

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA
EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL DISTRITAL
JERUSALÉN DE LA ESPERANZA EN EL PERÍODO ENERO-
FEBRERO 2015**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Elizabeth Palomino Romero

ASESOR:

Dr. José Carlos Chamán Castillo

Trujillo – Perú

2015

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA

PAGINA DE DEDICATORIA

PAGINA DE AGRADECIMIENTOS

TABLA DE CONTENIDOS.....

RESUMEN

ABSTRACT.....

INTRODUCCION.....

MATERIAL Y METODOS.....

RESULTADOS.....

DISCUSION.....

CONCLUSIONES.....

RECOMENDACIONES.....

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....

Anexos:.....

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 120 adolescentes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin gestación.

Resultados: La frecuencia de disfunción familiar en las adolescentes con y sin gestación fue de 32% y 17% respectivamente. El odds ratio de disfunción familiar en relación a adolescente gestante fue de 2.31 ($p < 0.05$) el cual fue significativo.

Conclusiones: La disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza. No existen diferencias significativas en relación a edad y procedencia entre las adolescentes de ambos grupos de estudio.

Palabras Clave: Adolescencia, gestacion, disfuncion familiar.

ABSTRACT

Objective: Determine if familiar dysfunction is a risk factor associated to teen pregnancy at Jerusalem Hope Distrital Hospital.

Methods: Was conduced a analitic, observational, retrospective, cases and controls investigation. The study population was conformed for 120 teens inclusion and exclusion criteries distributed in 2 groups: with or without pregnancy.

Results: The frequency of familiar disfunction between with and without pregnancy teen were 32% y 17% respectively. Familiar disfunction odss ratio related to teen pregnancy was 2.31 ($p < 0.05$) and this had statistical significance.

Conclusions: Familiar dysfunction is a risk factor associated to teen pregnancy at Jerusalem Hope Distrital Hospital. No statistical differences related to age and precedence were meeting between both of groups.

Kewwords: Teenager, pregnancy, familiar dysfunction.

I. INTRODUCCION

1.1. Marco Teórico

La adolescencia es la época de transición desde la niñez a la vida adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la adolescencia se divide en temprana (de los 10 a los 14 años) y tardía (de los 15 a 19). El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que se produce entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas más relevantes en salud reproductiva en el mundo; se ha calculado su prevalencia mundial en alrededor de 15 millones de adolescentes en cada año¹.

La incidencia del embarazo adolescente es muy alta en el África Sub Sahariana (143 x 1000 adolescentes entre 15 a 19 años), en Europa, de 20 x 1000; en Holanda, el porcentaje de adolescentes que terminan en abortos es muy alta (tasa de aborto 61%). Las diferencias en el número de embarazos adolescentes entre países industrializados son principalmente causadas por la disponibilidad de contracepción efectiva para adolescentes y no por diferencias en el comportamiento sexual. En el Perú las adolescentes representan el 21% de total de la población peruana y de todos los embarazos, el 23% corresponde a adolescentes de entre 15 a 19 años de edad².

En el Perú el 13.2% de las mujeres entre 15 a 19 años de edad ya son madres o están gestando por primera vez. En el área rural son el 21,5% y en la selva son el 27.5%. Entre los años 2000 y 2011, se ha observado una tendencia hacia el incremento de la proporción de madres adolescentes en los departamentos de Madre de Dios (de 23.6 a 27.9%), Pasco (de 13.4 a 17.0%), Ica (de 8.8 a 14.6%), Tumbes (de 11.1 a 17.5%),

Piura (de 9.7 a 13.3%), Junín (de 10.4 a 15.1%), Puno (de 12.0 a 14.5%), Moquegua (de 7.1 a 9.1%) y Tacna (de 8.0 a 9.0%). Se identifican dos tipos de escenarios geográficos donde el embarazo en adolescentes se concentra con mayor proporción: 1) zonas rurales en la selva de los departamentos de Loreto, Madre de Dios, Ucayali, San Martín y Amazonas; y 2) zonas urbano-marginales de áreas metropolitanas de Lima, Callao, Piura y Trujillo^{3,4}.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobrepone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre⁵.

Los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad¹⁰.

La Funcionalidad Familiar es el conjunto de relaciones familiares que se establecen entre todos sus miembros, es una estructura de negociación para solucionar conflictos y existe comunicación clara que permite la espontaneidad,

apreciándose empatía y apoyo emocional, por consiguiente la funcionalidad familiar es la capacidad de resolver problemas y de ayudar a sus miembros a desarrollar sus potencialidades. La Familia funcional se caracteriza por mantener relaciones familiares bien establecidas, que son de tipo positivo para todos sus miembros, mostrándose satisfacción de estar juntos reconociendo que cada uno de ellos tiene intereses y necesidades individuales por lo que precisan de cierto grado de privacidad.

En cambio la familia disfuncional tiene límites intergeneracionales borrosos, falta actitud negociadora, existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas¹¹.

