



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6

“TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y
EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE DE LA U.M.F.No. 6”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANNALLELY SÁNCHEZ PERALES

DIRECTOR:

DRA. ETNA RUTH ALMANZÁN ÁNGELES

ASESORES:

DR. JOSÉ ARTURO CORDOVA SORIANO

DR. ARTURO GARCÍA GALICIA

DRA. NAYELLY ISABEL PALACIOS RAMÍREZ



H. PUEBLA DE ZARAGOZA, PUEBLA.

FEBRERO 2021.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“Todo tiene su tiempo,
y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora”*

Eclesiastés 3:1

*Gracias Dios, por la vida,
la familia, y la amistad, que
durante este periodo estuvieron
apoyándome.*

*Gracias a mis asesores
por su paciencia y sabiduría.*

*Dedicado a mi queridísima
y apreciada amiga
A.G.F.*

.

Índice.

1. Resumen	3
2. Introducción	5
3. Antecedentes	6
3.1 Antecedentes Generales	6
3.2 Antecedentes Específicos	15
4. Justificación	18
5. Planteamiento del problema	19
6. Hipótesis	20
6.1 Hipótesis nula	20
6.2 Hipótesis alterna	20
7. Objetivo	21
7.1 Objetivo general	21
7.2 Objetivo específico	21
8. Material y métodos	22
8.1 Diseño del estudio	22
8.2 Ubicación espacio-tiempo	22
8.3 Selección de la muestra	22
8.3.1 Población de estudio	22
8.4 Criterios de selección	22
8.4.1 Criterios de inclusión	22
8.4.2 Criterios de exclusión	22
8.4.3 Criterios de eliminación	23
8.5 Diseño y tipo de muestreo	23
8.6 Tamaño de la muestra	23
8.7 Definición de las variables	23
8.7.1 Definición operacional	23
8.8 Variables y escalas de medición	25
8.9 Método de recolección de datos	26
8.10 Análisis de datos	26
9. Aspectos éticos	27
10. Resultados	29
11. Discusión	39
12. Conclusión	42
13. Propuestas	43
14. Bibliografía	44
15. Anexo	47

1. RESUMEN.

“TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE DE LA U.M.F.No. 6”

R-2019-2104-039

Dra. Sánchez Perales Annallely¹, Dra. Etna Ruth Almazán Ángeles², Dr. José Arturo Córdova Soriano³, Dr. Arturo García Galicia⁴, Dra. Nayelly Isabel Palacios Ramírez⁵.

Residente de Medicina Familiar¹, Médico Familiar adscrito a la UMF 12², Médico Familiar docente en investigación³, Médico Pediatra jefe de división de investigación en salud⁴, Familiar Médico Familiar directora de la UMF 7⁵.

Introducción: La Adolescencia, es un continuo de crecimiento, con cambios hasta llegar a una maduración. Este transitar, influido por una explosión al torrente sanguíneo de componentes hormonales, dará al individuo, además de cambios físicos y fisiológicos, una visión diferente de su entorno, tanto en el familiar (Ciclo evolutivo de la familia Etapa IV) como en el social. Esto condicionará al individuo a revalorar su rol en ambos entornos, siendo la libertad, el distintivo principal de esta transición y una de sus manifestaciones será la respuesta sexual humana. Cuando esta etapa se ve afectada por conductas persistentes de inatención y/o hiperactividad-impulsividad (TDAH), dichas manifestaciones pueden magnificarse generando posibles conductas de riesgo en su respuesta sexual, con las consecuencias de ITS o embarazo en la adolescente, siendo ésta última la línea de investigación de este trabajo.

Objetivo: Comparar la presencia de probable diagnóstico de TDAH en adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas y adolescentes sin embarazo de la U.M.F. No. 6.

Material y métodos: Es un estudio comparativo, observacional, prospectivo y transversal. Se constituirán dos grupos de adolescentes, para comparar, el primer grupo será de 75 adolescentes embarazadas o adolescentes que ya estuvieron embarazadas y el segundo grupo de 75 adolescentes que no lo están, ambos grupos se les aplicará el instrumento CEPO auto aplicable en adolescentes para detectar probable diagnóstico de TDAH.

Resultados: De acuerdo a las adolescentes embarazadas o con embarazo anterior se obtuvieron los siguientes resultados: con respecto al estadígrafo de edad una media de 17.87 DE de 1.36. con respecto a la clasificación de adolescencia predomina la categoría tardía con 82.7% (n=62), en cuestión de ocupación, en ser amas de casa se obtuvo 84.6% (n= 22), estadígrafo de escolaridad en años teniendo una media de 10.33 DE 1.71, en la distribución de nivel socioeconómico rango de obrero es 52.6%(n=41), en estado civil predominó el ser soltera es 54.7%

(n=41), al número de parejas sexuales se obtuvo que el 76 % (n=57) solo tenía 1 pareja sexual, con respecto a la probabilidad de síntomas de TDAH con una alta probabilidad 22.7% (n=17). Conforme a las adolescentes no embarazadas: en el estadígrafo de edad con una media de 8.36 DE 3.03, con respecto a la categoría de la adolescencia en las tres categorías fue proporcional con un mayor porcentaje 34.7 % (n=26) en etapa media de adolescencia, en ocupación el ser estudiantes predominó con 64 % (n=71), la escolaridad en años se obtuvo una media 8.36 DE 3.03, al nivel socioeconómico pertenecen al obrero el 47.4% (n=37) y en rango medio alto 81.8% (n=9), al estado civil en categoría de soltera predominó con 98.7% (n=74), no se encontró casadas y solo 1.3% (n=1) en unión libre, la distribución de acuerdo al inicio de vida sexual activa se obtuvo que 21.33% (n=16) ya habían iniciado vida sexual activa y 78.67% (n=59) aun no. Al número de parejas sexuales una pareja sexual predominó teniendo 80.0% (n=12), teniendo en cuenta que este grupo solo el 21.33% (n=16) han iniciado vida sexual activa, con respecto a la probabilidad alta de TDAH en este grupo es de 16 % (n=12). En cuanto al inicio de vida sexual activa y con la probabilidad de TDAH se obtuvo 22% (n=20) ya habían iniciado y 15.3% (n=9) aun no.

Conclusiones: La literatura reporta al TDAH como factor de riesgo para conductas de riesgo en la adolescencia, promiscuidad sexual, abuso de sustancias, accidentes y embarazo. En este estudio, no existió una asociación estadísticamente significativa, en esta población la frecuencia de probable TDAH es igual en adolescentes embarazadas o con embarazo anterior y las que no lo están. Cabe mencionar la importancia del sesgo que existió con respecto a la edad, en las categorías de la adolescencia, diferencias entre ambos grupos, por lo que pudiera influir en el resultado.

2. INTRODUCCIÓN.

La adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta y está marcada por un complejo proceso de crecimiento físico y desarrollo biológico, psicológico, emocional y social.

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una patología que, con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, DSM5 (American Psychiatric Association, 2013) definen al TDAH como un patrón en el neurodesarrollo, de conductas persistentes de inatención y/o hiperactividad-impulsividad.

La adolescencia, influido por una explosión al torrente sanguíneo de componentes hormonales, dará al individuo, además de cambios físicos y fisiológicos, una visión diferente de su entorno, tanto en el familiar (Ciclo evolutivo de la familia Etapa IV) como en el social.

Esto condicionará al individuo a revalorar su rol en ambos entornos, siendo la libertad, el distintivo principal de esta transición y uno de sus objetivos será la respuesta sexual humana.

Cuando esta etapa se ve afectada por conductas persistentes de inatención y/o hiperactividad-impulsividad (TDAH), dichos objetivos pueden magnificarse generando posibles conductas de riesgo en su respuesta sexual, con las consecuencias de ITS o embarazo en la adolescente, siendo ésta última la línea de investigación de este trabajo.

3. ANTECEDENTES.

3.1 ANTECEDENTES GENERALES.

La adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta y está marcada por un complejo proceso de crecimiento físico y desarrollo biológico, psicológico, emocional y social.

Existen varias alternativas en cuanto a toma de edad en la adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud, sitúa la edad de adolescencia entre 10 y 19 años, y 19 y 25 años como juventud, otro, por ejemplo, la Academia Americana de Pediatría y la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia toman el rango entre 10-21 años de edad (1).

Existen fases de la adolescencia: Temprana comprende de 10 -13 años: Grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Se inicia la pérdida de interés por los padres y se inician amistades, sobre todo con individuos del mismo sexo. Aumentan las actividades cognitivas y las fantasías: no hay buen control de los impulsos y se plantean metas vocacionales irreales. Hay mucha preocupación por los cambios corporales, con muchas dudas acerca de la apariencia física. Fase Media: comprende de los 14 a 16 años de edad: Prácticamente completados el crecimiento y desarrollo somático. Periodo de máxima confrontación con los padres, compartiendo valores propios y conflictos. Para muchos adolescentes es la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales; sensación de invulnerabilidad adoptando conductas onnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Mucha preocupación por la apariencia física. Y la fase tardía que comprende 17 -19 años de edad: Apenas cambios físicos y aceptación de la imagen corporal. Acercamiento a los padres. Valores con perspectiva más adulta, desarrollando metas vocacionales reales. Adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y pierde jerarquía el grupo de pares (2).

El comienzo de cambios en la pubertad es establecido por variables genéticas, así como ambientales. Inicia con un descenso de la sensibilidad de las neuronas en la región hipotalámica, que producen GnRH a la inhibición producida por los esteroides gonadales, por la existencia de varios factores neuronales, genéticos, hormonales (neuroquinina B, leptina, etc.) y ambientales. Se aumentan la secreción y los pulsos de GnRH. Esta última estimula la secreción de FSH y LH, que estimulan la glándula con el aumento en producción de andrógenos y estrógenos. La hormona LH y FSH es importante y útil para establecer el inicio de la pubertad, porque es distinto en el periodo prepuberal (destaca la FSH y es menor a 1) y en el periodo puberal (sobresale LH y es mayor a 1).

