por medio de terapia física y ocupacional.

El servicio de rehabilitación cuenta con:

- 1 consultorio médico, donde se revisan en promedio 18 pacientes al día.
- Área de rehabilitación, donde se otorgan todas las terapias por personal capacitado.
- Área de Trabajo Social, donde se imparten pláticas sobre higiene de columna.
- Área de Enfermería y Asistente Médica, encargadas de solicitar los datos del derechohabiente para sacar cita y toma de signos y síntomas, peso y talla.
- El área de rehabilitación cuenta con una gran variedad de equipos para el tratamiento de los padecimientos de mayor frecuencia como poleas para ejercitar los músculos de la mano y antebrazo, ultrasonido, corrientes interferenciales, compresas calientes para termoterapia, entre otras.

### ACTIVIDADES REALIZADAS

Los meses que comprendieron mi rotación en Rehabilitación fueron; Septiembre 2015, Febrero y Julio 2016.

Las actividades realizadas como Médico Pasante eran:

Atender a los pacientes en consulta, realizarles un interrogatorio específico sobre su padecimiento actual y exploración física. Los padecimientos más frecuentes eran las lumbalgias, traumatismos de la mano, osteoartritis y esguinces de tobillo.

En el área de Rehabilitación, se trabajaba en conjunto con las terapistas quienes nos explicaban el funcionamiento de diversos aparatos de rehabilitación y de esta manera informarles a los pacientes todo lo referente a la terapia que se les iba a aplicar.



## SALUD EN EL TRABAJO

El Seguro de Riesgos de Trabajo de la Ley del Seguro Social protege a todos los derechohabientes en caso de sufrir un accidente o enfermedad de trabajo, así como las secuelas o limitaciones funcionales que pudieron ser ocasionados secundarias a estos eventos. Para que sea válido se deberá pasar por un proceso de calificación y dictaminación por un médico especialista.

El servicio de Salud en el Trabajo cuenta con:

- 1 consultorio médico donde se revisa aproximadamente el caso de 10 pacientes por día para ser calificado y dictaminado.
- Área de recepción de documentos, donde la secretaria se encarga de informar a los derechohabientes sobre los requisitos para su tramite.

### ACTIVIDADES REALIZADAS

Los meses que comprendieron mi rotación en Salud en el Trabajo fueron; Octubre 2015 y Marzo 2016.

Las actividades realizadas como Médico Pasante eran:

Trabajar en conjunto con la Dra. Especialista quien nos explico la diferencia entre accidente y enfermedad del trabajo de acuerdo a la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social. También, los requisitos que tenía que cumplir dicho accidente o enfermedad para que pudiera ser calificado y dictaminado como aprobatorio.

Revisar e interpretar los diferentes formatos Institucionales que se manejan con claves para los diferentes tramites como;

ST-2: Dictamen de alta por riesgo de trabajo.

ST-3: Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo.

ST-7: Aviso de atención medica inicial y calificación de probable accidente de trabajo.

ST-9: Aviso de atención medica y calificación de probable enfermedad de trabajo.

En caso de ser necesario, los pacientes eran revalorados para determinar el dictamen final.



## PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE LA UNIDAD

Durante el año de Servicio Social el Médico Pasante Manue Alejandro Catalán Ruíz participo en diferentes actividades y programas para la prevención y control de enfermedades infecciosas, cardiometabólicas, cancerígenas y salud materno infantil, así como apoyo en actividades educativas y de enseñanza.