Una forma de establecer una posible disfunción familiar, es aplicando el APGAR Familiar, que es un instrumento que establece cinco componentes básicos de la función familiar, como es la adaptabilidad al medir la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver problemas, cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis). Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos. Los componentes del APGAR familiar miden tanto el ambiente emocional que rodea al paciente, así como la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos. Y en determinadas circunstancias también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar¹².

1.2. Antecedentes

Rangel J, et al (México, 2010); llevo a cabo un estudio con la finalidad de precisar el grado de funcionalidad familiar en el caso de adolescentes embarazadas, mediante la aplicación del Apgar familiar. Se seleccionaron al azar 364 embarazadas entre 12 y 19 años de edad; se aplicó a cada adolescente un formulario que consta de dos partes; ficha de identificación y APGAR familiar. Se clasificó como familia funcional, disfunción moderada y severa. El 55% fueron del grupo de edad de 18 y 19 años. El 40% tiene estudios de primaria. Casadas 85%, amas de casa 77%. Primigestas 78%. Disfunción familiar moderada se encontró 27%, severa 6% y normal en 67%. Los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto; concluyendo que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen¹³.

Pimentel B. (Bolivia, 2010); llevaron a cabo un estudio con el objeto de determinar la frecuencia de disfunción familiar, ansiedad y depresión en mujeres embarazadas adolescentes a través de un estudio prospectivo y transversal, realizado con una muestra de 86 mujeres embarazadas adolescentes empleando los Test de Ansiedad y depresión de Goldberg y el APGAR familiar. Se encontró depresión en las mujeres gestantes adolescentes y no adolescentes fue de 64 % y 56 % ($p < 0.05$, OR = 1.86); en cuanto a la disfunción familiar esta estuvo presente en el 70 % y 58% respectivamente en las mujeres gestantes adolescentes y no adolescentes ($p < 0.05$, OR= 1.66.)¹⁴.

Poccorpachi D. (Perú, 2012); llevo a cabo una investigación con el objeto de determinar el grado de funcionalidad familiar existente en gestantes adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima a través de un estudio descriptivo en el que participaron 130 gestantes adolescentes, entre 12 y 17 años;

observando que la mayoría de las gestantes adolescentes tienen una familia de tipo disfuncional (90%). Respecto al área de adaptación 75% presentaban disfuncionalidad familiar; de las cuales el 37% era de grado leve, en el área de participación el 81% poseen disfuncionalidad familiar, de las cuales el 36% fue leve. Sobre el área de crecimiento el 69% poseía disfuncionalidad familiar, de las cuales el 43% fue leve. Respecto al área de afecto el 87% presentaban disfuncionalidad familiar; dentro de las cuales el 32% fue leve, y otro 32% moderada. Finalmente en el área de recursos el 85% presentaron disfuncionalidad familiar, de las cuales el 34% fue moderado; concluyendo que el funcionamiento familiar, según la calificación del test del Apgar familiar modificado, de la mayoría de las adolescentes embarazadas es disfuncional, el cual se encuentra presente en las cinco áreas, de las cuales el grado de disfuncionalidad que presentaron con mayor frecuencia fue el de disfunción familiar leve¹⁵.

García R, et al (Colombia, 2012); realizaron un estudio con el objeto de comparar la evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar de familias con adolescentes gestantes y no gestantes por medio de un estudio comparativo, transversal, cuantitativo, realizado con la participación de 77 familias con adolescentes gestantes y 104 familias con adolescentes no gestantes; observando que las familias con adolescentes gestantes presentaron un grado de disfuncionalidad de 50% mientras que en las familias con adolescentes no gestantes presentaron un grado de disfuncionalidad de 42%; así mismo se verificaron diferencias significativas en las metas de estabilidad y control y en las dimensiones de coherencia y mantenimiento del sistema familiar ($p < 0.05$)¹⁶.

Arias C, et al (Colombia, 2013); desarrollaron una investigación con la finalidad de analizar la funcionalidad familiar y factores relacionados en un grupo de adolescentes embarazadas que asistieron a control prenatal por medio de un estudio de corte transversal con una población de 190 adolescentes embarazadas entre los 12 y 21 años, el instrumento utilizado fue el APGAR familiar; encontrando que el promedio

de edad fue de 18 años, el 72,1% de la población presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa, Entre ninguna y regular relación con el padre 46,9% y 25,3% con la madre, 38,9% presentaban antecedentes de violencia familiar. La buena funcionalidad familiar tuvo relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar ($p=0,000$), la no presencia de embarazo en < de 17 años ($p=0,020$), no presencia de abortos inducidos ($p=0,007$); concluyendo que la familia es decisiva y determinante en la presencia de embarazo precoz en estas adolescentes¹⁷.

1.3. Justificación

El embarazo adolescente se ha incrementado en los últimos años y constituye un tema de importancia en el ámbito social y reproductivo sobre todo en países en vías de desarrollo donde 15 a 20% de todos los nacimientos se da en madres adolescentes; este constituye un problema de salud pública en nuestro país y en Latinoamérica

La disfunción familiar es una problemática observada con frecuencia en nuestro medio y habiéndose identificado asociación entre este contexto y el riesgo de embarazo en adolescentes; resulta de nuestro interés precisar la asociación existente entre ambas variables en nuestra realidad; considerando la ausencia de estudios similares en nuestro medio es que nos planteamos la siguiente interrogante:

1.4. Problema:

¿Es la disfunción familiar factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015?

