



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Asociación entre antecedente del maltrato infantil intrafamiliar y
embarazo adolescente: análisis secundario de la Encuesta
Demográfica y de Salud Familiar del Perú, año 2019**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTORA

Márgareth Marisú SOTO BECERRA

ASESOR

Juan Carlos OCAMPO ZEGARRA

Lima Perú

2021



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Soto M. Asociación entre antecedente del maltrato infantil intrafamiliar y embarazo adolescente: análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Perú, año 2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2021.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Márgareth Marisú Soto Becerra
DNI	72724350
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-5252-4939
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Juan Carlos Ocampo Zegarra
DNI	40435580
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-3317-9938
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	Independiente
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Cercado de Lima 15081 Lima – Perú Latitud: -16.4011362 Longitud: -71.5415038
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2020 - 2021
URL de disciplinas OCDE	Psiquiatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24 Ginecología, Obstetricia https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02 Pediatria https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.03



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANA
Autorizado por R.D. N°0608-D-FM-2020**

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN : 23/08/2021

HORA INICIO : 18:00 hr.

HORA TÉRMINO : 19:00 hr.

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dra. Yolanda Aurora León Alvarez

MIEMBRO : Dr. Antonio Mambert Luna Figueroa

MIEMBRO : Dr. Carlos Víctor Mora Aguilar

ASESOR : Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra

3. DATOS DEL TESISISTA

APELLIDOS Y NOMBRES : Soto Becerra Márgareth Marisú

CÓDIGO : 14010211

TÍTULO DE LA TESIS:

“ASOCIACIÓN ENTRE ANTECEDENTE DEL MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR Y EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR DEL PERÚ, AÑO 2019”

Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:

<https://us02web.zoom.us/j/82281054570?pwd=QWpWViswb0tMdHdQQ01rMVI1cFJLUT09>

ID: 822 8105 4570

Grabación archivada en: Escuela Profesional de Medicina Humana

https://us02web.zoom.us/rec/share/lqytuCKwvn5qje6C6bgAsBeRf_t3lDOgeTBJF8ehKvg_Vhf00baR5fU019YvM2ln.g_toGWXJTh_71LA2?startTime=1629759633000

4. RECOMENDACIONES

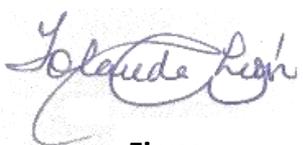
--

5. NOTA OBTENIDA : QUINCE (15)

6. PÚBLICO ASISTENTE :

Nombres y apellidos DNI
SOTO BECERRA PERCY 72722494

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

 Firma
Dra. Yolanda Aurora León Alvarez DNI 06108982
PRESIDENTE

 <small>Firmado digitalmente por LUNA FIGUEROA Antonio Mambret FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 24.08.2021 19:17:55 -05:00</small> Firma	 Firma
Dr. Antonio Mambert Luna Figueroa DNI 06592641	Dr. Carlos Víctor Mora Aguilar DNI 07823259
MIEMBRO	MIEMBRO

 Firma
Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra DNI 40435580
ASESOR


Firmado digitalmente por DELGADO VASQUEZ Ana Estela FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 24.08.2021 21:03:42 -05:00


Firmado digitalmente por IZAGUIRRE SOTOMAYOR Manuel Hernan FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 25.08.2021 17:54:24 -05:00

AGRADECIMIENTO

A Dios por iluminar mi camino en los días oscuros y enseñarme que no importa cuán difícil parezcan los obstáculos, siempre se puede encontrar luz al final del túnel.

A mis abuelos, que me enseñaron que la constancia y la pasión por aquello que soñamos, es el mejor combustible para salir adelante, y sobretodo; que no importa de dónde vengas sino hacia dónde vas y la historia que dejas en este gran camino llamado vida.

A mis padres por creer en mí y luchar codo a codo en esta hermosa locura llamada medicina, gracias por tanto.

A mi hermano Percy porque fuiste el primero y el más importante mentor desde que empecé a estudiar la carrera, y me enseñaste una visión diferente de la medicina y la investigación.

A mi asesor Dr. Juan C. Ocampo, por creer en este proyecto, por su apoyo y disposición para la elaboración de este estudio.

A todos los héroes caídos en esta pandemia y a aquellos que aún siguen en pie de lucha poniendo en alto a esta noble profesión.

A mis maestros de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por enseñarnos no solo sobre medicina sino también sobre humanidad, y contagiarnos desde muy jóvenes la pasión por esta carrera y el amor por nuestra alma mater.

A todos aquellos que aunque se encontraban a kilómetros de distancia no dejaron nunca de creer en mí.

Gracias,

Atentamente

Márgareth Marisú Soto Becerra

DEDICATORIA

A Dedicación Guevara, Edith Mercedes y a Cecilia Chávez, tres grandes mujeres guerreras que a pesar de lo duro del camino que les tocó vivir, nunca dejaron de creer en sí mismas, y me enseñaron desde muy pequeña a romper cadenas con el estudio, la pasión y la constancia.

INDICE GENERAL

LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE FIGURAS.....	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Planteamiento del problema: delimitación y formulación	10
1.2. Formulación de objetivos	13
1.3. Justificación de la investigación	13
1.4. Limitaciones del estudio	15
1.5. Marco teórico.....	16
1.6. Formulación de la hipótesis	32
CAPÍTULO II: MÉTODOS.....	33
2.1. Diseño Metodológico	33
• Tipo de investigación.....	33
• Población	34
• Muestra.....	35
• Variables	36
• Operacionalización de variables.....	39
• Técnicas e Instrumentos	44
• Plan de recolección.....	44
• Análisis estadístico de los datos	45
• Consideraciones éticas	45
CAPÍTULO III: RESULTADOS	47

3.1. Selección de la muestra	47
3.2. Características de la población de estudio.....	49
3.3. Prevalencia de maltrato infantil por tipos y su distribución según área y región geográfica de residencia.....	52
3.4. Prevalencia de embarazo adolescente.....	54
3.5. Asociación entre el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar y embarazo adolescente.....	56
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	64
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	72
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS	82

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variable desenlace y exposición	39
Tabla 2. Operacionalización de covariables	42
Tabla 3. Áreas de residencia actual según región geográfica de residencia actual en las mujeres de 15 a 49 años seleccionadas para el estudio de tesis. ENDES 2019.Perú.	49
Tabla 4. Características sociodemográficas actuales de las mujeres de 15 a 49 años seleccionadas para el presente estudio. ENDES 2019, Perú.....	50
Tabla 5. Factores asociados al embarazo adolescente en mujeres de 15 a 49 años. ENDES 2019, Perú.....	56
Tabla 6. Análisis multivariado de la asociación entre el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar y el embarazo adolescente en mujeres de 15 a 49 años seleccionadas y con datos completos para el estudio. ENDES 2019, Perú...	62
Tabla 7. Análisis de la asociación entre el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar y el embarazo adolescente en mujeres de 15 a 49 años seleccionadas para el estudio, según su área de residencia actual. ENDES 2019, Perú.....	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Tipología de la violencia según las características del agresor.....	27
Figura 2: Factores de riesgo predisponentes de la violencia.	28
Figura 3: Flujograma de los participantes seleccionados e incluidos en la muestra para el estudio y el análisis estadístico	48
Figura 4: Distribución de las formas de maltrato experimentadas en la infancia de las mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú.....	52
Figura 5: Distribución por áreas de residencia actual y las formas de maltrato experimentadas en la infancia de las mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú.....	53
Figura 6: Distribución por región geográficas de residencia actual y las formas de maltrato experimentadas en la infancia de las mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú.	54
Figura 7: Distribución por área de residencia actual y la prevalencia de embarazo adolescente en mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú	55
Figura 8: Distribución por regiones geográficas de residencia actual y la prevalencia de embarazo adolescente en mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú.....	55
Figura 9: Distribución por regiones políticas de residencia actual y la prevalencia de embarazo adolescente en mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú. .	55
Figura 10: Prevalencia de embarazo adolescente según haber sufrido o no maltrato físico infantil intrafamiliar en mujeres de 15 a 49 años. ENDES 2019, Perú.....	58

Figura 11: Prevalencia de embarazo adolescente y el antecedente de maltrato psicológico indirecto durante la infancia en mujeres de 15 a 49 años. ENDES 2019, Perú..... **59**

Figura 12: Prevalencia de embarazo adolescente y el antecedente de maltrato psicológico directo durante la infancia en mujeres de 15 a 49 años. ENDES 2019, Perú..... **59**

Figura 13: Prevalencia de embarazo adolescente según haber sufrido o no maltrato infantil intrafamiliar por desatención en mujeres de 15 a 49 años. ENDES 2019, Perú. **60**

RESUMEN

Introducción: El embarazo adolescente es un problema complejo y a escala mundial con repercusiones a nivel personal, familiar, educativo, socioeconómico, laboral y cultural. Los posibles factores de riesgo asociados son diversos y complejos; por ejemplo, en algunos países diversos estudios han mostrado que el maltrato infantil incrementa el riesgo de embarazo adolescente, sin embargo en el Perú no existen estudios previos que evalúen esta posible asociación. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre el antecedente del maltrato infantil intrafamiliar y el embarazo adolescente en mujeres peruanas de 15 a 49 años. **Métodos:** Análisis secundario en mujeres de 15 a 49 años estudiadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), año 2019 e incluidas en el módulo del hogar. Se realizó un análisis multivariado de las variables estudiadas y se calcularon sus razones de prevalencia (RP) e intervalos de confianza (IC) al 95%. **Resultados:** El maltrato físico infantil intrafamiliar estuvo asociado a una mayor prevalencia de embarazo adolescente, con RP= 1,02 (IC95%: 1,01-1,04, p= 0,004). Del mismo modo, las mujeres con antecedente de maltrato psicológico indirecto mostraron una mayor probabilidad de haber tenido un embarazo adolescente que quienes no sufrieron de este tipo de maltrato RP = 1,02 (IC95%: 1,01-1,04, P=0,001). Por el contrario, el maltrato psicológico directo y el maltrato por desatención evidenciaron una RP = 0,99 en ambos casos y sus valores p fueron no significativos. **Conclusiones:** El antecedente de maltrato infantil intrafamiliar de tipo físico y psicológico indirecto estuvieron asociados a una mayor probabilidad de haber tenido un embarazo adolescente en la mujeres peruanas de 15 a 49 años. Por el contrario, no se encontró dicha asociación en el maltrato psicológico directo y el maltrato por desatención. Estas relaciones se mantuvieron al analizarse según el nivel socioeconómico. En cambio, la ruralidad/urbanidad si encontró mayor magnitud de la asociación en mujeres de zona rural. Este estudio contribuye con nueva evidencia sobre el potencial impacto del maltrato infantil intrafamiliar en la prevalencia de embarazo adolescente. Sin embargo, esta evidencia es preliminar, y se requieren más estudios en el tema.

Palabras claves: Embarazo adolescente, maltrato infantil, maltrato físico, maltrato psicológico indirecto, maltrato psicológico directo, maltrato por desatención, disciplina violenta.

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy is a complex problem on a global scale with repercussions on a personal, family, educational, socioeconomic, occupational and cultural level. The possible associated risk factors are diverse and complex; For example, in some countries various studies have shown that child abuse increases the risk of adolescent pregnancy, however in Peru there are no previous studies that evaluate this possible association at the national level. **Objective:** To evaluate the association between a history of intrafamily child abuse and adolescent pregnancy in Peruvian women aged 15 to 49 years. **Methods:** Secondary analysis in women aged 15 to 49 studied in the Demographic and Family Health Survey (ENDES), year 2019 and who belonged to the Domestic Violence module. A multivariate analysis of the variables studied was performed and their prevalence ratios (PR) and 95% confidence intervals (CI) were calculated. **Results:** Intrafamily child physical abuse was associated with a higher prevalence of adolescent pregnancy, with PR = 1.02 (95% CI: 1.01-1.04, p = 0.004). Similarly, women with a history of indirect psychological abuse were more likely to have had an adolescent pregnancy than those who did not suffer from this type of abuse PR = 1.02 (95% CI: 1.01-1.04, P = 0.001). On the contrary, direct psychological abuse and neglect abuse showed a PR = 0.99 in both cases and their p-values were not significant. **Conclusions:** A history of indirect physical and psychological intra-family child abuse was associated with a greater probability of having had an adolescent pregnancy in Peruvian women aged 15 to 49 years. On the contrary, no such association was found in direct psychological abuse and neglect abuse. These relationships were maintained when analyzed according to socioeconomic level. On the other hand, rurality / urbanity did modify the estimated effect with a greater magnitude of the association in rural women. Thus, this study contributes new evidence on the potential impact of intrafamily child abuse on the prevalence of adolescent pregnancy. However, this evidence is preliminary, and more studies are required on the subject. **Keywords:** Adolescent pregnancy, child abuse, physical abuse, indirect psychological abuse, direct psychological abuse, neglect abuse, violent discipline.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema: delimitación y formulación

El embarazo adolescente es un problema a escala mundial. Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como todo embarazo que acontece antes de los 19 años, sin embargo, la mayoría de reportes estadísticos centran su atención en el grupo etario de 15 a 19 años.(1). En regiones en vías de desarrollo, anualmente 21 millones de adolescentes quedan embarazadas(2). Dan a luz, cerca de 12 millones de adolescentes entre 15 y 19 años y más de 777000 niñas menores de 15 años; afectando principalmente a los países de medianos y bajos ingresos. Estos nacimientos representan un 11% de la tasa global (3,4). Por si fuera poco, en el 2015, la División de Población de las Naciones Unidas reportó que la tasa global de embarazos en adolescentes fue de 44 nacimientos por cada 1000 adolescentes. Estas tasas pueden variar desde 1 a más de 200 nacimientos por cada 1000 niñas, dependiendo del país y de su situación económica y social(3,5). En el Perú, según el informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2019), del total de adolescentes encuestados, el cerca del 14% reportó haber tenido alguna vez un embarazo o se encontraba gestando durante la entrevista(6).

El embarazo adolescente en su mayoría es no planificado, por lo tanto, suele presentar mayores complicaciones en términos de riesgo para la salud física, mental y un fuerte componente social en la mujer y su hijo. Según la OMS el 99% de las muertes maternas por complicaciones del embarazo corresponden a este grupo etario, esto debido a que la madre no está completamente preparada biológicamente para el desarrollo de una feto, asimismo la madre adolescente atraviesa un estado de “emergencia física y emocional” además de los cambios hormonales, también vive el estancamiento económico, laboral sumado a la presión social y al nuevo rol que debe asumir como madre y esposa en el pequeño grupo de embarazos que si son planificados.

Desde 1990 existe una notoria disminución de la tasa global de embarazo, sin embargo debido a que el crecimiento poblacional de adolescentes está en aumento, se estima que para el año 2030 el número total de casos de embarazo adolescentes crecerá, principalmente en países de bajos y medianos ingresos(7).

Existen evidencias sobre diversos factores de riesgo que condicionan a los adolescentes a un embarazo no deseado, la gran mayoría asociados a la etapa de vida adolescente actual como la falta de uso de métodos anticonceptivos, así como las prácticas sexuales de riesgo, sin embargo también hay evidencia de que factores relacionados a etapas de vida anteriores podrían jugar un rol importante en el riesgo de embarazo adolescente de etapas ulteriores, tales como la pobreza, dificultades de acceso a la educación, deserción escolar, y la exposición a la violencia durante la niñez o adolescencia(8).