La maduración de las suprarrenales se produce entre los 6 y 8 años de edad. Comienza 2 años previos antes que incremente los esteroides gonadales y es autónomo del eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal. Este eje se activa en la pubertad, lo que genera un incremento en la producción de GHRH en el hipotálamo, la GH a

nivel de la hipófisis, y esta incrementa los niveles de IGF-1, IGBP-3, este incremento se genera primero en las mujeres que en los varones. El comienzo y el acrecentamiento de la pubertad, es diferente de un adolescente a otro. En la pubertad existen modificaciones físicas que son: en el crecimiento óseo y de órganos internos un aumento y descenso, cambios en órganos reproductores, gónadas y caracteres sexuales secundarios. La talla definitiva la da el 20 al 25% del crecimiento puberal. En las mujeres el primer dato de pubertad es el botón mamario, que puede encajar a los 11 años con la edad ósea. En las mujeres el complemento de la pubertad es en 4 años, más existe variaciones entre 1.5 a 8 años. En los varones el primer cambio es el crecimiento testicular, que se presenta con las características de rugosidad y enrojece, a los 13 años. El crecimiento testicular más rápido, se da en 12 a 14 meses en la etapa de Tanner 2 y 3. La estimulación de los andrógenos da los caracteres sexuales, así como en mujeres y hombres, menos el desarrollo de glándula mamaria que esta depende más de los estrógenos.

Basándose en el desarrollo de órganos genitales y caracteres sexuales secundarios, Tanner dio una clasificación en 5 estadios que se sigue utilizando actualmente para valorar la maduración sexual.

En la adolescencia según Piaget el pensamiento pasa de uno concreto a uno abstracto con una visión al futuro, que es típico de la madurez. A los 12 años es el crecimiento cognitivo con capacidad de realizar hipótesis, capacidad de pensar en abstracto y de entender a largo plazo las acciones del presente, a los 15 y 16 años es el desarrollo moral, comprender lo que es correcto e incorrecto. A los 25 -30 años la maduración definitiva. Por esa cuestión, el joven tiene conductas de riesgo, entonces un adolescente puede tener un impulso emocional de ira dependiente de la amígdala y tener una conducta de riesgo.

Los adolescentes (edades entre los 10 y los 19 años) representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial (1200 millones de personas). Un mayor porcentaje en los adolescentes que ponen en peligro su vida, puede ser el consumo de alcohol o tabaco, sedentarismo, el inicio de relaciones sexuales sin protección, así como la violencia.

La mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años es en el embarazo y parto. Aproximadamente el 11% de los nacimientos a nivel mundial corresponden a mujeres de 15 a 19 años y la mayor parte de esos nacimientos se registra en países de ingresos bajos y medianos. La División de Población de Naciones Unidas muestra que la tasa mundial de natalidad (2015) de las adolescentes de esa edad aumenta a 44 nacimientos por 1000 y, en función de los países, oscila entre 1 y más de 200 por 1000. Esas cifras indican un marcado descenso desde 1990, que se refleja asimismo en la disminución de las tasas de mortalidad materna de las mujeres de 15 a 19 años (3).

En México la población adolescente se incrementó sustancialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX ya que representó la quinta parte del total y por

ende la presencia del embarazo a esta edad aumentó de igual forma. En 1970 la población adolescente era de 11.7 millones; para el año 2000 ascendió a poco más de 21.6 y para el año 2010 se incrementó a 21.95, es decir aumentó un 87 % entre los años 1970 y 2010. En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012 reportó que el 23 % de los adolescentes entre 12 y 19 años habían iniciado vida sexual activa (VSA) (hombres 25.5 % y mujeres 20.5 %) de éstos 14.7 % de hombres y 33.4 % de mujeres no utilizó métodos anticonceptivos.

Mas del 50%, a la edad de 12 a 19 años, mencionó que ya había estado embarazada, cuando se entrevistó algunas presentaban embarazo, es decir, que existe posibilidad de un embarazo en un poco más del 60% cuando se inicia vida sexual activa.

También reportó que la Tasa Específica de Fecundidad en 2011 de mujeres entre 12 y 19 años fue de 37 nacimientos por 1 000, superior a la de 2005 que fue de 30. El incremento de nacimientos a esta edad fue 23.3 % entre 2005 y 2011. De acuerdo al Censo de población y vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el 18.2 % son madres adolescentes menores de 20 años del total de nacimientos registrados en México (4).

Otras fuentes comentan, la población mundial estimada es de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad, los cuales el un mínimo porcentaje 10% presentan embarazos, que sería el 10% de nacimientos. Entonces 15 millones de femeninas, cada año, dan a luz, lo que corresponde a embarazo en adolescentes. En México, en adolescentes de 15 a 19 años, existen 400,000 nacimientos al año, y el 20% corresponde a menores de 20 años (5).

El embarazo normal se define como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. En la etapa de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia; debido a esto se considera como embarazo de alto riesgo (6).

El embarazo en adolescentes continúa siendo un problema serio, los costos son elevados, cuando están vinculados con un estado socioeconómico bajo. Tener sexo a edad temprana está asociado con sexo no seguro, por falta de conocimientos y de acceso a la anticoncepción, falta de habilidades y autoeficacia para negociar la anticoncepción; existe una vinculación con los efectos de alcohol o drogas. Algunos estudios sugieren que de 30 a 40% de las adolescentes sexualmente activas en grupos de alto riesgo se contagia de enfermedades de transmisión sexual, en las cuales la clamidia infecta más fácilmente el cérvix inmaduro en comparación con los adultos. La mortalidad infantil entre los bebés de madres adolescentes es 60% más alta que en los bebés de madres mayores. Los adolescentes expresan en las relaciones sexuales la fuerza biológica que los llevará a la búsqueda de pareja y al desempeño de roles de adulto, lo que potencialmente termina en un embarazo, de tal manera que la estructura y la dinámica de la familia de una adolescente

embarazada cambian para responder a las necesidades del nuevo binomio. Existe mayor incidencia de patologías del embarazo en adolescentes, encontrándose entre las más probables síndrome hipertensivo y parto prematuro. Con el embarazo surgen exigencias adaptativas psicosociales, que aumentan en la adolescencia, la adolescente aún no está preparada, además a menudo se trata de embarazo no deseado (7).

El Trastorno Déficit Atención Hiperactividad (TDH) se considera el trastorno del neurodesarrollo más frecuente. En un metaanálisis reciente, que incluyó 86 estudios en niños, adolescentes y adultos, a pesar de la amplia variación en las cifras en los distintos estudios, en conjunto arrojaron una prevalencia de 5.9-7.1% en niños y adolescentes y 5% en adultos jóvenes. Sin diferencias significativas entre países a nivel mundial si se controlan las diferencias según los algoritmos usados para el diagnóstico de TDAH. En Chile existe un estudio de prevalencia que reporta un 10% entre niños de 4 a 18 años (8).

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una patología que, con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, DSM5 (American Psychiatric Association, 2013) definen al TDAH como un patrón en el neurodesarrollo, de conductas persistentes de inatención y/o hiperactividad-impulsividad (9).

El TDAH, afecta alrededor de 5% de la población en todo el mundo y entre 3 y 6% de niños de edad escolar, y persiste en los adultos en el 40% de los casos. Aunque el porcentaje varía según el sexo, de modo que este trastorno predomina más en niños que en niñas (10).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se da aproximadamente en el 5,3% de los niños y adolescentes, y el 50-70% de los afectados sigue presentando sintomatología significativa del trastorno durante la adolescencia y el principio de la edad adulta (11).

La población infantil en México se estima en aproximadamente 33 millones de niños, los cuales el 15% tienen algún problema de salud Mental. La población pediátrica del TDAH afecta entre el 4 y el 12% de la población escolar y se calcula que en México existen alrededor de 15 000 000 niños, sin embargo, es importante aclarar que no existen estudios epidemiológicos a nivel nacional sobre la prevalencia del TDAH en la república mexicana (12).

En un estudio Barrios y colaboradores, en Guadalajara México, se obtuvo una prevalencia de 8.9%, en un rango de edad de 5 a 15 años, en un 3.3% en trastorno combinado, 3% inatención 2.6% hiperactividad /impulsividad y en una relación masculino 2.3/1 sobre mujeres (13).

El psiquiatra Dr. Heinrich Hoffman en 1845 publicó un libro de poemas infantiles en el que se describían dos casos de TDAH. En uno de ellos, titulado "The

Story of Fidgety Phil”, sobre un niño que presentaba todas las características de un TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo. Otro, titulado “The Story of Johnny Head-in-Air”, comenta el caso de un niño que tenía el comportamiento propio de un paciente con TDAH de predominio inatento. En 1902 Sir George F. Still publicó unos casos de artículos en la revista Lancet en los que describía una serie de casos de adolescentes impulsivos con trastornos de conducta genéticamente determinados que hoy día recibirían el diagnóstico de TDAH. Still relacionaba estos problemas con el retraso mental y con un déficit en lo que él llamaba “control moral”. En 1934 Kahn y Cohen describieron la “impulsividad orgánica” en niños con manifiesta lesión cerebral; y en 1937 Bradley usó el Metilfenidato en niños con problemas conductuales secundarios a la encefalitis viral. En las décadas de 40 y 50 los trabajos de Strauss hicieron aún más énfasis en la existencia de una lesión cerebral que explicaba la existencia de los síntomas. La insistencia en el origen orgánico del trastorno durante más de dos décadas provocó que durante los siguientes años se sobrevalorara la influencia de la lesión cerebral en la aparición del trastorno, dando lugar al síndrome llamado “disfunción cerebral mínima”, y generando una gran heterogeneidad en la definición y descripción del síndrome en diferentes países (14).

Con respecto a la fisiopatología el TDAH presenta una heredabilidad de aproximadamente el 70-80%. Ello ha propiciado la búsqueda de genes candidatos explicar la susceptibilidad al TDAH, y los que se han asociado más frecuentemente con el trastorno son los genes codificadores de los receptores de dopamina, noradrenalina y serotonina, el que transporta la dopamina y de serotonina, el de la enzima catecolometiltransferasa, y la proteína asociada al sinaptosoma. Aunque, los polimorfismos hallados en estos genes explicarían solo el 3% de la variabilidad fenotípica. Los factores genéticos, también existen múltiples factores ambientales que se han asociado con un incremento de riesgo de presentar un TDAH, como son la exposición prenatal al tabaco, la prematuridad y el bajo peso al nacer, la exposición al plomo y la privación social extrema precoz. El TDAH también se ha relacionado con factores dietéticos como deficiencias nutricionales, dietas ricas en grasas y azúcares refinados, y bajas en ácidos grasos omega-3, y con la adición de conservantes y colorantes. Factores psicosociales como un bajo nivel socioeconómico y educativo de los padres, maltrato institucionalización también se han asociado al desarrollo de TDAH. Es importante que la asociación entre estos factores ambientales y el TDAH no implique necesariamente causalidad ya que podría estar mediada por factores genéticos, lo que muestra una posible interacción entre ambos en la patogenia del trastorno. Existen teorías que relacionan los síntomas del TDAH con alteraciones neuroanatómicas y funcionales. La más aceptada propone una doble conceptualización del trastorno según la cual los pacientes con TDAH presentarían una disfunción ejecutiva conjuntamente con déficits motivacionales. La disfunción ejecutiva afectaría principalmente a la atención mantenida, la planificación, la memoria de trabajo y la capacidad de inhibición de respuestas, mientras que los déficits motivacionales consistirían en una preferencia por recompensas inmediatas a aquellas demoradas, y por recompensas grandes, pero poco probables, a las pequeñas, pero más probables.