1.5 Objetivos

General:

Determinar si la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente

en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015

Específicos:

Determinar la frecuencia de disfunción familiar en adolescentes gestantes.

Determinar la frecuencia de disfunción familiar en adolescentes no gestantes.

Comparar la frecuencia de disfunción familiar en adolescentes gestantes y no gestantes.

1.6. Hipótesis

Nula: La disfunción familiar no es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015

Alterna: La disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015

II.- MATERIAL Y MÉTODO:

2.1. Población diana

El presente estudio tuvo como población diana al total de mujeres adolescentes atendidas por Consultorios Externos de Ginecología y Obstetricia Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015

2.2 Población de estudio

Fue aquella parte de la población diana que cumplieron con los siguientes criterios de selección según los cuales se distribuyeron en 2 grupos.

Criterios de selección:

Casos:

Criterios de Inclusión

Adolescentes con gestación actual.

Adolescentes que quieran colaborar con la presente investigación.

Controles:

Criterios de Inclusión

Adolescentes sin gestación actual.

Adolescentes que quieran colaborar con la presente investigación.

Criterios de exclusión: (Casos y Controles):

Adolescentes con antecedente de gestación.

Adolescentes con retraso mental o del desarrollo psicomotor.

Adolescentes que no deseen participar en la presente investigación.

2.3 Muestra:

Unidad de Análisis:

Fue cada una de las mujeres adolescentes atendidas por Consultorios Externos de Ginecología y Obstetricia Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015 y que cumplieron con los criterios de selección.

Unidad de Muestreo:

Fue la historia clínica de cada una de las mujeres adolescentes atendidas por Consultorios Externos de Ginecología y Obstetricia Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015 y que cumplieron con los criterios de selección.

Caso: Adolescente gestante.

Control: Adolescente no gestante.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para 2 grupos de estudio¹⁸.

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Proporción de casos que presentan disfunción familiar

p_2 = Proporción de controles que presentan disfunción familiar

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$$P_1 = 0.70^{14}$$

$$P_2 = 0,58^{14}$$

R: 1

Pimentel B. (Bolivia, 2010) encontró que la disfunción familiar esta estuvo presente en el 70 % y 58% respectivamente en las mujeres gestantes adolescentes y no adolescentes.

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 60$$

CASOS : (Adolescentes gestantes) = 60 pacientes

CONTROLES : (Adolescentes no gestantes) = 60 pacientes.

2.4. Diseño

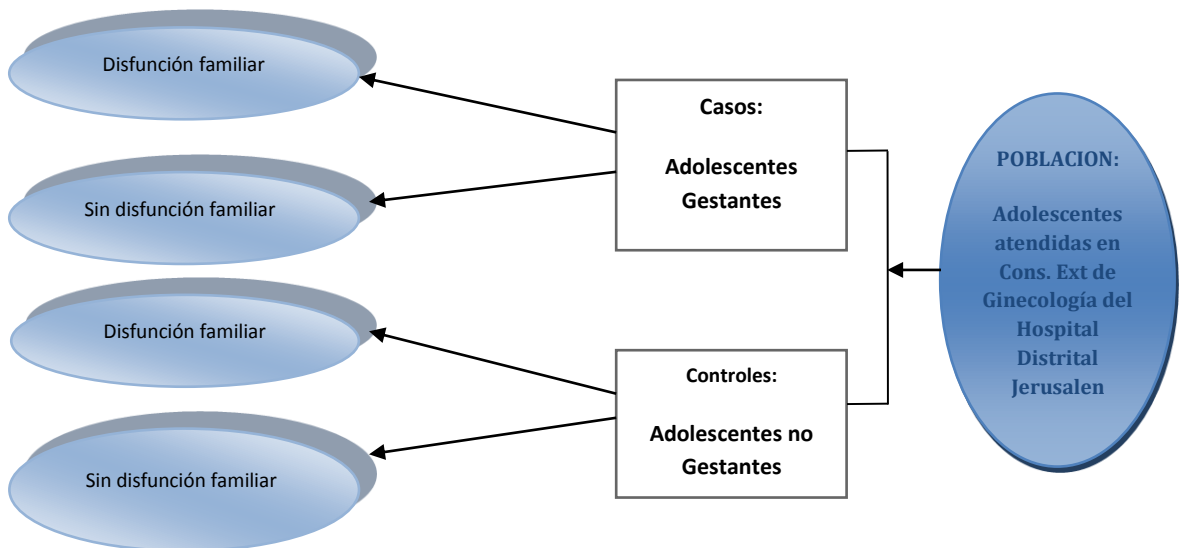
Diseño específico:

Este estudio correspondió a un diseño analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles

		G1	X1
P	NR		
		G2	X1

- P: Población
- NR: No randomización
- G1: Adolescentes gestantes
- G2: Adolescentes no gestantes
- X1: Disfunción familiar

Tiempo



Dirección

2.5 Variables y escalas de medición:

VARIABLES	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
Embarazo adolescente	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos.	(Si) (No)
INDEPENDIENTE: Disfunción familiar	Cualitativa	Nominal.	Test de Apgar Familiar	(Si) (No)
INTERVINIENTE: Edad	Cuantitativa	Discreta	Ficha de recolección de datos	Años.
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos.	Urbano rural.