La violencia, en sus diversos tipos, puede generar diferentes secuelas en la autoestima del niño y el adolescente. Esto conlleva a que el adolescente con autoestima baja, niveles bajos de resiliencia individual y con carencias de apoyo y afecto, pueda ser inducido a buscar la maternidad precoz como forma de conseguir un afecto incondicional o formar su propia familia. En otros casos, las adolescentes son influenciadas a tener relaciones a temprana edad por parte de sus parejas o violentadas sexualmente, este último tiene un impacto en el 20% de niñas en el mundo, quienes afirman haber sufrido abusos sexuales en su niñez o adolescencia(9)

Investigaciones recientes también sugieren que los bajos valores de los indicadores de resiliencia individual, sumado a síntomas depresivos, altos niveles de estrés y bajo apoyo social pueden ser un factor influyente en la incapacidad del adolescente de planificar o iniciar el uso de anticonceptivos, así como también influye negativamente generando mayor exposición a la violencia. (10). Un embarazo no deseado puede condicionar a dichas adolescentes a abortos peligrosos y complicaciones del embarazo y el parto. (8) Siendo esta la principal causa de muerte en niñas de 15 a 19 años en países de medianos y bajos ingresos(5). El embarazo adolescente se enfrenta también a múltiples

efectos socio-económicos negativo, al estigma de su familia o de la comunidad y de su entorno social. Estas tienen más probabilidad de sufrir violencia por parte de sus parejas. Así mismo hay una alta tasa de deserción escolar y con ello menores oportunidades de empleo, generando un ciclo de pobreza. (11)

Actualmente la evidencia que relacione directamente la exposición a conductas violentas en la infancia y la probabilidad de embarazo en la adolescencia es limitada, sin embargo, la forma en que la violencia infantil se manifiesta y afecta a las personas es contexto dependiente. Además de limitados, los resultados obtenidos en otros países podrían diferir de lo que ocurre en el Perú, por tal motivo, en el presente estudio se busca evaluar la asociación entre el antecedente de castigo infantil intrafamiliar y haber tenido un embarazo adolescente en algún momento de su vida en mujeres de 15 a 49 años, encuestadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019.

Los resultados obtenidos nos permitirán generar evidencia preliminar acerca del posible impacto que haya tenido la violencia intrafamiliar en algún periodo de la infancia sobre las mujeres de entre 15 y 49 años encuestadas en la ENDES 2019. Esta información podría servir de base para los futuros estudios de investigación que evalúen el potencial impacto de políticas públicas en etapas de vida más tempranas, tales como aquellas orientadas a prevenir el castigo infantil intrafamiliar

Por lo expuesto, nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Existe asociación entre el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar y la presencia de embarazo adolescente, en mujeres entre 15 y 49 años evaluadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Perú en el año 2019?

1.2. Formulación de objetivos

Objetivo general

Determinar la asociación entre el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar y la presencia de embarazo adolescente, en mujeres entre 15 y 49 años evaluadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), año 2019.

Objetivos específicos

- 1) Determinar la asociación entre el antecedente de maltrato físico infantil intrafamiliar y el embarazo adolescente en mujeres entre 15 y 49 años, evaluados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), año 2019
- 2) Determinar la asociación entre el antecedente de maltrato psicológico infantil intrafamiliar y el embarazo adolescente en mujeres entre 15 y 49 años, evaluados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), año 2019
- 3) Determinar la magnitud de la asociación entre el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar y la presencia de embarazo adolescente en el ámbito rural y el ámbito urbano.
- 4) Determinar la magnitud de la asociación entre el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar y la presencia de embarazo adolescente de acuerdo a su nivel socioeconómico.

1.3. Justificación de la investigación

El embarazo adolescente es un problema complejo, no solo por el impacto en la salud y la mortalidad de las adolescentes embarazadas en el mundo, sino también por la repercusión de este problema a nivel personal, familiar, educativo, laboral, socioeconómico y cultural, entre otras consecuencias que influyen directamente en la calidad de vida de la adolescente y la de sus hijos.

Uno de esos problemas es la depresión; según estudios, se ha encontrado que hay una diferencia significativa entre la depresión en madres adolescentes frente a la depresión en madres adultas. Otros problemas que juegan un rol importante

es la deserción escolar, la falta de acceso a los servicios de salud, bajo nivel socioeconómico, aislamiento social, sobrecarga de tareas, así como la aptitud de la madre adolescente, pues no tiene la madurez suficiente para enfrentar todo lo que la maternidad conlleva, estos problemas sumados a problemas físicos, consecuencia que pueden ser ocasionados por un embarazo en un cuerpo aun no desarrollado completamente, entre otros, generan un distrés emocional. Todos estos factores influyen en la calidad de vida de la madre y del niño.

Uno de los objetivos del milenio es reducir los riesgos del embarazo para las adolescentes, por ello, la OMS publicó en el año 2011, junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas pautas sobre la prevención de los embarazos precoces, así mismo, participa también en diferentes iniciativas al lado de organismos y programas relacionados, tal es el caso de programa «H4+», donde participan también organizaciones como ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial. En el Perú, el Ministerio de salud y en conjunto con otras instituciones internacionales y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) elaboraron intervenciones centradas en la promoción de la salud sexual y del uso de métodos anticonceptivos; a través del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes en el periodo 2013 – 2021. Estos programas identifican muchos factores influyentes, sin embargo, no hay medición del impacto en cada uno de estos factores, por lo que no se invierte en proyectos que intervengan en dichos determinantes.(2)

Por tal motivo, es importante no solo reconocer los factores de riesgo que influyen en la adolescente sino evaluar también su impacto. En este sentido, indagar sobre los antecedentes de violencia en las adolescentes y su impacto en el embarazo adolescente, servirían de base para futuros programas que busque disminuir los índices de violencia infantil y/o intrafamiliar, programas que mejorarían la calidad de vida de los niños, dándoles mejores herramientas para enfrentarse a todos los riesgos que la sociedad implica.

Por tal motivo, el presente estudio se justifica en buscar la asociación del antecedente de maltrato infantil intrafamiliar y el embarazo adolescente, un problema de gran impacto a nivel mundial. Si bien es cierto, esta investigación

no será concluyente, se espera que los hallazgos sirvan de base para el desarrollo de futuras investigaciones sólidas.

1.4. Limitaciones del estudio

La principal limitación es propia del diseño transversal, ya que este diseño no permitirá comprobar la existencia directa de una relación causal entre el antecedente de castigo infantil intrafamiliar y el embarazo adolescente. Debido a ello, este estudio solo estimará la magnitud de una asociación estadística, siendo esta magnitud interpretada y discutida de manera cautelosa ya que solo sería una aproximación limitada comparada con la magnitud real del efecto de interés. No obstante, la información teórica muestra evidencias de un nexo muy estrecho entre ambos eventos estudiados demostrando que la relación causal hipotetizada es admisible psicosocialmente. Por ello consideramos que el presente estudio podría ser una primera aproximación de dicho tema.

Otra limitación existente, es la posibilidad de confusión residual por causa de variables que no fueron medidas o que se midieron de manera imprecisa en la ENDES. Si esto ocurriese tendríamos como resultado medidas de asociación distorsionadas, no pudiendo expresarse el valor real del efecto de interés. Para evitar esto se está incluyendo la mayor cantidad de variables que podrían ser confusoras, variables basadas en la literatura revisada y también presente en la base de datos de ENDES.

Contrario a las limitaciones ya expuestas, considero que este estudio servirá como un precedente al evaluar dos problemas muy importantes en nuestro país, la violencia infantil y el embarazo adolescente, siendo el primero de ellos un tema de extrema importancia, ya que la construcción de una base sólida en la formación de un niño no solo se basa en la salud física, sino también en el aspecto psicosocial, siendo este el pilar del futuro de los niños de nuestro país. Por ello, espero que esta aproximación provea de evidencia preliminar para justificar la realización de estudios posteriores que permitan esclarecer si dicha relación causal propuesta existe o no y con ello lograr comprender mejor los mecanismos que acarrearían tales efectos

1.5. Marco teórico

Antecedentes

Algunos estudios han identificado el abuso sexual y físico infantil como un factor de riesgo para el embarazo adolescente, sin embargo, esta relación no se ha estudiado a fondo.

Actualmente existen muchos estudios que buscan de manera particular analizar el impacto del castigo y/o maltrato infantil en las conductas de riesgo ejecutadas por los adolescentes, conductas tales como el consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo, tabaquismo, sexualidad precoz, conductas sexuales de riesgo y así sucesivamente; incluso estas experiencias podrían también impactar en la morbilidad para ciertas enfermedades crónicas del adulto.(12)

Varios estudios neurocientíficos recientes acumularon evidencia empírica sobre los procesos de maduración y neurodesarrollo que se llevan a cabo en el cerebro humano durante la primera infancia; en esta etapa el cerebro humano se encuentra en desarrollo y su inmadurez le confiere una mayor plasticidad y capacidad de aprendizaje, sin embargo, también la conduce a una mayor vulnerabilidad a los agentes nocivos y tóxicos del medio ambiente, siendo el maltrato infantil y las experiencias adversas vividas en la primera infancia quienes influyen directamente en la estructura y función cognitiva y emocional del cerebro en desarrollo, lo que llevaría al niño a evidenciar respuestas fisiológicas de estrés crónico y sostenido, siendo un factor de riesgo clave para el desarrollo de enfermedades tanto físicas como mentales (ansiedad y depresión) y la expresión de conductas de riesgo en la adolescencia y la edad adulta tales como el inicio de la vida sexual precoz, relaciones sexuales sin protección, promiscuidad y embarazo en la adolescencia.(13,14)

Uno de los estudios más grandes sobre abuso y negligencia infantil comparado con la salud y bienestar en la vida posterior es el estudio ACE del inglés “Adverse Childhood Experiences” o en español “Experiencias adversas en la infancia” realizada con la participación de 17421 adultos pertenecientes al Plan de Salud, este estudio fue llevado a cabo en el Departamento de Medicina Preventiva de Kaiser – San Diego (1995 – 1997) y en colaboración con el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). El objetivo del estudio era

comparar el estado de salud actual de los participantes encuestados con las experiencias adversas vividas en su infancia, para ello, estas experiencias fueron clasificadas en 7 categorías: las tres primeras corresponden a preguntas sobre el abuso personal (físico, emocional y sexual), las cuatro siguientes pertenecen a preguntas sobre el antecedente de crecer en un hogar disfuncional, es decir la presencia de elementos que influyan negativamente en la familia tales como personas alcohólicas, consumidores de droga, conductas delincuenciales, depresión crónica, enfermedad mental, pensamientos suicidas o incluso haber sido testigo de violencia contra alguno de los padres.(14,15). Para poder puntuar estas experiencias se construyó una puntuación ACE del 0 al 8. Los resultados encontrados fueron determinantes, observándose como resultado una correlación lineal en el modelo: a mayor puntaje ACE peores eran las consecuencias relativas a adicciones, enfermedades o conductas de riesgo del participante. A grandes rasgos el estudio demostró que la exposición a cada uno de los 8 tipos de ACE fue asociada con un mayor riesgo de embarazo adolescente comparado con mujeres que reportaron puntaje 0 en la escala de ACE. Los RR mostraron aumentos en embarazo adolescente: 90% para aquellos que, de niños, tenía un familiar encarcelado; 60% para aquellos que experimentaron abuso sexual infantil; 60% para aquellos que reportan abuso emocional infantil; 50% para quienes reportan abuso físico; entre otros factores donde también se observaron porcentajes significativos de más del 50%.(16) Incluso se analizaron de manera particular a más de 9000 participantes mujeres de este estudio donde se evidenció que el embarazo adolescente ocurrió en 16%, 21%, 26%, 29%, 32%, 40%, 43% y 53% de aquellas participantes con 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 a 8 ACE respectivamente.(15,16)

Otros estudios encontrados exploran de manera indirecta el embarazo adolescente y sus posibles factores de riesgo, también brindan evidencia preliminar que sugiere la asociación expuesta en el presente proyecto. Tal es el caso de un estudio realizado en Johns Hopkins- Maryland en 1993, este estudio buscaba determinar la prevalencia del abuso físico o sexual infantil en mujeres atendidas en los consultorios de atención primaria; con la finalidad de identificar problemas físicos y psicológicos asociados a dichos abusos. De las 1931 mujeres encuestadas el 22% reportó algún episodio de abuso en la niñez o

adolescencia, estas mujeres comparadas con las que no informaron ningún tipo de abuso tenían puntajes más altos de depresión, ansiedad y baja autoestima, así como mayor probabilidad de abuso de sustancias psicoactivas y deserción escolar. Si bien este estudio no asocia directamente la relación violencia – embarazo adolescente, hay un vínculo muy estrecho con sus factores de riesgo predisponentes.(17)

Un estudio realizado en la clínica San Diego (California) sobre experiencias infantiles adversas en mujeres de entre 20 y 50 años cuyo primer embarazo ocurrió a los 20 años o más, documentó una asociación dosis-respuesta entre la exposición al abuso infantil o la disfunción familiar y el primer embarazo involuntario durante la edad adulta. Se encontró que las mujeres que experimentaron abuso físico frecuente o que estuvieron expuestas a 4 o más tipos de abuso tuvieron 1.5 veces más probabilidades de tener un primer embarazo involuntario que las mujeres que no experimentaron abuso, es decir, los porcentajes de primer embarazo involuntario fueron más altos para las mujeres que informaron abuso frecuente o disfunción familiar durante la infancia que para las mujeres que informaron abuso infrecuente o disfunción familiar durante la infancia.(18)

A pesar de los diversos estudios realizados, la evidencia de los países en desarrollo es muy limitada y no han proporcionado hallazgos generalizables fuera de grupos de población reducidos ya que la mayoría no muestra explícitamente cómo el abuso en la infancia se asocia con la capacidad de las mujeres de tomar decisiones de fertilidad antes de quedar embarazadas, en forma de uso de planificación familiar y control de fertilidad.