## MÓDULO DE DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO

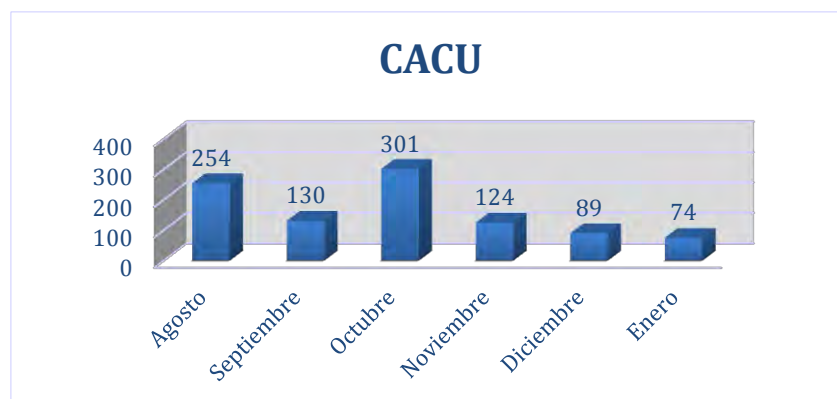
El primer semestre de Servicio Social se cumplió con un programa de detección de cáncer cervicouterino oportuno. El cual, consistía en la implementación de un módulo en los pasillos del área de consulta externa donde se captaban a pacientes mayores de 25 años o menores que ya hayan iniciado su vida sexual.

Durante Agosto de 2015 a Enero de 2016, los pasantes relaizaban una rotación que cubría este módulo en un horario de 8 a 14:00hrs.

El objetivo era interrogar a las pacientes si tenían conocimiento del estudio, cuando se lo realizaron por última vez y de acuerdo al resultado que tuvieron cuando sería la próxima fecha para realizarselo.

Gracias al material de apoyo, se brindaba información a todas las pacientes sobre el cáncer cervicouterino y como prevenirlo, así como los beneficios y el procedimiento del estudio. También se proporcionaba consejería acerca del uso de métodos anticonceptivos para prevenir el VPH y otras ETS.

**GRÁFICA 49. “MÓDULO CACU 2015”**



FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

En la Gráfica 49 se observa el número de detecciones que se realizaron durante el segundo semestre del 2015, siendo mayor durante el mes de Octubre con 301 pacientes y menor en Enero con tan sólo 74 pacientes.

Todas ellas se enviaron al servicio de Medicina Preventiva (PrevenIMSS) para la realización del Papanicolau y así poder derivarlas con su Médico Familiar para darles tratamiento, seguimiento y control en caso de que lo requirieran.



Compañeros Pasantes de Enfermería en módulo de CACU.

## MÓDULO DE MASTOGRAFÍAS

Desde antes de nuestro ingreso como pasantes a la Unidad de Medicina Familiar, existían programas durante todo el año para la prevención y detección de los padecimientos prioritarios del instituto. Al ser la principal causa de muerte por cáncer en mujeres en México, se implementó un módulo mensual para la detección oportuna del cáncer de mama, el cual consistía en captar pacientes con una edad entre 38 y 69 años con o sin factores de riesgo. Anteriormente el programa cubría un rango de 40 a 69 años, pero con el fin de prevenir y detectar oportunamente esta enfermedad que se ha convertido en un problema de salud pública, actualmente en el instituto se realizan las mastografías dos años antes de la edad mínima anterior.

