



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

**TEMA
RELACION ENTRE FAMILIA DISFUNCIONAL Y EMBARAZO
ADOLESCENTE**

**QUE PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO
JESÚS CERVANTES FLORES**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
PROFESOR Y TITULAR DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLINICO**

**M. EN C. SARA QUIRÓZ OLGUIN
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD
ASESORA METODOLOGICA**

**PERIODO DE LA ESPECIALIDAD
2008 – 2011**

POR LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**M. C. ESP. JOSE MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE
LA SALUD DE LA UAEH**

**DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DE AREA ACADÉMICA DE MEDICINA
DEL I.C.Sa.**

**DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA SECRETARIA DE
SALUD DE HIDALGO**

**DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO**

**DRA. MICAELA MARICELA SOTO RÍOS
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO**

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
PROFESOR Y TITULAR DEL PROGRAMA DE
MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLINICO**

**M. EN C. SARA QUIROZ OLGUIN
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD
ASESORA METODOLOGICA**

DEDICATORIA

A TI
QUE ESTAS LEYENDO ESTO
TE DEBO MI GRATITUD Y RESPETO,
PORQUE CON TU ESFUERZO DEDICACION E INTERÉS
HAS CONTRIBUIDO A MI FORMACIÓN
EMPUJANDOME Y ENSEÑANDOME A SER
UN MEJOR HOMBRE

A TI
QUE TIENES ESTAS LETRAS EN TUS MANOS
TE AGRADEZCO CADA IMPULSO DE AYUDARME,
PORQUE HAS SIDO UN PILAR IMPORTANTE
EN MI CONCIENCIA MÉDICA,
EN MI EMPEÑO DE DAR LO MEJOR DE MI Y
EN MI INTERES DE HACER SIEMPRE LO CORRECTO

A TI
QUE ESCOGISTE LEER ESTA PÁGINA
TE DEBO MI COMPROMISO DE SEGUIR TU EJEMPLO,
MI OBLIGACION DE DEFENDER LA VIDA
Y MI VOLUNTAD DE LUCHA EN PRO
DE LO UNICO QUE ES VERDADERO:
AMOR A LO QUE SOMOS Y A LO QUE HACEMOS.

CERVANTES F. JESUS

ÍNDICE

OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
ANTECEDENTES.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	12
HIPÓTESIS.....	15
MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	16
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	16
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	16
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	17
DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	17
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	18
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	21
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	22
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	22
ASPECTOS ÉTICOS.....	23
RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.....	24
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES.....	65
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	66
ANEXOS.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la relación que existe entre las embarazadas adolescentes y el grado de disfunción familiar, en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Utilizar un APGAR familiar y detectar familias disfuncionales en las embarazadas adolescentes que se incluyan en el estudio.
2. Determinar la prevalencia de familias disfuncionales en adolescentes embarazadas.
3. Establecer una relación entre el embarazo en la adolescencia y una familia disfuncional de la adolescente.
4. Comparar indicadores de las embarazadas adolescentes con y sin algún grado de disfunción familiar.
5. Identificar a la familia disfuncional como una de las causas que conlleva al embarazo en adolescentes.

I.- ANTECEDENTES.

En Chile se conmemoró el 26 de septiembre del 2008 como el Día Mundial de la Prevención del Embarazo Adolescente, efectuándose una jornada de reflexión sobre el tema, con representantes del Ministerio de Salud, CEMERA (Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente), FIGIJ (Federación Internacional de Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia), CELSAM (Centro Latinoamericano Salud y Mujer), entre otros. En esta jornada se presentaron datos estadísticos que reportan en el 2005 hubo 230.831 nacidos vivos, de ellos, 935 (0,41%) correspondieron a embarazos de adolescentes de 10-14 años y 35.143 (15,2%) a adolescentes de 15-19 años, 5 de estas últimas fallecieron como consecuencia del proceso reproductivo (14,2/100.000 nv).

1

Se puntualizó sobre todo que el embarazo adolescente en Chile conlleva también un alto riesgo perinatal, especialmente por una mortalidad neonatal e infantil significativamente mayor (4,5), asociadas especialmente a una mayor incidencia de recién nacidos menores de 2500 gramos e insuficiente red de apoyo social.¹

Durante el año 2004, en el Local 48 del Policlínico Comunitario Docente José Martí, de Camagüey, Cuba, se realizó un estudio analítico de corte transversal con el objetivo de caracterizar la educación sexual de los adolescentes que provienen de medios familiares adversos, es decir, con situaciones de alcoholismo, drogadicción, divorcio de los padres, violencia intrafamiliar, encarcelamiento, situación socioeconómica desfavorable y desvinculados laboralmente. El universo de estudio estuvo constituido por 186 adolescentes de ambos sexos. La muestra fue de 50 adolescentes, que constituyeron el

grupo de estudio. Este grupo se comparó con otro grupo de adolescentes que no presentaban medios familiares adversos según los aspectos antes mencionados y al que se denominó grupo testigo. El resultado fue que el 42,5% de los adolescentes presentaron conflictos familiares; de éstos el 70% comenzó sus relaciones sexuales entre los 12 y los 15 años de edad; se encontró con mayor frecuencia en el grupo de estudio la mala comunicación con los padres sobre temas de sexualidad (58%) y el 42% ha recurrido al aborto voluntario, mientras que el 90% de nuestro grupo de estudio refirió no tener mejor conocimiento acerca de la sexualidad debido a la pobre comunicación con los padres sobre el tema.²

En el año 2007 en Bogotá y municipios aledaños de Colombia se realizó un estudio de tipo transversal para el cual se entrevistó a 20 madres adolescentes que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años. Como resultado se muestra que entre las consecuencias del embarazo adolescente están: alta deserción escolar (53%); hogares tanto nucleares como monoparentales de jefatura femenina; baja repercusión en el cambio de ocupación de la mujer y en su proyecto de vida (30%); y causa, aunque débil, de formación de uniones legales o religiosas. También se determinó el carácter “hereditario” de la maternidad adolescente, pues el 75% de sus madres a su vez lo fueron y así mismo lo son el 50% de las hermanas.³

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 53, León Guanajuato, México, se seleccionaron al azar 364 embarazadas entre 12 y 19 años de edad, de enero del 2001 a enero del 2002 para realizar un estudio descriptivo transversal. El objetivo fue determinar el grado de funcionalidad familiar, en un grupo de adolescentes mediante la aplicación del test de Smilkstein⁴. El cuestionario constó de dos partes; Test APGAR familiar y ficha de identificación, y la disfuncionalidad familiar se clasificó de acuerdo con los criterios del test APGAR de Smilkestein⁴, que consta de cinco preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares como son: adaptación, participación, crecimiento, afectividad, y resolución, considerados como determinantes en la interrelación familiar. A las familias se les clasificó como familia funcional, disfunción moderada y severa. A los resultados se les aplicó estadística descriptiva. 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% ⁴.

Se encontró disfunción familiar moderada en el 27% de las embarazadas, disfunción severa 6% y funcionalidad normal en 67%. Los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto.

En síntesis, 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 origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.⁴

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años⁵

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo, en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González,⁷ en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años^{6, 7}. Sin embargo, un trabajo realizado el año 2000 en Temuco, reveló una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres⁸.

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica⁹. Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea¹⁰. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.¹¹⁻¹⁴

Trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %).^{15, 16} Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.¹⁷

Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que, en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos¹⁹⁻²². Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años.¹⁷

En marzo del 2011 en Pachuca, Hidalgo, se inició un programa por parte del Sistema DIF Pachuca que consiste en impartir un taller para prevenir embarazos en adolescentes. El presidente del sistema DIF José Luis Osorio Piña indicó que este sistema buscaba promover la reflexión de los adolescentes sobre los riesgos y consecuencias asociadas al inicio de la sexualidad en edades tempranas. Para ello se implementó a 60 alumnos de la Escuela Americana en Pachuca, un curso taller en el que estarían a cargo de bebés virtuales, con el fin de caer en cuenta sobre las dificultades de cuidar un bebé a su edad. Osorio Piña comentó que al término de la actividad los adolescentes deberían contar sus experiencias para ser evaluados y determinar el cuidado que se le dio en tiempo establecido.¹⁸

Cada año 470 mil adolescentes se convierten en madres en México, advirtió la secretaria de salud SSA Federal en voz de la directora del Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la SSA, Georgina Martínez¹⁹. La funcionaria aseguró que mientras que México ocupa el lugar número 56 a nivel mundial por su índice de Desarrollo Humano, cuando se mide por la Fecundidad adolescente cae hasta el lugar 103.¹⁹

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.^{23,24}

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo, el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia.^{25, 26}

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El embarazo adolescente se ha convertido hoy en día, en motivo de diversas investigaciones debido a que en los últimos diez a quince años ha aumentado significativamente el fenómeno del embarazo adolescente. En el 2005 había en nuestro país 480 mil mujeres entre 12 y 19 años las cuales ya tenían un hijo vivo²⁷. Existiendo un total de 8, 376, 979 mexicanas menores de 19 años que ya son madres y muchas de ellas teniendo más de un hijo²⁷.

Stern, considera al embarazo adolescente como un problema creciente en México por diversos factores como los detalla explícitamente y que consisten en el crecimiento en número del grupo de adolescentes lo que ha dado lugar al hecho de que aun en tasas de fecundidad menores el número de hijos nacidos de madre adolescente sea muy grande. Segundo el hecho de que la fecundidad de los grupos de mujeres mayores ha disminuido más que la de los grupos de mujeres jóvenes por lo que la proporción de hijos nacidos de adolescentes es mayor ahora que en el pasado. Y tercero, el mayor acceso de la población pobre a los servicios de salud con la creciente medicalización conjunta del embarazo a puesto de manifiesto la alta incidencia de embarazos muchas veces problemáticos por las condiciones en las que se presentan.²⁹

El embarazo en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea^{30, 31}. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal,

agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social^{32, 33}.

El problema se planteó con la pregunta siguiente:

¿Cualquier grado de disfuncionalidad familiar se asocia como un factor condicionante para el embarazo en las adolescentes?

III.- JUSTIFICACIÓN.

En el año 2010, la Secretaría de Salud en Hidalgo ofreció consulta a 13 mil 963 jóvenes menores de 19 años en Pachuca, que acudieron por primera vez a la instancia por estar embarazadas. Durante el 2009, la cifra fue relativamente menor, 11 mil 245. A pesar de las medidas y acciones que ha implementado el sector Salud para disminuir el embarazo en las adolescentes, la tendencia sigue al alza.³⁴

Dentro de los aspectos de salud reproductiva estudiados entre los adolescentes de 12 a 19 años de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006³⁵, se concluyó que en Hidalgo el 85% de este grupo etario conocía o había oído hablar de algún método para evitar el embarazo, situación que ubicó a Hidalgo con mayor cobertura que la media nacional que fue del 81.8%.³⁵

La proporción de adolescentes que conocía métodos anticonceptivos fue mayor entre mujeres (86.9%) que entre hombres (83.0%) y por grupos de edad se registró que, en adolescentes de 12 a 14 años, sólo 71.2% estaba enterado de algún método y en el grupo de 15 a 19 años, 93.4% había oído hablar de ellos.

Si los adolescentes desconocen este tipo de información, tienen mayor riesgo de un embarazo precoz y de contraer una infección de transmisión sexual, riesgos considerados como dos de los problemas prioritarios de la salud reproductiva en adolescentes.³⁵

A los adolescentes que contestaron saber la forma de evitar un embarazo, se les cuestionó de qué métodos habían oído hablar siendo los mayormente mencionados el preservativo en un 81.2% y los hormonales orales en un 71.7%.³⁵

En relación con todos los demás métodos, tan sólo un 27% o menos de los adolescentes hidalguenses han escuchado hablar de ellos, por ejemplo, el dispositivo intrauterino (DIU) lo mencionan en un 27.1%. Se reporta un conocimiento de la anticoncepción de emergencia en un 2.3% y en último lugar nombran el coito interrumpido y la vasectomía (0.3% y 0.2 respectivamente).³⁵

De los métodos más conocidos (preservativos y hormonales orales) teníamos que por género una mayor proporción de hombres que de mujeres señaló haber oído hablar del preservativo (87.9% y 75.2% respectivamente) y, por el contrario, una mayor proporción de mujeres que de hombres sabían de las pastillas (76.4% y 66.5% correspondientemente).³⁵

Un evento importante que determina la iniciación de las mujeres a la vida reproductiva es la edad de la menarquía. La edad promedio de inicio de menstruación para Hidalgo fue de 12.2 años. En cuanto a las relaciones sexuales, los resultados de la ENSANUT 2006 indicaron que mientras en el ámbito nacional, el 4.1% de los adolescentes en el grupo de 15 a 19 años inició su vida sexual antes de cumplir los 15 años, en Hidalgo la proporción fue menor a la nacional con 2.4%, siendo 2.7% en hombres y 2.2% en las mujeres.³⁵

El 45.8% de los adolescentes que en el levantamiento de la encuesta tenían 19 años cumplidos ya habían empezado su vida sexual. Y con respecto al uso de condón en su

primera relación sexual, 50.1% respondió haberlo utilizado (65.9% de los hombres y 32.6% de las mujeres).

El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo.

El embarazo y el parto de una mujer de edad inferior a los 20 años tienen un alto riesgo pues confluyen varios factores que aumentan la probabilidad de complicaciones, entre ellos la propia edad de la mujer, el bajo peso del niño y la prematuridad del alumbramiento.

La deficiente nutrición de la adolescente y las malas condiciones de reposo y bienestar físico durante el embarazo, son también factores de riesgo. Las madres adolescentes pueden no llevar una dieta que se ajuste a sus necesidades y a las del bebé que están gestando, además pueden presentar ciertas complicaciones durante el embarazo que van desde una infección en vías urinarias, infecciones de transmisión sexual, hasta un parto prematuro que traerá consecuencias negativas tanto para la madre como para el recién nacido (falta de peso, daño cerebral y muerte materno-infantil).³⁵

IV.- HIPÓTESIS.

H0 No existe relación entre algún grado de disfunción familiar y el embarazo adolescente.

H1 Cualquier grado de disfunción familiar se asocia directamente con el embarazo en las adolescentes.

V.- MATERIAL Y MÉTODOS.

V.1. LUGAR DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN:

En el área de consulta externa para control de embarazo y en el piso de Ginecobstetricia del Hospital General de Pachuca, perteneciente a un segundo nivel de atención.

V.2. DISEÑO DEL ESTUDIO:

v.2.1. Tipo de estudio: Transversal analítico observacional

v.2.1.2 Población de estudio: Mujeres menores de 19 años que están gestando o que se encontraban en puerperio inmediato en el Hospital General de Pachuca.

v.2.2. Marco muestral: Toda aquella paciente menor de 19 años que acudió a consulta prenatal o que se encontraban en puerperio inmediato en el "Hospital General de Pachuca".