Base teórica

A) Embarazo adolescente

● Definición

No encontramos una definición universal de embarazo adolescente como tal, sin embargo, la adolescencia si es definida por la OMS como un periodo de crecimiento y desarrollo que ocurre entre los 10 y 19 años.(19) En base a esto el término “embarazo adolescente” se podría definir como aquella mujer que inicia su gestación entre el final de su niñez (comienzo de la edad fértil) y antes de alcanzar la edad adulta, siendo esta última condición un límite legal que puede variar en todo el mundo (20)

● Situación del embarazo adolescente en el Perú

En el Perú, el 12,8% de adolescentes entre 15 y 19 años alguna vez estuvieron embarazadas, esta prevalencia ha tenido un incremento en el año 2014 comparado con el año 2004, sin embargo, en el 2015 dicho indicador mostró una ligera disminución. A pesar de ello, esta diferencia no es muy significativa, incluso se advierte más la disparidad de estos valores entre las áreas urbanas y rurales con un 10,3% frente a un 21,1% respectivamente. Estas diferencias han seguido estando presentes a lo largo de los años sin cambios significativos entre ellos.(21)

Otro factor más, que es importante mencionar, es la relación entre los quintiles de ingreso frente a la prevalencia de embarazo adolescente. Se evidencia que a menor quintil de ingreso, mayor prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas (20% de diferencia entre quintil 1 y 5). Por último, se observa también que la prevalencia de embarazo adolescente varía ampliamente según la región geográfica, por ejemplo, la prevalencia en la Selva es alarmante frente a otras regiones, como en Loreto cuya tasa reporta que 1 de cada 4 adolescentes entre 15 a 19 años han estado embarazadas alguna vez en su vida. Es posible que esto se debe a diferentes factores culturales pero también socio económicos sumados a la poca participación del estado en dichas regiones.(21)

● Factores de Riesgo

El embarazo adolescente está asociado a diferentes factores biológicos, socioculturales, económicos, laborales o educativos que a su vez se suman a los cambios emocionales propios de esta etapa o la conocida “crisis” de la adolescencia. Por ejemplo la maduración sexual temprana y el inicio de actividad sexual temprana, así como también el nivel educativo bajo en la mayoría de casos, las carencias económicas, la influencia cultural y religiosa o incluso la región que habitan nos dan un indicio de los factores que influyen en ellas.(10,22)

Uno de los factores más determinantes es la práctica de relaciones sexuales sin uso de métodos anticonceptivos, esto muchas veces asociado al desconocimiento de su uso o a las dificultades para acceder a estos métodos. También es importante la influencia del entorno, amistades por ejemplo que incitan al adolescente al inicio temprano de su vida sexual, esto multiplica el riesgo de embarazo adolescente. Sin embargo, existen otros factores de riesgo cuyo impacto se encuentra en miras de diversos estudios, tal es el caso de la violencia intrafamiliar y del entorno social. Las investigaciones sugieren que un entorno violento podría generar en los niños un desarrollo psicológico y emocional inadecuado, la cual podría conllevar a que desarrollen en la adolescencia y la juventud conductas de riesgo en su sexualidad.(18) El **Cuadro 1** enumera los diferentes factores de riesgo asociados al embarazo adolescente (23)

Cuadro 1: Factores predisponentes y asociados al desarrollo del embarazo adolescente

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE
Personales, familiares y sociales
Menarca temprana
Inicio temprano de vida sexual activa
Pensamiento mágico
Fantasías de infertilidad
Mayor tolerancia al miedo a la maternidad adolescente
Abandono de escuela y/o bajo nivel educativo
Pertenecer a una familia disfuncional
La existencia marcada de violencia familiar
Controversias entre su sistema de valores y el de sus familias
Pérdida del vínculo familiar por migración constante
Ausencia o distorsión de la información sexual
Incremento del número de adolescentes
Predominio de factores socioculturales adversos
No considerar el riesgo de infecciones de transmisión sexual
Otros factores determinantes: Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, abuso sexual

Fuente: WHO | *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation (Elaboración propia)*

● Consecuencias del embarazo adolescente

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado el embarazo adolescente como de mayor riesgo para la salud de la mujer y la de su hijo/a ya que las probabilidades de presentar complicaciones para la madre y para el niño durante o después del embarazo son alarmantes. En el mundo la primera causa de muerte en niñas de entre 15 y 19 años son las complicaciones del embarazo, y en países sub desarrollados representan el 99% de las muertes maternas en ese grupo etario.(24)

Entre las complicaciones más frecuentes del embarazo se encuentran a eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas, así como bebés nacidos con bajo peso, partos prematuros y condiciones neonatales graves debido a la atención prenatal retrasada y al estrés durante el embarazo.(10) También una probable consecuencia del embarazo adolescentes son los abortos inseguros entre niñas de 15 a 19 años; en el mundo cada año se realizan alrededor de 3.9 millones de estas intervenciones, lo que incrementan la tasa de mortalidad y morbilidad materna.(1)

Otro aspecto importante es que la madre adolescente atraviesa un estado de “emergencia física y emocional” además de los cambios hormonales, también vive el estancamiento económico, laboral sumado a la presión social que en consecuencia lleva a la madre a vulnerar su confianza y no saber si es capaz de superar la etapa que atraviesa y presentar cuadro ansioso –depresivos. En algunos casos puede presentarse el “doble fenómeno de maltrato infantil” que se resume en un círculo vicioso de violencia intrafamiliar, es decir, el antecedente de violencia como factor predisponente en la madre adolescente sumado a los factores adversos que enfrente debido a su embarazo puede generar a la larga conductas violentas en la familia que está formando, es decir, incrementar el riesgo de maltrato infantil. En el **Cuadro 2** se enumeran las principales consecuencias del embarazo adolescente.(25)

Cuadro 2: Consecuencias físicas, emocionales, sociales y económicas del embarazo adolescente. (25)

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE
Ruptura o retraso del proyecto de vida
Ausentismo escolar
Pugnas familiares y exilio del hogar
Abandono de la pareja /orfandad
Perturbación emocional
Rechazo escolar y social
Dificultad para obtener un empleo
Falta de un ingreso económico suficiente
Inclinación al consumo de sustancias lícitas e ilícitas
Tendencia a la prostitución o delincuencia

Fuente: Loredó-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada*. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55:14 (Elaboración propia)

B) Maltrato infantil

● Definición

Los conceptos como: violencia, violencia infantil, abuso infantil, castigo infantil y disciplina violenta, generan confusión con la definición de maltrato infantil, es por ello que parte de estos términos serán definidos a continuación, ya que nos permitirán discernir entre ellos y/o incluirlos dentro de una definición mucho más amplia.

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, define a la **violencia** como “el uso intencional de la fuerza física o el poder, ya sea como amenaza o un hecho efectivo, contra uno mismo u otras personas de manera individual, grupal o contra la comunidad y que dicho acto genere o tenga muchas probabilidades de

ocasionar daño físico, psicológico, trastornos del desarrollo, privaciones o incluso la muerte”(26) Esta definición por si sola es bastante amplia sin embargo no abarca en su totalidad la problemática propia del grupo etario que queremos definir, aspectos como la negligencia o el descuido, así como la conexión entre el abusador y el abusado. En consecuencia, es necesario usar una definición más específica para el presente estudio; es por ello, que un concepto importante a definir, es el término *maltrato infantil*.

La OMS define al **maltrato infantil** como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también está incluido dentro de las formas de maltrato infantil”(27). Como observamos, esta definición ahonda más sobre otras formas de manifestación de estos actos violentos en los menores así como el contexto en el cual el infante queda expuesto al maltrato, dicho esto, es importante resaltar que el maltrato se puede dar en diferentes contextos y quienes los perpetran pueden ser los padres, amigos, conocidos, desconocidos, personas con algún cargo de autoridad (maestros, militares, policía, sacerdotes), empleadores o personal de salud, pero principalmente se manifiesta en el seno familiar siendo este el principal medio en el cual ocurren dichos actos.

En base a la definición de maltrato infantil, nace la necesidad de definir un término mucho más específico: **maltrato infantil intrafamiliar**, considerado como “todo acto, descuido o trato negligente y no fortuito que altera el bienestar del niño y lo priva de sus derechos, amenazando su correcto desarrollo físico, emocional o social y cuyos responsables de dichos actos son personas de su entorno familiar”. (28)

Finalmente, un concepto poco conocido pero muy importante es el de **disciplina violenta**. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la define como “la forma más común de violencia en el hogar a la que se someten los niños”, también es considerada como “el uso de métodos violentos (físicos y/o

psicológicos) para castigar comportamientos negativos e incentivar comportamientos deseados”. Dicho todo esto podemos concluir que la disciplina violenta está incluido en el término “castigo” y a su vez forma parte del maltrato infantil intrafamiliar, y que tiene como particularidad la intención del acto violento en sí mismo.(29)

Tipos de maltrato infantil(28)

Los tipos de maltrato infantil pueden diferenciarse según su naturaleza:

- a) Maltrato físico.-** Se define como todo acto voluntario de agresión física contra un niño y que provocan lesiones así como la alteración en la salud emocional y el desarrollo normal del niño. El maltrato físico incluye actos como cachetadas, golpes, quemaduras, mordiscos, sacudidas, estrangulamiento, etc. (28)
- b) Maltrato emocional.-** Es todo acto, omisión o negligencia que provoque en el niño un ambiente emocional inadecuado para su desarrollo físico, psicológico y/o social. Estos actos pueden ser activos o pasivos. Claros ejemplos de este tipo de maltrato son el distanciamiento, desapego, rechazo, conductas como la privación de afectos o actos de violencia familiar frente al menor (maltrato emocional pasivo), gritos, regaños violentos y amenazas (maltrato emocional activo). Un ejemplo más, y no menos importante es la ejecución de actividades inadecuadas frente al niño, como alcoholizarse, drogarse y/o realizar actos violentos frente a él. (28, 35)
- c) Negligencia o desatención.-** Es definido como la omisión voluntaria o involuntaria de cualquier acto indispensable para el correcto desarrollo y bienestar físico y psicológico de un niño. A su vez, el término **negligencia intrafamiliar** se define como la renuncia a las responsabilidades que los padres o tutores tiene con el menor. Este concepto comprende como negligencias al descuido de necesidades en la vestimenta, salud, higiene, alimentación adecuada para su edad, educación, accidentes domésticos repetidos y periodos largos sin supervisión de los padres o tutores. (28, 36, 37)

d) Maltrato sexual.- Se define como todo acto donde una persona (adulta o menor) utiliza a un menor para conseguir excitación o gratificación sexual. Dichos actos incluyen tocamientos, acoso, exhibicionismo y penetración. Según las últimas definiciones de la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual, incluyen en la definición también a actos tales como la mutilación de órganos sexuales, matrimonios concertados, la no aceptación de la identidad sexual, la violencia de género, entre otros que en consecuencia dificultan el correcto desarrollo físico, psicológico y social del menor.(28)

Tipología de la violencia(26)

La OMS, en el año 1996, elabora una clasificación de la violencia basada en las características de los agresores y las expone en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud. La violencia puede dividirse en tres grandes grupos:

- a) La violencia autoinfligida:** Es cuando una misma persona cumple el papel de agresor y víctima, y cuyo daño es dirigido hacia sí mismo. Por ejemplo: autocastigo/autolesiones y suicidio.
- b) La violencia interpersonal:** Es aquella donde el agresor es una tercera persona. La violencia interpersonal puede ser de dos tipos: intrafamiliar o de pareja y violencia de grupo. La primera corresponde al maltrato entre los miembros de la familia y ocurre principalmente en el hogar (maltrato infantil, la violencia de pareja y abuso de ancianos), mientras que la violencia de grupo o comunitaria puede ocurrir en personas no relacionadas entre sí, conocidas o desconocidas (violencia juvenil, delincuencia, la violencia en los lugares de trabajo y otras instituciones).
- c) La violencia colectiva:** Es aquella donde el ente agresor está conformado por un grupo de personas. A su vez, puede clasificarse en violencia colectiva social, política o económica.

La **Figura 1** muestra la clasificación de la violencia según el victimario y la y la naturaleza de la violencia. Este cuadro nos permite incluir al maltrato infantil en el complejo mundo de la violencia.

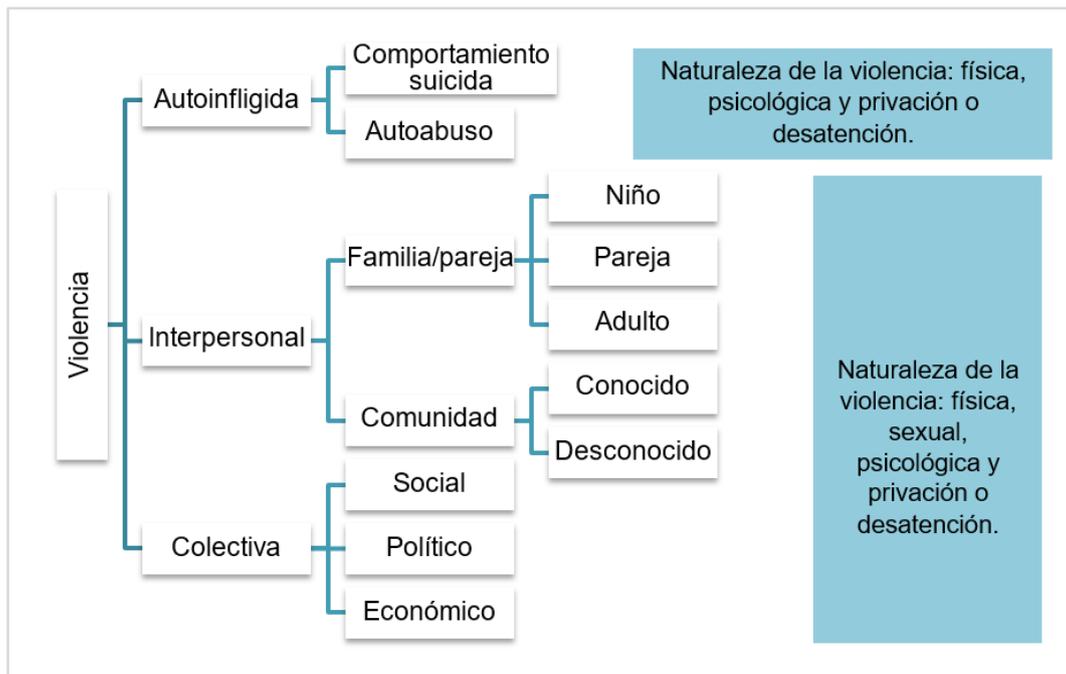


Figura 1: Tipología de la violencia según las características del agresor.

Fuente: OMS. *Sociedad Internacional para la prevención del maltrato y abandono de los niños.. 2009*

● Factores de riesgo(30)

Todos los factores de riesgo están asociados entre sí, no existe un factor que pueda expresarse de manera individual sin ser influenciado por otros factores a los que el individuo está expuesto; así se demuestra en el “modelo ecológico”, este modelo intenta entender la naturaleza variada y polifacética de la violencia. Este modelo permite identificar los factores que pueden incrementar el riesgo de cometer acciones violentas, para ello se divide en 4 niveles (Ver **Figura 2**):

El **primer nivel (Individual)**: incluye a los factores biológicos que influyen en el individuo y su comportamiento, ya sea para convertirlos en víctimas o victimarios. Por ejemplo, la edad, la educación y el nivel de ingresos económicos, los trastornos psíquicos, adicciones o comportamientos agresivos antes evidenciados, así como el antecedente de haber sufrido maltrato alguna vez en su vida.

El **segundo nivel (Relacional)**: está asociado con las relaciones cercanas del individuo (familia, amigos, pareja, compañeros) y cómo estas relaciones pueden incrementar el riesgo de sufrir o realizar un acto violento.

El **tercer nivel (Comunitario)**: Aborda la comunidad (escuela, trabajo, vecindario) y el riesgo está asociado principalmente a factores como la movilidad de residencia, densidad poblacional, oferta y demanda de empleos y tráfico de drogas en la zona.

El **cuarto nivel (Social)**: Son los factores propios de la sociedad, como por ejemplo la posesión de armas, normas sociales y culturales, así como las políticas de salud, educación y políticas sociales.

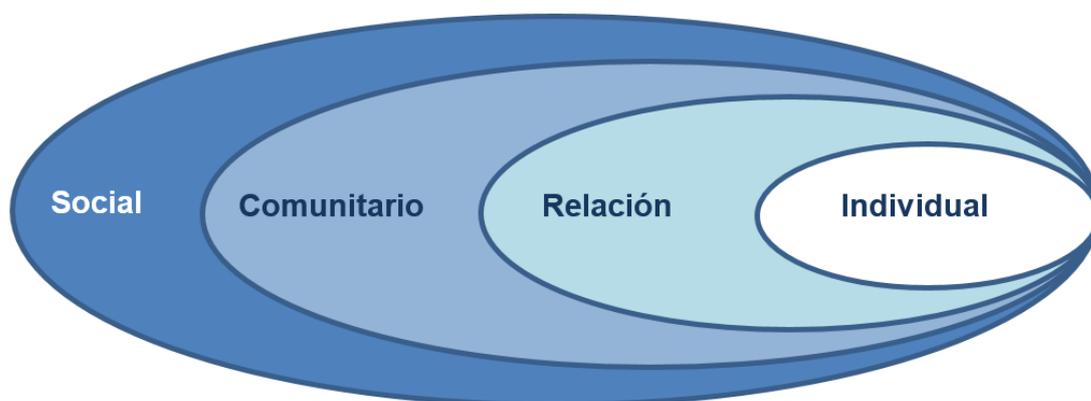


Figura 2: Factores de riesgo predisponentes de la violencia.