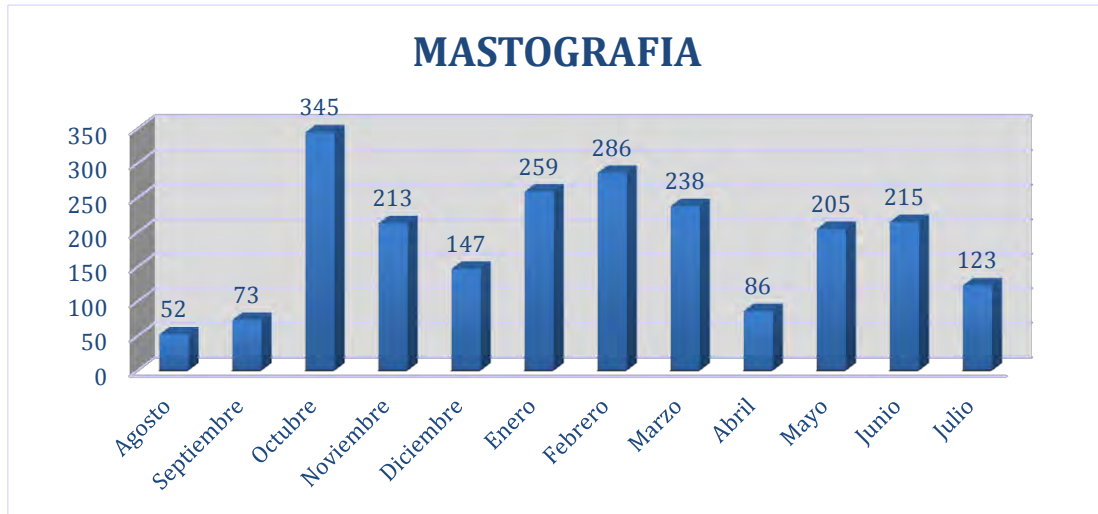
El programa constaba en establecer un módulo en la entrada de la clínica y buscar pacientes en los pasillos del área de consulta externa, interrogar los principales factores de riesgo como edad, antecedente familiar de CAMA, radiación, menopausia tardía y patología previa de mama.

A las pacientes que cumplían con los factores de riesgo ya mencionados se les llenaba una solicitud con sus datos personales, la cual tenían que entregar antes de entrar al carro de mastografías que se encontraba en el estacionamiento de la Unidad.

De la misma forma que el módulo de CACU, se otorgaba información con carteles y posters sobre cáncer de mama, así como la técnica de la autoexploración y la importancia para la detección oportuna de cambios en la morfología de la mama.



**GRÁFICA 50. “MÓDULO CAMA 2016”**



FUENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL UMF 120, 2016

La Gráfica 50 muestra el número de mastografías realizadas durante el año de estancia del Médico Pasante en la Unidad, destacando el mes de Octubre con 345 pacientes.




Dr. Miguel Ángel López Juárez director de la Unidad Médica, supervisando la productividad en el carro de mastografía en la entrada de Atención Médica Continua.

## PLÁTICAS DE TRABAJO SOCIAL

Trabajo Social juega un papel muy importante dentro del IMSS, ya que son los encargados de brindar una atención integral a los derechohabientes que así lo requieran a través de diferentes grupos de autoayuda:

1. ChiquitIMSS
2. El y Ella
3. Embarazo saludable
4. Envejecimiento
5. JuvenIMSS
6. Yo puedo

Cada grupo tiene un programa que permite aportarles las herramientas necesarias para poder mejorar su calidad de vida.


 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 120  
 JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL  
**CALENDARIO DE SESIONES EDUCATIVAS 2016**

GRUPO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCTUBRE	NOV.	DIC.
EL Y ELLA	14-21	7-12	25	3-8	15	22	29-31	5-10	17	24	31	7-9
EMBARAZO SALUDABLE MAT.	11-18	25	8-15	22	7-14	28	4-11	18	25	1-8	15	22
EMBARAZO SALUDABLE VESP.	11-18	25	15-22	29	7-14	28	11-18	25	1-8	15	22	29
ENVEJECIMIENTO	11	22	4	11	8	22	7	14	8	15	22	29
ACTIVO	29	5 feb	12	19 feb	26	5 mar	12	19	26	2	9	16
YO PUEDO	13-20	27	4-10	17	24	31	7-13	20	27	3-9	16	23
YO PUEDO	13-20	27	10-17	24	31	7-13	20	27	3-9	16	23	30
CHIQUITIMSS		22 al 24	14 al 18			26 al 28		1 al 5		24 al 28		15 al 21
JUVENIMSS				28 mayo - 1 abr. de 9:00 a 12:00 hrs			18 - 22 juo 9:00 a 12:00 hrs	1 - 5 ago 9:00 a 12:00 hrs				18 - 21 sep 9:00 a 12:00 hrs
				28 mayo - 1 abr. de 14:00 a 17:00 hrs			18 - 22 juo 14:00 a 17:00 hrs	6 - 12 ago 14:00 a 17:00 hrs				18 - 21 sep 14:00 a 17:00 hrs