2.6 Definiciones operacionales:

Embarazo adolescente: El embarazo en la adolescencia se definió como la gestación entre los 10 y los menores de 20 años de edad¹³.

Disfunción familiar: Es aquella condición por la cual la familia tiene límites intergeneracionales borrosos, falta actitud negociadora, existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas. Para la presente investigación esta variable se categorizara por medio del test de Apgar familiar. Se definirá disfunción familiar cuando el puntaje es menor a 18 y sin disfunción familiar cuando el puntajes sea de 18 a 20¹⁵.

Test de Apgar familiar: El Cuestionario Family APGAR mide las siguientes características familiares : Adaptación, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. A través de 5 preguntas; cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos; por lo que el puntaje alcanzado oscila de 0 a 20 puntos¹⁶.

Validación: El análisis factorial de la validación española reveló la existencia de un único factor en la escala integrado por los 5 ítems, que explicó el 61.9% de la varianza. El índice de Kaiser-Mayer-Olkin fue de 0.82 y el test de esfericidad de Bartlett de 1,315.2 ($p < 0.000050$). Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu (2010) Al igual que en la escala original reportan mediante un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) por componentes principales una estructura unifactorial que explica el 55.14% de la varianza, obteniendo también un índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin con un valor mayor a 0.70 ($MSA = 0.817$) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(10) = 1734$ $p = 0.000$)¹⁵.

2.7. Proceso de captación de información:

Ingresaron al estudio todas aquellas mujeres adolescentes atendidas por Consultorios Externos de Ginecología y Obstetricia Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015 y que cumplieron con los criterios de selección.

Se solicitó autorización al Director del Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza para aplicar la presente investigación.

Se entrevistó a la adolescente para precisar la condición de gestación y para definir su condición de caso o control a través del muestreo aleatorio simple.

Se aplicó luego el Test de Apgar familiar para precisar el grado de disfunción familiar de las adolescentes, el cual fue validado aplicándose una prueba piloto en 12 adolescentes: 6 gestantes y 6 no gestantes encontrando que la consistencia interna expresada a través del alfa de Cronbach fue de 0.84 la cual resulto adecuada (Anexo 1); por medio del muestreo aleatorio simple.

Se recogieron los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaron en la hoja de registro de datos (Anexo 2)

Se continuó con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar el 100% de la población de estudio.

Se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos y proceder a realizar el análisis respectivo.

2.8. Análisis e interpretación de la información:

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 22 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias esto para las variables cualitativas.

Estadística analítica:

Se aplicó el test de chi cuadrado para establecer la relación entre las variables cualitativas. La asociación fue considerada significativa si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio:

Dado que el estudio evaluó asociación a través de un diseño de casos y controles entre las variables cualitativas se calculó el odds ratio (OR) de la disfunción familiar

en relación a la gestación adolescente. Se procedió al cálculo del intervalo de confianza al 95%.

ODSS RATIO: $a \times d / c \times x$

2.9. Aspectos éticos:

La presente investigación se realizó sobre la base de la entrevista de los pacientes que acudieron por consultorios externos. Como tal no requirió consentimiento informado específico y se mantuvo plena confidencialidad del paciente a través del estudio. Debido a que fue un estudio de casos y controles en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)¹⁹ y la Ley General de Salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)²⁰.

III.- RESULTADOS

Tabla N° 01. Características de las pacientes incluidos estudio en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015:

Características	Adolescentes gestantes (n=60)	Adolescentes no gestantes (n=60)	Significancia
Sociodemográficas			
Edad: - Promedio - Rango	17.8 (15-19)	17.1 (15– 19)	T student: 0.63 p>0.05
Procedencia - Urbano - Rural	42(70%) 18(30%)	45 (75%) 15(25%)	Chi cuadrado: 1.38 p>0.05

FUENTE: HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN DE LA ESPERANZA - Archivo de historias clínicas: 2015.

Tabla N° 02: Frecuencia de disfunción familiar en adolescentes gestantes en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015:

Adolescentes	Disfunción familiar		Total
	Si	No	
Gestantes	19 (32%)	41(68%)	60 (100%)

FUENTE: HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN DE LA ESPERANZA -Archivo de historias clínicas: 2015.