Fuente: OMS. *Sociedad Internacional para la prevención del maltrato y abandono de los niños.* 2009

● Consecuencias del Maltrato infantil

En el año 2002, según la OMS, fallecieron por asesinato aproximadamente 31.000 menores de 15 años. Probablemente dicha cifra subestima el verdadero impacto del maltrato respecto a la cantidad de muertes provocadas, ya que existe un notable número de defunciones por maltrato infantil no registradas ni contabilizadas. No obstante, los efectos sociales y sobre todo sanitarios del maltrato infantil sobrepasan el terreno de la estadística ya registrada, siendo más importante el resultado a futuro de la salud, desarrollo físico, mental y sociocultural de las víctimas. (31)

Diferentes estudios señalan que existe una asociación entre la exposición al maltrato en sus diferentes tipos y los comportamientos riesgosos en la edad adulta de la víctima; conductas tales como la trasgresión de normas, incurrir en actos violentos, abuso de sustancias psicoactivas, tabaquismo, alcoholismo, conductas sexuales de riesgo, entre otros. Dichos comportamientos alteran la calidad de vida de la víctima e implican un alto costo personal, social y económico en el país. (1,31) El **Cuadro 3** contiene las principales consecuencias del maltrato en los niños, adolescente y las mujeres.

Cuadro 3: Consecuencias en la salud de los niños o adolescentes y las mujeres afectadas por la violencia física, sexual o psicológica.

Efectos físicos	Efectos psicológicos
<p>Infecciones de transmisión sexual/VIH, lesiones, problemas ginecológicos, enfermedad pélvica inflamatoria, dolor pélvico crónico, dismenorrea, embarazo no deseado, abuso de alcohol y/o drogas, incapacidad parcial o permanente.</p>	<p>Depresión, ansiedad, baja autoestima, miedo, sentimientos de culpa, enojo y humillación. Poca capacidad de toma de decisiones, disfunción sexual, anorexia, bulimia y otros desórdenes alimenticios.</p> <p>Conductas de alto riesgo (auto exposición a situaciones de peligro fuga del hogar, promiscuidad, etc.)</p>

FUENTE: OMS. Sociedad Internacional para la prevención del maltrato y abandono de los niños.. 2009

● Maltrato infantil y embarazo adolescente

Actualmente existen pocos estudios que buscan la asociación causal entre antecedente de violencia infantil y embarazo adolescente. Estas investigaciones son hechas frecuentemente en barrios que presentan una alta gama de problemas, tanto de violencia, adicciones y pobreza. Por ejemplo, el ya mencionado estudio ACE (Experiencias Adversas en la Infancia) cuya evidencia muestra una muy fuerte asociación entre abuso infantil y embarazo adolescente.

Un estudio hecho en Pensilvania, evidenció que el antecedente de violencia durante la niñez o la adultez estaba asociado a los embarazos no planificados de esa población. Ellos concluyeron que aproximadamente una de cada cinco mujeres en los Estados Unidos que había experimentado violencia sexual cuando era niño, y un historial de agresión sexual infantil estaba asociado con un mayor riesgo de embarazo no planificado entre las mujeres adultas(8)

Una de las hipótesis actuales recientes introduce el término resiliencia, esta sugiere que los Indicadores de resiliencia individual deficiente, como altos niveles de estrés, síntomas depresivos altos y bajo apoyo social, influyen en la incapacidad para iniciar o negociar el uso de anticonceptivos y pueden aumentar la relación positiva entre la exposición a la violencia, estos indicadores a su vez se ven influidos por los antecedentes de violencia, ya sea en su infancia adolescencia o por parte de sus parejas.(10)

Estas teorías de la resiliencia en conjunto con otras teorías sobre regulación emocional proporcionan un marco conceptual para examinar por qué algunas mujeres jóvenes que viven en un ambiente con alta violencia comunitaria e interpersonal continúan practicando sexo seguro y algunas mujeres jóvenes no lo hacen, y contrario a ello toman decisiones más riesgosas sobre su sexualidad. El modelo de resiliencia por ejemplo se enfoca en identificar los factores individuales, tales como las fortalezas intra e interpersonales y los recursos que son importantes frente a la adversidad. Por ejemplo, los factores que promueven la alta resiliencia, como el apego seguro formado en la infancia o los altos niveles de apoyo familiar y social, pueden proteger al individuo de efectos adversos en su desarrollo y en la capacidad de tomar de decisiones y enfrentarse a situaciones de riesgo en el futuro. (32,33). Las teorías de la desregulación emocional en cambio, plantean que el abuso infantil puede generar distorsiones cognitivas sobre la sexualidad, consecuencia de las situaciones extremas a las que la víctima fue sometida. Esto explicaría por qué, las adolescentes víctimas de violencia en su infancia, toman decisiones riesgosas y realizan conductas sexuales de riesgo.(34,35)

Otras definiciones importantes:

- **Adolescencia.**- La Organización mundial de la salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo de una persona entre los 10 y 19 años.(3)
- **Violencia intrafamiliar.** - Según la OPS-OMS, “la violencia en la familia es la agresión física, psicológica o sexual cometida por el esposo o conviviente, abuelos, padres, hijos, hermanos, parientes civiles u otros familiares. También comprende a los tutores o encargados de la custodia. Afecta a todas las familias sin distinción de raza, edad, educación o condiciones socioeconómicas.” (31)
- **Castigo.**- Según la Real Academia de la lengua Española el castigo es la pena que se impone a quien ha cometido un delito o falta (36)
- **Disciplina violenta.**- Se define como “el uso de formas violentas de castigo con el fin de disciplinar al niño por comportamientos negativos o para que estos actúen de manera deseada por los cuidadores. La disciplina violenta es la forma más frecuente de maltrato contra los niños en los hogares”.(29)
- **Maltrato infantil.** - Es definido como los abusos y la desatención ocasionado en los menores de 18 años, esto incluye todo tipo de maltrato: físico, psicológico, abuso sexual, así como la negligencia, desatención, explotación comercial o cualquier otro tipo que ocasione perjuicios en la salud y desarrollo del niño, así como en su dignidad en el marco de un vínculo de responsabilidad, confianza o poder. También está comprendido en esta definición la exposición a la violencia de pareja(27)
- **Maltrato infantil intrafamiliar.**- Es definido como todo acto, descuido o trato negligente y no fortuito que altera el bienestar del niño y lo priva de sus derechos, amenazando su correcto desarrollo físico, emocional o social y cuyos responsables de dichos actos son personas de su entorno familiar”.(28)

- **Maltrato físico infantil.** - Se define como todo acto voluntario de agresión física contra un niño y que provocan lesiones así como la alteración en la salud emocional y el desarrollo normal del niño. El maltrato físico incluye actos como cachetadas, golpes, quemaduras, mordiscos, sacudidas, estrangulamiento, etc. (28)

- **Maltrato psicológico o abuso emocional infantil.**- Es definida como todo acto hostil que provoque alteración en la salud emocional y el desarrollo normal de un niño; tales actos pueden ser dirigidos directamente hacia la víctima (por ejemplo: agresión verbal) o ser producto de la vivencia actividades no adecuadas para un niño (por ejemplo: observar relaciones parentales violentas, alcoholismo o actos delincuenciales). (37)

- **Negligencia o desatención infantil.** – Se define a todas aquellas actitudes despreocupadas y a la poca o ninguna atención de las necesidades básicas del niño, tales como alimentación, vivienda, ropa, higiene, atención médica, educación o exposición a situaciones peligrosas. Estas actitudes pueden ser momentáneas o permanentes y ser realizadas por padres o cuidadores.(38,39)

1.6. Formulación de la hipótesis

El antecedente de maltrato infantil intrafamiliar, en comparación con no haber sido víctima de este, está asociado a una mayor prevalencia de haber tenido un embarazo adolescente, en mujeres de 15-49 años evaluadas en la ENDES 2019.

CAPÍTULO II: MÉTODOS

2.1. Diseño Metodológico

El presente estudio de investigación será un análisis secundario de la base de datos de la ENDES del año 2019; por lo tanto, es necesario comprender los puntos más importantes del estudio primario de ENDES, ya que nos permitirá conocer todos los aspectos metodológicos que involucran a la presente investigación. Por consiguiente, cada subsección de la sección 2.3. Diseño Metodológico iniciará con una breve presentación del estudio primario de la ENDES para luego explicar el estudio de investigación propiamente dicho:

- **Tipo de investigación**

Estudio primario:

Estudio transversal y descriptivo cuya finalidad es obtener información actualizada sobre las características demográficas y el estado de salud de la población peruana(40). El INEI, desde el año 2004, es encargada anualmente de llevar a cabo dicha encuesta, con base en la metodología internacional estandarizada propuesta por The Demographic and Health Surveys Program (DHS, por su nombre en inglés), la cual permite comparar indicadores nacionales de interés a nivel global(41). Desde el año 2000 la ENDES proporcionó valiosa información sobre la violencia familiar como la prevalencia de la violencia física y psicológica en mujeres de 15 a 49 años de edad, así como los antecedentes de violencia entre los padres de la entrevistada y hacia ella. A partir del año 2004 se incluyeron más preguntas sobre salud reproductiva, prevalencia de uso de anticonceptivos, mujeres en edad fértil entre otros(42). Ambas variables, tales como el castigo infantil intrafamiliar y la prevalencia de embarazo adolescente serán materia importante para el desarrollo del presente estudio de investigación.

Estudio de tesis:

Estudio transversal y descriptivo que realizará un análisis secundario de una base de datos de la ENDES 2019 con la finalidad de evaluar la magnitud de la asociación entre el antecedente del maltrato físico, psicológico y por

negligencia infantil y el haber tenido un embarazo adolescente alguna vez en la vida en mujeres de 15 a 49 años, incluidas en la ENDES 2019. Para lograr esto, compararemos la prevalencia de embarazo adolescente en mujeres con antecedente de maltrato infantil intrafamiliar versus la prevalencia en aquellas sin dicho antecedente, controlando por potenciales variables confusoras según la literatura.

- **Población**

Estudio primario:

La población objetivo de la ENDES está conformada por los hogares particulares y sus miembros, y que incluyen a las mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 5 años, distribuido a lo largo de las 25 regiones geopolíticas y dos áreas de residencia (urbano/rural) de todo el territorio peruano. Los detalles acerca de la población de estudio de cada ENDES pueden ser revisados en sus respectivos informes(6,42).

- **Criterios de inclusión:**

- Género: mujer
- Edad: 15 a 49 años
- Pertenecer a un hogar en particular
- Ser un habitante frecuente de la vivienda seleccionada y que hayan descansado en dicha vivienda la noche anterior a la entrevista.
- Dar su consentimiento para participar en la encuesta

- **Criterios de exclusión:**

- Ser un habitante frecuente de la vivienda seleccionada pero que no haya descansado en dicha vivienda la noche anterior a la entrevista.
- No ser un residente habitual de la vivienda seleccionada, pero que descansó la noche anterior a la entrevista en dicha vivienda.

Estudio de tesis:

El presente estudio busca comparar a las mujeres de 15 – 49 años que reportan el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar con aquellas mujeres que no lo reportan.

● **Criterios de inclusión:**

- Estar incluido en la base de datos del cuestionario de mujeres de 15 a 49 años y en el módulo de violencia familiar, ENDES 2019.

● **Criterios de exclusión:**

- Ser un participante con datos perdidos en la variable respuesta (embarazo adolescente), variable de exposición (antecedente de maltrato infantil intrafamiliar) o cualquier otra variable de control.

• **Muestra**

a) Selección de la muestra

Estudio primario:

Las muestras de la ENDES bietápica, probabilística, estratificada, independiente y cuenta con representatividad nacional por áreas de residencia, regiones geográficas y geopolíticas (42). La ENDES 2019, en comparación con otras encuestas que utilizan paneles clásicos, usa una muestra panel de conglomerados, es decir, esto permite hacer seguimiento de los indicadores, evaluados a lo largo del tiempo, en una misma muestra de participantes. Se usan dos etapas de selección, la primera incluye a la Unidad Primaria de Muestreo (UPM) en el área de residencia (urbano/rural) e incluye manzanas y centros poblados. La segunda es la Unidad Secundario de Muestreo (USM) que es la vivienda en particular dentro de la UPM. A su vez, para la elaboración de este marco muestral, la ENDES 2019 se vale de los Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda del año 2007. En el siguiente enlace, el INEI describe más detalles sobre la planificación y los procesos seguidos en la ENDES 2019:

https://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/715#page=sampling&tab=related-materials

Estudio de tesis:

El presente estudio de investigación hará un análisis secundario de la base de datos del estudio primario descrito líneas arriba. Por tal motivo, no realizaremos un procedimiento de muestreo.

b) Tamaño de muestra

Al tratarse de un análisis secundario de datos, se consideró pertinente realizar el cálculo de la potencia estadística para la muestra total obtenida de la ENDES, la cual asciende a 38 335 mujeres de 15 a 49 años encuestadas(6). Asumiendo que la proporción de covariables con datos faltantes no supera el 10%, un efecto de diseño bastante conservador de 3.0 (debido al muestreo multietápico de la ENDES 2019), un OR de 2.07 igual al reportado en un estudio realizado en una cohorte prospectiva en Australia(43), el tamaño de muestra disponible tiene un poder de $>99.9\%$ para detectar una asociación estadísticamente significativa evaluada mediante una regresión logística simple con un nivel de significancia de 0.05. Asimismo, si consideramos un escenario conservador de alta correlación múltiple entre las covariables de ajuste asumiendo un coeficiente de determinación múltiple de 0.9, el poder estadístico sería de 90,6% para detectar una asociación estadísticamente significativa obtenida mediante una regresión logística múltiple. El cálculo de potencia fue realizado con el programa estadístico Stata IC 15.1 para MS Windows (StataCorp LP, College Station, TX; USA) siguiendo la metodología descrita por Vittinghoff y cols(44)

- **Variables**

- a) Variable dependiente (desenlace)**

La variable dependiente es el antecedente de haber tenido un embarazo adolescente alguna vez en la vida o ser una adolescente gestando durante la entrevista. Esta variable ya se encuentra construida en la base de datos RE223132 como variable v212 (edad del entrevistado al primer nacimiento) y como v213 (embarazo actual) y pertenece al módulo de Reproducción, subsección Historia de nacimiento. La variable v212 fue construida al restar

la edad actual de la madre de la edad actual del primer hijo (Pregunta 106 ¿cuántos años cumplidos tiene la entrevistada?, pregunta 217 ¿cuántos años cumplidos tiene el primer hijo?). La variable v213 recaba información de la pregunta 226 (¿Usted está actualmente embarazada?). Si la encuestada está embarazada o tuvo su primer hijo a una edad menor o igual a 19 años, será categorizada como positiva a embarazo adolescente. Caso contrario, será categorizada como negativa a embarazo adolescente. La pregunta utilizada para indagar por esta variable se puede apreciar en el anexo 3, 5 y 6. La **Tabla 1** muestra la operacionalización de estas variables.

b) Variable independiente (de exposición)

La variable independiente es el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar. La ENDES 2019 preguntó a cada mujer si sus padres la habían castigado de las siguientes maneras: palmadas, reprimenda verbal, prohibiéndole algo que le gusta, privándola de la alimentación, golpeándola, quemándola, dejándola encerrada, ignorándola, poniéndole más trabajo, dejándola fuera de casa, hundiéndola en el agua, quitándole la ropa, quitándole las pertenencias, quitándole el apoyo económico u otros. La batería de preguntas realizada puede apreciarse en el anexo 2. Esta batería de preguntas se encuentra en la base de datos denominada "REC91" ubicada en el módulo de Datos Básicos del MEF. Las preguntas se encuentran codificadas en la base de datos de la siguiente manera: S1032A, S1032B, S1032C, S1032D, S1032E, S1032F, S1032G, S1032H, S1032I, S1032J, S1032K, S1032L, S1032M, S1032N, S1032X e S1032Y. Si la mujer indicó afirmativamente que sufrió alguna de las formas de castigo listadas, se considerará como positiva a haber sido víctima de maltrato infantil intrafamiliar. Si niega todas las formas de castigo, será considerada como negativa a maltrato infantil intrafamiliar. La tabla 1 muestra la operacionalización de estas variables.