LOS GRUPOS EN EL TURNO MATUTINO SE TRABAJAN DE 9:30 A 11:30 HRS Y EN EL TURNO VESPERTINO DE 15:00 A 17:00 HRS HORAS

TODAS LAS ESTRATEGIAS SE TRABAJAN EN EL AULA 2 EN EL PRIMER PISO

Nota: Los turnos en blanco son del funcionamiento y los de color gris son del turno vespertino.

Autor: Celia Ríos Cortés  
 Jefa de Trabajo Social

La imagen muestra el calendario, turno y horario de las sesiones educativas que lleva a cabo el servicio de Trabajo Social con los diferentes grupos ya mencionados anteriormente.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 120  
 JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL**

**CALENDARIO DE SESIONES EDUCATIVAS EN SALUD MATERNA 2015**

**DÍA LUNES**

**TURNO MATUTINO DE 9:30 A 11:30 HRS.**

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
12	9	8	8	11	3	13	3	14	3	9	7
19	16	23	13	18	8	20	10	21	12	23	14
26	23	30	30	25	15	27	17	28	19	30	21

**TURNO VESPERTINO DE 15:00 A 17:00 HRS.**

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
6	10	3	7	5	2	7	8	1	6	2	7
13	17	10	14	12	9	14	11	8	13	9	14
20	24	24	21	19	16	21	18	22	20	23	21

**Contenido temático**

**Primera sesión**  
 Presentación e integración  
 Hábitos higiénicos (baños)  
 Importancia de la vigilancia prenatal  
 Signos e síntomas de alarma  
 ICN, IVU, por exámenes de laboratorio  
 Hábitos nutricios (aludación)  
 Pruebas de VIH

**Segunda sesión**  
 Resaca reproductiva  
 Metodología autoinspección  
 Vigilancia prenatal  
 Lactancia materna

**Ponentes**  
 Trabajadora social  
 Nutricionista  
 Médico  
 Médico  
 Médico  
 Médico

**Tercera Sesión**  
 Trámites administrativos  
 Estimulación temprana  
 Signos de alarma en el RN  
 Prueba de Tamiz  
 Vacunas del RN

**Ponentes**  
 JACD  
 T.S. Rehab  
 T.S. Rehab  
 T. Social  
 T. Social

El Médico Pasante trabajaba en conjunto con el servicio de Trabajo Social para impartir pláticas y estrategias educativas con los grupos de El y Ella, Envejecimiento y Salud Materna.



Trabajadora social en una dinámica educativa con el grupo de JuvenIMSS.

## CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN

*Primera Semana Nacional de Salud:* Se lleva a cabo a finales de Febrero y principios de Marzo y tiene como objetivo principal la aplicación de la vacuna Sabin a todos los menores de 5 años, con lo que se previene la polio. También se refuerza la aplicación de las vacunas anti rotavirus, anti neumococo, pentavalente, BCG y Hepatitis B a menores de 1 año de edad.

*Segunda Semana Nacional de Salud:* Se lleva a cabo a finales de Mayo y principios de Junio y tiene como objetivo principal la aplicación del refuerzo de la vacuna Sabin a todos los menores de 5 años, con lo que se previene la polio.

*Tercera Semana Nacional de Salud:* Se lleva a cabo a principios del mes de Octubre y tiene como Objetivo principal la aplicación de la vacuna Triple viral a todos los menores de 6 y 7 años, con lo que se previenen los casos de Sarampión, Rubéola y Parotiditis. También se refuerza la aplicación de las vacunas BCG, pentavalente, Hepatitis B, rotavirus y VPH.