Estas disfunciones neuropsicológicas estarían relacionadas con alteraciones funcionales, principalmente en 2 sistemas neuronales. Los déficits ejecutivos se relacionarían con alteraciones en la activación del circuito frontoestriatal, que incluiría el córtex prefrontal dorsolateral, el córtex cingulado anterior y el núcleo estriado dorsal. Los déficits motivacionales se asocian con disfunciones en la activación del circuito mesolímbico, que incluye el córtex orbitofrontal y el núcleo estriado ventral. Existen otras áreas que podrían ser disfuncionales en pacientes con TDAH son el córtex, el cerebelo, parietal y el tálamo. Estas alteraciones funcionales se han asociado con alteraciones en la neurotransmisión dopaminérgica, principalmente en áreas subcorticales, que se han asociado con la disfunción en el circuito de la recompensa y con los déficits motivacionales. También se ha implicado una disfunción doble, noradrenérgica y dopaminérgica, en las vías que inervan el córtex prefrontal que participan en las funciones ejecutivas. Los estudios de neuroimagen estructural muestran hallazgos bastante inespecíficos, como alteraciones volumétricas en el córtex prefrontal, el cingulado anterior y posterior, los ganglios pálidos, caudado y putamen, el cuerpo calloso, el cerebelo y las regiones parietotemporales (15).

Su diagnóstico de TDAH es principalmente clínico. El hallazgo de ciertos síntomas es necesario para definir una enfermedad, pero no es suficiente. Las clasificaciones psiquiátricas exigen que esos síntomas produzcan un deterioro de la actividad social, académica o laboral. Este aspecto clave de la enfermedad es subjetivo y socialmente determinado (16).

Hay dos sistemas a nivel internacional para diagnosticar TDAH: el DSM-5 y el CIE -10. Los criterios del primero que corresponde al DSM-5 (APA), A Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo, caracterizado por (1) y/o (2). 1. Inatención: seis o más de los posteriores síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, que se han mantenido durante al menos 6 meses hasta un grado que no concuerda el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ ocupacionales, a) con frecuencia falla en prestar atención suficiente a los detalles o por descuido comete errores en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades por ejemplo no hay precisión, b) con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades recreativas, por ejemplo no tiene la atención en lectura prolongadas, c) con frecuencia no escucha cuando se le habla directamente, por ejemplo parece tener la mente en otra cosa, d) con Frecuencia no sabe seguir instrucciones y no termina tareas escolares, encargos, u obligaciones, por ejemplo inicia tareas pero se distrae fácilmente, e) con frecuencia tiene dificultades para organizar tareas y actividades, por ejemplo no pone en orden los materiales, f) con frecuencia evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, por ejemplo no completa formularios, g) con frecuencia extravía objetos necesarios para tareas o actividades, por ejemplo lápices, h) con frecuencia se distrae fácilmente por estímulos externos, i) con frecuencia es descuidado en las actividades diarias, por ejemplo hacer tareas.

2. Hiperactividad e impulsividad: seis o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, que se han mantenido durante al menos 6 meses hasta un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo en actividades sociales y académicas/ocupacionales: a) con frecuencia mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento. b) con frecuencia se levanta su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca en su lugar. c) con frecuencia corretea o salta, trepa en situaciones en que es inapropiado hacerlo, d) con frecuencia es incapaz para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de recreativas, e) frecuentemente “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor, por ejemplo no puede estar en restaurants, f) con frecuencia habla en exceso, g) con frecuencia responde antes de haber sido completadas las pregunta, por ejemplo termina las frases de otros, h) con frecuencia tiene dificultades para esperar su turno, por ejemplo no respeta una fila, i) con frecuencia interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros, por ejemplo en una conversación. 3. Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad están presentes antes de los 12 años de edad. 4 varios síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades). 5. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académica o laboral. 6. Los síntomas no producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, abuso de sustancias o síndrome de abstinencia). En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones: Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1, pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses (17).

El CIE-10 esta dentro del trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, los llamados “trastornos hipercinéticos”. El trastorno de déficit de atención existe cuando se manifiesta por una interrupción inicial de la producción de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los pacientes cambian a menudo de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque se entretienen con otra actividad. Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el Coeficiente Intelectual del afectado. 2) Síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Los puntos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico consta en las más de una situación como en casa y la escuela.

En la CIE-10 es necesario que el paciente presente al menos 6 síntomas de inatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad (6+3+1) que produzcan

disfunción en al menos dos ambientes. La hiperactividad implica una inquietud excesiva, con predominio en situaciones que requieren una relativa calma. puede manifestarse de diferentes formas como correr sin rumbo y saltar, así como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por un alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es desmesurada está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el Coeficiente Intelectual del niño. La conducta es más clara en las situaciones complicadas y muy estructuradas que requieren un elevado grado de control del comportamiento propio. Se trata de un síndrome más severo y menos frecuente que el definido por el DSM-IV, entonces es más difícil cumplir criterios CIE-10 que DSM-IV. Así empleando los criterios diagnósticos de la CIE-10 un niño con síntomas severos de inatención, pero sin síntomas de hiperactividad o impulsividad, no tendría el diagnóstico de TDAH, siendo un falso negativo. Los criterios son los mismos, más aún el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse la asociación con la evolución de cada caso. Excluye: Trastornos generalizados del desarrollo, Trastornos de ansiedad, Trastorno del humor (afectivos) y Esquizofrenia (18).

Los adolescentes que se les realizó el diagnóstico de TDAH en educación básica hasta adolescentes a quienes no se le ha hecho el diagnóstico a pesar de presentar dificultades, ya que fueron atribuidas a otras causas como dificultades de aprendizaje, desmotivación, con muchos años de frustración y baja autoestima. En otros adolescentes, su alto nivel cognitivo y/o destrezas académicas superiores les han permitido estrategias de compensación, pero la mayor demanda académica propia de este período deja en evidencia sus falencias. La ampliación de la edad de inicio de 7 a 12 años da la posibilidad de un mayor período de observación. Es más fácil que los adolescentes con TDAH tomen más conductas de riesgo que sus pares neurotípicos, aumentando el riesgo de abuso de sustancias, promiscuidad sexual, embarazo y accidentes (19).

En México, hay información de diferentes encuestas, donde se observa que la actividad sexual antes del matrimonio es muy frecuente. Es decir, que los jóvenes con poca escolaridad, con bajas probabilidades académicas y laborales, con baja autoestima y asertividad tienden a iniciar a más rápidamente su vida sexual activa, y emplear menos los anticonceptivos y, en las adolescentes, a quedarse embarazadas con el riesgo de llegar al aborto, por la carencia de condiciones y entendimiento que permitan una adecuada decisión. Varios datos estadísticos muestran los adolescentes entre 15 y 19 años de edad empiezan a tener relaciones, con escaso conocimiento sobre la sexualidad.

En una encuesta del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA acerca de la sexualidad en Ciudad de México, señalo que la primera penetración vaginal la media fue 17.4 años y una media de 16.4 en generaciones anteriores durante una década.

En la encuesta nacional de jóvenes de educación media y media superior realizada por el Consejo Nacional de Población comenta que a los 16 años los adolescentes comienzan a tener relaciones, en las adolescentes a los 14 años y en los varones a los 15 años, las cuales informaron en cuestión a las mujeres que habían tenido su primera relación con su novio.

La Secretaría de Salud comenta que el 42% de los varones y el 23% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Siendo en la actualidad el embarazo en las adolescentes uno de los principales problemas en América Latina y Caribe.

En México, el Conapo, según del Programa Nacional de Población 1995-2000, existían condiciones socioeconómicas desfavorables en las mujeres menores de 20 años, provocando en forma negativa de un embarazo temprano. El embarazo en la adolescencia puede originar problemas sociales, como el extravío de la autonomía, el obstáculo para relaciones sociales, el estancamiento en el desarrollo personal y dejadez escolar (20).

Las adolescentes en México representan 25% de la población total. Los primordiales problemas de salud son embarazos no deseados, suicidios, accidentes y farmacodependencia. El aumento estadístico, las alteraciones socioeconómicas, los cambios de tipo de visa, han favorecido el crecimiento de problemas y desarrollo, como alteraciones en conducta, alteraciones emocionales, obstáculos de aprendizaje, embarazo y ser padres adolescentes. según la encuesta poblacional realizada por Profamilia en el año 2005, el comienzo de las relaciones sexuales no necesariamente tiene que corresponder con la edad de la primera unión y ésta última es aproximadamente a los 18.4 años. El 11% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años, y 44% antes de los 18 (21).

El tratamiento recomendado por la mayoría de las guías de práctica clínica es el abordaje multimodal, que incluye tratamiento farmacológico y psicosocial dirigido a mejorar problemas psicológicos y educativos. Los únicos medicamentos con indicación de tratamiento del TDAH comercializados en España son metilfenidato y atomoxetina, habiendo experimentado un considerable aumento su consumo en las últimas décadas (22).

3.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

La adolescencia es una etapa importante para el establecimiento de relaciones de género ya que en este periodo se produce una consolidación de las habilidades sociales, la expansión de relaciones entre iguales, el fraguado de nuevas redes sociales y la constitución de grupos y parejas sentimentales.

El periodo adolescente representa un riesgo, por las características propias de la edad: emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía. El aumento de incidencia de embarazos en adolescentes está asociado con valores culturales, el embarazo se convierte en un factor de transmisión de la pobreza de una generación a otra (23).