V.3. UBICACIÓN Y ESPACIO TEMPORAL:

v.3.1. Lugar: Consulta externa y piso de Ginecobstetricia del “Hospital General de Pachuca”.

v.3.2. Tiempo: Durante un periodo de dos meses se capturaron a las pacientes menores de 19 años que estaban cursando un embarazo o se encontraban en puerperio inmediato y se les aplicó la encuesta que determinó su APGAR familiar.

v.3.3. Personas: Únicamente personas del sexo femenino menores de 19 años de vida que estaban cursando un embarazo o se encontraban en puerperio inmediato.

V.4. SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Todos los pacientes menores de 19 años embarazadas o en puerperio inmediato.

v.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Mujeres menores de 19 años
2. Pacientes con el diagnostico de embarazo o puerperio inmediato
3. Pacientes provenientes de una familia del tipo que esta sea.
4. Pacientes que aceptaron participar en el estudio mediante la firma de la carta de consentimiento informado.

v.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Complicaciones avanzadas que impidieron la aplicación del test APGAR Familiar.
2. Pacientes analfabetas o que no comprendían el idioma español.
3. Pacientes con trastornos psiquiátricos previamente diagnosticados.

4. Pacientes con trastornos mentales incapacitantes

v.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

.1. Pacientes que no contaban con una familia del tipo que esta sea.

v.4.4. Criterios de selección

1. Adolescentes que aceptaron y tuvieron la capacidad para contestar el test APGAR de Smilkstein.

5. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA:

v.5.1 Tamaño de la muestra: Un total de 155 adolescentes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión y que acudieron al Hospital General de Pachuca.

$$n = \frac{Z_2 (P) (Q)}{(E)^2}$$

Dónde:

n= tamaño de la muestra que se requiere

Z₂ de 1.96 para un IC del 95%

P = se considera un 0.24 (24 %) por estudios previos con una variación del 7 %.

Q = (1-p) 0.76

E = 7 % (para amplitud del intervalo de confianza). Se trata de la variación estimada de diversos estudios.

Que sustituyendo:

$$n = \frac{3.84 (24) (76)}{(7)^2} = \frac{7004}{49} = 142 \text{ (se cierra a 155).}$$

V.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

v.6.1. variable independiente: Embarazo adolescente

v.6.2. variable dependiente: disfunción familiar

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE
Independiente Embarazo adolescente:	El proceso gestacional, que comprende el crecimiento y desarrollo dentro de la adolescente de un nuevo ser desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por los periodos embrionario y fetal.	Estado reproductivo de una mujer en edad mayor a 12 años de vida y menor a 19 y que confiere la gestación de un nuevo ser desde el momento de su concepción hasta el nacimiento del mismo.	Cualitativa	Hoja de datos
Dependiente Disfunción Familiar	Es el no cumplimiento de algunas de las funciones de la familia, por alteración en alguno de los subsistemas familiares.	Perdida de funcionalidad dentro de un grupo de personas que conforman una familia y que conlleva a una mala adaptación, participación y crecimiento de dicho grupo.	Cualitativa	Test APGAR familiar de Smilkstein.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
Edad del padre	Años que ha vivido el padre del entrevistado.	Tiempo en años que el padre de la entrevistada ha vivido	Cuantitativa discreta	Hoja de datos
Escolaridad del padre	Grado de escolarización completa.	Máximo grado de estudios completado por el padre de la entrevistada	Cualitativa Nominal a) analfabeta b) Primaria c) secundaria d) Bachillerato e) Licenciatura	Hoja de datos
Edad de la madre	Años que ha vivido la madre del entrevistado.	Tiempo en años que la madre de la entrevistada ha vivido desde que nació	Cuantitativa discreta	Hoja de datos
Escolaridad de la madre	Grado de escolarización completa.	Máximo grado de estudios completado por la madre de la entrevistada	Cualitativas Nominal a) analfabeta b) Primaria c) secundaria d) Bachillerato e) Licenciatura	Hoja de datos
Número de hijos en la familia	La cantidad de hijos que constituyen a la familia	La cantidad de hijos en número que integran a la familia de la entrevistada sin importar que compartan la misma casa o no.	Cuantitativas nominal policotomicas	Hoja de datos
Lugar que ocupa entre los hijos	Lugar asignado respecto al orden de nacimiento de los hijos.	Lugar en número en el que incurrió su nacimiento de la entrevistada entre los hijos de su familia.	Cualitativas nominal	Hoja de datos
Edades de los hijos	Años que han vivido los hijos desde el día de su nacimiento	Tiempo en años que los hermanos de la entrevistada han vivido desde que nacieron incluyendo la edad del entrevistado encerrada por un círculo	Cuantitativa continua	Hoja de datos
Fecha de nacimiento	Fecha en la que el entrevistado nació	Día mes y año en el que la entrevistada refiere haber nacido	Cuantitativa continua	Hoja de datos
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Tiempo en años que la entrevistada ha vivido desde que nació	Cuantitativa continua	Hoja de datos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
Lugar de residencia	Dirección del lugar donde se encuentra su vivienda.	Ubicación geográfica en la que la entrevistada reside actualmente	cualitativa	Hoja de datos
Sexo	Condición por la que se diferencian los hombres de las mujeres.	Diferenciación de género de la entrevistada	Cualitativa Nominal dicotómica Masculino Femenino	Hoja de datos
Estado civil	Situación legal de unión entre dos sujetos	Estado legal en la que está unida la entrevistada con su pareja actual	Cualitativa	Hoja de datos
Escolaridad	Grado de escolarización	Máximo grado de estudios completado por la entrevistada	Cualitativa nominal a) analfabeta b) Primaria c) secundaria d) Bachillerato e) Licenciatura	Hoja de datos
Edad de la pareja	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la pareja	Tiempo en años que la pareja sentimental de la entrevistada ha vivido desde que nació	Cuantitativa continua	Hoja de datos
Inicio de vida sexual activa	Edad en la que sostiene relaciones sexuales por primera vez	Edad que tenía la entrevistada la primera vez que tuvo contacto sexual con coito.	Cuantitativa discreta	Hoja de datos
Número de parejas sexuales	Número de personas con las que ha sostenido relaciones sexuales.	Cantidad en número con las que la entrevistada ha tenido contacto sexual en toda su vida.	Cuantitativa discreta	Hoja de datos
Método de planificación familiar	Métodos hormonales, mecánicos o fisiológicos que se utilizan para evitar la concepción.	Métodos que ha utilizado la entrevistada durante su vida sexual.	Cualitativa ordinal	Hoja de datos
Gestas	Número de veces que se ha generado la concepción sin importar el término de la misma	Cantidad en número que se ha embarazado la entrevistada	Cuantitativa discreta	Hoja de datos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
Paras	Número de veces que el embarazo ha terminado en un parto normal	Cantidad en número de partos que ha presentado la entrevistada en toda su vida	Cuantitativa discreta	Hoja de datos
Cesáreas	Número de veces que el embarazo ha terminado por vía quirúrgica	Cantidad en número de cesáreas que ha sido intervenida la entrevistada en toda su vida	Cuantitativa discreta	Hoja de datos
Abortos	Número de veces en las que un embarazo termina antes de las 20 semanas de gestación o con un producto con peso menor a 500 gramos	Cantidad en número de abortos que ha presentado la entrevistada en toda su vida	Cuantitativa discreta	Hoja de datos

V.7: DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Durante dos meses las pacientes menores de 19 años que estuvieron cursando un embarazo y acudieron a consulta externa o se encontraban hospitalizadas en el piso de Ginecobstetricia del “Hospital General de Pachuca” con diagnósticos de embarazo o de puerperio inmediato, fueron captadas para:

- Recabar su consentimiento informado para participar en el estudio
- Cuestionar hoja de datos anónima
- Evaluar su situación familiar con la aplicación del test APGAR familiar de Smilkstein
- Integrar los casos clasificados como “disfunción”, y “funcional”.

Posteriormente se evaluaron los tests de Smilkstein aplicados para calificar como familia funcional o disfuncional. En base a estos resultados se clasificaron los tests en dos grupos:

Variable independiente	Adolescentes femeninos
Casos con: Disfunción familiar	A
Casos sin: Disfunción familiar	B

V.8.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

De los datos, se obtuvieron las medidas de tendencia central como media, mediana y moda, medidas de dispersión como la desviación estándar, intervalos de confianza, porcentajes, presentación en cuadros y gráficas.

V.9.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes para que se les realizara el test de funcionalidad familiar de Smilkstein así como una hoja de datos para recolección de información con las variables dependientes así como criterios de inclusión, exclusión y eliminación el cual se etiquetó de forma anónima únicamente con un número de registro consecutivo.

VI.- ASPECTOS ÉTICOS.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

II. 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 de este Reglamento, entre otros.

Se informa a las pacientes del procedimiento a realizar, el cual se propone de forma voluntaria su participación obteniendo consentimiento informado para su autorización de participar. Este estudio transversal y su intervención es de corta duración con aplicación de test sin toma de muestra invasiva o estudio de laboratorio por lo que se considera con riesgos mínimos para las pacientes.

VII.- RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.

Se utilizaron los recursos materiales de las pruebas de Smilkstein y hojas de datos mismos que se utilizaron también para integrar y corroborar los datos del cuestionario del estudio de investigación y el test de funcionalidad familiar de Smilkstein. Los costos de los recursos fueron sufragados por el investigador.

Así también es el investigador el responsable de la búsqueda de pacientes aptos para participar en el estudio, como de igual manera es el encargado para llenar y solicitar consentimiento informado, llenar las hojas de datos y aplicar los test apgar de funcionalidad familiar de Smilkstein en cada una de las pacientes que aceptaron participar.

RESULTADOS.

CUADRO No. 1

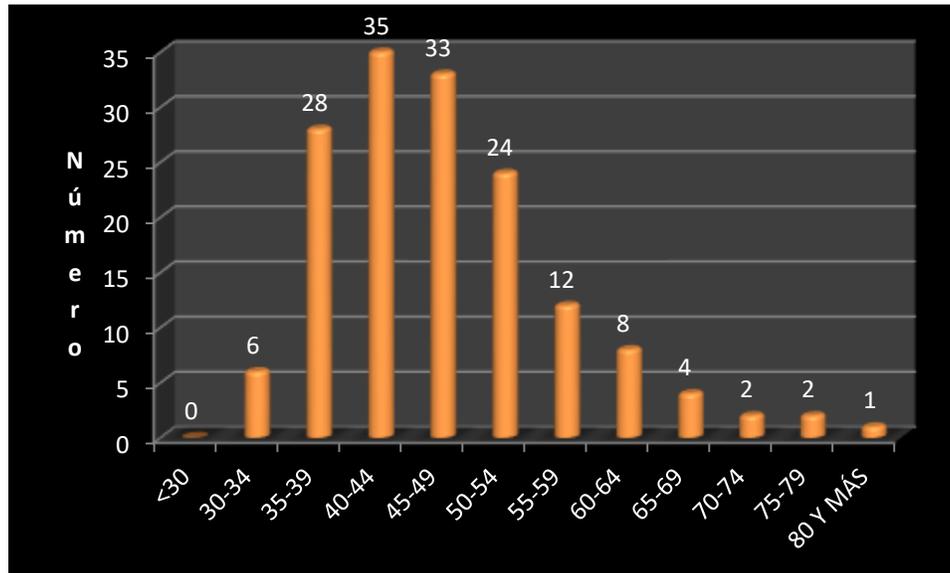
PADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD.	NÚMERO	%
<30	0	0.0
30-34	6	3.87
35-39	28	18.06
40-44	35	22.59
45-49	33	21.29
50-54	24	15.48
55-59	12	7.74
60-64	8	5.16
65-69	4	2.58
70-74	2	1.29
75-79	2	1.29
80 Y MÁS	1	0.65
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

PADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR GRUPOS DE EDAD.- Los grupos de edades de los padres de la muestra analizada que presentan mayor cifra son de mayor a menor: de 40-44 años con el 22.59 %, de 45-49 años con el 21.29 %, y el grupo de 35-39 años con el 18.06 %. Los pacientes de 35-54 años representan en su conjunto el 77.42 %, y los mayores de 54 años de edad el 18.71 %.; en suma, los dos grupos significan el 96.13 % sobre el total de los pacientes entrevistados. En cuanto a la síntesis de la serie de los datos de las edades se tienen: media aritmética 46.75 años, mediana 45 años, moda 40 años, desviación estándar 9.74 años, y el rango va de una edad mínima de 30 años a una máxima edad de 80 años; el intervalo para un 95 % de confianza de las edades de los padres: 30-----66 años de edad, (Cuadro no. 1).

PADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR GRUPOS DE EDAD.



Fuente: Cuadro no 1

CUADRO No. 2

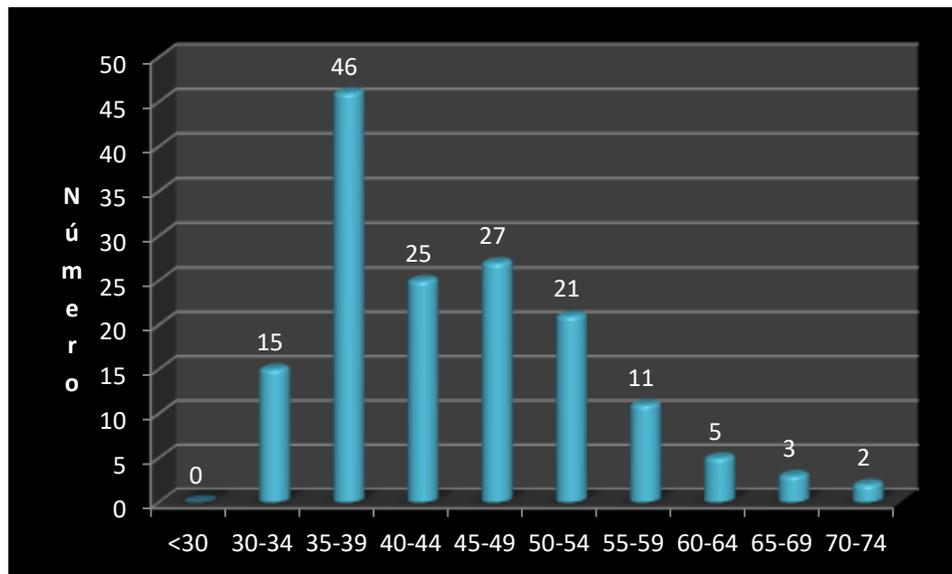
MADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD.	NÚMERO	%
<30	0	0.0
30-34	15	9.68
35-39	46	29.67
40-44	25	16.13
45-49	27	17.41
50-54	21	13.55
55-59	11	7.10
60-64	5	3.23
65-69	3	1.94
70-74	2	1.29
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

MADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR GRUPOS DE EDAD.- Los grupos de edades de las madres de la muestra analizada que presentan mayor cifra son de mayor a menor: de 35-39 años con el 29.67 %, de 45-49 años con el 17.41 %, y el grupo de 40-44 años con el 16.13 %. Los pacientes de 35-54 años representan en su conjunto el 76.76 %, y los mayores de 54 años de edad el 13.56 %.; en suma, los dos grupos significan el 90.32 % sobre el total de los pacientes entrevistados. En cuanto a la síntesis de la serie de los datos de las edades se tienen: media aritmética 44 años, mediana 42 años, moda 50 años, desviación estándar 8.83 años, y el rango va de una edad mínima de 30 años a una máxima edad de 70 años; el intervalo para un 95 % de confianza de las edades de las madres: 30-----62 años de edad, (Cuadro no. 2).

MADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR GRUPOS DE EDAD.



Fuente: Cuadro no 2

CUADRO NO. 3

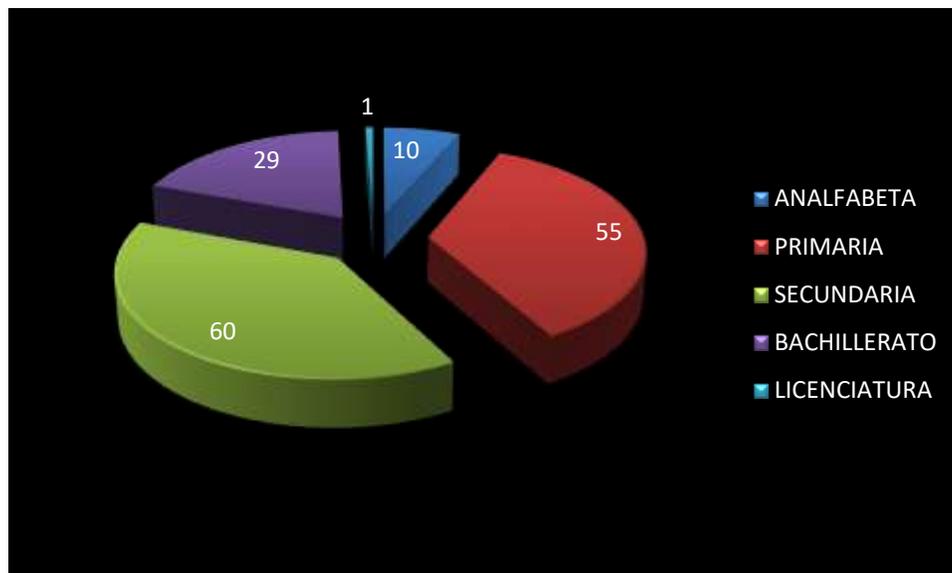
PADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD.	NÚMERO	%
ANALFABETA	10	6.45
PRIMARIA	55	35.48
SECUNDARIA	60	38.71
BACHILLERATO	29	18.71
LICENCIATURA	1	0.65
TOTAL.	155	100.0

Fuente: Encuesta directa.

PADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESCOLARIDAD. - Los pacientes declararon la escolaridad de los padres y que cursaron estudios de educación secundaria registrando el mayor porcentaje del 38.71, seguido de los padres que cursaron estudios de primaria, significando el 35.48 % de la muestra de pacientes entrevistados; con porcentaje del 18.71 se encuentran los padres en que se declaró que tienen estudios de bachillerato, el 6.45 % de los padres son analfabetas, (Cuadro no. 3).

PADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESCOLARIDAD.



Fuente: Cuadro no 3

CUADRO NO. 4

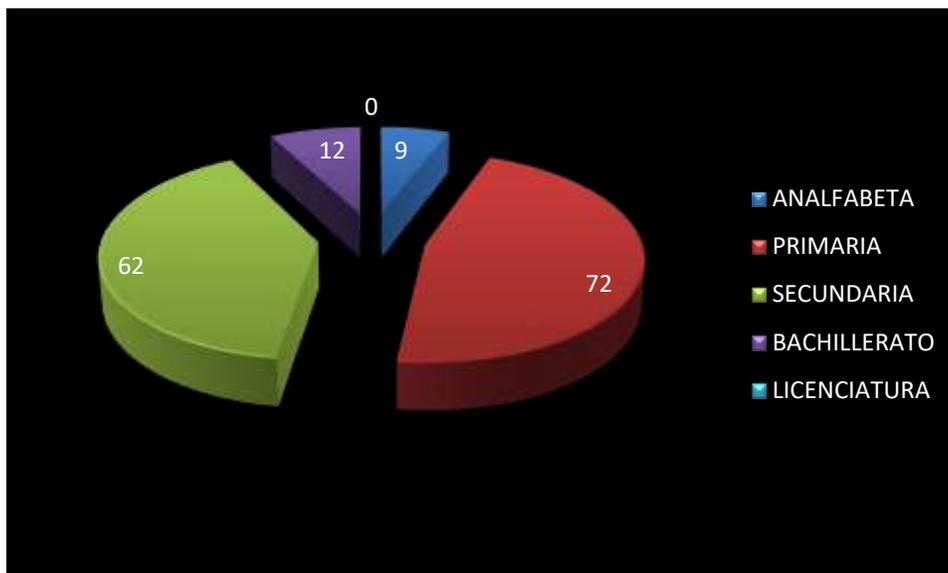
MADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD.	NÚMERO	%
ANALFABETA	9	5.81
PRIMARIA	72	46.45
SECUNDARIA	62	40.00
BACHILLERATO	12	7.74
LICENCIATURA	0	0.0
TOTAL.	155	100.0

Fuente: Encuesta directa.

MADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESCOLARIDAD. - Los pacientes declararon la escolaridad de las madres y que cursaron estudios de educación primaria registrando el mayor porcentaje del 46.45, seguido de los madres que cursaron estudios de secundaria, significando el 40.00 % de la muestra de pacientes entrevistados; con porcentaje del 7.74 se encuentran los madres en que se declaró que tienen estudios de bachillerato, el 5.81 % de las madres son analfabetas, (Cuadro no. 4).

MADRES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESCOLARIDAD.



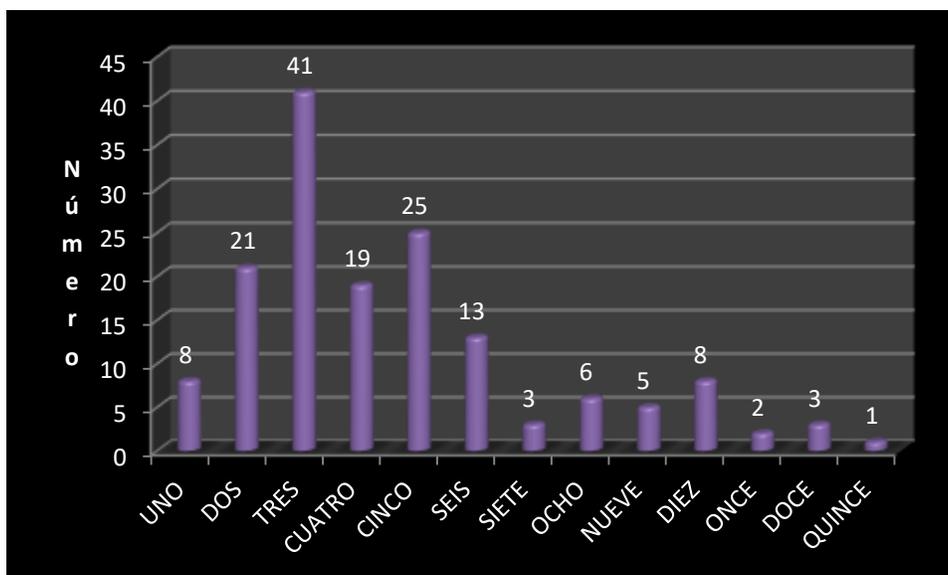
Fuente: Cuadro no 4

**CUADRO NO. 5
HIJOS EN LA FAMILIA.**

HIJOS.	NÚMERO	%
1	8	5.16
2	21	13.55
3	41	26.44
4	19	12.26
5	25	16.12
6	13	8.39
7	3	1.94
8	6	3.87
9	5	3.23
10	8	5.16
11	2	1.29
12	3	1.94
15	1	0.65
TOTAL	155	100.0

HIJOS EN LA FAMILIA. - En primer lugar, se tiene a las familias en que se declaró tienen 3 hijos, representando el 26.44 % de la muestra analizada, en segundo término, se encuentra la familia en que se declaró que tienen 5 hijos, significando el 16.12 %, y en tercer sitio se encuentra la familia con 2 hijos, representando el 13.55 %. En cuanto a la síntesis de la serie de los datos del número de hijos se tienen: media aritmética 4.64 hijos, mediana 4 hijos, moda 3 hijos, desviación estándar 2.74 hijos, y el rango va de un número mínimo de 1 hijo hasta un máximo de 15 hijos; el intervalo para un 95 % de confianza del número de hijos: 1-----10 hijos, (Cuadro no. 5).

HIJOS EN LA FAMILIA.



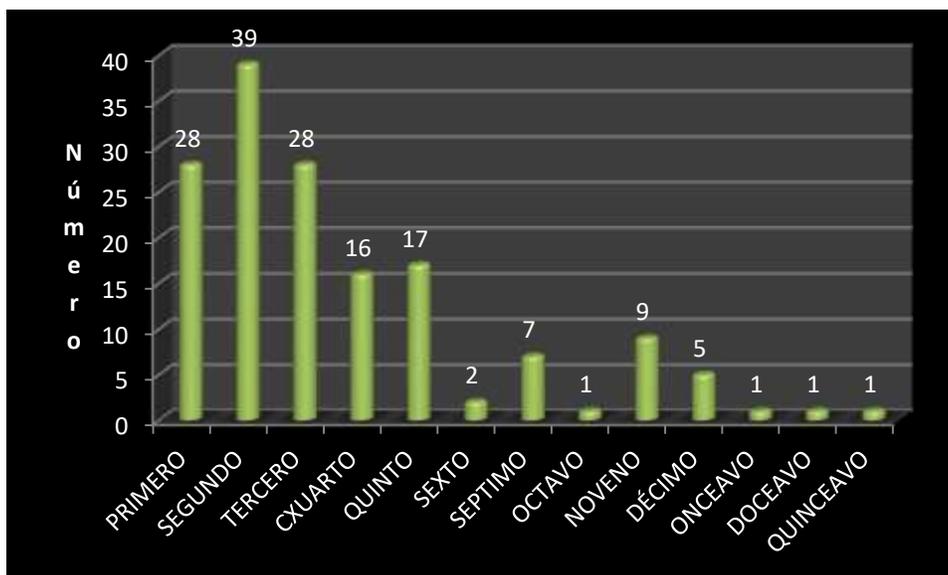
Fuente: Cuadro no 5

CUADRO NO.6
LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HIJOS LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

LUGAR.	NÚMERO	%
1	28	18.06
2	39	25.15
3	28	18.06
4	16	10.32
5	17	10.96
6	2	1.29
7	7	4.52
8	1	0.65
9	9	5.81
10	5	3.23
11	1	0.65
12	1	0.65
15	1	0.65
TOTAL	155	100.0

LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HIJOS LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.- Se observa que en primer lugar se encuentra la adolescente que ocupa el segundo sitio de acuerdo al orden de nacimiento de los hijos, representando el 25.15 % de la muestra estudiada, en segundo sitio se tiene a las adolescentes que ocupan el primero y tercer sitio de acuerdo al orden de nacimiento, significando similar porcentaje de 18.06, y en tercer lugar se tiene de acuerdo al orden de nacimiento a las adolescentes entre el orden de nacimiento cubriendo el quinto sitio, significando el 10.96 %, en suma, el 82.55 % de las adolescentes van del primero al quinto sitio de acuerdo al orden de nacimiento. En cuanto a la síntesis de la serie de los datos del orden de nacimiento de la adolescente embarazada se tienen: media aritmética 3.63 orden de acuerdo al nacimiento, mediana 3, moda 2, desviación estándar 2.69, y el rango va de un número mínimo de orden al nacimiento de 1 hasta un máximo de 15; el intervalo para un 95 % de confianza de orden al nacimiento: 1----9 lugar, (Cuadro no. 6).

LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HIJOS LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.



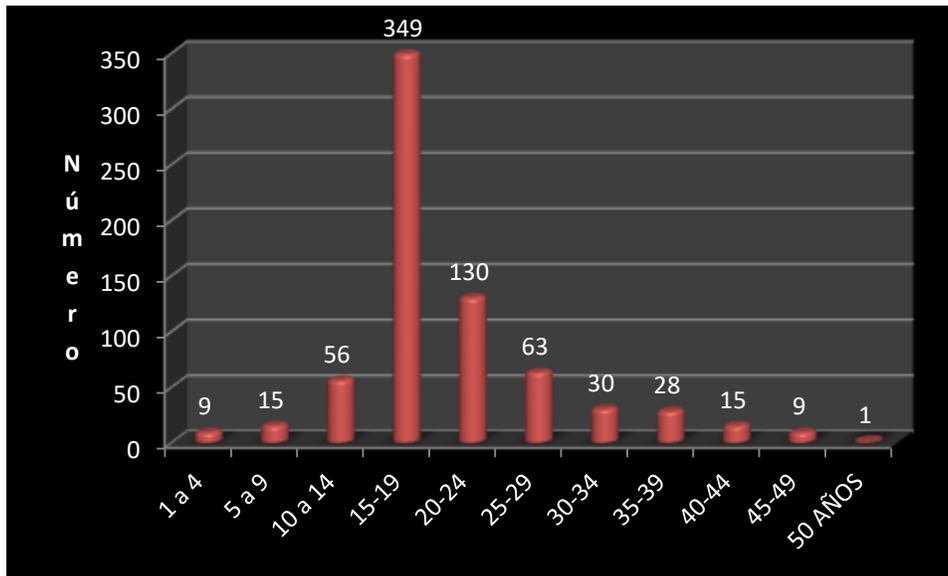
Fuente: Cuadro no 6

CUADRO NO.7
NÚMERO DE MIEMBROS HIJOS (INCLUÍDA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA) POR GRUPOS DE EDAD.

LUGAR.	NÚMERO	%
1-4	9	1.28
5-9	15	2.13
10-14	56	7.94
15-19	349	49.50
20-24	130	18.43
25-29	63	8.94
30-34	30	4.26
35-39	28	3.97
40-44	15	2.13
45-49	9	1.28
50	1	0.14
TOTAL	705	100.0

NÚMERO DE MIEMBROS HIJOS (INCLUÍDA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA) POR GRUPOS DE EDAD.- Se observa que en primer lugar se encuentra el rango entre 15-19 años de edad representando el 49.50 % del total de hijos, en segundo sitio se tiene al rango de 20-24 años de edad, significando el 18.43 %, y en tercer sitio el rango de 25-29 años de edad, significando el 8.94 %, en suma, el 76.87 % de hijos se encuentran entre 15 a 29 años de edad. En cuanto a la síntesis de la serie de los hijos de acuerdo a la edad se tienen: media aritmética 20.15 años de edad, mediana 18 moda 18, desviación estándar 7.67, y el rango va de una edad mínima de 1 año hasta un máximo de 50 años; el intervalo para un 95 % de confianza de las edades de los hijos: 1-----35, (Cuadro no. 7).

NÚMERO DE MIEMBROS HIJOS (INCLUÍDA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA) POR GRUPOS DE EDAD.