En el 2015 los Médicos Pasantes en compañía de Médicos de Base, Enfermería, Trabajo Social y Médicos Internos, salieron a diversos módulos que se implementaron en colonias aledañas a la Unidad para la aplicación de las vacunas correspondientes a la Tercer Campaña de Vacunación.



Tercera Semana Nacional de Vacunación, con el Dr. López Director de la Unidad, la Dra. Barrón Coordinadora de Enseñanza e Investigación, Dra. Araceli Médico Epidemiólogo, Enfermera Verónica Jefa de Enfermeras, Lic. Gloria Jefe de Trabajo Social, Médicos Pasantes y Médicos Internos de Pregrado.

## FERIAS DE LA SALUD

Durante Agosto de 2015 a Julio 2016 se llevaron a cabo 4 ferias de la Salud, una en la UMF No. 35 y tres en la UMF No.120. El objetivo, abarcar un mayor número de derechohabientes y sus familias, en cuanto a la detección, prevención y tratamiento de cualquier padecimiento que no se haya detectado anteriormente.

Se implementaron diversos módulos para la detección de enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, mediante la toma de glucosa capilar en ayuno, hipertensión con la toma de tensión arterial, detección de cáncer de mama a través de mastografías, así como detecciones de cáncer cérvicouterino a través del Papanicolaou, además de aplicación de inyecciones a menores de 5 años, completando su esquema de vacunación.



Compañeras Pasantes en módulo de vacunación de la UMF No. 35

Se conto con la participación del servicio de Nutrición, quien se encargo de medir peso, talla e IMC, para detectar pacientes con sobrepeso y obesidad. De esta manera, se les brindo información sobre la elección de los alimentos más adecuados para su dieta diaria a través del plato del buen comer.

Trabajo Social se encargo de atender a los grupos más vulnerables; los niños y adolescentes, a través de juegos y actividades como el módulo de métodos anticonceptivos con el fin de que conocieran su existencia, su uso y los beneficios que pueden tener como la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.





Personal de la Unidad organizando la Tercera Feria de la Salud en el patio central de la UMF No. 120.

## ENSEÑANZA

A partir de Enero de 2016, tuve la oportunidad de trabajar en el área de enseñanza, apoyando en algunas actividades administrativas de la Unidad y académicas con los Médicos Internos de Pregrado.

Con la supervisión y asesoría de la Dra. María Teresa Barrón Tirado Coordinadora de Enseñanza, Educación e Investigación y la Dra. Araceli Sánchez Hernández Médico encargada del área de Epidemiología y Coordinadora de los Médicos Internos en la Unidad, participe en la elaboración del rol de rotaciones de tres generaciones de Médicos Internos, así como la coordinación de clases y calificación de tareas y exámenes para su evaluación.

Las clases de los MIP se llevaban a cabo en la biblioteca, con el apoyo de computadora y proyector por parte de enseñanza, en un horario de 8:00 a 9:00 hrs de Lunes a Viernes con excepción de los Miércoles que tenían sesión general en el HGR No. 25.

Las clases eran impartidas por los Médicos Internos y coordinadas por la Dra. Araceli y el Médico Pasante Manuel Catalán. Se solicitaban 20 historias clínicas por MIP sobre temas prioritarios durante su rotación por Medicina Familiar, las cuales eran evaluadas de acuerdo al contenido de la nota médica; HC completa, diagnóstico y tratamiento, así como recomendaciones necesarias.

## **CAPITULO 4**

# **CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL**

## **EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA**

El Servicio Social es una de las experiencias más gratificantes para el Médico en formación, ya que le permite vincularse con el entorno real y retribuir a la sociedad, en forma de acción social, lo que recibí durante su formación académica

Como Médico Pasante adquieres consciencia de tu nivel educacional, reafirmas conocimientos y te replanteas la relación que el médico debe de tener con los servicios de salud, la comunidad y con los demás miembros del equipo de salud.