Gráfico N° 01: Frecuencia de disfunción familiar en adolescentes gestantes en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015:

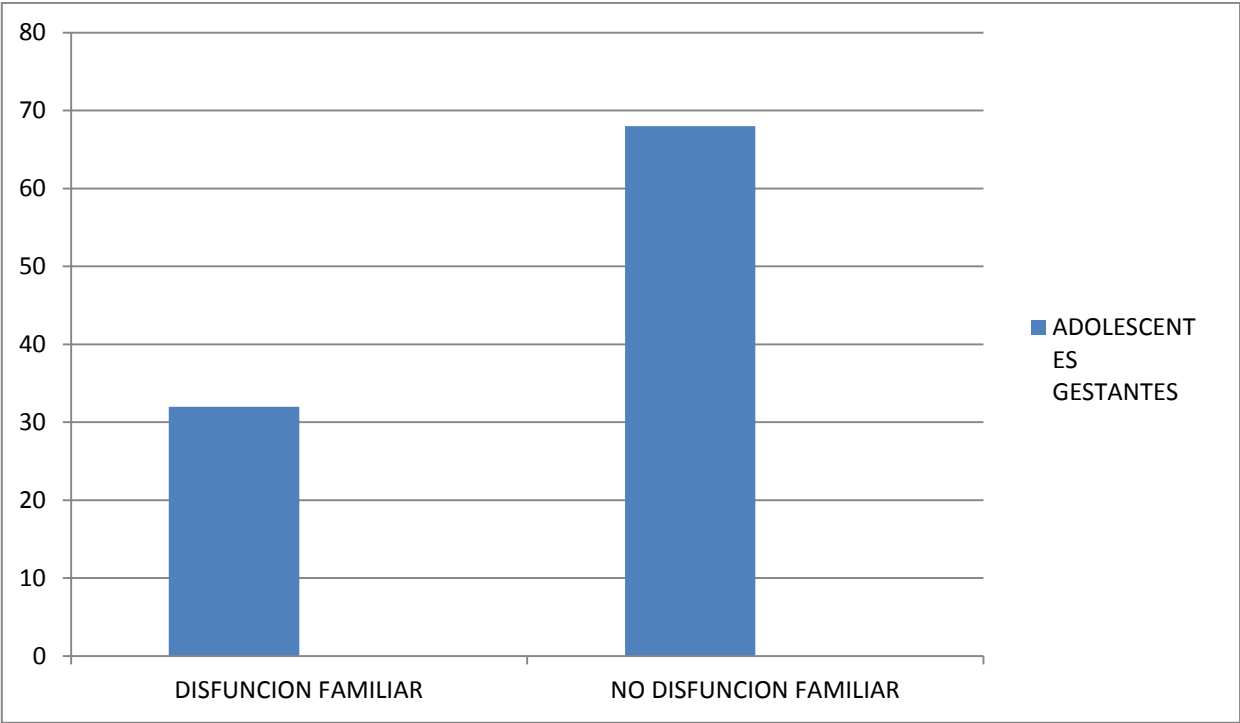


Tabla N° 03: Frecuencia de disfunción familiar en adolescentes no gestantes en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015:

Adolescentes	Disfunción familiar		Total
	Si	No	
No gestantes	10 (17%)	50(83%)	60 (100%)

FUENTE: HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN DE LA ESPERANZA -Archivo de historias clínicas: 2015.

Gráfico N° 02: Frecuencia de disfunción familiar en adolescentes no gestantes en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el período Enero- Febrero 2015:

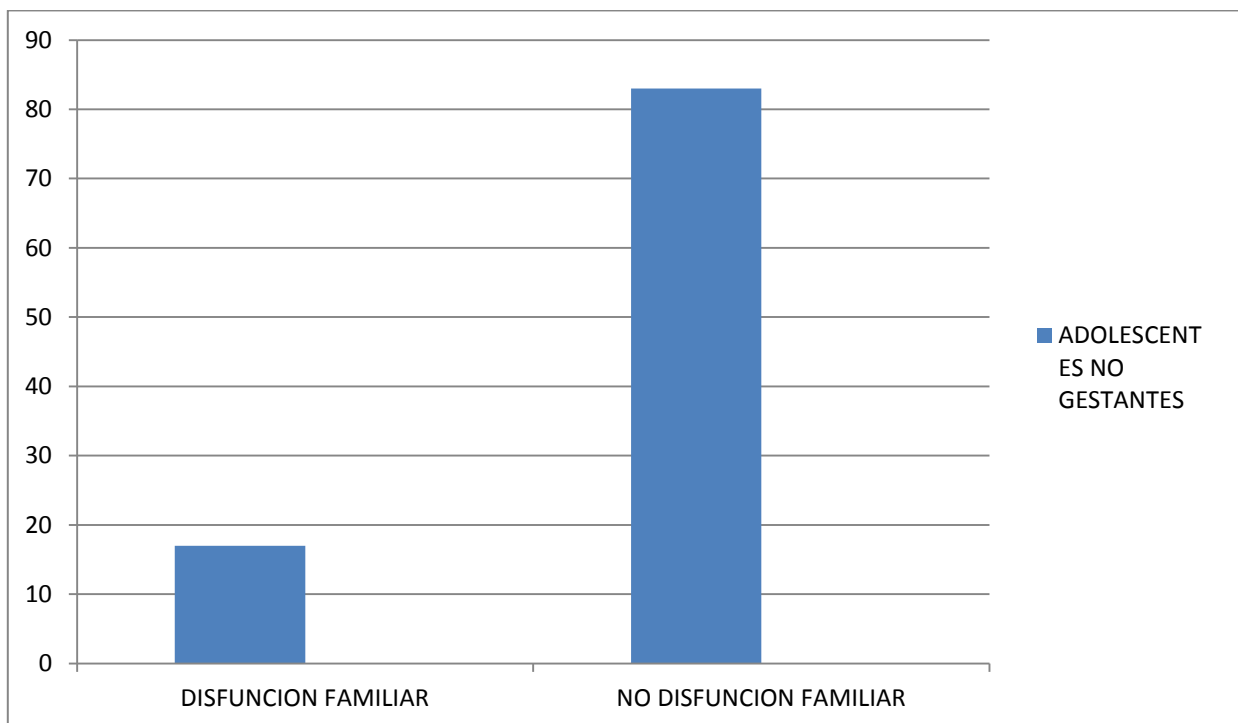


Tabla N° 04: Disfunción familiar como factor de riesgo asociado a embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza período Enero- Febrero 2015:

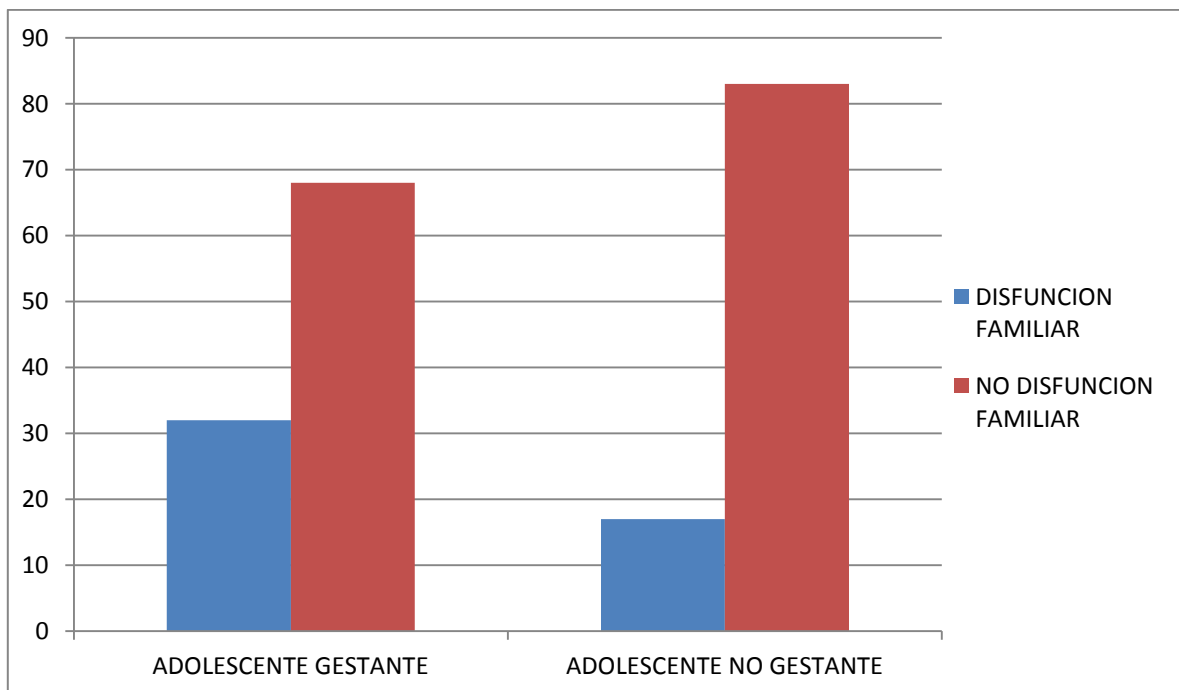
Disfunción familiar	Gestación adolescente		Total
	Si	No	
Si	19 (32%)	10(17%)	29
No	41(68%)	50(83%)	91
Total	60 (100%)	60 (100%)	120

FUENTE: HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN DE LA ESPERANZA -Archivo de historias clínicas: 2015.

- Chi cuadrado: 4.1
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 2.31
- Intervalo de confianza al 95%: (1.22 – 3.94)

En el análisis se observa que la disfunción familiar expresa riesgo para gestación adolescente a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor de riesgo para gestación adolescente en el contexto de este análisis.

Gráfico N° 03: Disfunción familiar como factor de riesgo asociado a embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza período Enero- Febrero 2015:



IV. DISCUSION:

El embarazo en la adolescente es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia. Los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. La Funcionalidad Familiar es el conjunto de relaciones familiares que se establecen entre todos sus miembros, que permite resolver problemas y ayudar a los miembros a desarrollar sus potencialidades. La familia disfuncional tiene límites intergeneracionales borrosos, falta actitud negociadora, existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas.