Fuente: Cuadro no 7

CUADRO No. 8

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR EDAD.

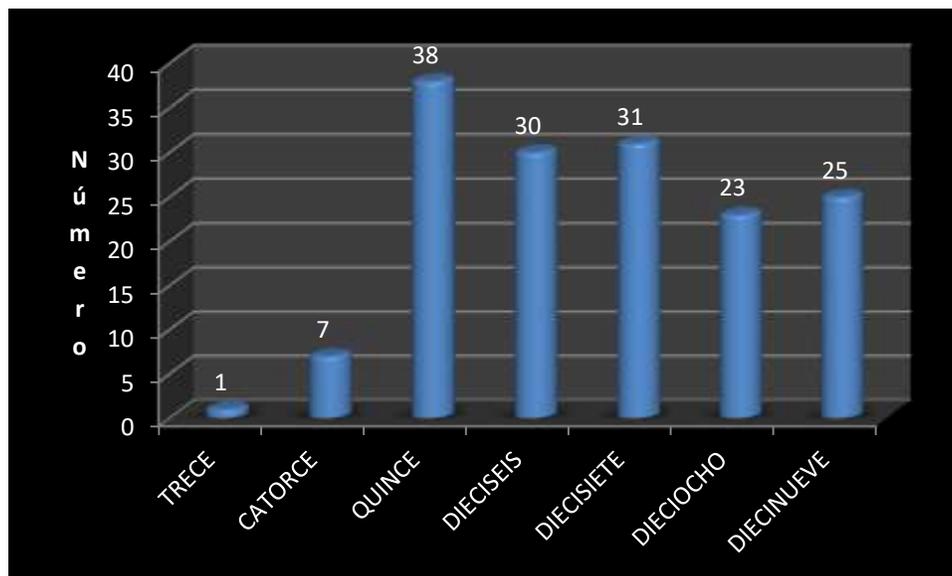
AÑOS DE EDAD.	NÚMERO	%
13	1	0.65
14	7	4.52
15	38	24.51
16	30	19.35
17	31	20.00
18	23	14.84
19	25	16.13
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR EDAD.- En primer lugar, se tiene a las embarazadas adolescentes de 15 años de edad, representando el 24.51 % de la muestra analizada, en segundo sitio se tiene a las adolescentes embarazadas de 17 años de edad,

significando el 20.00 %, y en tercer lugar se tiene a las adolescentes embarazadas de 16 años de edad, significando el 19.35 %; en suma el 63.86 % de las adolescentes embarazadas tienen edades entre 15 a 17 años de edad. En cuanto a la síntesis de la serie de los datos de las edades se tienen: media aritmética 16.52 años, mediana 17 años, moda 15 años, desviación estándar 1.53 años, y el rango va de una edad mínima de 13 años a una máxima edad de 19 años; el intervalo para un 95 % de confianza de las edades de las adolescentes embarazadas: 13-----19 años de edad, (Cuadro no. 8).

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR EDAD.



Fuente: Cuadro no 8

CUADRO No. 9

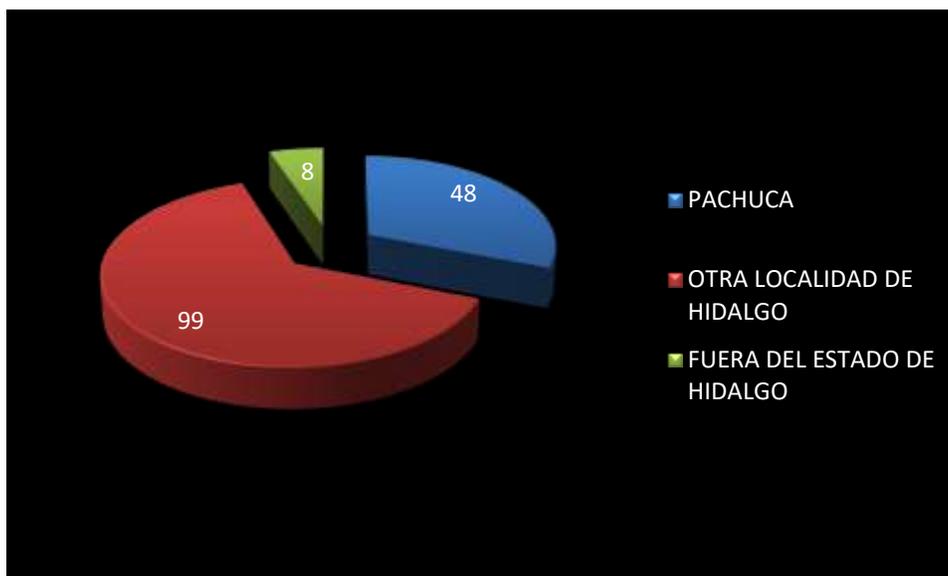
EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.

LUGAR DE RESIDENCIA.	NÚMERO	%
PACHUCA	48	30.97
OTRA LOCALIDAD DE HIDALGO	99	63.87
FUERA DEL ESTADO DE HIDALGO	8	5.16
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.- En primer lugar se tiene a las embarazadas adolescentes residencia en otra localidad del Estado de Hidalgo, representando el 63.87 % de la muestra analizada, en segundo sitio se tiene a las adolescentes embarazadas con residencia en la cd de Pachuca, significando el 30.97 %, y en tercer lugar se tiene a las adolescentes embarazadas, con residencia fuera del Estado de Hidalgo, significando el 5.16 %, (Cuadro no. 9).

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.



Fuente: Cuadro no 9

CUADRO No. 10

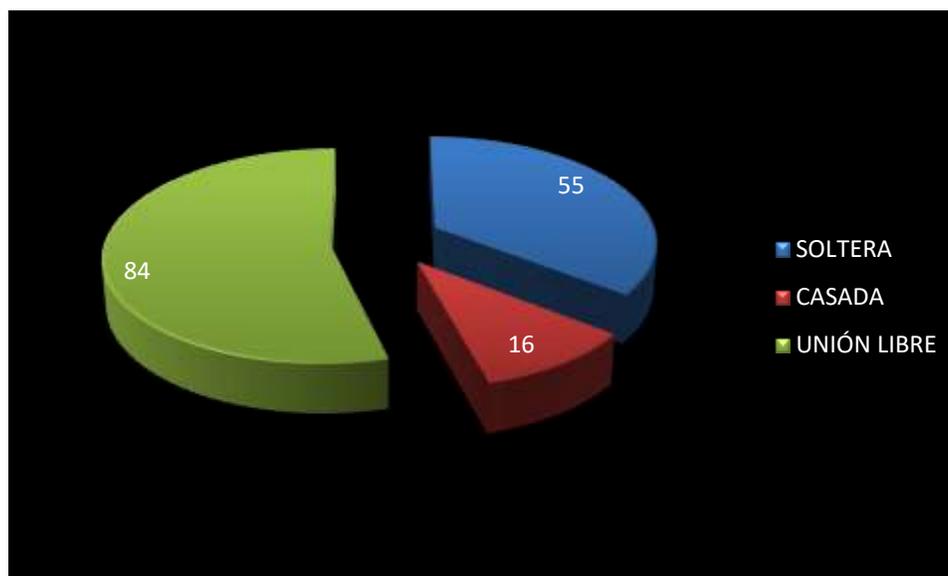
EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL.	NÚMERO	%
SOLTERA	55	35.49
CASADA	16	10.32
UNIÓN LIBRE	84	54.19
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESTADO CIVIL. - En primer lugar, se tiene a las embarazadas adolescentes solteras, representando el 35.49 % de la muestra analizada, en segundo sitio se tiene a las adolescentes embarazadas que viven en unión libre, significando el 54.19 %, y en tercer lugar se tiene a las adolescentes embarazadas, casadas, significando el 10.32 %, (Cuadro no. 10).

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESTADO CIVIL.



Fuente: Cuadro no 10

CUADRO NO. 11

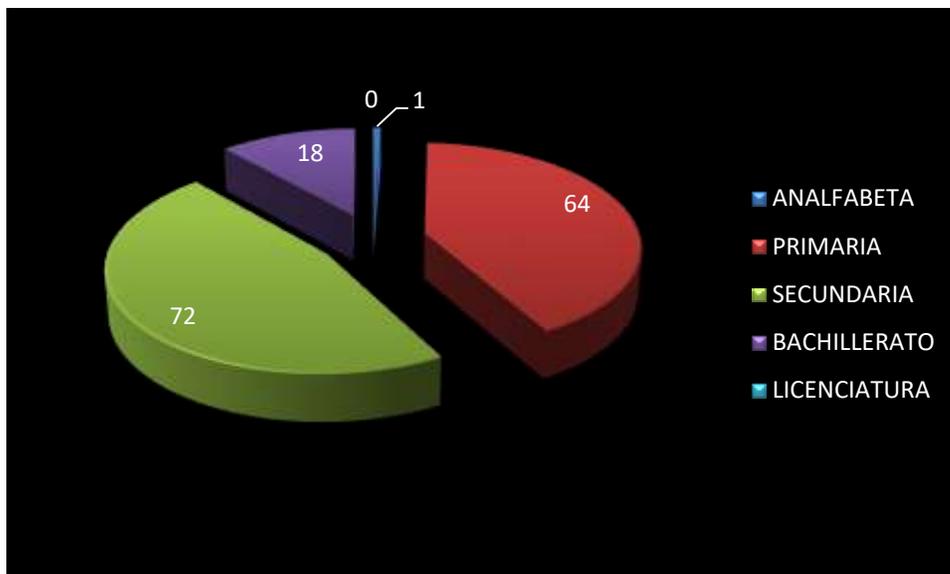
EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD.	NÚMERO	%
ANALFABETA	1	0.65
PRIMARIA	64	41.29
SECUNDARIA	72	46.45
BACHILLERATO	18	11.61
LICENCIATURA	0	0.0
TOTAL.	155	100.0

Fuente: Encuesta directa.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESCOLARIDAD.- Las pacientes declararon que cursaron estudios de educación secundaria, registrando el mayor porcentaje del 46.45 %, seguido de las adolescentes embarazadas que cursaron estudios de primaria, significando el 41.29 % de la muestra de pacientes entrevistadas; con porcentaje del 11.61 se encuentran las adolescentes embarazadas en que se declaró que tienen estudios de bachillerato, el 0.65 % de las madres son analfabetas, (Cuadro no. 11).

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN ESCOLARIDAD.



Fuente: Cuadro no 11.

CUADRO No. 12

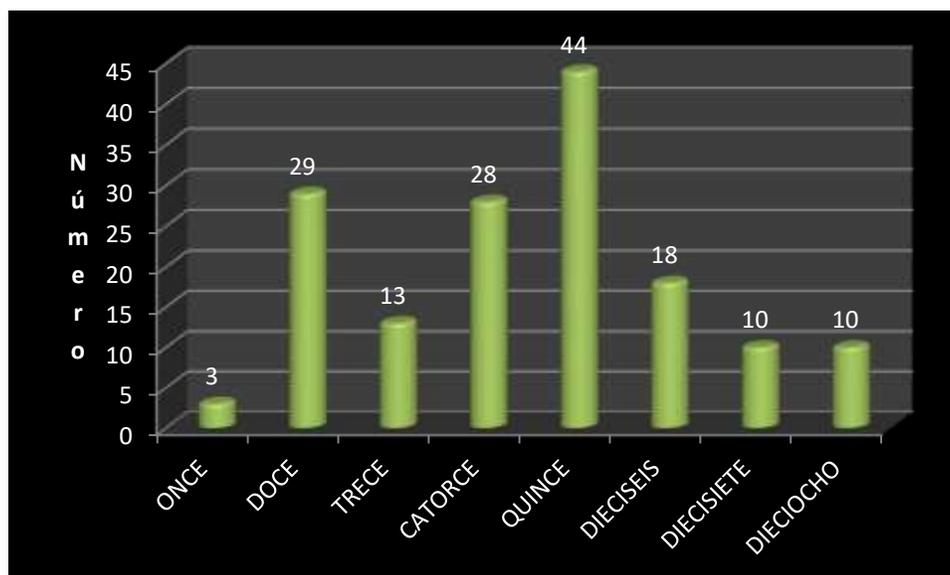
EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.

EDAD.	NÚMERO	%
11	3	1.94
12	29	18.71
13	13	8.39
14	28	18.06
15	44	28.39
16	18	11.61
17	10	6.45
18	10	6.45
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA. En primer lugar, se tiene a las embarazadas adolescentes de 15 años de edad, representando el 28.39 % de la muestra analizada, en segundo sitio se tiene a las adolescentes embarazadas de 11 años de edad al inicio de la vida sexual activa, significando el 18.71 %, y en tercer lugar se tiene a las adolescentes embarazadas de 14 años de edad, significando el 18.06 %; en suma el 75.49 % de las adolescentes embarazadas iniciaron su vida sexual activa entre los 11 y 16 años de edad. En cuanto a la síntesis de la serie de los datos de las edades de inicio de vida sexual activa se tienen: media aritmética 14.47 años, mediana 15 años, moda 15 años, desviación estándar 1.78 años, y el rango va de una edad mínima de 11 años a una máxima edad de 18 años; el intervalo para un 95 % de confianza de las edades de las adolescentes embarazadas al inicio de la vida sexual activa: 11----18 años de edad, (Cuadro no. 12).

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.



Fuente: Cuadro no 12.

CUADRO No. 13.

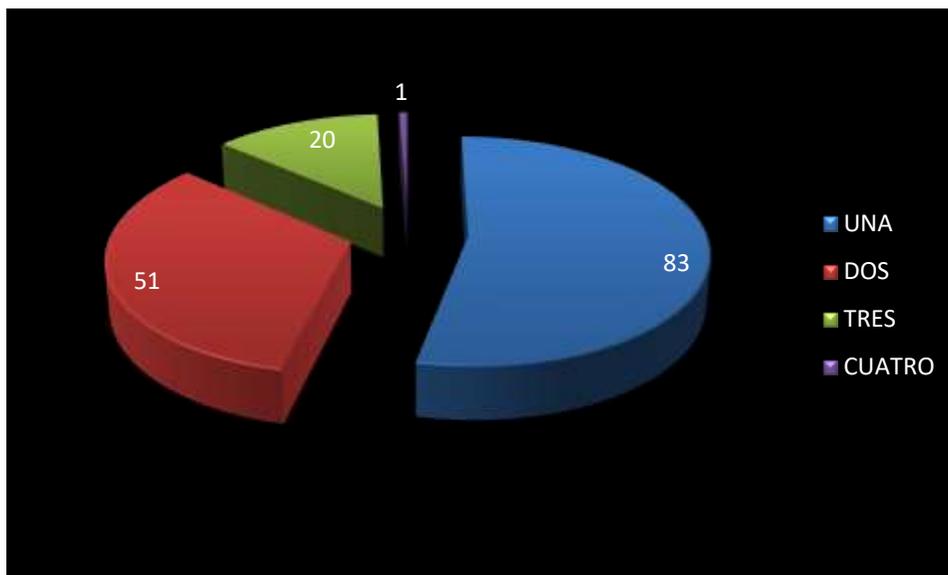
EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.