Personalmente el Servicio Social me permitió aplicar los conocimientos adquiridos durante mi formación académica, reforzar mis debilidades y buscar la adquisición de nuevas habilidades para desarrollarlas en la práctica clínica.

El Servicio Social te da la experiencia que necesitas adquirir primeramente como ser humano al entender las condiciones y limitantes en las que vive la mayoría de los pacientes en las zonas marginadas y como Médico para asimilar los principales problemas de salud pública que afectan a la población y son responsables de las principales causas de morbilidad en nuestro país.

## **EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN PROFESIONAL**

Las diferentes actividades realizadas en la Unidad ayudaron a desarrollar mis capacidades físicas, humanas y sociales al tener contacto directo con los pacientes día con día. En el servicio de Atención Médica Continua aprendí a integrar diagnósticos desde que el paciente entraba al consultorio y reafirmarlos al realizar un interrogatorio completo dirigido y una exploración física orientada a mi diagnóstico sindromático.

El manejo inicial de los pacientes con urgencias sentidas, estabilizar las urgencias reales y referirlos de manera oportuna en caso de que lo requirieran, fueron algunas de las actividades que me hicieron reafirmar lo importante que es el trabajo en equipo y la coordinación que se debe tener para evitar complicaciones fatales.

La comunicación, no sólo es fundamental en el servicio de atención médica, sino también con el resto del personal de salud, ya que todos conformamos un equipo multidisciplinario con el mismo objetivo, la salud de la población derechohabiente.

En rehabilitación aprendí que las lumbalgias son la principal causa de consulta inicial en la Unidad. Los traumatismos de mano, uno de los principales padecimientos que requieren rehabilitación por la importante utilidad que tiene en las actividades diarias, así como el uso de diversos aparatos especializados a los que nunca había tenido acceso y que ahora tengo conocimiento pleno para su uso en futuras ocasiones que lo requiera.



La consulta externa me permitió perfeccionar mis habilidades clínico diagnósticas, así como establecer el tratamiento más indicado de acuerdo al padecimiento encontrado. La difusión de información para la prevención de enfermedades infecciosas y crónico degenerativa represento un verdadero reto por el nivel de escolaridad de los pacientes y el estilo de vida que tenían.

EMI fue una excelente oportunidad para poner en práctica mis conocimientos en Obstetricia y Pediatría. La Enfermera Esther nos permitía llevar a cabo la consulta completa, revisar a los pacientes pediátricos y explorar a las mujeres embarazadas, dar consejería, así como recomendaciones para su próximo parto o cesaria, puerperio y lactancia.

Una de las rotaciones que más me gustaron y donde pude aprender mucho fue Salud en el Trabajo, donde aprendí la diferencia entre un riesgo de trabajo, accidente y enfermedad general, así como el conocimiento de la Ley General de Salud y Ley del Seguro Social que protege al derechohabiente en caso de sufrir alguna de estas condiciones.

En general, el Servicio Social contribuyo de manera sustancial a mi formación profesional y laboral tanto en comunidad como a nivel institucional. Conocer mis habilidades y destrezas así como mis limitaciones, ayudaron a perfeccionar mis capacidades y aptitudes en la práctica clínica.

## **EN RELACIÓN A SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD**

Conocer el impacto que generan los principales padecimientos sobre los recursos físicos, sociales y económicos de la Unidad, ayudaron a plantearme varias preguntas sobre las posibles causas y consecuencias prevenibles de la población en riesgo. Fue así como durante mi rotación en EMI me dí cuenta del importante problema de salud pública en el que se ha convertido el embarazo en adolescentes.

El tema de investigación que elegí, tenía como objetivo identificar los principales factores de riesgo que influían en el embarazo de adolescentes de 13 a 19 años en la UMF No. 120. Los resultados arrojaron que las adolescentes que acudían a consulta a la Unidad se encontraban planeando sus embarazos a edades tempranas. De acuerdo a la OMS, todo embarazo en menores de 19 años es considerado de alto riesgo, por lo que mi investigación ayudara a los profesionales de la salud de la Unidad a enfocarse en la orientación y consejería de ese grupo vulnerable, así como educación para la salud sobre los posibles riesgos y consecuencias que este puede traer para ellas y sus hijos al no encontrarse en una edad conveniente para iniciar una familia.