En la Tabla 1 se describe la distribución de las variables intervinientes edad y procedencia entre ambos grupos de estudio observando una uniformidad en relación a estas variables; lo que condiciona un contexto apropiado para realizar comparaciones y minimizar sesgos.

En la tabla N° 2 observamos la distribución del grupo de adolescentes gestantes con disfunción familiar encontrando que de las 60 pacientes, el 32% la presentó. En la tabla N° 3 se describe la distribución de adolescentes no gestantes encontrando que la variable independiente se presentó en el 17% de las controles. Esta diferencia expresa una tendencia general en la muestra que nos da una idea de la presencia del factor en estudio en ambos grupos.

En la tabla N° 4 se confrontan las distribuciones de los pacientes para cumplir con el objetivo principal de la presente investigación, en primer término con el estadígrafo odds ratio de 2.31 ; traduce que las adolescentes con disfunción familiar en la muestra tienen dos veces más riesgo de quedar embarazadas.

Esta asociación muestral fue verificada a través de la prueba chi cuadrado para extrapolar esta conclusión a la población; siendo el valor alcanzado suficiente para poder afirmar que la misma tiene significancia estadística ($p < 0.05$) y con ello afirmar que la disfunción familiar es factor de riesgo para gestación en la adolescencia.

Dentro de los antecedentes encontrados tenemos el estudio de **Pimentel B.** en Bolivia en el 2010 quien determinó la frecuencia de disfunción familiar en 86 embarazadas adolescentes a través de un estudio prospectivo y transversal, empleando el APGAR familiar; se encontró que esta estuvo presente en el 70 % y 58% respectivamente en las mujeres gestantes adolescentes y no adolescentes ($p < 0.05$, $OR = 1.66$)¹⁴.

En este caso el estudio en mención se corresponde con una realidad poblacional similar a la nuestra por ser un país sudamericano, siendo una publicación reciente que considera un tamaño muestral cercano al nuestro y en relación a las variables de interés reconoce frecuencias significativamente mayores de disfunción familiar en el grupo de adolescentes gestantes, lo cual resulta concordante con los hallazgos de nuestra investigación.

Precisamos las conclusiones a las que llegó **Poccorpachi D.** en Perú en el 2012 quien determinó el grado de funcionalidad familiar en gestantes adolescentes a través de un estudio descriptivo en 130 gestantes adolescentes, observando que la mayoría tienen una familia de tipo disfuncional (90%); concluyendo que el funcionamiento familiar, según la calificación del test del Apgar familiar de la mayoría de las adolescentes embarazadas es disfuncional¹⁵.

En este caso el estudio de la referencia se corresponde con una valoración reciente, que se desarrolla en un contexto poblacional común con el nuestro, comprometiendo a un tamaño muestral idéntico al de nuestra serie, si bien la estrategia de análisis es más simple lo que dificulta la posibilidad de comparar los

hallazgos. Aun así es posible verificar el considerable grado de disfunción familiar observado en el grupo de gestantes adolescentes que se encuentra por encima del promedio habitual en adolescentes no gestantes.

Consideramos también las tendencias descritas por **García R**, et al en Colombia en el 2012 quienes compararon la funcionalidad familiar de familias con adolescentes gestantes y no gestantes por medio de un estudio comparativo, transversal, cuantitativo, observando que las familias con adolescentes gestantes presentaron un grado de disfuncionalidad de 50% mientras que en las familias con adolescentes no gestantes presentaron un grado de disfuncionalidad de 42%; así mismo

verificaron diferencias significativas en las metas de estabilidad y control y en las dimensiones de coherencia y mantenimiento del sistema familiar ($p < 0.05$)¹⁶.

En este caso la valoración se desenvuelve en un contexto poblacional común por tratarse de una país sudamericano, a través de una publicación contemporánea, en donde se toma en cuenta un diseño comparativo pero transversal, evidenciando frecuencias considerables de disfunción familiar tanto en las adolescentes gestantes como en las no gestantes pero con un predominio significativo en el primer grupo lo cual es coincidente con nuestros hallazgos.

Describimos los hallazgos encontrados por **Arias C**, et al en Colombia en el 2013 quienes desarrollaron una investigación con la finalidad de analizar la funcionalidad familiar en un grupo de adolescentes embarazadas por en un estudio de corte transversal con una población de 190 adolescentes embarazadas con el APGAR familiar; encontrando que la buena funcionalidad familiar tuvo relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar ($p = 0,000$), concluyendo que la familia es determinante en la presencia de embarazo precoz en estas adolescentes¹⁷.

En este caso el estudio de referencia se corresponde con una valoración de características sanitarias y sociodemográficas, siendo el referente más actualizado de los identificado en la bibliografía, con un tamaño muestral algo superior y a través de un diseño también comparativo pero transversal se reconoce el impacto del deterioro de la funcionalidad familiar en relación al riesgo de gestación durante la adolescencia y esto resulta un hallazgo común con nuestros resultados.

V. CONCLUSIONES

- 1.- La disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente.
- 2.- La frecuencia de disfunción familiar en adolescentes gestantes fue 32%.
- 3.-La frecuencia de disfunción familiar en adolescentes no gestantes fue 17%.