En Puebla, se estima que la tasa de fecundidad de las mujeres adolescentes (15 a 19 años), para 2017 sea de 67.2 nacimientos por cada mil mujeres, un poco más que el promedio nacional que se espera sea de 65.2; al mismo tiempo que entre los grupos de mayor edad, la fecundidad de las poblanas se mantiene por encima de la media nacional, configurando un patrón demográfico que refleja el rezago relativo del estado. Los indicadores disponibles relativos a la salud reproductiva de las adolescentes poblanas reflejan que, en 2014, de acuerdo a la ENADID, la tasa de fecundidad fue de 72.97, cifra menor por 4.07 puntos a la reportada a nivel nacional. Únicamente el 44.4 % de las adolescentes unidas, (la connotación de unidas se refiere al hecho de que una mujer cuente con pareja con la cual tenga una vida sexual activa, independientemente del tipo de unión civil de que se trate) utiliza algún método anticonceptivo; en sentido opuesto, por cada cien mujeres adolescentes unidas, 22.2 % manifiesta una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), reportó que en 2015 hubo 24 mil 827 nacimientos de mujeres de 15 a 19 años residentes en el Estado de Puebla, para 2016 el dato fue de 22 mil 976 nacimientos lo que representa una reducción de mil 851 casos (24).

Si a la adolescencia se le atribuye a Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, podría ser un aumento de riesgo para comportamiento sexual. Los síntomas déficit de Atención e hiperactivos-impulsivos del TDAH suponen una carga significativa para los afectados en términos de dificultades en las relaciones interpersonales, logro educativo deficiente, menores ganancias de por vida, comportamiento criminal, accidentes, sustancia comórbida trastornos de uso, mayor riesgo de mortalidad por prematuridad, una característica del TDAH, que es probable que tenga consecuencias adversas, es el comportamiento sexual arriesgado.

Sarver y colaboradores encontró que los problemas de conducta y el uso de sustancias mediaron en la asociación entre el TDAH y las conductas sexuales de riesgo (25).

Otro estudio de Lehti y colaboradores dice que “Los problemas de TDAH en la niñez se asociaron de forma independiente con convertirse en madre a la edad

de 20, y estaban particularmente fuertemente asociados con convertirse en madre entre los 15 y los 17 años” (26).

Meinzer et al. reportaron que aquellos con dichas dificultades (TDAH) presentan más embarazos adolescentes (9.3 %) que el grupo control (4.3 %), lo que constituye dos veces más riesgo de embarazo adolescente. (27)

En un estudio de Aldrete-Cortez V, et al., concluyen “la frecuencia de síntomas de hiperactividad e inatención es mayor en las adolescentes con antecedente de embarazo, lo cual sugiere que las niñas con síntomas asociados con TDAH al llegar a la pubertad podrían tener mayor riesgo de embarazo” (28)

Además, en una cohorte de adultos jóvenes (19-25 años de edad, 91% varones) seguidos durante al menos 13 años, Barkley et al., informó que los individuos hiperactivos fueron significativamente más jóvenes en su primera relación sexual, tenían más parejas sexuales, y fueron significativamente más propensos a tener ha estado involucrado en un embarazo en comparación con una comunidad grupo control. Ostergaard y col en un estudio de cohorte menciona que las personas con TDAH son significativamente más probabilidad de convertirse o ser padres en la adolescencia, en comparación con las personas sin TDAH (30).

La asociación entre la edad materna joven y el TDAH de los hijos es causada por factores familiares, se espera una asociación entre la edad paterna joven y el TDAH y, además, se espera un riesgo adicional cuando ambos padres son muy jóvenes. Pocos estudios han informado sobre las asociaciones entre la edad paterna y el TDAH. Esta hipótesis es también el apoyo de la investigación de informes de que los jóvenes con TDAH comportamiento se encuentran a tener a relaciones sexuales a temprana edad y tener más conducta sexual de riesgo con más compañeros sexuales, y por lo tanto una mayor probabilidad de convertirse en los padres adolescentes (30).

El TDAH, inicialmente conceptualizado como un trastorno de la infancia, ahora está surgiendo como un trastorno crónico que puede presentarse en la adolescencia y persistir hasta la edad adulta. Existe un consenso evolutivo de que las anomalías en la función de la dopamina son responsables de la falta de atención, la distracción, la impulsividad y la hiperactividad que caracterizan al paciente con TDAH. Los adultos jóvenes con TDAH no diagnosticados experimentan una comorbilidad psiquiátrica significativa, que incluye altas tasas de dependencia de drogas y niveles más bajos de funcionamiento global. Las consecuencias para la salud pública de un control de los impulsos deficiente (por ejemplo, delincuencia, actividad delictiva, embarazos de alto riesgo) están surgiendo y es muy probable que exista un vínculo entre el TDAH y la pobreza (31).

Si bien aún es deficiente la identificación de los mecanismos cognitivos y neurobiológicos involucrados en el déficit en toma de decisiones en las personas con TDAH de acuerdo al modelo dual de Sonuga-Barke se menciona que las

personas con TDAH presentan una alteración en los circuitos de recompensa que provoca que la señal de recompensa demorada no sea detectada, por lo cual prefieren recompensas inmediatas, aunque pequeñas antes que recompensas mayores pero demoradas en el tiempo (32).

Existen evidencias de que las personas con TDAH tienden a estar involucrados en una mayor proporción de situaciones y comportamientos de riesgo en la vida cotidiana que las personas sin TDAH, siendo más propensas a presentar dificultades en la toma de decisiones debido a su déficit en el control de los impulsos, corriendo riesgos innecesarios sin considerar las consecuencias futuras de sus acciones. Esta falla en el control de impulsos y en la toma de decisiones se manifiesta en el TDAH como un factor de riesgo para la dependencia y el abuso de sustancias como nicotina, alcohol, marihuana y cocaína, así como para el juego patológico. Además, las personas con TDAH tienden a presentar un incremento en conductas de criminalidad y un comportamiento sexual de mayor riesgo (33).

La falta de perspectiva evolutiva que atienda las diferencias presentes en los síntomas nucleares se constata por el hecho de que todos los adultos diagnosticados de TDAH lo son a partir de criterios validados sólo en niños. En la niñez y preadolescencia predomina la hiperactividad, en la adolescencia y en la etapa adulta es la inatención la que predomina. Un dato es la alta comorbilidad informada en el adulto que, de haber un buen diagnóstico previo, podría reducirse con medidas psicoeducativas adecuadas. No hay que olvidar tampoco los hallazgos en el neurodesarrollo que se han producido en las décadas recientes a los que habrá que acompañarse de intervenciones socioeducativas eficaces, dándose un diagnóstico precoz en la infancia y tratamiento, en la adolescencia no repercutiría con factores de riesgos (34).

4. JUSTIFICACIÓN.

La adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta y está marcada por un complejo proceso de crecimiento físico y desarrollo biológico, psicológico, emocional y social.

Según la Organización Mundial de la Salud, sitúa entre 10-19 años a la adolescencia y entre 10 y 21 años la academia de pediatría americana. Existiendo etapas de la adolescencia que son 3 fases: Temprana comprende de 10 -13 años, Fase Media comprende de los 14 a 16 años de edad y la fase tardía que comprende 17 -19 años de edad.

El periodo adolescente representa un cúmulo de manifestaciones que caracterizan esta etapa, características emergentes tales como: idealismo, impulsividad, necesidad de alcanzar su identidad, autonomía y su progresiva maduración endocrinológica, desarrollará y manifestará su respuesta sexual humana. Esta última, sin una buena educación, orientación y entendimiento puede ser un riesgo social y para la salud. El aumento de incidencia de embarazos en adolescentes está relacionada a valores culturales, siendo un factor de pobreza. ¿Será más factible que los adolescentes con TDAH tomen más conductas de riesgo que sus pares neurotípicos?, en nuestra línea de investigación, el inicio temprano de su vida sexual activa, puede llevar a consecuencia como: deserción escolar, promiscuidad sexual, ITS, embarazo no deseado, aborto, madre soltera

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una patología que se definen al TDAH como un patrón en el neurodesarrollo, de conductas persistentes de inatención y/o hiperactividad-impulsividad. Su diagnóstico es clínico, que en ocasiones no se diagnostica a tiempo, y siendo adolescentes, pudieran presentar síntomas, compatibles con TDAH, el diagnóstico existen dos sistemas de clasificación internacional de criterios para diagnosticar el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad): DSM-5 (APA, 2013) y CIE-10 (OMS, 1992).

Los síntomas desatentos e hiperactivos-impulsivos del TDAH suponen una carga significativa para los afectados en términos de dificultades en las relaciones interpersonales, logro educativo deficiente, menores ganancias de por vida, comportamiento criminal, accidentes, sustancia comórbida trastornos de uso, mayor riesgo de mortalidad por prematurez, una característica del TDAH, que es probable que tenga consecuencias adversas, es el comportamiento sexual arriesgado.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta y está marcada por un complejo proceso de crecimiento físico y desarrollo biológico, psicológico, emocional y social. Estos cambios condicionarán al individuo a revalorar su rol en ambos entornos, siendo la libertad, el distintivo principal de esta transición y una de sus transiciones será la respuesta sexual humana. Si se agregan padecimientos, que alteren o magnifiquen dichas conductas como TDAH, éste podría aumentar los riesgos a dicha respuesta con las consecuencias de ITS o embarazo en la adolescente, siendo ésta última la línea de investigación de este trabajo.

Por todo lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Existen diferencias de presunción de probable diagnóstico de TDAH entre adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas y adolescentes no embarazadas en U.M.F. No. 6?

6. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

6.1 HIPÓTESIS NULA:

La frecuencia de probable TDAH es igual en adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas y las adolescentes que no han estado embarazadas en la U.M.F.No.6.

6.2 HIPÓTESIS ALTERNA:

La frecuencia de probable TDAH es diferente en adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas y las adolescentes que no han estado embarazadas en la U.M.F.No.6.

7. OBJETIVO.

7.1 OBJETIVO GENERAL:

Comparar la presencia de probable diagnóstico de TDAH en adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas y adolescentes sin embarazo de la U.M.F. No. 6.

7.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS:

1. Establecer las características socio demográficas (edad, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico) de adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas y adolescentes no embarazadas de la UMF 6.
2. Determinar probable diagnóstico de TDAH en adolescentes embarazadas o con embarazo anterior de la UMF 6.
3. Determinar probable diagnóstico de TDAH en adolescentes no embarazadas de la UMF 6.
4. Categorizar de acuerdo a los grupos de edad de temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17 a19 años) de la UMF 6.
5. Determinar el Inicio de su vida sexual activa (IVSA).