Por otro lado, en la práctica de campo, mi participación en las Campañas de Vacunación y Ferias de la Salud que se llevaron a cabo a nivel nacional, proporcionaron un gran beneficio para la salud y prevención de enfermedades infecciosas y no infecciosas en pacientes derechohabientes y no derechohabientes de la delegación Iztapalapa.

## EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA

La Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco tiene 42 años formando profesionistas en el área de la salud, con el objetivo de servir a la comunidad, abordando los principales problemas de salud que afectan a la sociedad en nuestro país, con las herramientas educativas que esta Universidad le proporciona al estudiante y futuro egresado; y que contribuyen a la superación personal y profesional.

El Servicio Social fue el lugar indicado donde pude llevar a cabo la aplicación de todos los conocimientos aprendidos durante las maratónicas jornadas de clase en la Universidad y los largos trayectos de camino hacia los hospitales, los cuales, valieron la pena al poder transmitir mi vasta experiencia académica y profesional a los pacientes y compañeros estudiantes.

Tanto la Universidad como los diferentes hospitales sede durante mi formación académica, permitieron que desarrollara al máximo mis capacidades científicas, éticas y humanísticas, que hoy en día puedo aplicar en la vida diaria al llevar a cabo el ejercicio de mi profesión.

La formación científica que cubre el perfil del médico egresado de la Universidad Autónoma Metropolitana plantel Xochimilco, logro que realizara satisfactoriamente una investigación sobre la población adolescente de la Unidad a la cual estuve adscrito y así contribuir a la toma de medidas necesarias para la prevención de complicaciones en este grupo vulnerable, esperando que con la rotación de futuros Médicos de Servicio Social exista una continuidad en el estudio para el beneficio de las adolescentes.

Como Médico Pasante puedo decir orgullosamente que cumplo con el perfil de egreso de esta Universidad al formarme en primer lugar como ser humano y después como Médico General, el cual me permitió comprender el proceso salud enfermedad en las diferentes esferas bio-psico-social, trabajar en equipo para llegar a un fin en común, el bienestar del enfermo y desarrollar un pensamiento crítico y científico para dar solución a los principales problemas que exige la sociedad.

Como futuro Médico General y a través de este proyecto final, me permito expresar mi gratitud hacia esta Universidad, la UAM-XOC mi alma mater, y a todo el grupo de docentes especialistas que formaron parte de lo que soy hoy en día. Sin duda, los alumnos egresados de esta Universidad se encuentran a la altura de las circunstancias que lo exigen los principales problemas de salud de nuestro país, con el propósito de brindar una atención médica de calidad y fomentar el desarrollo del pensamiento científico para formar futuros investigadores que den solución a los problemas que generan un gran impacto sobre la salud de la población en la actualidad.

**Imágenes de algunas actividades realizadas durante el Servicio Social.**



Compañeras pasantes de Servicio Social en la Unidad de Congresos Médicos de CMNSXXI



Compañeros pasantes de Servicio Social de la UMF No. 120, 40 y 29, en la carrera del IMSS contra el Cáncer de Mama



Capacitación sobre la cartilla de salud en la biblioteca de la Unidad, impartida por la Dra. Barrón Tirado



Compañeras pasantes en las XLIV Jornadas de Investigación de Médicos Pasantes en Servicio Social Delegación Norte del IMSS



Compañeros pasantes en las XLIV Jornadas de Investigación de Médicos Pasantes en Servicio Social Delegación Norte del IMSS



Con la en la Dra. Barrón en las XLIV Jornadas de Investigación de Médicos Pasantes en Servicio Social Delegación Norte del IMSS