PAREJAS SEXUALES.	NÚMERO	%
1	83	53.55
2	51	32.90
3	20	12.90
4	1	0.65
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES. - En primer lugar, se tiene a las embarazadas adolescentes de con una sola pareja sexual, representando el 53.55 % de la muestra analizada, en segundo sitio se tiene a las adolescentes embarazadas con 2 parejas sexuales, significando el 32.90 %, y en tercer lugar se tiene a las adolescentes embarazadas con 3 parejas sexuales, significando el 12.90 %, (Cuadro no. 13).

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.



Fuente: Cuadro no 13.

CUADRO No. 14.

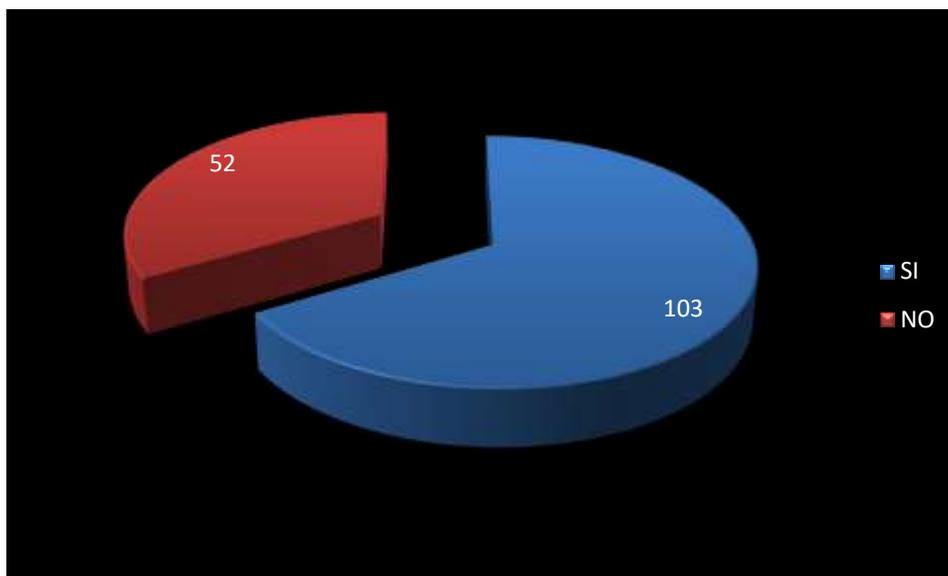
EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN SI USAN O NO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	NÚMERO	%
SI	103	66.45
NO	52	33.55
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN SI USAN O NO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.- En primer lugar se tiene a las embarazadas adolescentes que si usan método de planificación familiar, representando el 66.45 % de la muestra analizada, en segundo sitio se tiene a las adolescentes embarazadas que declararon no usar método de planificación familiar, significando el 33.55 %, (Cuadro no. 14).

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN SI USAN O NO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.



Fuente: Cuadro no 14.

CUADRO No. 15.

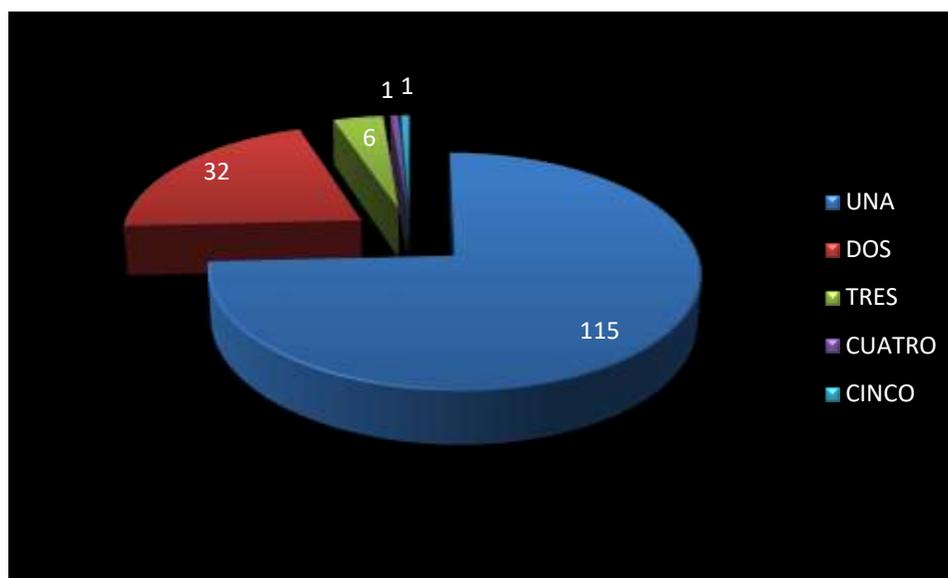
EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE GESTAS.

GESTAS.	NÚMERO	%
1	115	74.19
2	32	20.64
3	6	3.87
4	1	0.65
5	1	0.65
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE GESTAS.- En primer lugar se tiene a las embarazadas adolescentes que solo han tenido 1 gesta, representando el 74.19 % de la muestra analizada, en segundo sitio se tiene a las adolescentes embarazadas que declararon haber tenido 2 gestas, significando el 20.64 %, y en tercer sitio las adolescentes que declararon haber tenido 3 gestas, significando el 3.87 %, (Cuadro no. 15).

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE GESTAS.



Fuente: Cuadro no 15.

CUADRO No. 16.

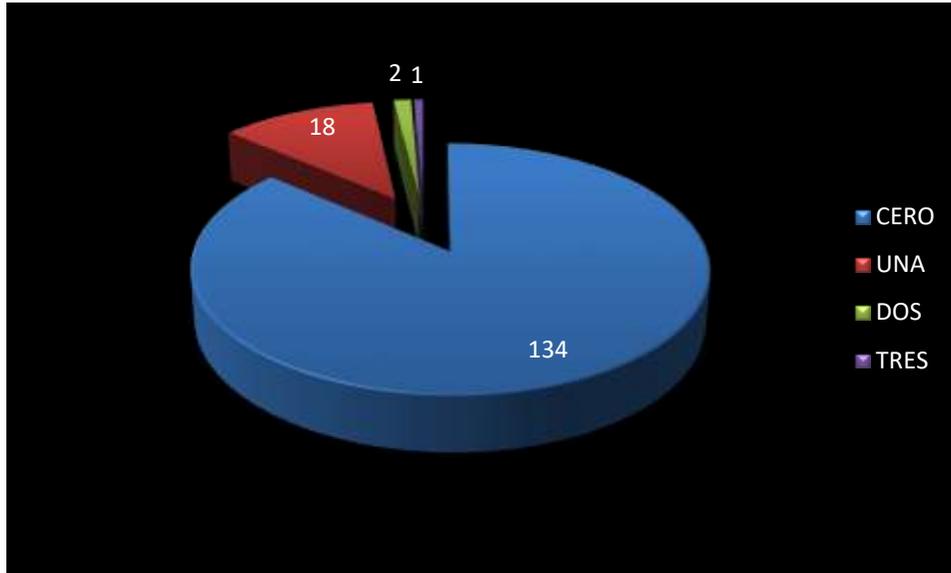
EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE PARAS.

PARAS.	NÚMERO	%
0	134	86.45
1	18	11.61
2	2	1.29
3	1	0.65
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE PARAS.- En primer lugar se tiene a las embarazadas adolescentes que presentaron “cero” paras, representando el 86.45 % de la muestra analizada, en segundo sitio se tiene a las adolescentes embarazadas que declararon haber tenido 1 para, significando el 11.61 %, y en tercer sitio las adolescentes que declararon haber tenido 2 paras, significando el 1.29 %, (Cuadro no. 16).

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE PARAS.



Fuente: Cuadro no 16.

CUADRO No. 17.

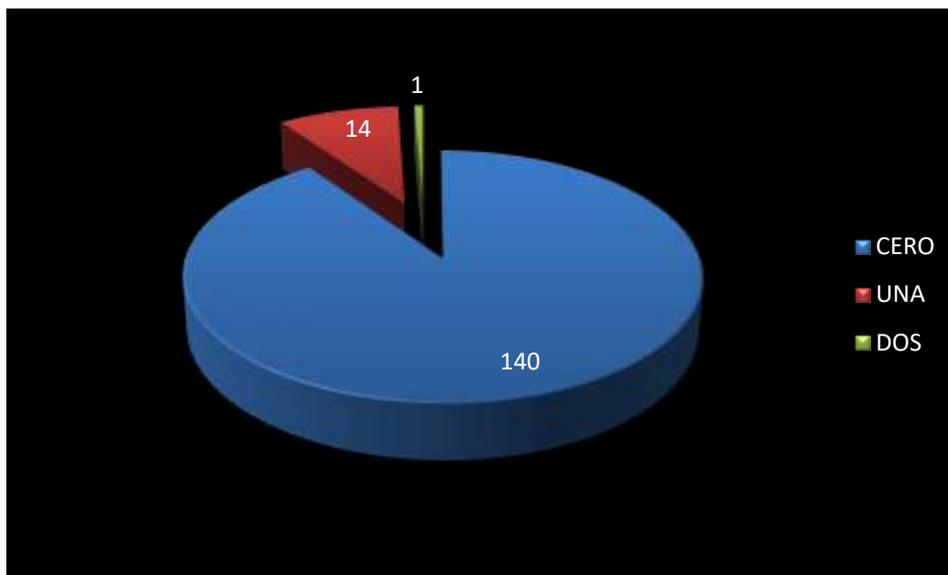
EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE CESÁREAS.

CESÁREAS.	NÚMERO	%
0	140	90.32
1	14	9.03
2	1	0.65
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE CESÁREAS.- En primer lugar se tiene a las embarazadas adolescentes que presentaron “cero” cesáreas, representando el 90.32 % de la muestra analizada, en segundo sitio se tiene a las adolescentes embarazadas que declararon haber tenido 1 cesárea, significando el 9.03 %, y en tercer sitio las adolescentes que declararon haber tenido 3 cesáreas, significando el 0.65 %, (Cuadro no. 17).

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE CESÁREAS.



Fuente: Cuadro no 17.

CUADRO No. 18.

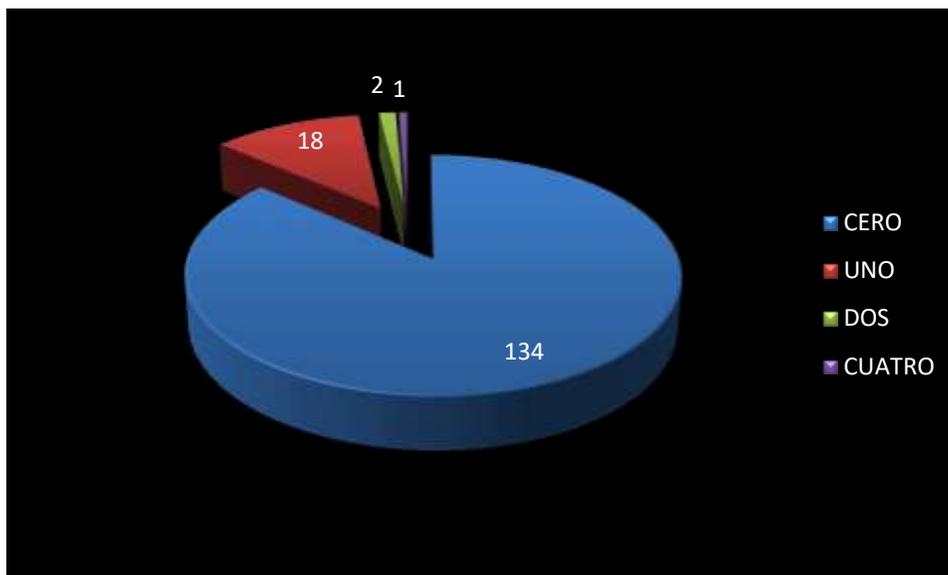
EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE ABORTOS.

ABORTOS.	NÚMERO	%
0	134	86.45
1	18	11.61
2	2	1.29
4	1	0.65
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de registro.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE ABORTOS.- En primer lugar se tiene a las embarazadas adolescentes que presentaron “cero” abortos, representando el 86.45 % de la muestra analizada, en segundo sitio se tiene a las adolescentes embarazadas que declararon haber tenido 1 aborto, significando el 11.61 %, y en tercer sitio las adolescentes que declararon haber tenido 2 abortos, significando el 1.29 %, (Cuadro no. 18).

EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE ABORTOS.



Fuente: Cuadro no 18.

CUADRO NO 19.

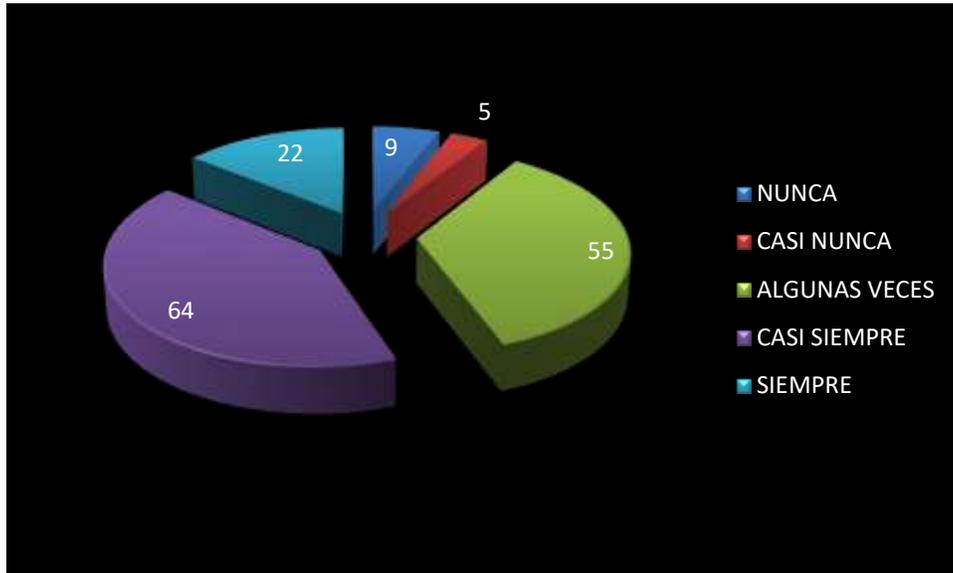
1. ME SATISFACE LA AYUDA QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO ALGÚN PROBLEMA Y/O NECESIDAD:

RESPUESTA.	NÚMERO	%
NUNCA	9	5.81
CASI NUNCA	5	3.23
ALGUNAS VECES	55	35.48
CASI SIEMPRE	64	41.29
SIEMPRE	22	14.19
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cédula de encuesta directa.

Uno de los parámetros para medir la funcionalidad familiar es el recibir la ayuda de la familia ante problemas o necesidad, observándose que el 41.29 % de las adolescentes embarazadas respondieron “casi siempre”, el 35.48 % respondió “algunas veces”, el 14.19 % respondió “siempre”, y el 5.81 % respondió “que nunca”, (Cuadro no 19).