8. MATERIAL Y MÉTODOS.

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio observacional, transversal, prospectivo con nivel de investigación comparativo.

8.2 UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO.

En la U.M.F.No. 6 IMSS en Puebla durante el período comprendido del 1 de abril al 30 junio del 2019.

8.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

8.3.1 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

Se seleccionó a toda adolescente de 10 a 19 años de edad, adscrita a la UMF No 6 durante el período comprendido del 1 de abril al 30 junio del 2019, que no esté y embarazadas o que haya estado embarazada, que acudieron a la consulta externa de la unidad y que cumplan los criterios de selección.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

8.4.1 GRUPO DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad adscrita a la U.M.F.No. 6.

Mujeres adolescentes de 10 a 19 años que ya hayan tenido un hijo adscrita a la U.M.F.No. 6

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres fuera de ese rango de edad.

Mujeres adolescentes que posean algún tipo de discapacidad auditiva u otra que les impida hablar o comunicarse.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Mujeres adolescentes que no contesten las encuestas completas.

8.4.2 GRUPO DE COMPARACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres adolescentes no embarazadas de 10 a 19 años de edad adscrita a la U.M.F.No. 6.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres fuera de ese rango de edad.

Mujeres adolescentes que posean algún tipo de discapacidad auditiva u otra que les impida hablar o comunicarse

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Mujeres adolescentes que no contesten las encuestas completas.

8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico por conveniencia.

8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Siendo la población de 75 Mujeres Adolescentes de 10 a 19 años de edad y 75 adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas en la U.M.F. No. 6 del IMSS

8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

Variables Independientes: Probable diagnóstico de TDAH.

Variable dependiente: Embarazo

8.7.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento, está indicada por la encuestada, expresada en años.

Ocupación: La acción o función que se desempeña para ganar el sustento, como estudiante, trabajadora y ama de casa.

Escolaridad: Período de tiempo que uno asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria, se utiliza el número de años estudiados.

Estado civil: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo

derechos y deberes al respecto, es referido por la encuestada, expresado como soltera, casada y unión libre.

Nivel socioeconómico: Posición económica que ocupa la familia donde pertenece el paciente, basándonos en el método Graffar, el cual es un esquema internacional que fue establecido en Bruselas, Bélgica por el profesor Marcel Graffar como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social. En el año 1987 el Dr. Hernán Méndez Castellano en Venezuela inicia la búsqueda de un método que permitiese una aproximación cercana a la realidad social de la interrelación entre la biología y sociedad, modificando el método Graffar del profesor Marcel Graffar introduciéndole nuevos cambios, como fueron: a) La denominación “clase social” sustituida por el término “estrato social”; b) el indicador de grado de instrucción de la madre debía ser tomado en lugar de nivel de instrucción de los padres, pues era la madre la que con mayor frecuencia se ocupaba de la condición del hogar. Llegando al nivel de estrato social, sumando los resultados de:

- Profesión del jefe de familia (5 puntos).
- Nivel de instrucción de la madre (5 puntos).
- Principal fuente de ingresos (5 puntos).
- Condiciones de la vivienda (5 puntos).

En base al resultado de la suma se decidirá clasificar en los siguientes niveles: Alto (4-6), medio alto (7-9), medio bajo 10-12), obrero (13-16) y marginal (17-20).

Inicio de su vida sexual activa: Se considera inicio de la relación sexual únicamente el coito vaginal es referido por el encuestado en número de años el inicio.

Número de parejas sexuales: Cantidad de personas con las que ha tenido una relación sexual, es referido por el encuestado en número.

Embarazo: si o no, o ya estuvo embarazada.

TDAH: Se aplico el instrumento CEPO auto aplicable en adolescentes como probable diagnóstico de TDAH.

8.8 VARIABLES Y ESCÁLAS DE MEDICIÓN.

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores	Parámetro
Edad	Cuantitativa	Intervalo	La referida por la paciente en la encuesta	Años cumplidos
Ocupación	Cualitativa	Nominal	La referida por la paciente en la encuesta.	Estudiante Trabajadora Ama de casa
Escolaridad	Cuantitativa	Intervalo	La referida por la paciente en la encuesta	Número de años, completos cursados
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	Método Graffar	Alto (4-6 puntos) Medio Alto (7-9 puntos) Medio bajo (10-12 puntos) Obrero (13-16 puntos) Marginal (17-20 puntos)
Inicio de su vida sexual activa	Cuantitativa	Intervalo	La referida por la paciente en la encuesta	Núbil, o número de años de inicio
Estado civil	Cualitativa	Nominal	La referida por la paciente en la encuesta.	1)Casada 2)Unión libre 3) Soltera
Número parejas sexuales	Cuantitativa	Intervalo	Los referidos por la paciente en la encuesta	1)Ninguna 2)1 3)2 4)3 5)>4
TDAH	Cuantitativa	Intervalo	El puntaje del instrumento CEPO en adolescentes	La puntuación de 46 y más indica alta probabilidad de padecer TDAH

Embarazo en adolescente: Actual o anterior Sin embarazo	Cuantitativa	Intervalo	Los referidos por la paciente en la encuesta	Si No
---	--------------	-----------	--	----------

8.9 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Es un estudio comparativo, observacional, prospectivo y transversal. Una vez revisado y aprobado el Protocolo de Tesis por parte de los asesores (metodológico y experto) y previo registro ante SIRELCIS y autorización CLIEIS con número de registro R-2019-2104-039, se solicitó la autorización al director de la U.M.F. No. 6 con el fin de poder realizar dicho protocolo, una vez teniendo su autorización se procedió a realizar la encuesta a pacientes adscritos a la U.M.F. No 6, previo consentimiento informado para participar en dicho estudio en el periodo comprendido 1 de Abril al 30 Junio del 2019, cuya participación consistió en contestar el instrumento CEPO y la hoja de recolección de datos.

Se constituyó dos grupos de adolescentes, para comparar, el primer grupo de 75 adolescentes embarazadas o adolescentes que ya estuvieron embarazadas y el segundo grupo de 75 adolescentes que no lo están, ambos grupos se les aplicó el instrumento CEPO auto aplicable en adolescentes para detectar probable diagnóstico de TDAH.

La escala CEPO es un instrumento útil en las investigaciones clínicas y epidemiológicas para el TDAH, valora exclusivamente los síntomas de Inatención, Hiperactividad e impulsividad en la adolescencia, es auto aplicable. Cuenta con 36 reactivos, cada una con puntuación de Likert 4 puntos que va de 0 a 3, que son la puntuación de 46 o más indica alta probabilidad de padecer TDAH.

8.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS.

Se realizó un análisis univariado de las variables de investigación y de las sociodemográficas; con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y medición de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas.

9. ASPECTOS ÉTICOS.

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, inspeccionada por los valores y de los principios morales. Esta investigación médica busca comparar la presencia de probable diagnóstico de TDAH en adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas y adolescentes sin embarazo de la U.M.F. No. 6., identificando las características de la población estudiada para mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, siendo seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. El presente estudio está sometido a normas éticas que sirven para impulsar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

De acuerdo al manual de operación y funcionamiento del fondo de investigación en salud I.M.S.S en el punto 5.31 protocolo en investigación en salud establece un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica. El médico familiar consigue así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad; con la formación de profesionales de la Medicina Familiar; con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

El presente estudio observa los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea de la AMM, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea general de la AMM, Hong Kong, Septiembre 1989, 48ª Asamblea Somerset West, República de la Ciudad África, Octubre 1996, 52ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000; 53ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Octubre 2008. La cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y dispone que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas, y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

Así mismo, se apega a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título primero

(Disposiciones Generales) artículo 3º, apartado II, Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, Título Segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), Capítulo I, artículo 13º (En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar); considerando también el artículo 16 donde comenta que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Considerándose a ésta investigación como Investigación con riesgo mínimo (Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, entre otros.) de acuerdo con lo establecido en su artículo 17º e incluirá la aplicación de un consentimiento informado, tal y como se explica en su artículo 20, 21 y 22, al realizarse en menores de edad, éste se entregará a quien ejerza patria potestad o la representación legal del menor, tal y como se refiere en su artículo 36º.

Finalmente, en esta investigación todos los individuos serán tratados como personas autónomas, se les detallarán las características del estudio informándoles que ha sido registrado y aprobado ante el comité local de investigación, y que su decisión de participar es libre y voluntaria, señalando que pueden retirarse del estudio en el momento que lo deseen, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, en caso de aceptar participar se les realizara una entrevista sobre ellos, manejando sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitirá la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de las adolescentes y que en el transcurso del estudio podrán solicitar información actualizada sobre el mismo. Cumpliéndose así, con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

10.RESULTADOS.

En este estudio, de Trastorno de Déficit de atención e hiperactividad y embarazo en la adolescente, se compara el probable diagnóstico de TDAH, en adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas y adolescentes sin embarazo, con un numero de 75 adolescentes en ambos grupos.

Con respecto a la edad en las adolescentes con embarazo actual o anterior la media es de 17.87 con una desviación estándar de 1.36 con respecto a las adolescentes sin embarazo la media es 14.7 con una desviación estándar de 2.77, al comparar estos grupos con t de Student (Welch) obteniéndose un valor 8.834 con una $p=2.0753E-14$ existiendo diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 1. Estadígrafo de edad.

	Embarazo actual o anterior	Sin embarazo
Media	17.87	14.71
Mediana	18	15
Moda	19	17
Desviación estándar	1.36	2.77
Mínimo	14	10
Máximo	19	19
Rango	5	9
Embarazo/Edad	75	75

FUENTE: TDAH Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

t de Student (Welch): 8.834 $p=2.0753E-14$

Con la distribución por categoría de la adolescencia, las adolescentes con embarazo actual o anterior predomina la categoría tardía con 82.7% (n=62) y en las adolescentes no embarazadas sobresale la categoría media con 34.7 % (n=29).

Cuadro 2. Distribución por categoría de la adolescencia.

	Temprana (10-13 años)		Media (14-16 años)		Tardía (17-19 años)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Embarazo actual o anterior	1	1.3	12	16	62	82.7	75	100
Sin embarazo	25	33.3	26	34.7	24	32	75	100
Total	26	34.6	38	50.7	86	114.7	150	

FUENTE: TDAH Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

De acuerdo a la ocupación, en las adolescentes embarazadas o anterior el ser ama de casa se obtuvo 84% (n=22) con respecto a las adolescentes no embarazadas 15.4% (n=4).