A su vez la variable maltrato se divide en 3 tipos (maltrato físico, maltrato psicológico y maltrato por desatención) con el propósito de observar y comparar el impacto individual que estos tienen en la población de estudio. A

su vez, para diferenciar el efecto individual en la prevalencia de la variable maltrato psicológico se subdivide en maltrato psicológico directo e indirecto. La variable D121 de la base de datos REC84DV es usada para construir la variable maltrato psicológico indirecto (actos de violencia entre los padres observado por los hijos). La variable “otros tipos de maltrato” fue excluida del análisis debido a la dificultad para clasificar, medir y explicar su impacto. Este grupo solo representa al 0.7% de la muestra para el estudio.

c) Otras covariables relevantes

Quintil de riqueza, nivel educativo, alfabetismo, área de residencia, etnicidad, ocupación actual. El **Tabla 2** muestra la operacionalización de estas variables.

- Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variable desenlace y exposición

Variable	Definición		Valores posibles	Tipo de variable/Escala de medición	Rol de la variable	Fuente
	Conceptual	Operacional				
Antecedente de embarazo adolescente	Definido como una mujer que queda embarazada entre los 10 y 19 años.	Frente a la pregunta 106, responder sobre la cantidad de años cumplidos, la pregunta 217, responder sobre la edad actual de su hijo y la pregunta 226 responder si actualmente se encuentra gestando. - ¿cuántos años cumplidos tiene? - ¿cuántos años cumplidos tiene su primer hijo? - ¿Está usted actualmente embarazada?	Sí = 1 No = 0	Categórica dicotómica, escala nominal.	Desenlaces (dependiente)	ENDES 2019 <u>Variable v212 en base de datos RE223132</u> Sección 1: Antecedentes de la entrevistada (Pregunta 106) y Sección 2: Reproducción (Pregunta 217) - Ver anexo 3 y 4 <u>Variable v213 en base de datos RE223132</u> Sección 2: Reproducción (Pregunta 226) - Ver anexo 5

Antecedente de maltrato infantil intrafamiliar	Es toda acción en la que un miembro de familia infringe daño directo o indirecto hacia un menor de edad. El uso de la fuerza física, verbal o la presencia de un entorno de violencia que provoque un inadecuado desarrollo físico, psicológico y social son ejemplos de maltrato infantil.	<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta positiva a al menos una de las formas de castigo por padres indagadas en la encuesta mediante la pregunta 1032: “¿En qué forma la castigan o castigaban a Ud. sus padres?”; y las siguientes 14 opciones no mutuamente excluyentes: palmadas, reprimenda verbal, prohibiéndole algo que le gusta, etc. (Ver anexo 2) - Respuesta positiva a la pregunta 1025 ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá? 	“Si” = 1 “No” = 0	Categórica dicotómica, escala nominal.	Exposición (independiente)	<p>ENDES 2019</p> <p><u>Variable S1032 en base de datos REC91</u> Sección 10-Violencia Doméstica. Pregunta 1032 (Ver anexo 2)</p> <p><u>Variable D121 en base de datos REC84DV</u> Sección 10-Violencia Doméstica. Pregunta 1025(Ver anexo 6)</p>
Antecedente de maltrato físico infantil intrafamiliar	Es toda acción en la que un miembro de familia infringe daño físico hacia un menor de edad.	- Respuesta positiva a al menos una de las formas de castigo físico por los padres indagadas en la encuesta mediante la pregunta 1032: “¿En qué forma la castigan o castigaban a Ud. sus padres?”.	“Si” = 1 “No” = 0	Categórica dicotómica, escala nominal.	Exposición (independiente)	<p>ENDES 2019</p> <p><u>Variable S1032 en base de datos REC91</u> Sección 10-Violencia Doméstica. Pregunta 1032 (Ver anexo 2)</p>
Antecedente de maltrato infantil psicológico	Es todo acto, omisión o negligencia que provoque en el niño un ambiente emocional inadecuado para su	- Respuesta positiva a la pregunta 1025 “¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?”.	“Si” = 1 “No” = 0	Categórica dicotómica, escala nominal	Exposición (independiente)	<p>ENDES 2019</p> <p><u>Variable D121 en base de datos REC84DV</u></p>

indirecto intrafamiliar	desarrollo físico, psicológico y/o social. Estos actos pueden ser activos o pasivos					Sección 10-Violencia Doméstica. Pregunta 1025(Ver anexo 6)
Antecedente de maltrato infantil psicológico directo intrafamiliar	Es toda acción en la que un miembro de familia infringe daño psicológico directo hacia un menor de edad.	- Respuesta positiva a al menos una de las formas de castigo psicológico directo por los padres, indagadas en la encuesta mediante la pregunta 1032: “¿En qué forma la castigan o castigaban a Ud. sus padres?”.	“Sí” = 1 “No” = 0	Categoría dicotómica, escala nominal	Exposición (independiente)	ENDES 2019 <u>Variable S1032 en base de datos REC91</u> Sección 10-Violencia Doméstica. Pregunta 1032 (Ver anexo 2)
Antecedente de maltrato infantil intrafamiliar por desatención	Es toda acción en la que un miembro de la familia infringe daño indirecto por ausencia de atención y de cobertura de las necesidades básicas del menor, ya sea de forma temporal o permanente.	- Respuesta positiva a al menos una de las formas de castigo por desatención/negligencia, llevada a cabo por los padres e indagadas en la encuesta mediante la pregunta 1032: “¿En qué forma la castigan o castigaban a Ud. sus padres?”.	“Sí” = 1 “No” = 0	Categoría dicotómica, escala nominal	Exposición (independiente)	ENDES 2019 <u>Variable S1032 en base de datos REC91</u> Sección 10-Violencia Doméstica. Pregunta 1032 (Ver anexo 2)

Tabla 2. Operacionalización de covariables

Variable	Definición		Valores posibles	Tipo de variable/Escala de medición	Rol de la variable	Fuente
	Conceptual	Operacional				
Edad	Años de antigüedad de una persona desde el nacimiento.	Reporte de la edad de las mujeres de 15 a 49 años.	Dato crudo	Continua, razón	Confusora	Cuestionario del hogar
Etnicidad	Es toda práctica cultural y perspectivas que diferencian a las comunidades. Para evaluar la etnicidad se consideran características del entrevistado o su familia (lengua, educación, lugar de origen. etc.)	Variable que indica la lengua materna de las mujeres de 15 a 49 años. Variable creada en ENDES.	Lengua indígena = 1 Lengua castellana o extranjera = 0	Categórica, dicotómica, nominal	Confusora	Cuestionario individual
Quintil de riqueza	Índice construido por la tenencia de más de 40 bienes materiales en el hogar, el cual es utilizado para aproximar una medida del nivel de pobreza de un hogar.	Puntaje categorizado según la ENDES en quintiles. La variable ya está creada en la ENDES.	“Quintil I (más pobre)” = 1 “Quintil II (pobre)” = 0	Categórica, dicotómica, ordinal	Confusora	Base de datos en Módulo “rech0.dta”
Nivel educativo	Nivel de avance educativo de una persona de acuerdo al	Variable que indica el máximo nivel educativo de	Sin educación, Primaria, Secundaria, Superior	Categórica, politómica, ordinal	Confusora	Cuestionario del hogar

	sistema de educación que tenga en su país.	la persona. Se encuentra creada en la ENDES.				
Alfabetismo	Estatus de la persona de ser capaz escribir y/o leer.	Variable que indica si la persona sabe leer o no. Se encuentra creada en la ENDES.	Sí, No	Categórica, dicotómica, nominal	Confusora	Cuestionario del hogar
Área de residencia	Clasificación geopolítica que hace referencia a zonas con mayor o menor concentración de población de tal manera que las formas de vida, culturas y economías de estas zonas compartan parecidos comunes entre sí.	Variable que indica el área donde vive la persona. Variable creada en la ENDES.	Rural, Urbano	Categórica, dicotómica, nominal	Confusora	Cuestionario del hogar
Región geográfica de residencia	Clasificación geográfica que hace referencia a las zonas según la clasificación de regiones naturales del Perú.	Variable que indica la ubicación por región geográfica donde vive la persona. Variable creada en la ENDES.	Lima Metropolitana Resto de la costa Sierra Selva	Categórica, politómica, nominal	Confusora	Cuestionario del hogar

- **Técnicas e Instrumentos**

Estudio primario:

La ENDES, en su estudio primario, recolecta la información a través de entrevistas directas y con personal previamente capacitado. Los encuestadores se apersonan a las casas de los hogares seleccionados y los invitan a participar en el estudio, a cada miembro del hogar.

La ENDES se divide en 10 secciones, de las cuales el módulo de violencia doméstica (ver Anexo 1) corresponde a la sección 10, esta consta de aproximadamente 43 preguntas, siendo la pregunta 1032 y 1025 la que indaga sobre antecedente de castigo de los padres y violencia parental en las mujeres de entre 15 y 45 años, identificando una lista de tipos de castigos recibidos (ver Anexo 2). Por otro lado, la sección 1 indaga sobre los antecedentes de la entrevistada (edad cumplida) y la sección 2 indaga sobre la historia de nacimiento de sus hijos como la edad actual de cada uno de ellos (ver anexo 3 y 5)

Estudio de tesis:

La presente investigación utilizará la base de datos que ENDES 2019 generó producto de las entrevistas personales y el uso de sus cuestionarios, ya mencionados (Ver Anexos 2, 3 y 5).

- **Plan de recolección**

La información recolectada por la ENDES 2019 se encuentra disponible para el público en la página web del INEI (<http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>). Iniciaremos descargando y analizando la base de datos; primero haremos un reconocimiento de datos extremos e inconsistentes con nuestro estudio, usando tabulación cruzada, luego filtraremos a los participantes que cumplan con nuestros criterios de inclusión y crearemos las variables necesarias para nuestro estudio (Ver Sección de Variables).

- **Análisis estadístico de los datos**

Luego de preparar las variables de la base de datos para el análisis, se procederá al análisis estadístico en el programa Stata IC 16.1 para MS Windows (StataCorp LP, College Station, TX; USA).

En el análisis univariado, las variables numéricas serán reportadas como medias y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos según sea apropiado. Las variables categóricas serán presentadas como frecuencias absolutas y porcentajes. El análisis bivariado comparará las características de las mujeres con antecedente de haber tenido un embarazo adolescente versus aquellas que no. Las variables numéricas serán comparadas mediante una prueba de Wald basada en diseño, según sea apropiado. Las variables categóricas serán comparadas mediante una prueba de chi cuadrado con corrección de Rao Scott para muestras complejas. Gráficos apropiados serán presentados.

Para el objetivo principal, el análisis multivariable será realizado mediante una regresión de Poisson múltiple con la finalidad de evaluar la asociación entre el antecedente de castigo infantil intrafamiliar y el haber tenido un embarazo adolescente alguna vez en su vida. Para los objetivos secundarios, se realizarán las regresiones de Poisson estratificadas para cada una de los subgrupos de interés. Se reportarán razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas por potenciales variables confusoras con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Todos los análisis considerarán un nivel de significancia de 0,05 y serán realizados considerando el diseño muestral multietápico de la ENDES 2019 utilizando el comando svy de Stata.

- **Consideraciones éticas**

Estudio primario:

La ENDES está amparada bajo el D.L. N.º 604- que permite que instituciones como el INEI puedan recopilar información a nivel nacional siempre y cuando se mantenga la confidencialidad y el anonimato de los encuestados.

Asimismo, la ENDES capacita a sus encuestadores para que antes de la entrevista se realice el consentimiento informado. La información recolectada corresponde solo a aquellos que aceptaron responder a la entrevista. Dicha información se procesa y se comparte públicamente excluyendo los datos que permitan identificar al participante, de esta manera se mantiene el anonimato. La ENDES no tiene aprobación de ningún comité de ética, sin embargo, por lo ya expuesto, mantiene las disposiciones éticas en la aplicación del consentimiento informado y al mantenerse la confidencialidad.

Estudio de tesis:

Por ser un análisis secundario, nuestra investigación no necesita recopilar información directa con sujetos humanos o de muestras biológicas, ya que solo se usará la base de datos con información anonimizadas, disponible para el público en la web del INEI.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1. Selección de la muestra

Del total de mujeres de 15 a 49 años con información registrada en la ENDES 2019 (38 335), solo el 69,4% (26 602) fueron incluidas en el módulo de violencia por cumplir los criterios de selección. De estas, se excluyeron a aquellas *“seleccionadas, pero no entrevistados”* y a las *“seleccionadas, pero sin privacidad adecuada para la encuesta”*, descartando un total de 910 (3,4% de las mujeres incluidas en el módulo de violencia) participantes. Asimismo, la ENDES excluyó a 528 (1,98% del total de mujeres registradas en el módulo de violencia) participantes por cuestionarios incompletos. En la **Figura 3** se detalla mediante un flujograma el proceso de selección de la muestra para el estudio.