1. ME SATISFACE LA AYUDA QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO ALGÚN PROBLEMA Y/O NECESIDAD:



Fuente: Cuadro no 19.

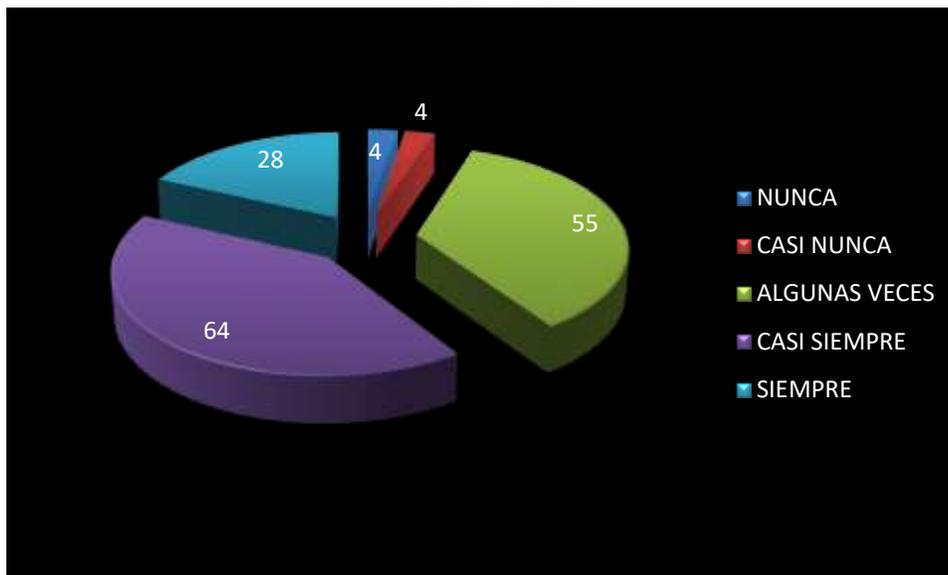
CUADRO NO 20.

2. ME SATISFACE LA PARTICIPACIÓN QUE MI FAMILIA ME BRINDA Y PERMITE:

RESPUESTA.	NÚMERO	%
NUNCA	4	2.58
CASI NUNCA	4	2.58
ALGUNAS VECES	55	35.48
CASI SIEMPRE	64	41.30
SIEMPRE	28	18.06
TOTAL	155	100.0

Otro de los parámetros para medir la funcionalidad familiar es el estar satisfecha con la participación que la familia le brinda, observándose que el 41.30 % de las adolescentes embarazadas respondieron “casi siempre”, el 35.48 % respondió “algunas veces”, el 18.06 % respondió “siempre”, y el 2.58 % respondió “que nunca”, (Cuadro no 20).

2.- ME SATISFACE LA PARTICIPACIÓN QUE MI FAMILIA ME BRINDA Y PERMITE:



Fuente: Cuadro no 20.

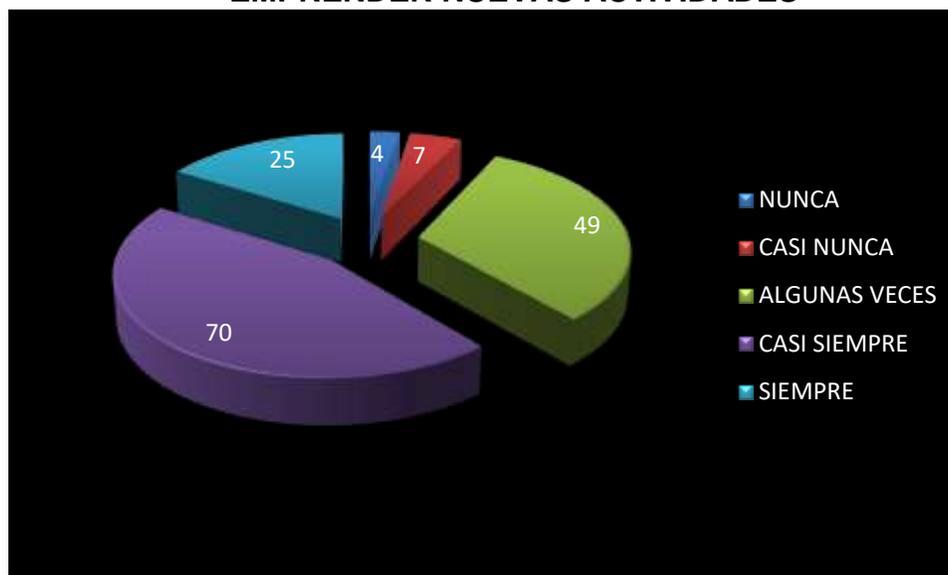
CUADRO NO 21.

3. ME SATISFACE CÓMO MI FAMILIA ACEPTA Y APOYA MIS DESEOS DE EMPRENDER NUEVAS ACTIVIDADES

RESPUESTA.	NÚMERO	%
NUNCA	4	2.58
CASI NUNCA	7	4.52
ALGUNAS VECES	49	31.61
CASI SIEMPRE	70	45.16
SIEMPRE	25	16.13
TOTAL	155	100.0

Otro de los parámetros para medir la funcionalidad familiar es el estar satisfecha de como la familia acepta y apoya los deseos de emprender nuevas actividades, observándose que el 45.16 % de las adolescentes embarazadas respondieron “casi siempre”, el 31.61 % respondió “algunas veces”, el 16.13 % respondió “siempre”, y el 4.52 % respondió “casi nunca”, (Cuadro no 21).

3.- ME SATISFACE CÓMO MI FAMILIA ACEPTA Y APOYA MIS DESEOS DE EMPRENDER NUEVAS ACTIVIDADES



Fuente: Cuadro no 21.

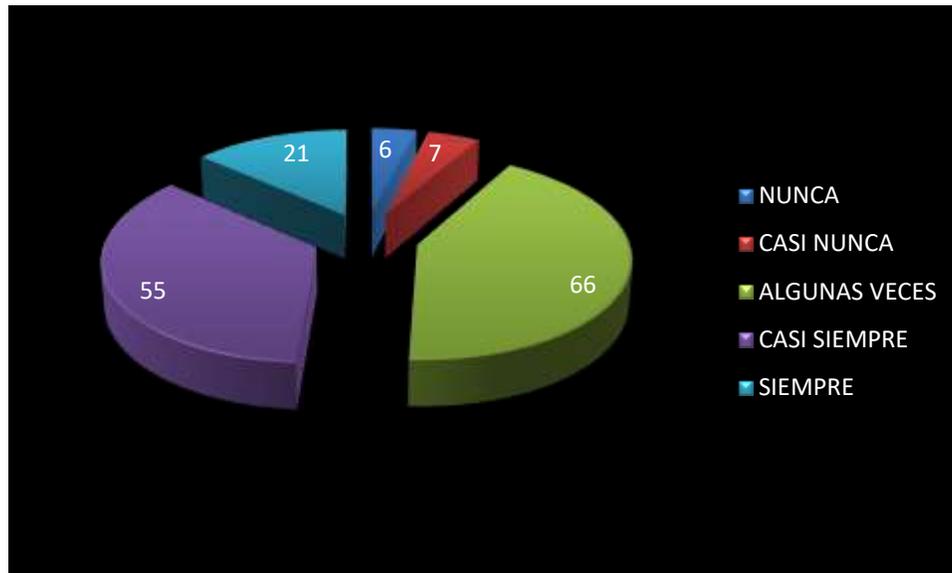
CUADRO NO 22.

4.- ME SATISFACE CÓMO MÍ FAMILIA EXPRESA AFECTOS Y RESPONDE A MIS EMOCIONES COMO RABIA, TRISTEZA, AMOR, Y OTROS:

RESPUESTA.	NÚMERO	%
NUNCA	6	3.87
CASI NUNCA	7	4.52
ALGUNAS VECES	66	42.58
CASI SIEMPRE	55	35.48
SIEMPRE	21	13.55
TOTAL	155	100.0

Otro de los parámetros para medir la funcionalidad familiar es el estar satisfecha de como la familia expresa afectos y responde a las emociones de la adolescente, observándose que el 42.58 % de las adolescentes embarazadas respondieron “algunas veces”, el 35.48 % respondió “casi siempre”, el 13.55 % respondió “siempre”, y el 4.52 % respondió “casi nunca”, (Cuadro no 22).

4.- ME SATISFACE CÓMO MÍ FAMILIA EXPRESA AFECTOS Y RESPONDE A MIS EMOCIONES COMO RABIA, TRISTEZA, AMOR, Y OTROS:



Fuente: Cuadro no 22.

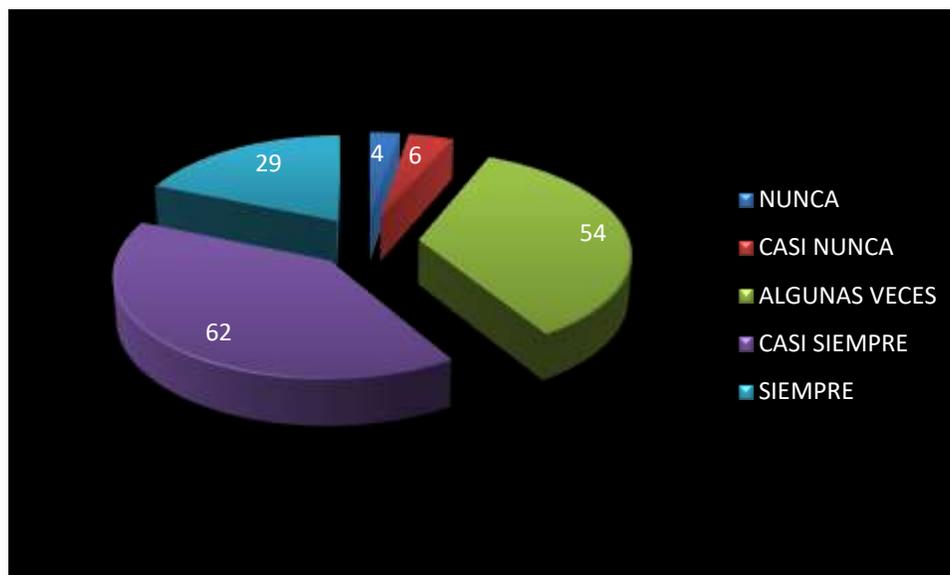
CUADRO NO 23.

5.- ME SATISFACE CÓMO COMPARTIMOS EN MI FAMILIA EL TIEMPO PARA ESTAR JUNTOS:

RESPUESTA.	NÚMERO	%
NUNCA	4	2.58
CASI NUNCA	6	3.87
ALGUNAS VECES	54	34.84
CASI SIEMPRE	62	40.00
SIEMPRE	29	18.71
TOTAL	155	100.0

Otro de los parámetros para medir la funcionalidad familiar es el compartir con la familia el tiempo para estar juntos observándose que el 40.00 % de las adolescentes embarazadas respondieron “casi siempre”, el 34.84 % respondió “algunas veces”, el 18.71 % respondió “siempre”, y el 3.87 % respondió “casi nunca”, (Cuadro no 23).

5.- ME SATISFACE CÓMO COMPARTIMOS EN MI FAMILIA EL TIEMPO PARA ESTAR JUNTOS:



Fuente: Cuadro no 23.

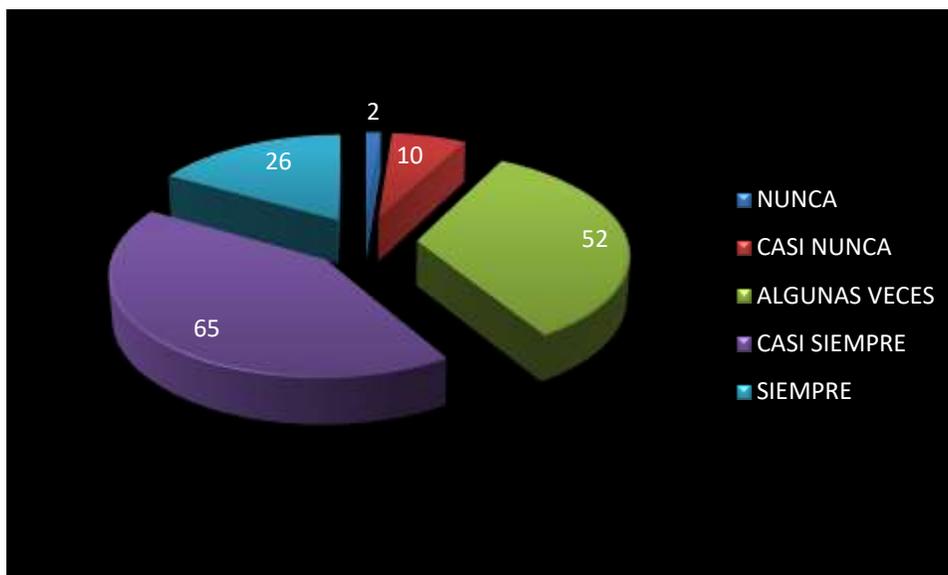
CUADRO NO 24.

6.- ME SATISFACE CÓMO COMPARTIMOS EN MI FAMILIA LOS ESPACIOS EN LA CASA:

RESPUESTA.	NÚMERO	%
NUNCA	2	1.29
CASI NUNCA	10	6.45
ALGUNAS VECES	52	33.55
CASI SIEMPRE	65	41.94
SIEMPRE	26	16.77
TOTAL	155	100.0

Otro de los parámetros para medir la funcionalidad familiar es el compartir con la familia los espacios en la casa observándose que el 41.94 % de las adolescentes embarazadas respondieron “casi siempre”, el 33.55 % respondió “algunas veces”, el 16.77 % respondió “siempre”, y el 6.45 % respondió “casi nunca”, (Cuadro no 24).

6.- ME SATISFACE CÓMO COMPARTIMOS EN MI FAMILIA LOS ESPACIOS EN LA CASA:



Fuente: Cuadro no 24.

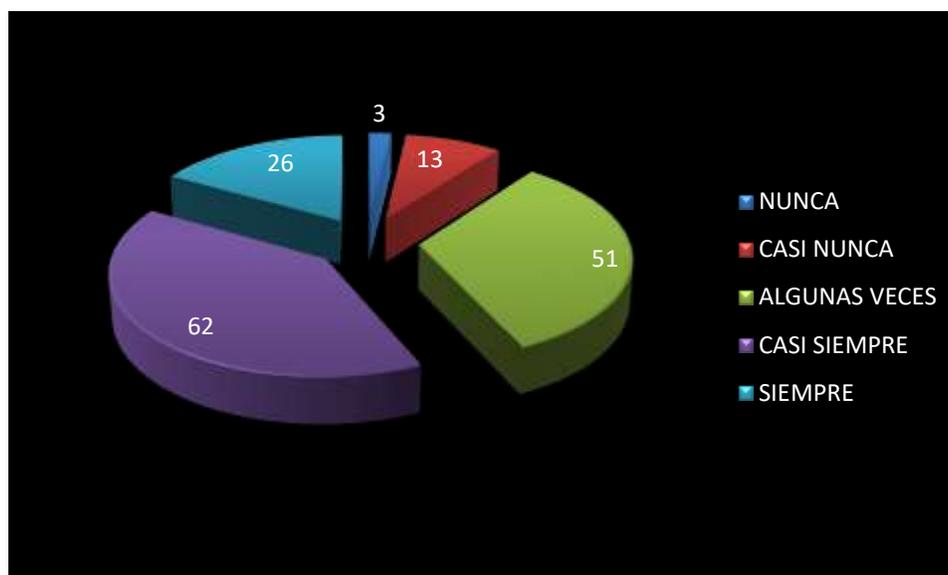
CUADRO NO 25.