Cuadro 3. Distribución de ocupación.

	Estudiante		Trabajadora		Ama de casa		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Embarazo actual o anterior	40	36	13	100	22	84.6	75	50
Sin embarazo	71	64	0	0	4	15.4	75	50
Total	111	100	13	100	26	100	150	100

FUENTE: TDAH Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

La escolaridad en años de adolescentes embarazadas o embarazo anterior se cuenta con una media de 10.33 con una desviación estándar de 1.71, con respecto a las adolescentes sin embarazo con una media de 8.36 con una desviación de 3.03. al comparar con t Student se obtuvo un valor de 4 .911 con una $p=$ 0.000002 existiendo una diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 4. Estadígrafo de escolaridad en años.

	Embarazo actual o anterior	Sin embarazo
Media	10.33	8.36
Mediana	10	8
Moda	12	5
Desviación estándar	1.71	3.030
Mínimo	7	4
Máximo	13	20
Rango	6	16
Embarazo/Años de estudio	75	75

FUENTE: TDAH Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

t de Student: 4 .911 $p=$ 0.000002

Referente a nivel socioeconómico, no se encontraron niveles altos ni marginal. En ambos grupos predomina en nivel socioeconómico obrero. Teniendo en las adolescentes embarazadas o con embarazo actual 52.6% (n=41) y en adolescentes sin embarazo 47.4% (n=37), al rango de medio alto en las adolescentes sin embarazo predomina con 81.8% (n=9) con respecto a la embarazada, comparando con U de Mann Whitney con un valor 2547.5 con una $p=.26$ no existiendo diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 5. Distribución del nivel socioeconómico.

	Medio Alto		Medio Bajo		Obrero	
	n	%	n	%	n	%
Embarazo Actual o anterior	2	18.2	32	52.5	41	52.6
Sin Embarazo	9	81.8	29	47.5	37	47.4
Total	11	100	61	100	78	100

FUENTE: TDAH Y EMBARAZO

U de Mann Whitney: 2547.5 $p=.26$

En cuestión al estado civil, en ambos grupos sobresale el estado civil soltera, presentando a las adolescentes con embarazo o embarazo anterior 54.7% (n=41) y en adolescentes sin embarazo 98.7% (n=74).

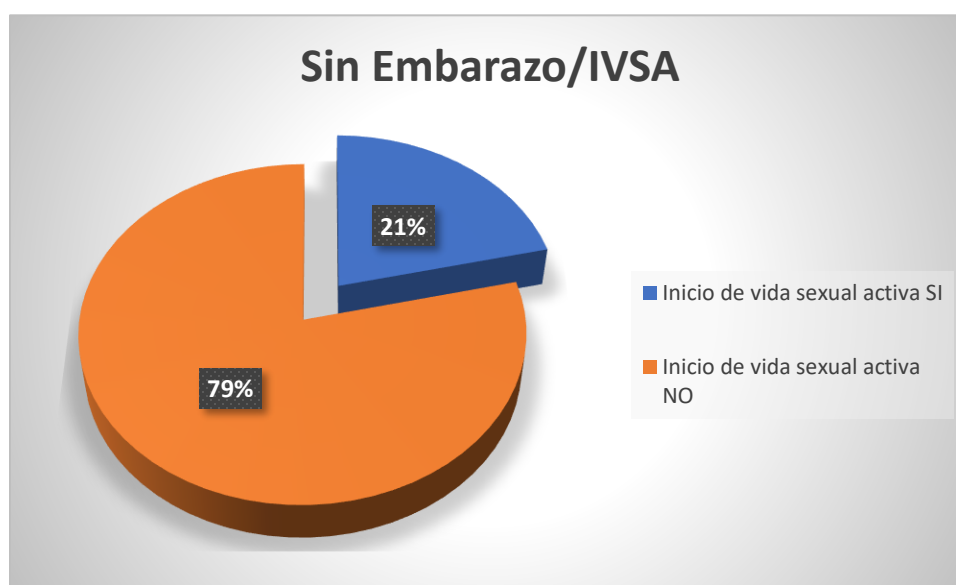
Cuadro 6. Distribución de acuerdo al estado civil.

	Soltera		Casada		Unión libre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Embarazo Actual o anterior	41	54.7	4	5.3	30	40	75	100
Sin Embarazo	74	98.7	0	0	1	1.3	75	100
Total	115	76.6	4	2.7	31	20.7	150	100

FUENTE: TDAH Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

El inicio de vida sexual activa en adolescentes no embarazadas, se obtuvo que 21.33% (n=16) ya habían iniciado vida sexual activa y 78.67% (n=59) aun no.

Cuadro 7. Distribución de acuerdo al Inicio de vida sexual activa.



FUENTE: TDAH Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

Correspondiente al número de parejas sexuales, en ambos grupos el mayor porcentaje fue uno. En adolescentes embarazadas o embarazo anterior 76% (n=57) y en adolescentes sin embarazo 80 % (n=12), teniendo en cuenta que en las adolescentes sin embarazo solo el 21.33% (n=16) han iniciado vida sexual activa, al comparar con Chi cuadrada se obtuvo un valor de 0.112 con un valor de $p=0.738$ existiendo diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 9. Número de parejas sexuales.

	Embarazo Actual o anterior		Sin Embarazo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Número de parejas sexuales						
1	57	76	12	80	69	76.7
2	18	24	4	20	21	23.3
Total	75	100	16	100	91	100

FUENTE: TDAH Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

Chi²0.112 p=. 0.738

Respecto a la probabilidad de síntomas de TDAH, se obtuvo una baja probabilidad de síntomas, teniendo en adolescentes embarazadas o embarazo anterior 77.3% (n=58) y en adolescentes sin embarazo 84.0% (n=63), al comparar con Chi cuadrada se obtuvo un valor de 1.069 con una $p=0.301$ no existiendo diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 10. Probabilidad de TDAH.

		Embarazo Actual o anterior		Sin Embarazo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Probabilidad de TDAH	Alta	17	22.7	12	16	29	19.3
	Sin	58	77.3	63	84	121	80.7
Total		75	100	75	100	150	100

FUENTE: TDAH Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

Chi²: .1.069 p= .0.301

De acuerdo a la probabilidad de síntomas de TDAH e inicio de vida sexual activa, existe los que tienen una alta probabilidad de síntomas de TDAH, solo el n=20 (22.0%) ya habían iniciado vida sexual activa y el n=9 (15.3%) aun no, al comparar con Chi cuadrada se obtuvo un valor de 1.038 con una p=0.308, no existiendo diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 11. Estadígrafo de probabilidad de TDAH y vida sexual activa.

		Inicio de vida sexual activa					
		Si		No		Total	
		n	%	n	%	n	%
Probabilidad de TDAH	Alta	20	22	9	15.3	29	19.3
	Sin	71	78	50	84.7	121	80.7
Total		91	100	59	100	150	100

FUENTE: TDAH Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

Chi²: 1.038 p=. 0.308

11. DISCUSIÓN.

Es importante mencionar que no encontré, ningún estudio de investigación que comparé si existen síntomas de TDAH en adolescentes sin embarazo y adolescentes embarazadas o embarazo anterior, para poder contrastar nuestros resultados. Se tomaron únicamente estudios que tienen como un factor de riesgo de embarazos en adolescentes el TDAH. El objetivo fue comparar la presencia de probable diagnóstico de TDAH en adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas y adolescentes sin embarazo. Con la hipótesis de encontrar diferencias en la frecuencia de probable TDAH entre ambos grupos.

Los síntomas de TDAH se han relacionado, con conductas sexuales de riesgo y a embarazo temprano, como lo menciona Lehti y colaboradores que “Los problemas de TDAH en la niñez se asociaron de forma independiente con convertirse en madre a la edad de 20, y estaban particularmente fuertemente asociados con convertirse en madre entre los 15 y los 17 años” (26). Aunque en ese estudio fue prospectivo de seguimiento, en una población 2876 niñas, se buscaron síntomas psiquiátricos, donde abarcaban problemas de conducta, hiperactividad y problemas sociales, además de tener una madre joven y una estructura familiar distinta a la integrada.

En estudio de Ostergaard y col comenta que las personas con TDAH eran significativamente más propensas a convertirse en padres siendo adolescentes en comparación con personas sin TDAH, siendo un estudio muy diferente, ya que fue de cohorte prospectivo histórico, con poblaciones grandes 27.479, en ambos sexos, con predominio en hombres, ya con el diagnóstico de TDAH.

Meinzer et al. reportaron que aquellos con dichas dificultades presentan más embarazos adolescentes que el grupo control, lo que constituye dos veces más riesgo de embarazo adolescente (27). Fue un estudio en ambos sexos, con niños ya con diagnóstico de TDAH, durante un seguimiento prolongado, con un número de 579 niños con TDAH y 289 en comparación con sus pares.

Un estudio más cercano es el de Aldrete-Cortez V y col, mencionan “la frecuencia de síntomas de hiperactividad e inatención es mayor en las adolescentes con antecedente de embarazo, lo cual sugiere que las niñas con síntomas asociados con TDAH al llegar a la pubertad podrían tener mayor riesgo de embarazo” (28), en este estudio solo se abarcó una población menor que nuestro estudio, 60 personas, 30 casos y 30 controles, se tomó una edad entre 14 y 17 a diferencia de este estudio se abarcando de 10 a 19 años de edad. En cuestión de estado civil unión libre era mayor en los casos que los controles, y este estudio es ambos grupos predominó soltera, ósea que las adolescentes embarazadas o embarazo anterior son propensas a ser madres solteras. En relación con el estudio de Aldrete-cortez V y col, con respecto a la actividad sexual en sus controles, en comparación con nuestro estudio, coinciden ya que solo una tercera parte ya había iniciado vida sexual activa.

En este estudio con respecto a la probabilidad de síntomas de TDAH en las adolescentes embarazadas o embarazo anterior encontramos diferencias porcentuales en cuanto el riesgo alto de presentar síntomas de TDAH con 22.5 % en las adolescentes embarazadas o con anterior, comparando con el 16% de las sin embarazo, pero esta diferencia no fue significativa.