VI. SUGERENCIAS

1. Considerando el hecho de que la disfunción familiar es una característica potencialmente modificable y tratable es conveniente comprometer la participación directa del personal sanitario con la finalidad de que a través de consejería en salud mental y terapias de soporte grupal contribuyan a la reducción de esta condición de riesgo.
2. Dada la importancia de precisar las asociaciones definidas en la presente investigación; se recomienda la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo expresado por estas variables en el tiempo con mayor precisión.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec*. 2010;1:42-51.
2. Pérez I, Bastardo D, Cermeño T, Díaz L. Incidencia de embarazo precoz según las etapas de la adolescencia. *Informed*. 2010; 10 (4): 6.
3. Leon Y. Embarazo en la adolescencia en el Perú: Se encuentra en URL: www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/.../embarazo.pdf. 22.11.2010.
4. Ventura S. Estimated pregnancy rates by outcome for the United States, 1990–2004, *National Vital Statistics Reports*, 2011,56, (15):56-59.
5. González E, Molina T. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. *Rev Chil Obst Ginecol* 2011; 72(6):374-382.
6. Molina C, Molina G, González A. Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos. Un grave problema de salud pública no resuelto. *Rev Méd Chile* 2011; 135: 79-86.
7. Oliva A. Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología*. 2010; 25 (3):243.
8. Zambrano G, Gayon G, Mojica D, Cañizares Y. Programa de atención integral a la población adolescente. *Revista y Ciencia del Cuidado*. 2012; 5 (1): 109-124.
9. Reime B, Schücking BA, Wenzlaff P. Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;8:4.
10. Maryam K, Ali S. Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. *J Pak Med Assoc*. 2011; 58(10):541-4.
11. Berger K. *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. 7ma edic. España. Editorial Médica Panamericana. S.A. 2010; pp 410-12
12. Alegre Y, Suarez M. Instrumento de atención de familia: El familiograma y el APGAR familiar. *Rev Rampa* 2011; 1(1):48-57.
- 13.-Rangel J, Valerio L, Patiño J. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med. UNAM*.2010; 47 (1): 24-28.

14.-Pimentel B. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo adolescente en el Hospital Materno Infantil de la C. N. S , La Paz- Bolivia. Rev Pacea Med Fam. 2010; 4(5): 15-19.

15.-Pocorpachi D, Angoma L. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. (2012). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis. Perú.

16.-García R, Martínez H. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. Avances en enfermería. 2012; 29 (1): 75-86.

17.-Arias C, Carmona I, Castaño J. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud ESE, Manizales, 2012. Arch Med (Manizales) 2013; 13(2):142-59.

18.-Kleinbaum DG. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.

19.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2012.

20.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2013.

ANEXOS:

ANEXO N° 01:

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Nombre: Family APGAR.

Autor: Smilkstein, Ashworth y Montano (1982).

Adaptación: Bellon, Luna y Lardelli (1996). Escala de Funcionamiento Familiar.

N° de ítems: 5

Características del Cuestionario: El Cuestionario Family APGAR mide las siguientes características familiares de las cuales toma su nombre (APGAR): Adaptación (utilización de recursos para la procuración del bien común y la ayuda mutua para la resolución de problemas familiares) Participación (distribución solidaria de responsabilidades familiares se comparten y resuelven los problemas), Gradiente de Crecimiento (autorrealización de los miembros de la familia), Afecto (relación afectiva entre los miembros de la familia) y Resolución (compartir tiempo y recursos en la resolución de problemas).

Administración: Individual o Colectiva.

Tiempo aproximado de aplicación: 3 minutos.

Población a la que va dirigida: Desde los 11 años.

Propiedades psicométricas:

Para el registro de los datos el APGAR familiar, el cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca 1: Casi un nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre

FUNCIÓN	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Estas satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes algún problema y/o necesidad					
Conversan entre ustedes los problemas que ocurres en la casa					
Te satisface como tu familia acepta y apoya tus deseos de emprender nuevas actividades o decisiones importantes					
Sientes que tu familia expresa afectos y responde a tus emociones como rabia, tristeza, amor.					
Estas satisfecho como compartes con tu familia el tiempo para estar juntos.					

<i>FUNCIÓN</i>	<i>PUNTAJE</i>
Buena función familiar	18 a 20 puntos
Disfunción familiar leve	14 a 17 puntos
Disfunción familiar moderada	10 a 13 puntos
Disfunción familiar severa	9 o menos puntos

ANEXO N° 02

Disfunción familiar como factor de riesgo asociado a embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza.

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

INGRESO: Fecha: _____ Hora :_____ DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Nombres y apellidos: _____

1.3. Edad: _____

1.4. Procedencia: Urbano () Rural ()

II.-DATOS DE VARIABLE DEPENDIENTE:

Gestación: Si () No ()

III.-DATOS DE VARIABLE INDEPENDIENTE:

Puntaje del Test de Apgar familiar:.....

Disfunción familiar: Si () No ()