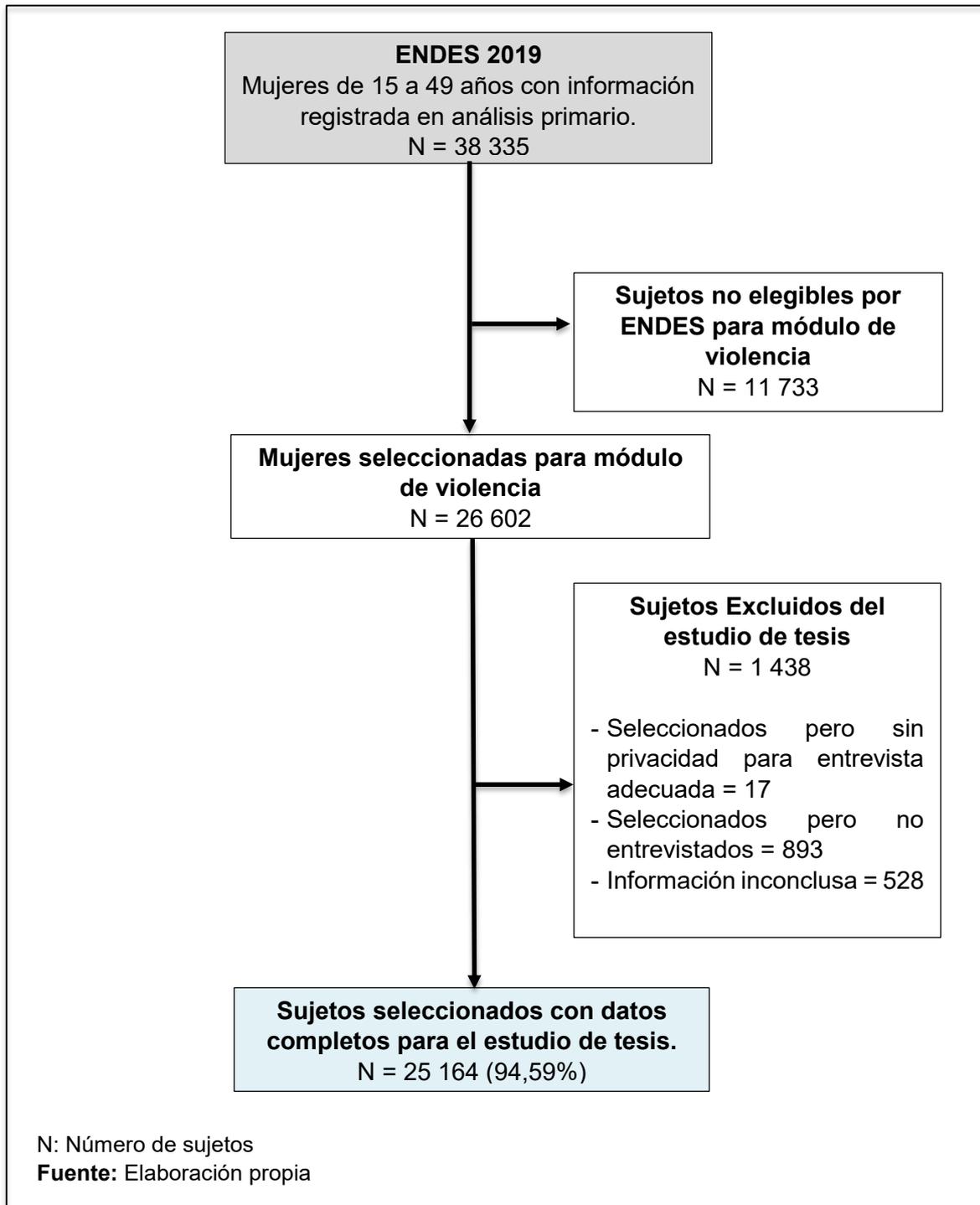


Figura 3. Flujograma de los participantes seleccionados e incluidos en la muestra para el estudio y el análisis estadístico

3.2. Características de la población de estudio

De las 25 164 mujeres seleccionadas para el presente análisis, la edad promedio (\pm desviación estándar) fue de 32,1 años (\pm 9,5 años) y varió entre 15 y 49 años. La mayoría de mujeres (81%) vivían en áreas urbanas en el momento de la entrevista; asimismo, cerca de la mitad de todas las mujeres de zonas urbanas radicaban en Lima Metropolitana (47,5%). Por otro lado, entre las mujeres que residían en áreas rurales (19%), más de la mitad provenía de la sierra (56,7%). (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Áreas de residencia actual según región geográfica de residencia actual en las mujeres de 15 a 49 años seleccionadas para el estudio de tesis. ENDES 2019.Perú.

Características	Área de residencia actual	
	Urbano, N = 20 391 ¹	Rural, N = 4 773 ¹
Región geográfica de residencia actual		
Lima metropolitana	9 685 (47,5%)	0 (0,0%)
Resto Costa	5 329 (26,1%)	740 (15,5%)
Sierra	3 447 (16,9%)	2 708 (56,7%)
Selva	1 931 (9,5%)	1 325 (27,8%)

¹N = frecuencia absoluta, %: porcentaje de columna.

Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

Otras características sociodemográfica de la población seleccionada para el estudio son la etnicidad, el nivel educativo y el quintil de riqueza. Solo un 14,3% indicó hablar alguna lengua indígena como el quechua, el aimara u otras lenguas nativas; mientras que el mayor porcentaje lo ocupó la lengua castellana y/o extranjera con un 85,7%. Con respecto al nivel educativo alcanzado, la mayor cantidad de mujeres incluidas en el estudio registraron haber estudiado hasta el nivel secundario (43,2%); el 39,8% cursaron hasta el nivel superior y el 15,4% alcanzaron el nivel primario, mientras que aquellas que registraron no haber tenido ningún grado de educación solo representan 1,5% de las mujeres elegidas en la muestra. Por otro lado, El 17,9% de las mujeres de 15 a 49 años elegidas

para el estudio pertenecen al quintil I de riqueza (muy pobre) y el 21% al quintil II (pobre).

La **Tabla 4** muestra las características actuales de las mujeres seleccionadas para el estudio, con datos completos.

Tabla 4. Características sociodemográficas actuales de las mujeres de 15 - 49 años seleccionadas para el presente estudio. ENDES 2019, Perú.

VARIABLES	Población seleccionada con datos completos N = 25 164¹ N (%)
Edad actual - entrevistada	
Media DE	32,1 ± 9,5
Rango	15,0 - 49,0
Edad actual (años)	
15-20 años	2 873 (11,4%)
20-24 años	3 524 (14,0%)
25-30 años	3 831 (15,2%)
30-35 años	4 361 (17,3%)
35-40 años	4 059 (16,1%)
40-45 años	3 506 (13,9%)
45-50 años	3 010 (12,0%)
Área de residencia actual	
Urbano	20 391 (81,0%)
Rural	4 773 (19,0%)
Región de residencia actual	
Lima metropolitana	9 685 (38,5%)
Resto Costa	6 068 (24,1%)
Sierra	6 154 (24,5%)
Selva	3 256 (12,9%)
Etnicidad	
Lengua castellana o extranjera	21 561 (85,7%)
Lenguas indígenas u originarias	3 584 (14,3%)
Datos faltantes*	19
Nivel educativo	
Sin educación	382 (1,5%)

Variables	Población seleccionada con datos completos
	N = 25 164 ¹ N (%)
Primaria	3 886 (15,4%)
Secundaria	10 878 (43,2%)
Superior	10 017 (39,8%)
Alfabetismo	
No	865 (3,4%)
Si	24 289 (96,6%)
Datos faltantes*	10
Quintil de riqueza	
I (muy pobre)	4 510 (17,9%)
II	5 273 (21,0%)
III	5 351 (21,3%)
IV	5 021 (20,0%)
V (muy rico)	5 010 (19,9%)
Edades al primer nacido vivo	
10-14 años (Adolescencia temprana)	330 (1,3%)
15-19 años (Adolescencia tardía)	5 035 (20,0%)
19-30 años	11 388 (45,3%)
30-59 años	1 552 (6,2%)
sin nacimientos	6 847 (27,2%)
Datos faltantes*	11
Embarazo adolescente	
No	19 799 (78,7%)
Si	5 365 (21,3%)

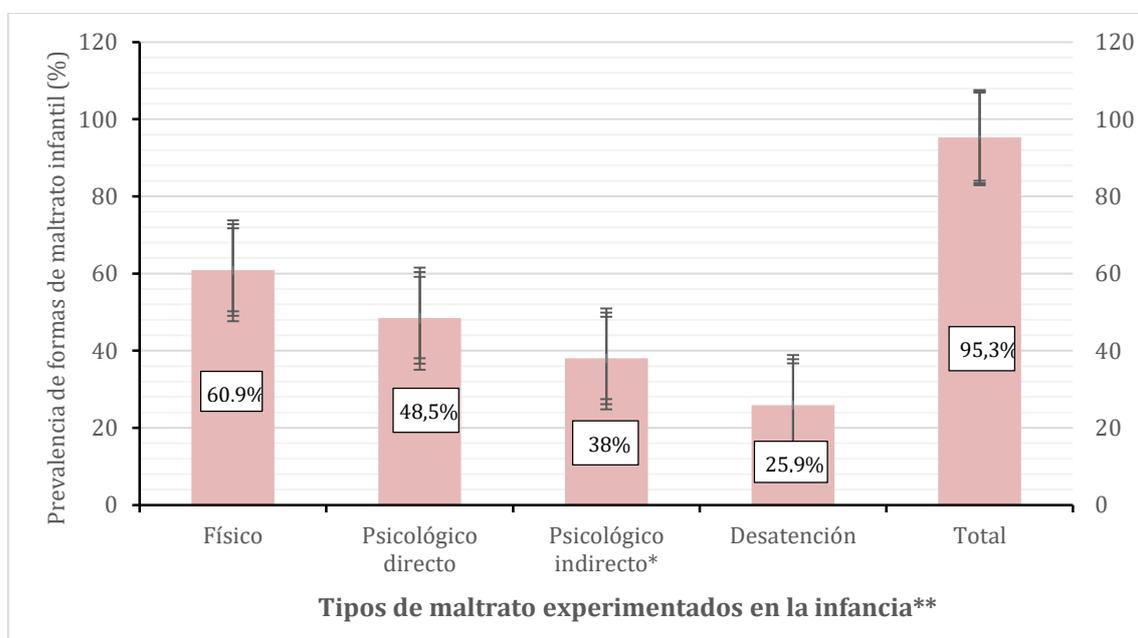
¹N = frecuencia absoluta, %: porcentaje de columna.

Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

*La población con datos incompletos no está considerada con porcentajes, dentro de las cuales figuran 19 datos faltantes en la variable etnicidad, 10 en la variable alfabetismo y 11 en la variable "edad al primer nacido vivo", dichos valores no representan un porcentaje significativo de la muestra para el análisis estadístico del presente estudio

Para analizar el embarazo adolescente por subgrupos se consideró la variable “edad al primer nacido vivo” para dividirlo en 4 bloques de edades, dos de las cuales pertenecen a la etapa de la adolescencia: adolescencia temprana o pubertad (10 -14 años) y adolescencia tardía (15 – 19 años). De esta división, resultó que el 20% de las mujeres elegidas para el estudio tuvieron su primer hijo nacido vivo en la adolescencia tardía, mientras que solo el 1,3% de dichas mujeres tuvieron su primer hijo nacido vivo en la adolescencia temprana. Se observa también que la mayor cantidad de mujeres de la muestra (45,3%) dieron a luz a su primer hijo entre los 19 y 30 años.

3.3. Prevalencia de maltrato infantil por tipos y su distribución según área y región geográfica de residencia.



Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

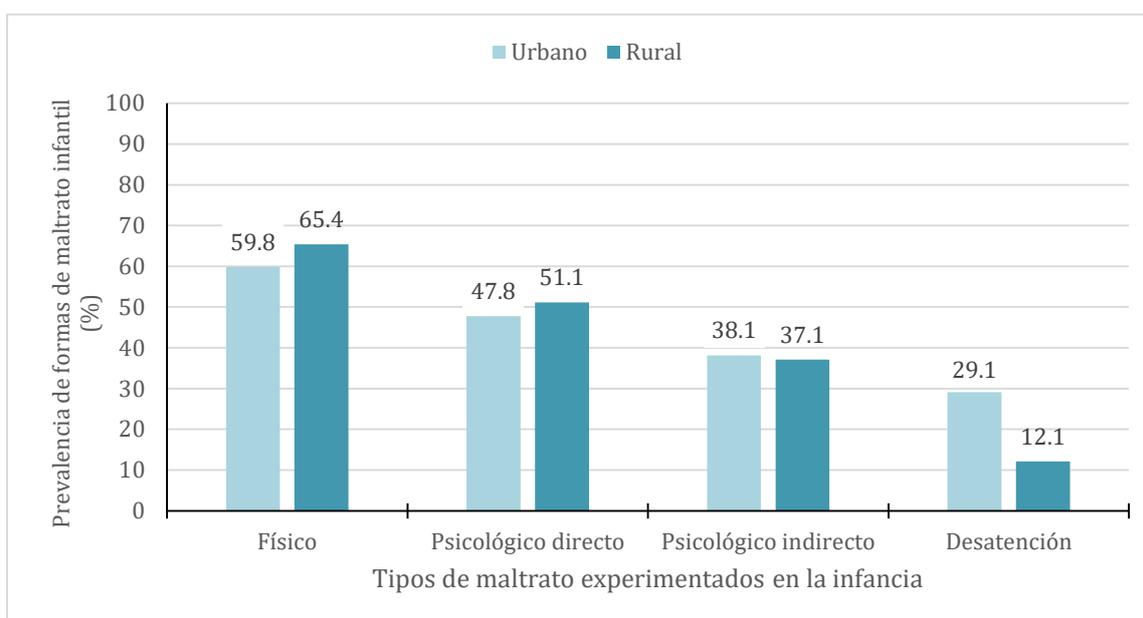
*Maltrato Psicológico indirecto = actos violentos observado por los hijos.

Figura 4: Distribución de las formas de maltrato experimentadas en la infancia de las mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú.

De las 25 164 mujeres incluidas en el estudio, la prevalencia de maltrato infantil de cualquier tipo fue de 95,3% (IC95% 94,9-95,8%). Respecto a las prevalencias de maltrato infantil según tipos, la **Figura 4** las resume detalladamente. Se aprecia que más de la mitad de las mujeres reportó haber sido víctima de maltrato físico infantil (60,9%, IC95% 59,7-62%). El maltrato psicológico directo

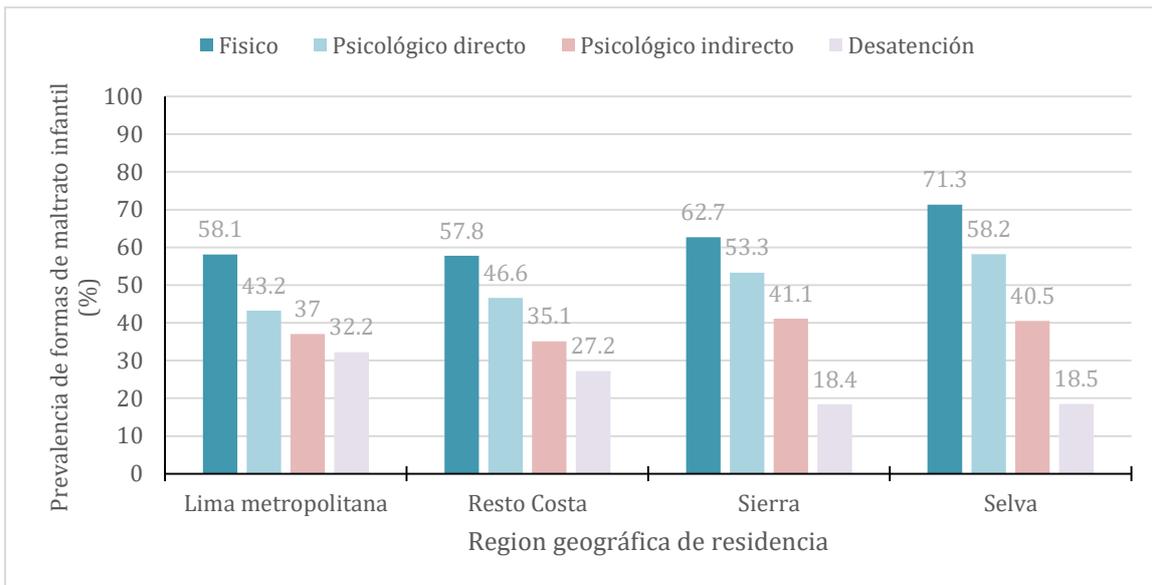
tuvo una prevalencia de 48,5% (IC95% 47,1 – 49,8%). Al contrario de estos valores, el maltrato por desatención registra tan solo un 25,9% (IC95% 24,7 – 27,1%).

Con respecto a los tipos de maltrato experimentados en la infancia según el área de residencia de las mujeres elegidas para el estudio, la mayor prevalencia de maltrato físico se observa en el área rural en comparación con el maltrato por desatención cuya mayor cantidad se evidencia en el área urbana. La **Figura 5** y **Figura 6** detallan la prevalencia de los otros tipos de maltrato infantil en las mujeres seleccionadas para el estudio en relación al área y la región política de residencia respectivamente.



Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

Figura 5: Distribución por áreas de residencia actual y las formas de maltrato experimentadas en la infancia de las mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú.