Esto podría deberse a un sesgo en la categoría de la adolescencia que influye a que no exista una asociación significativa, ya que en las adolescentes embarazadas o con embarazo actual tenían el mayor porcentaje en la etapa tardía, sin embargo, las adolescentes sin embarazo fueron proporcional en las tres categorías, no existiendo una similitud por categoría de la adolescencia (edades) en ambos grupos.

En cuanto a la asociación de alta probabilidad de síntomas de TDAH e inicio de vida sexual activa, no hay una asociación significativa, pero existe un mayor porcentaje de inicio de vida sexual activa en pacientes con alta probabilidad de TDAH con respecto a las que no han iniciado vida sexual activa.

La edad media de ambos grupos fue de 14.7 y 17.87 respecto a adolescentes no embarazadas y embarazadas, debido a que en las adolescentes embarazadas o con embarazo actual, son las de pertenecen a mayor edad, y en comparación con las adolescentes sin embarazo, que pertenecían a menor edad, este resultado es aproximado a la encuesta realizada por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA sobre la sexualidad en Ciudad de México con una media de 17.4 para la primera penetración vaginal. Y por la encuesta nacional de jóvenes de educación media y media superior realizada por el Consejo Nacional de Población que las adolescentes a los 16 años empiezan a tener relaciones sexuales. La Secretaría de Salud indico que el 42% de los hombres, y el 23% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. (20).

En el estudio se observó la categoría diferentes ya que en las adolescentes sin embarazo, similar en las tres etapas, tanto temprana, media y tardía, sin embargo, en las adolescentes con embarazo actual o anterior, la etapa tardía es la predominante, sin encontrar a ninguna en la temprana en este grupo de edad, en México según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 mostro que la categoría Media es la edad promedio de inicio de relaciones sexuales y comento que el 23 % de los adolescentes entre 12 y 19 años habían iniciado vida sexual activa (4).

En el trabajo la ocupación en ambos grupos fue en un mayor porcentaje ser estudiantes, en está teniendo un número mayor en las adolescentes sin embarazo y un menor número en las embarazadas o con embarazo anterior, cabe mencionar que no se encontraron adolescentes sin embarazo trabajando, y en las adolescentes con embarazo actual o anterior el mayor porcentaje era de ocupación ama de casa. Como lo menciona CONAPO a través del Programa Nacional de

población 1995-2000, que el embarazo en menores de 20 años tiene consecuencias negativas, como problemas sociales, obstrucción en el desarrollo personal y la desatención escolar (20)

El cuanto nivel socioeconómico no se encontraron un nivel alto, ni nivel marginal, y ambos grupos correspondió a clase obrera en un mayor porcentaje. En México, el Conapo, a través del Programa Nacional de Población 1995-2000, encontró que las femeninas menores de 20 años en malas condiciones económicas eran quienes más a menudo presentan las alteraciones negativas de un embarazo temprano, en nuestro estudio podría no haberse encontrado ni marginal ni alto por el tipo de población estudiada pertenecientes al seguro social, y no se abarco población abierta.

Las adolescentes en este trabajo fueron solteras en ambos grupos, como se había mencionado anteriormente en las adolescentes embarazadas o anterior, más de la mitad son propensas a ser madres solteras.

El inicio de vida sexual activa en las adolescentes sin embarazo, un tercio de ellas ya había iniciado sexual activa, la tercera parte aun no, puede deberse a la edad ya que la mayoría de este grupo eran jóvenes de la etapa temprana.

A la escolaridad en años se visualiza en las adolescentes embarazadas con mayores años de escolaridad, esto es debido a que este grupo pertenecían la mayor parte a la etapa tardía, por lo tanto, más grados de escolaridad, con respecto a las adolescentes no embarazadas.

12. CONCLUSIÓN.

La literatura reporta al TDAH como factor de riesgo para conductas de riesgo en la adolescencia, promiscuidad sexual, abuso de sustancias, accidentes y embarazo. En este estudio, no existió una asociación estadísticamente significativa, en esta población la frecuencia de probable TDAH es igual en adolescentes embarazadas o con embarazo anterior y las que no lo están. Cabe mencionar la importancia del sesgo que existió con respecto a la edad, en las categorías de la adolescencia, diferencias entre ambos grupos, por lo que pudiera influir en el resultado.

13. PROPUESTA

Como médicos familiares aplicar el instrumento CEPO en los adolescentes, para la búsqueda de síntomas de TDAH, cuando acuda a consulta un adolescente por cualquier motivo, así como redes de apoyo en trabajo social en juntas de juvenimss y enfermería de especialista en medicina familiar.

Si se decidiera realizar otro trabajo similar, pero en esta ocasión abarcar, en cuestión de tipo de selección podrían que sean aparejadas los dos grupos, en las tres categorías de adolescencia en ambos grupos. Y también tomar en cuenta otras causas asociadas al embarazo, como violencia, disfunción familiar,

.

14.BIBLIOGRAFÍA.

1. Hidalgo MI, Ceñal G, Güemes HM. La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. Medicine Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2014; 11:3579-87.
2. Embarazo en la adolescencia (actualizado febrero 2013). Progresos de Obstetricia y Ginecología.2014; 57:380-92.
3. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia riesgo para la salud y soluciones. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Consultado diciembre 30, 2018.
4. Flores VME, Nava CG, Arenas ML. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Revista de Salud Pública. 2017; 19:374-8.
5. Mora AMC, Hernández VM. Embarazo en la adolescencia. Como ocurre en la sociedad actual. Ginecol Obstet Mex 2015; 83:294-301.
6. Álvarez HVY, Muñoz GC, Chacón VP, Gómez AC. Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en la umf no. 80 de Morelia Michoacán, México. Aten Fam. 2017; 24:107-111.
7. Rosales SJG, Irigoyen AC. Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. Atén Fam 2013; 20:101-102.
8. Rodillo E. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adolescentes. Rev Med Clin Condes. 2015; 26:52-59.
9. Barrios O, Matute E, Ramírez DL, Chamorro Y, Trejo S, Bolaños L. Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres. Suma Psicológica. 2016; 101:8-9.
10. García MTI, Gutiérrez FN, Loew SJ, Rodríguez P C. Hábitos y técnicas de estudio en adolescentes con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. European Journal of Education and Psychology. 2016; 9:29-37.
11. Vidal R, Barrau V, Casas M, Caballero CM, Martínez P, Ramos-Quiroga JA. Prevalencia de síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adolescentes y adultos jóvenes con otros trastornos psiquiátricos refractarios a tratamientos previos. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2014;7(3):104-12.
12. Del Pilar PD, Valenzuela VM. Guía clínica Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. México: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". 2016. www.sap.salud.gob.mx/media/61178/nav_guias1.pdf. Consultado diciembre 30, 2018.
13. Barrios O, Matute E, Ramírez D, Chamorro Y, Trejo S. Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres. Suma Psicológica. 2016; 23:101-108.

14. Benito MR. Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. 2008(3);13-14.
15. Cunill R, Castells X. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Medicina Clínica. 2015;144(8):370-5.
16. García CJ, Alda DM, Gascón S. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia: del constructo social al calvanismo farmacológico. Atención Primaria. Marzo de 2012;44(3):125-7.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Washington DC: APA; 2013.
18. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y puts para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
19. Sasot JL, Ibañez BM, Soto LA, Montañes FR, Gastamina P, Alda DJ. Consenso del GEITDAH sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes. Rev Neurol 2015; 61 (4): 167-182.
20. Cancino AMM, Valencia MH. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatología y Reproducción Humana. 2015; 29:76-82.
21. Mora CAM, Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? Ginecol Obstet Mex 2015;294-301.
22. Sánchez MDP, Guillén PJJ. Epidemiología del tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la Región de Murcia: diferencias por sexo, edad y lugar de residencia. Anales de Pediatría. abril de 2018; 88:183-90.
23. Flores MV, Nava GC, Arenas LM. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Rev. Salud Pública. 2017;19: 374-378.
24. Bernáldez RM, Sánchez RK, Teomitzi FS, Ruiz DR. Programa Institucional 2017. 2018. Consejo estatal de la población. Secretaria finanzas y administración gobierno de proceso. 2018. Disponible en: http://planeader.puebla.gob.mx/pdf/programas/estatales/institucionales_2017-2018/PI_COESPO.pdf. consultado diciembre 30, 2018.
25. Sarver D E., McCart M R, Sheidow A, Letourneau E. ADHD and risky sexual behavior in adolescents: Conduct problems and substance use as mediators of risk. Journal of Child Psychology and Psychiatry, (2014). 55(12), 1345–1353.
26. Lehti V, Niemela S, Heinze M, Sillanmaki L, Helenius H, Piha J, Kumpulainen K, Tamminen T, Almqvist F, Sourander A. Childhood predictors of becoming a teenage mother among Finnish girls. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 91:1319–1325.
27. Meinzer MC, LeMoine KA, Howard AL, Stehli A, Arnold LE, Hechtman L, et al. Childhood ADHD and involvement in early pregnancy: mechanisms of risk. J Atten Disord. 2017;1087054717730610.
28. Aldrete C V, Tafoya SA, Meillon F, et al. Comparación de síntomas de hiperactividad e inatención en adolescentes con y sin antecedentes de embarazo. Gac Med Mex. 2018;154(6):657-664.

29. Ostergaard SD, Dalsgaard S, Faraone SV, Munk-Olsen T, Laursen TM. Teenage Parenthood and Birth Rates for individuals with and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2017;56:578-584.
30. Hvolgaard MS, Olsen J, Bech BH, Obel C. Parental age and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *International Journal of Epidemiology*. 2016; 73:101-102.
31. Lyman D. Possible Link Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Reproductive Complications. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*. 2002; 04:104-8.
32. Rubiales J, Urquijo S, Said A, Macbeth G. Proceso de toma de decisiones en niños y adolescentes con TDAH: Revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2017; 22:139.
33. Balbuena Rivera F. La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicología Educativa*. 2016;22:81-5.
34. López JA, Sacristán-Martín AM, Garrido R M, Martínez MT, López MV, Rodríguez M L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con/sin tratamiento farmacológico. *Anales de Pediatría*, 2018.

15. ANEXOS.

ANEXO 1.