7.- ME SATISFACE CÓMO COMPARTIMOS EN MI FAMILIA EL DINERO:

RESPUESTA.	NÚMERO	%
NUNCA	3	1.94
CASI NUNCA	13	8.39
ALGUNAS VECES	51	32.90
CASI SIEMPRE	62	40.00
SIEMPRE	26	16.77
TOTAL	155	100.0

Otro de los parámetros para medir la funcionalidad familiar es el compartir con la familia el dinero observándose que el 41.94 % de las adolescentes embarazadas respondieron “casi siempre”, el 33.55 % respondió “algunas veces”, el 16.77 % respondió “siempre”, y el 6.45 % respondió “casi nunca”, (Cuadro no 25).

7.- ME SATISFACE CÓMO COMPARTIMOS EN MI FAMILIA EL DINERO:



Fuente: Cuadro no 25.

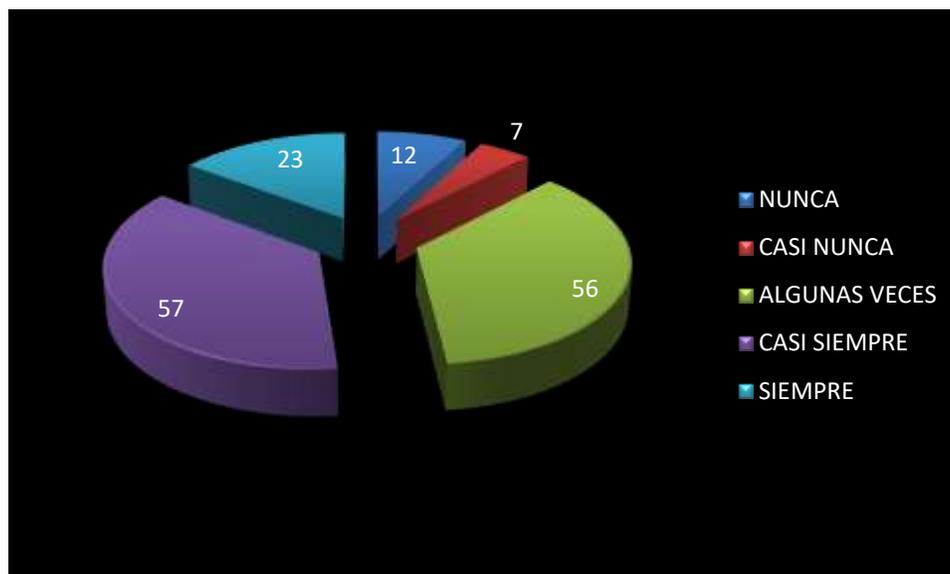
CUADRO NO 26.

8.- ESTOY SATISFECHA CON EL SOPORTE QUE RECIBO DE MIS AMIGOS(AS):

RESPUESTA.	NÚMERO	%
NUNCA	12	7.74
CASI NUNCA	7	4.52
ALGUNAS VECES	56	36.13
CASI SIEMPRE	57	36.77
SIEMPRE	23	14.84
TOTAL	155	100.0

Otro de los parámetros para medir la funcionalidad familiar es el estar satisfecha con el soporte que recibe de amigos (as) observándose que el 41.94 % de las adolescentes embarazadas respondieron “casi siempre”, el 33.55 % respondió “algunas veces”, el 16.77 % respondió “siempre”, y el 6.45 % respondió “casi nunca”, (Cuadro no 26).

8.- ESTOY SATISFECHA CON EL SOPORTE QUE RECIBO DE MIS AMIGOS(AS):



Fuente: Cuadro no 26.

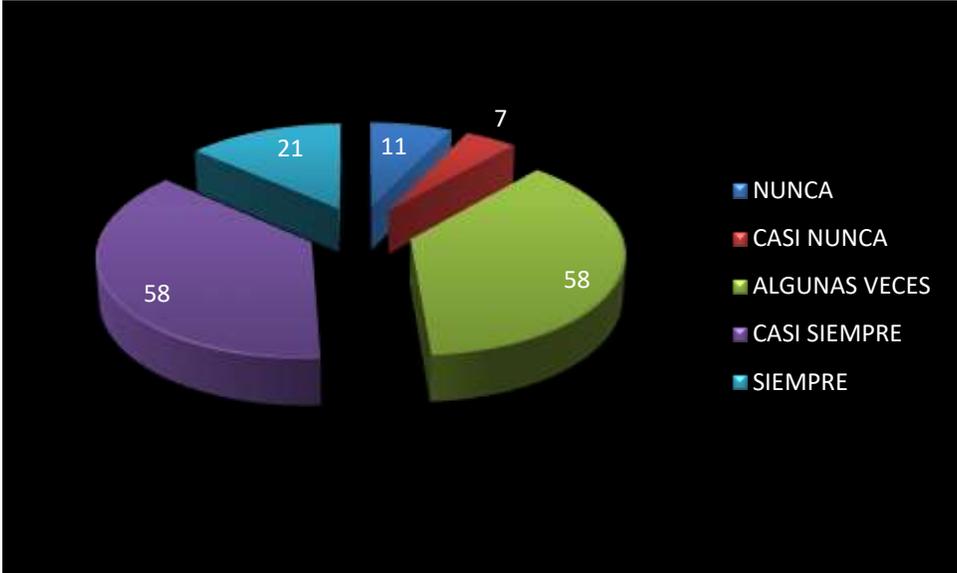
CUADRO NO 27.

9.- ¿TIENE USTED ALGÚN(A) AMIGO(A) CERCANO(A) A QUIEN PUEDA BUSCAR CUANDO NECESITA AYUDA?

RESPUESTA.	NÚMERO	%
NUNCA	11	7.10
CASI NUNCA	7	4.52
ALGUNAS VECES	58	37.42
CASI SIEMPRE	58	37.42
SIEMPRE	21	13.54
TOTAL	155	100.0

Otro de los parámetros para medir la funcionalidad familiar es el tener algún amigo (a) cercano (a) a quién pueda buscar cuando necesita ayuda observándose que el 37.42 % de las adolescentes embarazadas respondieron “casi siempre”, con similar porcentaje de 37.42 respondió “algunas veces”, el 13.54 % respondió “siempre”, y el 4.52 % respondió “casi nunca”, (Cuadro no 27).

9.- ¿TIENE USTED ALGÚN(A) AMIGO(A) CERCANO(A) A QUIEN PUEDA BUSCAR CUANDO NECESITA AYUDA?



Fuente: Cuadro no 27.

CUADRO NO 28.

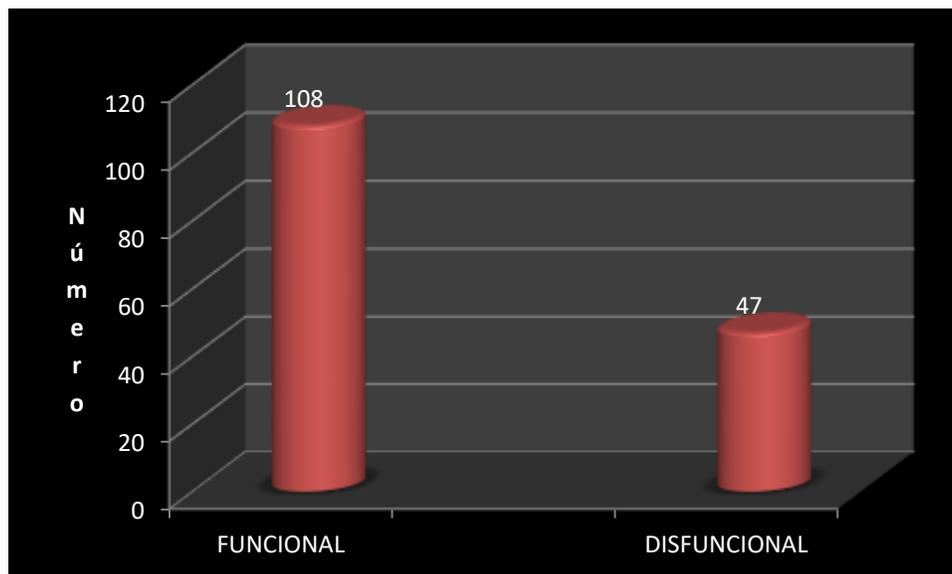
CLASIFICACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

FAMILIA.	NÚMERO	%
FUNCIONAL	108	69.68
DISFUNCIONAL	47	30.32
TOTAL	155	100.0

Fuente: Cuestionario Smilkstein.

De acuerdo a las respuestas de las adolescentes embarazadas al cuestionario de apgar familiar (test de Smilkstein), la familia disfuncional de acuerdo a la muestra de 155 pacientes, resultó del 30.32 %, (Cuadro no. 28).

CLASIFICACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.



Fuente: Cuadro no 28.

CUADRO NO. 29.- DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA DE LAS RESPUESTAS DECLARADAS POR LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

AFIRMACIONES	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	NUNCA
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad:	9	5	55	64	22
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite:	4	4	55	64	28
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades:	4	7	49	70	25
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros:	6	7	66	55	21
Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos:	4	6	54	62	29
Me satisface cómo compartimos en mi familia los espacios en la casa:	2	10	52	65	26
Me satisface cómo compartimos en mi familia el dinero:	3	13	51	62	26
Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as)	12	7	56	57	23
¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?	11	7	58	58	21

NOTA: Respuestas obtenidas por entrevista con base al cuestionario Smilkstein.

CUADRO NO. 30.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS DECLARADAS POR LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

AFIRMACIONES	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	NUNCA
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad:	5.81	3.23	35.48	41.29	14.19
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite:	2.58	2.58	35.48	41.30	18.06
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades:	2.58	4.52	31.61	45.16	16.13
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros:	3.87	4.52	42.58	35.48	13.55
Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos:	2.58	3.87	34.84	40.00	18.71
Me satisface cómo compartimos en mi familia los espacios en la casa:	1.29	6.45	33.55	41.94	16.77
Me satisface cómo compartimos en mi familia el dinero:	1.94	8.39	32.90	40.00	16.77
Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as)	7.74	4.52	36.13	36.77	14.84
¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?	7.10	4.52	37.42	37.42	13.54

NOTA: Respuestas obtenidas por entrevista con base al cuestionario Smilkstein.

DISCUSIÓN.

A pesar de que en la investigación realizada en el área de consulta externa para control del embarazo y en el piso de ginecobstetricia del hospital general de Pachuca no se tuvo por objetivo medir las variables anteriores sino solo la cifra de disfunción familiar y su relación con el embarazo en adolescentes a partir de la muestra de 155 mujeres, es de suponer que, efectivamente en todo problema de salud se encuentran implícitos los factores anteriores, y que conforman un cuadro holístico, de ahí que la función del equipo de salud contribuya con acciones concretas a la atención integral de la paciente adolescente obstétrica, sobre todo que tiene el principal contacto a través de la consulta para la vigilancia prenatal. Si bien es cierto que el servicio de control prenatal está agobiado por la fuerte demanda de la población, también es cierto que, a través del contacto directo con las pacientes es posible llegar a conocer su situación ante la familia debido a su embarazo, por tanto puede en términos específicos otorgar orientación para mejorar precisamente la relación de la adolescente embarazada con su familia, ya que la cifra de disfunción con la familia así lo requiere para su disminución y que es del 30.32 %.

Durante el año 2004, en el Local 48 del Policlínico Comunitario Docente José Martí, de Camagüey, Cuba, se realizó un estudio en una muestra de 50 adolescentes, que constituyeron el grupo de estudio. El resultado fue que el 42,5% de los adolescentes presentaron conflictos familiares; de éstos el 70% comenzó sus relaciones sexuales entre los 12 y los 15 años de edad; se encontró con mayor frecuencia en el grupo de estudio la mala comunicación con los padres sobre temas de sexualidad (58%) y el 42% ha recurrido al aborto voluntario, mientras que el 90% de nuestro grupo de estudio refirió no tener mejor conocimiento acerca de la sexualidad debido a la pobre comunicación con los padres sobre el tema.²

La cifra del 30.32 % de adolescentes embarazadas calculada para el hospital general conlleva aspectos de la situación escolar, estado civil, antecedentes ginecoobstétricos; es así como relacionado con la disfunción familiar se tiene que la escolaridad máxima de los padres es de estudios de secundaria (80.64 %), mientras que en las madres la cifra llega al 92.26 %; las adolescentes han cursado hasta la secundaria el 88.39 % a pesar de que potencialmente de acuerdo a la edad por arriba de los 16 años el 72.32 % deberían haber cursado estudios de bachillerato, lo cual hace suponer que dada la situación con la familia se viene postergando el nivel de escolaridad; no utilizan método de planificación familiar el 33.55 % de las adolescentes estudiadas lo cual precisamente habla de una mala comunicación con los padres e incluso existe poca información a través de los medios. El aborto lo ha practicado el 13.55 % de las adolescentes.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 53, León Guanajuato, México, se seleccionaron al azar 364 embarazadas entre 12 y 19 años de edad, de enero del 2001 a enero del 2002 para realizar un estudio descriptivo transversal. El objetivo fue determinar el grado de funcionalidad familiar, en un grupo de adolescentes mediante la aplicación del test de Smilkstein⁴. A las familias se les clasificó como familia funcional o disfuncional. El 40% tiene estudios de primaria. Casadas 85%.⁴.

En el hospital general de Pachuca se encontró que el 41.29 % tiene estudios de primaria, mientras que el 89.68 % de las adolescentes investigadas son solteras y otro tanto que vive en unión libre.

Se encontró disfunción familiar moderada en el 27% de las embarazadas, disfunción severa 6% y funcionalidad normal en 67%. Los aspectos en que se encontraron mayor

alteración fueron el de crecimiento y afecto. La disfuncionalidad familiar de esta unidad médica con lo encontrado en el hospital de Pachuca son similares: 33.00 % vs 30.32.

En síntesis, la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, por lo que nos adherimos al comentario de que debido a que las adolescentes no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.⁴

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo, en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González⁷ en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años^{6, 7}.

En el hospital de Pachuca, el inicio de las relaciones sexuales se da en un 75.49 % a los 15 y menos años de edad.

Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea¹⁰. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.¹¹⁻¹⁴

Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años.¹⁷

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.^{23,24}

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo, el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se

encuentra alterada en el 30.32 % de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia.