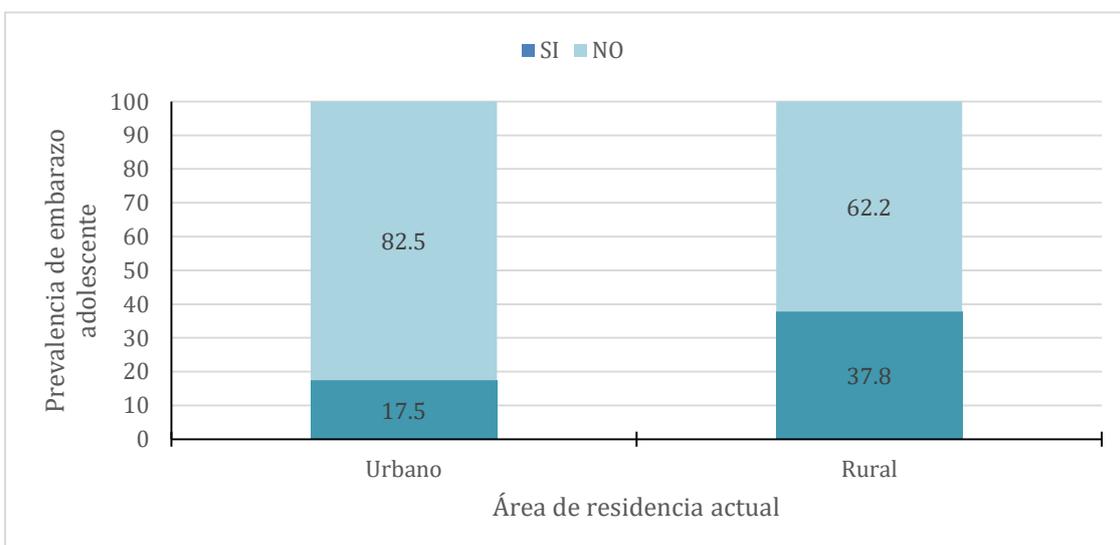


Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

Figura 6: Distribución por región geográficas de residencia actual y las formas de maltrato experimentadas en la infancia de las mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú.

3.4. Prevalencia de embarazo adolescente

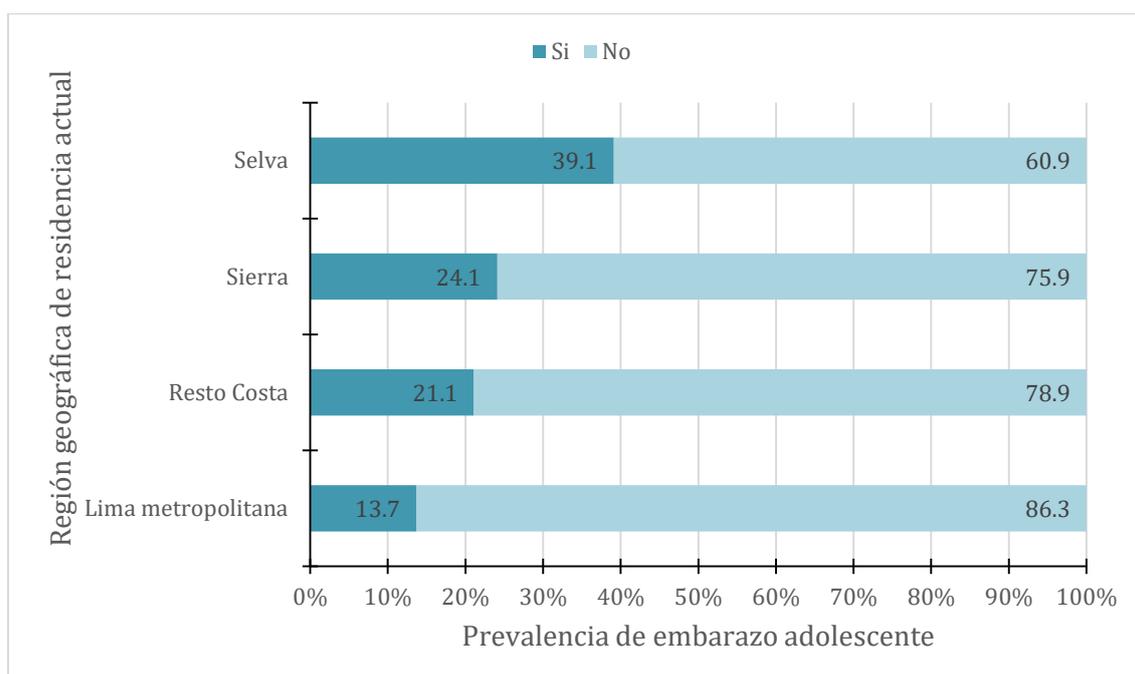
Del total de mujeres elegidas y con datos completos para el análisis estadístico, solo el 21,3% (IC 95%: 20,5% - 22,2%) representa a las mujeres que tuvieron un embarazo adolescente o se encontraban gestando en el momento de la entrevista. A su vez, existe una mayor proporción de embarazo adolescente en las áreas rurales (37,8%) en comparación con las áreas urbanas (17,5%). (Ver **Figura 7**)



Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

Figura 7: Distribución por área de residencia actual y la prevalencia de embarazo adolescente en mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú

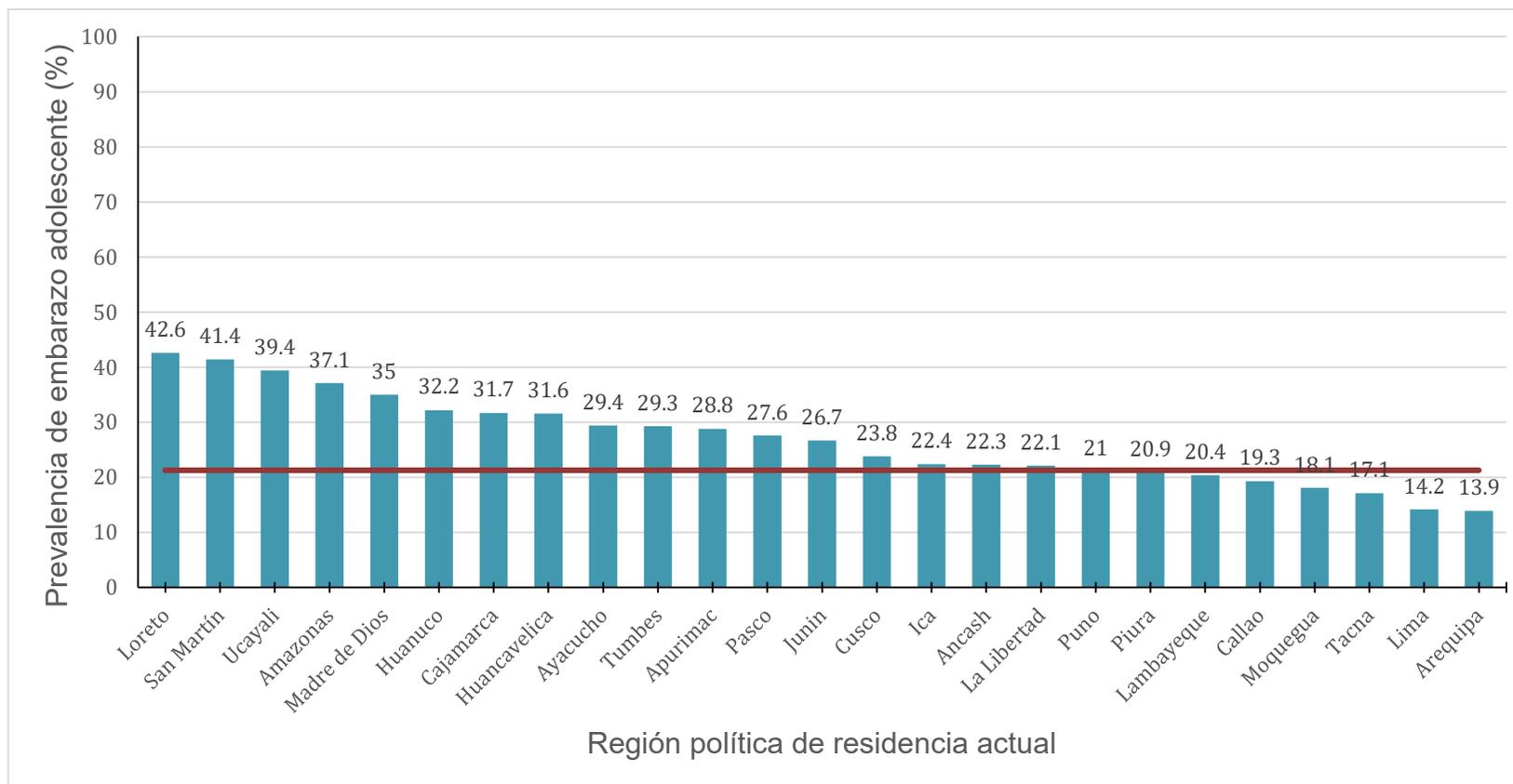
Con respecto a la distribución por regiones geográficas de residencia actual, la **Figura 8** muestra una marcada gradiente de prevalencia partiendo desde la **región selva (39,1%)** con un mayor porcentaje de casos de embarazo adolescente. frente a la menor prevalencia de dicha gradiente en Lima Metropolitana (13,7%).



Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

Figura 8: Distribución por regiones geográficas de residencia actual y la prevalencia de embarazo adolescente en mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú.

La **Figura 9** permite conocer la prevalencia del embarazo adolescente en las 25 regiones geopolíticas del Perú y compararlas con el valor de la prevalencia del embarazo adolescente en el Perú según ENDES 2019. Se aprecia una gran heterogeneidad en la prevalencia del embarazo adolescente según región, con cifras que alcanzan entre más de la tercera parte y casi la mitad de las mujeres estudiadas en las regiones pertenecientes a la Selva peruana.



Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

Figura 9: Distribución por regiones políticas de residencia actual y la prevalencia de embarazo adolescente en mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú.

3.5. Asociación entre el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar y embarazo adolescente

La **Tabla 5** compara las características de las mujeres de 15 a 49 años seleccionadas para el estudio respecto a la proporción de embarazo adolescente. En el análisis bivariado se encontró que el área de residencia actual, la región de residencia actual, la etnicidad, el nivel educativo, el alfabetismo y el quintil de riqueza mostraron asociación con el embarazo adolescente.

Tabla 5. Factores asociados al embarazo adolescente en mujeres de 15 – 49 años. ENDES 2019, Perú.

Variables	Embarazo adolescente		Valor p ²
	No, N = 19 799 ¹	Sí, N = 5 365 ¹	
Edad actual - entrevistada	32,0 (24,0-40,0)	32,0 (26,0-40,0)	0,006
Edad actual (años)			<0,001
15-20 años	2 542 (88,5%)	331 (11,5%)	
20-24 años	2 685 (76,2%)	839 (23,8%)	
25-30 años	2 829 (73,8%)	1 002 (26,2%)	
30-35 años	3 399 (77,9%)	962 (22,1%)	
35-40 años	3 279 (80,8%)	780 (19,2%)	
40-45 años	2 798 (79,8%)	707 (20,2%)	
45-50 años	2 266 (75,3%)	744 (24,7%)	
Área de residencia actual			<0,001
Urbano	16 828 (82,5%)	3 563 (17,5%)	
Rural	2 971 (62,2%)	1 802 (37,8%)	
Región de residencia actual			<0,001
Lima metropolitana	8 355 (86,3%)	1 330 (13,7%)	
Resto Costa	4 789 (78,9%)	1 279 (21,1%)	
Sierra	4 671 (75,9%)	1 483 (24,1%)	
Selva	1 984 (60,9%)	1 272 (39,1%)	

Variables	Embarazo adolescente		Valor p ²
	No, N = 19 799 ¹	Sí, N = 5 365 ¹	
Etnicidad			<0,001
Lengua castellana o extranjera	17 291 (80,2%)	4 270 (19,8%)	
Lenguas indígenas u originarias	2 489 (69,4%)	1 095 (30,6%)	
Datos faltantes	19	0	
Nivel educativo			<0,001
Sin educación	223 (58,5%)	159 (41,5%)	
Primaria	2 156 (55,5%)	1 731 (44,5%)	
Secundaria	8 017 (73,7%)	2 861 (26,3%)	
Superior	9 403 (93,9%)	614 (6,1%)	
Alfabetismo			<0,001
No	456 (52,8%)	409 (47,2%)	
Si	19 341 (79,6%)	4 949 (20,4%)	
Datos faltantes	2	8	
Quintil de riqueza			<0,001
I (muy pobre)	2 755 (61,1%)	1 755 (38,9%)	
II	3 731 (70,8%)	1 542 (29,2%)	
III	4 338 (81,1%)	1 013 (18,9%)	
IV	4 343 (86,5%)	678 (13,5%)	
V (muy rico)	4 633 (92,5%)	377 (7,5%)	

¹N = frecuencia absoluta, %: porcentaje de fila.

¹Mediana (25%-75%); n (%)

²Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras complejas; Prueba de chi cuadrado con corrección de segundo orden de Rao y Scott

Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

En cuanto al análisis bivariado, se encontró una mayor prevalencia de embarazo adolescente en las mujeres que si sufrieron de maltrato físico infantil intrafamiliar en comparación con las que no presentaron dicho antecedente. Con una diferencia significativa de 7,3% (Ver **Figura 10**). Similares resultados se hallaron en aquellas mujeres con el antecedente de maltrato psicológico indirecto (24,6%) frente a aquellas que no registraron dicho antecedente (18,7%), esto representa una diferencia absoluta de prevalencias de 5,9% siendo las más afectadas las mujeres que sufrieron de esta forma de maltrato. (Ver **Figura 11**)

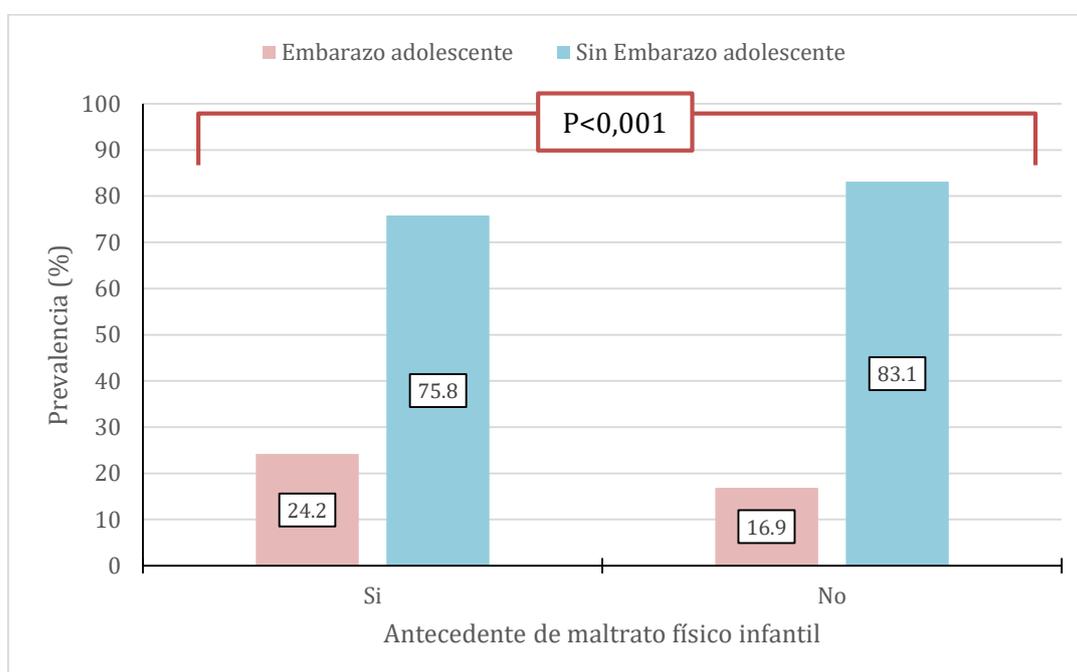


Figura 10. Prevalencia de embarazo adolescente según haber sufrido o no maltrato físico infantil intrafamiliar en mujeres de 15 a 49 años. ENDES 2019, Perú.