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)			
Nombre del estudio:	"TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE DE LA U.M.F. No. 6"		
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica		
Lugar y fecha:	Puebla, Puebla. Abril de 2019.		
Número de registro:	En trámite		
Justificación y objetivo del estudio:	La adolescencia, es un cambio en el que existen riesgos, entre lo más importante es el inicio de relaciones sexuales, llegando a embarazo y si esta etapa se ve afectada por una enfermedad que se llama trastorno por déficit de atención e hiperactividad entonces pueden aumentar estos riesgos, por lo que esta investigación busca saber si existe esa enfermedad en adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas y adolescentes sin embarazo de la U.M.F. No. 6.		
Procedimientos:	Si usted acepta que su hija participe, se le hará un cuestionario donde se le preguntan datos como su edad, escolaridad, estado civil, número de parejas sexuales, edad de inicio de su vida sexual, y un cuestionario sobre datos en busca de la enfermedad que le mencionamos.		
Posibles riesgos y molestias:	Su participación consistirá únicamente en contestar unas preguntas, lo que no causa algún riesgo para su salud. Las respuestas y lo que encontremos es totalmente confidencial y tampoco queremos causarle un daño moral por preguntar algunas cosas de su intimidad, sus emociones y la forma en que se comporta, si usted siente alguna molestia o vergüenza tenga la confianza de expresarlo a un servidor.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted y su hija podrán conocer si tiene o no datos de la enfermedad trastorno por déficit de atención e hiperactividad que afectaría la vida diaria de su hija provocando que sea distraída en sus actividades diarias y si en dado caso de si los presenta, le podemos orientar sobre qué hacer.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados de la investigación se darán a conocer de manera privada y confidencial, con la autorización de hija. En caso necesario se le enviará a los servicios de psicología y con su médico familiar para que le apoyen.		
Participación o retiro:	Se podrá retirar de participar en cualquier momento que usted o su hija decida, sin que esto tenga consecuencias en el trato o la atención que solicite en la unidad, sin ser presionada para continuar su participación.		
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos que usted proporcione al momento de contestar la encuesta serán confidenciales y resguardados por el investigador, y solamente se utilizarán para este estudio según las pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la ley general de salud en México.		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	En caso de que lo necesite, se enviará al servicio de psicología en su UMF, para mejor orientación, o con su médico familiar.		
Beneficios al término del estudio:	Usted podrá saber si su hija tiene datos de la enfermedad que le hemos mencionado y recibir la ayuda disponible en su UMF.		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:	Dra. Nayelly Isabel Palacios Ramírez, UMF No. 6, 992224100, nayelly_palacios@hotmail.com, 2221359837		
Colaboradores:	Dra. Etna Ruth Almazán. UMF No. 6, 99228029, e.r.almang@gmail.com, 2224526411 Dra., Annalely Sánchez Perales, UMF No. 6 97220944, aaliya65@hotmail.com, 2221341114 Dr. José Arturo Córdova Soriano, UMF No. 6 joarcoso@gmail.com, 2222124316 Dr., Arturo García Galicia, HGZ 20 98228405, neurogarciaaaliya@yahoo.com.mx, 2221945360		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			
_____ Nombre y firma del sujeto		RIMF Dra. Annalely Sánchez Perales, Mat: 97220944, aaliya65@hotmail.com. 2221341114	
_____ Testigo 1		_____ Testigo 2	
_____ Nombre, dirección, relación y firma		_____ Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio			
Clave: 2810-009-013			

ANEXO 2.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: “TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE DE LA U.M.F. No. 6”

Número de registro institucional: En trámite

Objetivo del estudio y procedimientos: Se quiere saber si las adolescentes embarazadas y no embarazadas tienen una enfermedad que afecta su atención y aumenta la actividad en las cosas que hace todos los días. Se realizará un cuestionario para conocer esto.

Hola, mi nombre es Annallely Sánchez Perales y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de una enfermedad que afecta la atención que ponen las personas en sus cosas que realizan todos los días y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar unas preguntas como tu nombre, edad, si vas a la escuela, si tienes hijos, si tienes pareja, y algunas cosas que haces en tu vida diaria como tareas.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. Solo se dará información a tus padres si tú lo decides.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

☐

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Dra. Annallely Sánchez Perales UMF No. 6 Mat: 97220944

Fecha: Abril 2019

Clave: 2810-009-014

ANEXO 3.

TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
Nombre:		Afiliación:	
Edad:		Ocupación: Estudiante ☐	
		Trabajadora ☐	
Escolaridad (años completos cursados):			
Nivel Socioeconómico:		Alto ☐	Medio Alto ☐
		Medio Bajo ☐	Obrero ☐
		Marginal ☐	
Inicio de su vida sexual activa (Núbil o Número de años de inicio):			
Estado civil:			
Número de parejas sexuales:		Ninguna ☐	
		1 pareja ☐	
		2 parejas ☐	
		3 parejas ☐	
		>4 parejas ☐	

ANEXO 4.

Escala autoaplicable para adolescentes CEPO (Versión adolescentes)					
Nombre del paciente:					
Médico tratante:				Fecha:	
Instrucciones: Los reactivos que se enlistan a continuación, describen algunas conductas que presentan los adolescentes. Lee cada uno con cuidado y decide qué tanto lo has presentando: Nunca (0), algunas veces (1), casi siempre (2) o siempre (3). Marcar con una (X) el número que mejor te describa para cada reactivo. No hay respuestas buenas o malas. Por favor responde todo. GRACIAS.					
		Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	A cada rato me dicen que me calle.	0	1	2	3
2	Me desespero si tengo que formarme para comprar algo.	0	1	2	3
3	Los maestros me dicen que no los escucho cuando me hablan.	0	1	2	3
4	Me siento inquieto cuando estoy sentado.	0	1	2	3
5	Interrumpo a mis amigos antes que terminen de hablar.	0	1	2	3
6	Dejo incompletas las tareas.	0	1	2	3
7	Me cuesta trabajo esperar mi turno.	0	1	2	3
8	Me cuesta trabajo poner atención.	0	1	2	3
9	Me desespero cuando estoy sentado.	0	1	2	3
10	Mis padres me dicen que no los escucho cuando me hablan.	0	1	2	3
11	Pierdo mis libros o cuadernos.	0	1	2	3
12	Soy desorganizado en mis tareas.	0	1	2	3
13	Corro en lugares donde no debo hacerlo (escuela, cine, pasillos, etc.).	0	1	2	3
14	Soy más relajiento que los demás.	0	1	2	3
15	A toda hora tengo energía para hacer actividades.	0	1	2	3
16	Cometo errores por ser descuidado.	0	1	2	3
17	Me meto donde no me llaman.	0	1	2	3
18	Interrumpo a mis padres o maestros cuando me están hablando.	0	1	2	3
19	Evito hacer tareas en las que tengo que concentrarme.	0	1	2	3
20	Me distraigo por cualquier cosa.	0	1	2	3
21	Hago cosas al aventón.	0	1	2	3
22	Olvido donde dejo las cosas.	0	1	2	3

23	Los maestros me mandan a sentar.	0	1	2	3
24	Siento que no se me acaba la cuerda.	0	1	2	3
25	Me siento inquieto la mayor parte del día.	0	1	2	3
26	Me molesto cuando tengo que hacer trabajos laboriosos.	0	1	2	3
27	Soy de los que habla, habla y habla.	0	1	2	3
28	Soy de los que muevo a cada rato las manos o pies.	0	1	2	3
29	Me cuesta trabajo mantener la atención en juegos.	0	1	2	3
30	Me distraigo porque vuela la mosca.	0	1	2	3
31	Tengo problemas para concentrarme en tareas o trabajos.	0	1	2	3
32	Soy desorganizado con mis cosas en casa.	0	1	2	3
33	Me dicen que soy descuidado con mis cosas.	0	1	2	3
34	Respondo antes de que terminen de preguntarme.	0	1	2	3
35	Me es difícil seguir instrucciones de mis maestros o padres.	0	1	2	3
36	Me distraigo cuando estoy jugando.	0	1	2	3
	TOTAL				

La puntuación de 46 y más indica alta probabilidad de padecer TDAH.

ANEXO 5.

VARIABLES Y SU PUNTAJE EN EL MÉTODO DE GRAFFAR	
Profesión del jefe de familia	1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc. 2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc. 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa. 4. Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc. 5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
Nivel de instrucción de la madre	1. Universitaria o su equivalente. 2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa 3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos). 4. Educación primaria completa. 5. Primaria incompleta, analfabeta.
Principal fuente de ingresos	1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar). 2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales 3. Sueldo quincenal o mensual 4. Salario diario o semanal 5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)
Condiciones de la vivienda	1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias 2. Amplia, sin lujos, pero con excelentes condiciones sanitarias. 3. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias 4. Improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción, relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.

Interpretación de resultados	
Alto	04-06
Medio Alto	07-09
Medio Bajo	10-12
Obrero	13-16
Marginal	17-20



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2104
U MED FAMILIAR NUM 6

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 127

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 009 2017102

FECHA Lunes, 03 de junio de 2019

M.E. NAYELLY ISABEL PALACIOS RAMIREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE DE LA U.M.F.No. 6" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

PI-2019-2104-039

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. José David López Borbolla
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

Imprimir

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Jose Arturo Cordova S

Dr. Arturo García Galicia
JEFE DE DIVISION DE
INVESTIGACION EN SALUD
MAT. 10878729
IMSS QUERETERO PUEBLA



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL EN PUEBLA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD



PUEBLA, PUEBLA A 26 DE ENERO DEL 2021

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

Dra. Etna Ruth Almazán Ángeles
Dr. José Arturo Córdova Soriano
Dr. Arturo García Galicia
Dra. Nayelly Isabel Palacios Ramírez

DE LA TESIS TITULADA:

**"TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y EMBARAZO EN LA
ADOLESCENTE DE LA U.M. No 6"**

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

Dra. Annallely Sánchez Perales

DE LA ESPECIALIDAD:

MEDICINA FAMILIAR

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCS
CON NUMERO DE REGISTRO NACIONAL: R-2019-2104-039

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

DRA. LLUVIA MILITXY AYALA ALONZO
PRESIDENTA DEL COMITÉ 2104

DR. EDUARDO MATEO CRUZ
SECRETARIO DEL COMITÉ 2104

DRA. ETNA RUTH ALMAZÁN ÁNGELES
DIRECTOR DE TESIS

DR. JOSÉ ARTURO CORDOVA SORIANO
ASESOR DE TESIS

PA
DR. ARTURO GARCÍA GALICIA
ASESOR DE TESIS

DRA. NAYELLY ISABEL PALACIOS
RAMÍREZ
ASESOR DE TESIS