El embarazo en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

Dentro de los aspectos de salud reproductiva estudiados entre los adolescentes de 12 a 19 años de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006³⁵, se concluyó que en Hidalgo el 85% de este grupo etario conocía o había oído hablar de algún método para evitar el embarazo, situación que ubicó a Hidalgo con mayor cobertura que la media nacional que fue del 81.8%; sin embargo lo observado en la investigación realizada en el hospital general de Pachuca, indica que solo el 66.35 % de las adolescentes investigadas utiliza método de planificación familiar, básicamente pastillas y condón. Si los adolescentes desconocen este tipo de información, tienen mayor riesgo de un embarazo precoz y de contraer una infección de transmisión sexual, riesgos considerados como dos de los problemas prioritarios de la salud reproductiva en adolescentes.

En cuanto a las relaciones sexuales, los resultados de la ENSANUT 2006 indicaron que mientras en el ámbito nacional, el 4.1% de los adolescentes en el grupo de 15 a 19 años inició su vida sexual antes de cumplir los 15 años, en Hidalgo la proporción fue menor a la nacional con 2.4%.³⁵

En el hospital general de Pachuca, el 75.49 % de las adolescentes estudiadas inició su vida sexual activa a los 15 y menos años de edad. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo.

El embarazo y el parto de una mujer de edad inferior a los 20 años tienen un alto riesgo pues confluyen varios factores que aumentan la probabilidad de complicaciones, entre ellos la propia edad de la mujer, el bajo peso del niño y la prematuridad del alumbramiento.

La deficiente nutrición de la adolescente y las malas condiciones de reposo y bienestar físico durante el embarazo, son también factores de riesgo. Las madres adolescentes pueden no llevar una dieta que se ajuste a sus necesidades y a las del bebé que están gestando, además pueden presentar ciertas complicaciones durante el embarazo que van desde una infección en vías urinarias, infecciones de transmisión sexual, hasta un parto prematuro que traerá consecuencias negativas tanto para la madre como para el recién nacido (falta de peso, daño cerebral y muerte materno-infantil), y sí a lo anterior se agrega la disfunción familiar que fue del 30.32 % en la investigación el problema se agrava aún más.

CONCLUSIONES.

Lo más relevante de la investigación es el hecho de haber obtenido del análisis de cada uno de los nueve parámetros conforme a la aplicación del cuestionario “test de Smilkstein” obteniéndose una cifra de 30.32 % de adolescentes embarazadas con familia disfuncional, resultando una cifra levemente menor a la de otros estudios realizados (33.00 %), que en buena medida quedan en el mayor de los casos sin ninguna educación y orientación para la convivencia en familia, situación que es preocupante, no solo en el contexto de donde se obtuvo la cifra que es el hospital general de Pachuca, sino a nivel estatal e incluso nacional.

El promedio de edad de los padres es de 47 años, en las madres es de 44 años, en las adolescentes es de 17 años, sin embargo, la cifra modal es de 15 años de edad, el número promedio de hijos por familia es de 5, el orden al nacimiento de las adolescentes es de cuarto lugar. El analfabetismo de los padres se reduce a lo siguiente: padres 6.45 %, madres 5.81 %.

Cada uno de los 9 ítems del cuestionario de Smilkstein fueron medidos en lo específico, y deben permitir al personal de salud, y sobre todo a los médicos familiares utilizar la información para adoptar estrategias de educación y de tratamiento anticonceptivo a las adolescentes que se encuentran bajo control prenatal, lo que redundará en una mejora en la calidad de la atención integral.

La información obtenida en la investigación, y que no existía en la unidad médica debe servir para la mejora continua de la atención prenatal como en la resolución del embarazo bien vigilado, y que una considerable demanda de consulta.

Cada uno de los 9 ítems aplicados a las adolescentes embarazadas y por su magnitud trascendencia y vulnerabilidad se encuentran implícitas en cada uno de los cuadros y gráficos y conforme al cuestionario de Smilkstein, a efecto de que el equipo de salud que consulte la información tenga argumentos para la toma de decisiones.

VIII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Actividad/meses	2012					2013					
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	MAY	JUN	JUL
Búsqueda de bibliografía	****										
Creación de protocolo	****	****									
Registro de protocolo en investigación		****									
Presentación de protocolo a investigación			****								
Corrección de protocolo en Investigación				****	****						
Presentación protocolo c/correcciones						****					
Protocolo pasa a comités de investigación y ética							****				
Corrección de observaciones, al protocolo							*****				
Nueva presentación a comités								****			
Aceptación de protocolo								****			
Recolección de la información								****	****		
Creación de bases de datos										****	
Análisis de información										****	
Construcción de Tesis											****

IX.- ANEXOS.

Anexo No. 1

HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Le invitamos a participar en este estudio coordinado por el Dr. Jesús Cervantes Flores, del Hospital General. Pachuca Hidalgo.

En este estudio requiere su consentimiento voluntario, así que lea adecuadamente la siguiente información y no dude en preguntar cualquier duda.

PROYECTO A EFECTUAR

El objetivo de este estudio es confirmar una relación entre el embarazo en mujeres adolescentes y su situación de funcionalidad familiar, tomando como muestra a pacientes menores de 19 años que se encuentren cursando un embarazo o hayan concluido su embarazo recientemente.

PLAN DE PROGRAMA

De aceptar participar en esta actividad se le pedirá que coopere respondiendo a preguntas escritas en una hoja de datos personales que se maneja de forma anónima y un test que evalúa su percepción en relación a su dinámica familiar, llamado test de Smilkstein. Estos cuestionarios son auto aplicables, si tiene alguna duda o carece de alguna de sus facultades para realizar esta actividad favor de informar al investigador.

CONSIGNAS A SEGUIR

1. Le pedimos su participación, cooperación y paciencia.
2. Le solicitaremos 30 minutos aproximadamente de su tiempo.
3. Esta evaluación no tendrá costo.
4. Su participación es voluntaria y podrá retirar su consentimiento en el momento que lo desee sin inconvenientes para su tratamiento en esta institución.

VENTAJAS POSIBLES

1. Calificar de manera objetiva la funcionalidad de la familia a la que usted pertenece.
2. Proveer al Hospital General Pachuca mayor información sobre uno de los factores condicionantes que interfieren en el embarazo en las adolescentes.
3. Identificar si la situación familiar disfuncional se involucra directamente en o un porcentaje con el embarazo en adolescentes y aportar mayor información a este tema.

CONFIABILIDAD

Los datos obtenidos a partir de estos cuestionarios serán manejados con estricta confidencialidad. En ningún momento se hará del conocimiento de terceros (fuera de su médico) su nombre o datos personales que permitan su identificación.

PACIENTE:

Nombre y Firma o huella digital

Dirección y teléfono

TESTIGO 1

Nombre y Firma o huella digital

Dirección y teléfono

Relación con el paciente: _____

TESTIGO 2

Nombre y Firma o huella digital

Dirección y teléfono

Relación con el paciente: _____

TESISTA

Dr. Jesus Cervantes Flores

Dirección: México Distrito Federal

Ex Residente de La Especialidad de Medicina Familiar

Teléfonos: 55 13 22 11 22

ASESOR DE TESIS

Dr. Leopoldo Norberto Oliver Vega

Dirección: Hospital General de Pachuca, Carretera Pachuca – Tulancingo No. 101, Col. Ciudad de los niños.

Teléfonos: 771-3-72-55, 771-3-72-56

PRESIDENTE DE LAS COMISIONES DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

Dr. Francisco J. Chong Barreiro

Dirección: Hospital General de Pachuca

Carretera Pachuca – Tulancingo No. 101, Col. Ciudad de los niños,

Pachuca, Hidalgo

Teléfonos: 771-3-72-55, 771-3-72-56

Anexo No. 2

HOJA DE DATOS

DEBERA SER LLENADA POR EL ENTREVISTADOR CON LETRA DE MOLDE

Numero de encuesta: _____

A) DATOS FAMILIARES

Datos del padre.

Edad: _____

Escolaridad: a) analfabeta b) Primaria c) secundaria d) Bachillerato e) Licenciatura

Datos de la madre.

Edad: _____

Escolaridad: a) analfabeta b) Primaria c) secundaria d) Bachillerato e) Licenciatura

Datos de su familia.

Número de hijos en la familia: _____

Lugar que ocupa de entre los hijos: _____

Edades de los hijos: _____

B) DATOS PERSONALES

Fecha de Nacimiento: _____

Edad en años: _____

Lugar de Residencia: a) Pachuca Hgo. b) Otra localidad de Hgo. c) Fuera del Edo de Hgo.

Edo civil: a) soltera b) casada c) unión libre

Escolaridad:

a) Analfabeta b) Primaria c) secundaria d) Bachillerato e) Licenciatura

IVSA: _____

PS: _____

MPF: _____

Gestas: _____

Paras: _____

Cesáreas: _____

Abortos: _____

Anexo No. 3

APGAR FAMILIAR: COMPONENTES

Componentes	Definición
Adaptación	Adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
Participación	Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.
Crecimiento	Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
Afecto	Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
Recursos	Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

Anexo No. 4

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR (TEST DE SMILKSTEIN)

Numero de test: _____

PREGUNTA	RESPUESTA
<p>Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca 2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre 	
<p>Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca 2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre 	
<p>Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca 2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre 	
<p>Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca 2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre 	
<p>Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca 2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre 	
<p>Me satisface cómo compartimos en mi familia los espacios en la casa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca 2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre 	
<p>Me satisface cómo compartimos en mi familia el dinero:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca 	

2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre	
Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as) 1) Nunca 2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre	
¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda? 1) Nunca 2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre	
TOTAL DE PUNTOS	

El APGAR se califica de la siguiente manera:

NUNCA	=	0 PUNTOS
CASI NUNCA	=	1 PUNTOS
ALGUNAS VECES	=	2 PUNTOS
CASI SIEMPRE	=	3 PUNTOS
SIEMPRE	=	4 PUNTOS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dr. Enrique Donoso. Embarazo adolescente: un problema país. Rev. Chil Obst Ginec 2008; 73(5): 291 - 292
2. M. Carvajal et, al, EL ADOLESCENTE, LA FAMILIA Y SU EDUCACION SEXUAL, Clin Invest Gin Obst. 2007; 34 (6):214-9
3. Andrés Salazar et al. EMBARAZO Y MATERNIDAD ADOLESCENTE EN BOGOTÁ Y MUNICIPIOS ALEDAÑOS. Vol. 11 • REVISTAN ° 2 2007 (29) 170 - 185
4. José Luis Rangel, et al. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA. Rev. Fac Med UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004. 23 - 27
5. OMS/OPS Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 2000.
- 6 Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales. Instituto Nacional de la Juventud. 2003.
- 7 González T., M. Isabel, AGUIRRE C, et al. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. Rev. chil. Pediatr.2005; 76: 573-579.
- 8 Fernández I., Bustos I., González L. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. Rev. méd Chile 2000; 128:574-583.
- 9 Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev. SOGIA 1994; 1:70-2.
- 10 Ruoti M, Ruoti A. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción, 1992.
- 11 Stevens Simon C. Adverse reproductive outcome and young maternal age. N Engl J Med 1995; 333: 801-2.
- 12 Olausson P., Cnattinguis S., Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol 2001; 106: 116-21.
- 13 Molina M., Peña I, Quiroz M. Embarazo Precoz. Revista Trabajo Social 1992; 59: 21-8.
- 14 Molina M., Pérez R., Ferrada C., et al. Embarazo en la adolescencia. Rev. Ciencia y Salud 1997; 1: 25-9

- 15 Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev. Cubana Obst Ginecol 1996; 22:11-5.
- 16 Peláez J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1997; 23:13- 17.
- 17 Lázaro L. Las escuelas ante el embarazo adolescente. Disponible en www.salutia.com (Consultado el 25 Agosto 2006).
18. Sara Enríquez Rubio Carrillo."DIF Pachuca imparte taller para prevenir embarazos en adolescentes". El visto bueno. Diario digital de hidalgo. Disponible en: www.elvistobueno.com.mx/2011/03/dif-pachuca-imparte-taller-para-prevenir-embarazos-en-adolescentes
19. Margarita Vega. Agencia Reforma. "Embarazo precoz: 470 mil, al año, SSA" Criterio. Disponible en: <http://www.criteriohidalgo.com/notas.asp?id=62450>
- 20 National Center for Health Statistics. Advance report of final nataly figures 1990. Monthly Vital Statistics Report. Hyatts Ville. Maryland: Public Health Service 1993; 41.
- 21 Padilla De Gil. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev SOGIA 2000; 7: 16-25.
- 22 Chelala C. Concern grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. Lancet 2000; 355: 128.
- 23 Hamel P. Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas. Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. 1993; 44-62.
- 24 Ahued J, Lira J, Assad L. La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. Cir Ciruj 2001; 69:300-3.
- 25 Díaz A, Sanhueza P., Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. chil obstet ginecol 2002; 67:481-487.
- 26 Rangel J., Valcristo L., Patiño J., et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac Med UNAM 2004; 47:24-27.
- 27 Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. Estadísticas vitales. México D.F.; 2000.

28 CONAPO situación actual de la mujer en México. México CONAPO 2000. CONAPO la población de México en el nuevo siglo. Conapo 2000 Programa Nacional de Población 2001-2006. México, D.F.: Consejo Nacional de Población; 2001. pp. 61-63

29 Claudio Stern EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA COMO PROBLEMA PÚBLICO: UNA VISION CRITICA Salud pública de México, Salud Publica, Cuernavaca, México, pp 137-143

30 Encuesta nacional de Juventud 2000. Secretaria de Educación Pública. México D. F. Instituto Mexicano de la Juventud, 2001

31 Carvajal M et al. El adolescente, la familia y su educación sexual Clin Invest Gin Obst. 2007; 34(6):214-9

32 Pineda Leyva, T. J., M.T. Ramos Cavazos, M.A. Frías Contreras y P.C. Cantú Martínez 2000b. Encuesta sobre salud reproductiva en estudiantes adolescentes de educación media superior en Monterrey, N.L. (México). Revista Salud Pública y Nutrición. Vol. 1. No.4.

33 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993

34 José Luis Núñez Alcázar "Atendieron casi 14 mil adolescentes embarazadas, en Hidalgo". Periódico El Mexicano. Disponible en <http://anuario.upn.mx/index.php/noticias-educativas/2011/654-periodico-el-mexicano/28628-atendieron-casi-14-mil-adolescentes-embarazadas-en-hidalgo.html>

35 Gustavo Oláis, Juan Rivera, Teresa Shamah, Rosalba Rojas, Salvador Villalpando, Mauricio Hernández, Jaime Sepúlveda María Isidra Hernández, Aremis Villalobos, Juan Rauda. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) Disponible en <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>

36. Sexual and reproductive health of adolescents. Geneva Switzerland: Progress in Reproductive Health Research; 2002, No. 58.

37. Información Sociodemográfica México 2002. México, D.F.: Consejo Nacional de Población; 2002.

38. M. Martin-Loeches, E. Catalá, R.M. Ortí*, J. Mínguez y J. Rius. Principales factores de riesgo asociados a las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana. Servicio de Obstetricia. Hospital General Marina Alta. Denia. Alicante. *Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario. Valencia. España.