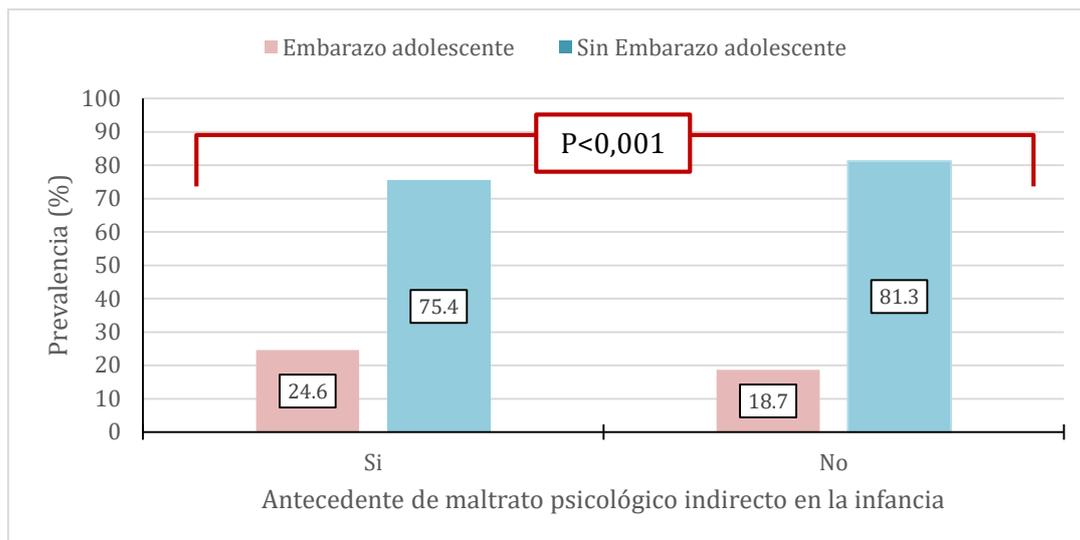
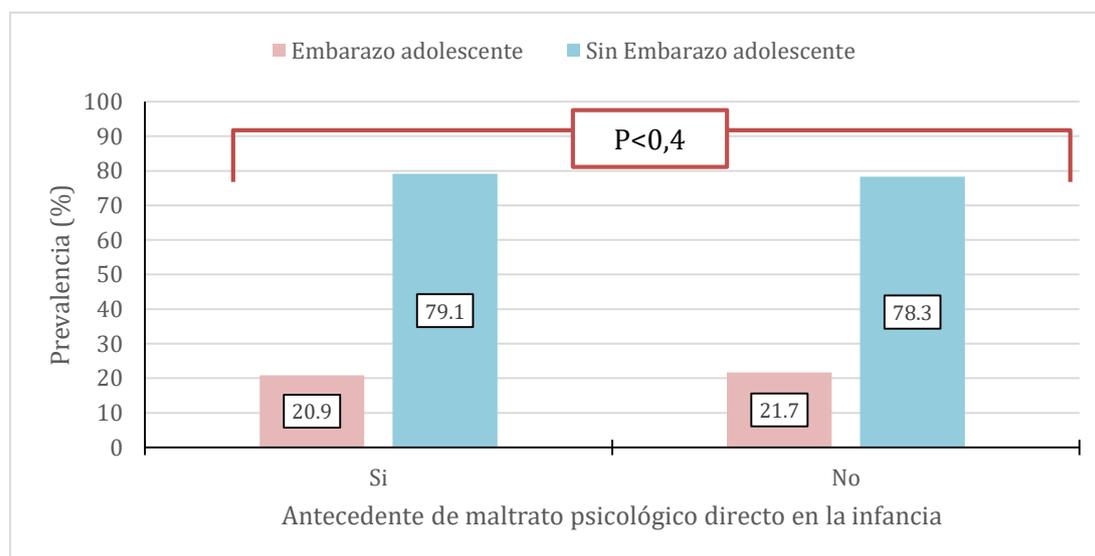


Figura 11 Prevalencia de embarazo adolescente y el antecedente de maltrato psicológico indirecto durante la infancia en mujeres de 15 a 49 años. ENDES 2019, Perú.

Contrario a este primer hallazgo, en la **Figura 12** evidenciamos una diferencia de solo 1.8% mayor prevalencia de embarazo adolescente en mujeres que no sufrieron de esta forma de maltrato. Sin embargo, el valor $p < 0.4$ por lo que los resultados tienen una baja confiabilidad.



Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

Figura 12. Prevalencia de embarazo adolescente y el antecedente de maltrato psicológico directo durante la infancia en mujeres de 15 a 49 años. ENDES 2019, Perú.

Finalmente, las mujeres con antecedente de maltrato por desatención en la infancia evidencian una menor prevalencia de embarazo adolescente frente a aquellas que no sufrieron dicho maltrato. (Ver **Figura 13**)

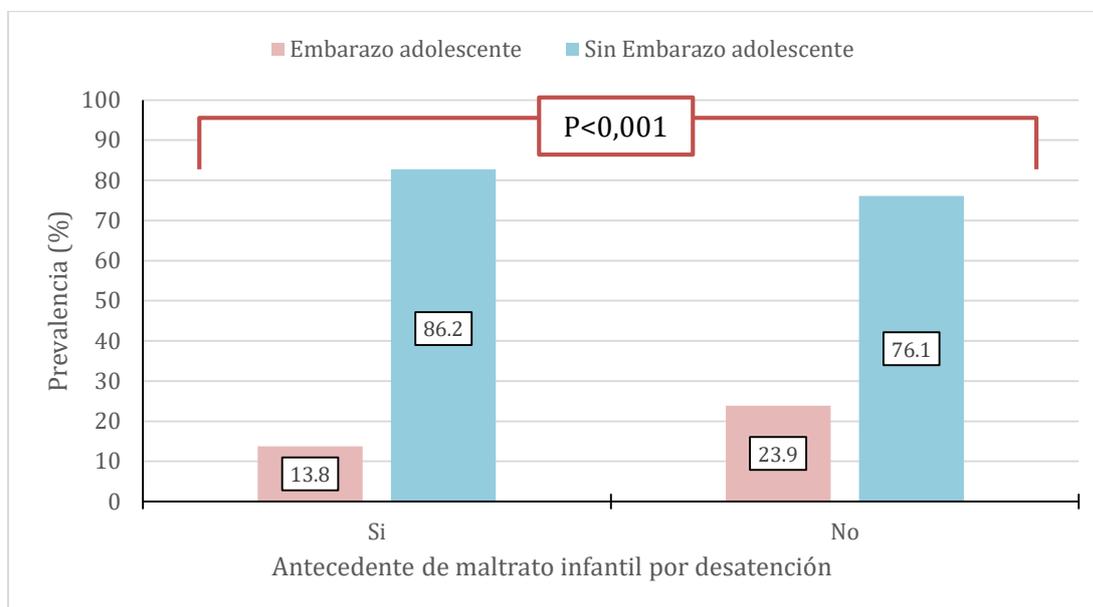


Figura 13. Prevalencia de embarazo adolescente según haber sufrido o no maltrato infantil intrafamiliar por desatención en mujeres de 15 a 49 años. ENDES 2019, Perú.

Los resultados del análisis multivariado se muestran en la **Tabla 6**. Este fue realizado en las 24 368 mujeres que tuvieron datos completos. En el análisis crudo, la probabilidad de haber tenido un embarazo adolescente en mujeres que reportaron haber sufrido maltrato físico infantil fue 6% mayor que en quienes no lo sufrieron (RPc = 1,06; IC95%: 1,05-1,08, $p < 0,001$). Esta asociación se redujo un poco, pero se mantuvo estadísticamente significativa, luego de ajustar por potenciales variables confusoras. Así, las mujeres con antecedente de maltrato físico infantil tuvieron una probabilidad 2% veces mayor de haber tenido un embarazo adolescente que aquellos que no fueron víctimas de maltrato físico infantil (RPa = 1,02; IC95%: 1,01-1,04, $p = 0,004$).

Del mismo modo, las mujeres con antecedente de maltrato psicológico indirecto mostraron una probabilidad de haber tenido un embarazo adolescente 5% veces mayor que quienes no sufrieron de este tipo de maltrato en el análisis crudo (RPc = 1,05; IC95%: 1,03-1,07, $p < 0,001$). En el análisis ajustado por las potenciales

variables confusoras, esta asociación se reduce ligeramente, pero persiste estadísticamente significativa con una RPa = 1,02 (IC95%: 1,01-1,04, P=0,001).

Por el contrario, los análisis ajustados para el maltrato psicológico directo y el maltrato por desatención no evidenciaron que estos se asociaran con el embarazo adolescente. Así, las RPa tuvieron valores cercanos a 1 y no estadísticamente significativos, tanto en el modelo crudo como en el ajustado.

Respecto al análisis de subgrupos, se encontró evidencia de que las relaciones de interés eran modificadas por la urbanidad/ruralidad de procedencia (valor p de interacción multiplicativa **p=0.021**), pero no por el nivel socioeconómico (valor p de interacción multiplicativa **p= 0,119**). En cuanto a la modificación de efecto por urbanidad/ruralidad, esta ocurrió a nivel del maltrato físico (valor p de interacción multiplicativa **p= 0,023**), más no de las demás formas de maltrato. Se aprecia que la asociación entre maltrato físico y embarazo adolescente fue mayor en quienes provinieron de zonas rurales (RPa=1.049, IC 95%: 1,025 - 1.072) que en quienes provinieron de zonas urbanas (RPa=1.015, IC 95%: 0.997 - 1.032). Para las otras formas de maltrato, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas. Ver **Tabla 7**.

Respecto al análisis de subgrupos por nivel socioeconómico, no encontramos evidencia estadística suficiente para afirmar la existencia de que el efecto estimado fuera diferente entre estos grupos (valor p de interacción multiplicativa **p= 0,119**).

Tabla 6. Análisis multivariado de la asociación entre el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar y el embarazo adolescente en mujeres de 15 a 49 años seleccionadas y con datos completos para el estudio. ENDES 2019, Perú.

Tipos de Maltrato Infantil	Modelo crudo				Modelo ajustado (N = 24,368)		
	N	RP ¹	95% CI ¹	p-valor	RP ¹	95% CI ¹	p-valor
Maltrato físico	25,163			<0,001			0,004
No		—	—		1,00	—	
Si		1,06	1,05-1,08		1,02	1,01-1,04	
Maltrato psicológico directo	25,163			0,4			0,3
No		—	—		1,00	—	
Si		0,99	0,98-1,01		0,99	0,98-1,01	
Maltrato por desatención	25,163			<0,001			0,4
No		—	—		1,00	—	
Si		0,92	0,90-0,93		0,99	0,98-1,01	
Maltrato psicológico indirecto	24,368			<0,001			0,001
No		—	—		1,00	—	
Si		1,05	1,03-1,07		1,02	1,01-1,04	

¹RP = Razón de prevalencia, CI = Intervalo de confianza, N = muestra

* Todos los análisis se hicieron considerando el factor de ponderación de la muestra.

Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

Tabla 7. Análisis de la asociación entre el antecedente de maltrato infantil intrafamiliar y el embarazo adolescente en mujeres de 15 a 49 años seleccionadas para el estudio, según su área de residencia actual. ENDES 2019, Perú.

Tipos de Maltrato infantil	Urbano	Rural
	RP ¹ (IC 95%)	RP ¹ (IC 95%)
Maltrato físico		
No	1.00 (Referencia)	1.00 (IC 95%: 0.967 - 1.035)
Sí	1.015 (IC 95%: 0.997 - 1.032)	1.049 (IC 95%: 1.017 - 1.083)
RP (IC 95%) para maltrato físico según área de residencia	1.015 (IC 95%: 0.997 - 1.032)	1.049 (IC 95%: 1.025 - 1.072)
Maltrato psicológico directo		
No	1.00 (Referencia)	1.00 (IC 95%: 0.967 - 1.035)
Sí	0.991 (IC 95%: 0,977 - 1,006)	1.00 (IC 95%: 0.968 - 1.033)
RP (IC 95%) para maltrato físico según área de residencia	0.991 (IC 95%: 0,977 - 1,006)	0.99 (IC 95%: 0.979 - 1.020)
Maltrato por desatención		
No	1.00 (Referencia)	1.00 (IC 95%: 0.967 - 1.035)
Sí	0.994 (IC 95%: 0.975 - 1.013)	0.966 (IC 95%: 0.930 - 1.004)
RP (IC 95%) para maltrato físico según área de residencia	0.994 (IC 95%: 0.975 - 1.013)	0.965 (IC 95%: 0.937 - 0.994)
Maltrato psicológico indirecto		
No	1.00 (Referencia)	1.00 (IC 95%: 0.967 - 1.035)
Sí	1.024 (IC 95%: 1,007 - 1.042)	1.022 (IC 95%: 0.985 - 1.060)
RP (IC 95%) para maltrato físico según área de residencia	1.024 (IC 95%: 1.007 - 1.042)	1.021 (IC 95%: 0.999 - 1.043)

¹RP = Razón de prevalencia, IC = Intervalo de confianza

Fuente: ENDES 2019 (Elaboración propia)

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio indicaron una asociación significativa en dos de cuatro tipos de maltrato infantil. Corroboramos la hipótesis de que tener el antecedente de maltrato físico infantil en comparación a no haberlo sufrido estuvo asociado a una mayor probabilidad de haber tenido un embarazo adolescente, luego de controlar por potenciales variables confusoras. Similarmente, encontramos que el maltrato psicológico indirecto también se asoció significativamente a una mayor probabilidad de haber tenido un embarazo adolescente. Por el contrario no se encontró evidencia que el maltrato psicológico directo o el maltrato por desatención estuvieran asociadas con la probabilidad de haber tenido un embarazo adolescente.

Después de una amplia búsqueda en la literatura nacional e internacional, encontramos varios estudios que evaluaron la relación maltrato infantil y embarazo adolescente; sin embargo, la mayoría de estos centran su investigación en un tipo específico de maltrato (13,43,45–47). Sus resultados arrojaron conclusiones inconsistentes. La diferencia entre ellos nos obliga a analizar el riesgo del embarazo adolescente según cada tipo de maltrato.

Respecto a los estudios que evaluaron el impacto del maltrato físico infantil sobre el embarazo adolescente la mayoría de sus resultados fueron consistentes con el nuestro (43, 16–46). Por ejemplo un estudio transversal retrospectivo que evaluó a 100 mujeres entre 12 a 24 años, que asistían a un centro médico académico urbano, evidenció que los antecedentes de maltrato físico infantil (valor $p=0.04$) se asociaron significativamente con el embarazo adolescente, sin embargo no se encontró asociación con el abuso emocional ni sexual.(45). *Hillis y Col*, también hallaron resultados similares en un estudio cohorte retrospectivo de 9159 mujeres mayores de 18 años que acudieron a una clínica de atención primaria en San Diego, California. Ellos evaluaron al abuso físico infantil dentro de la variable “experiencias adversas en la infancia” y le asignaron una puntuación. Sus resultados evidenciaron un $RR = 1,5$ (IC 95%: 1,3 – 1,6) de embarazo adolescente en las mujeres expuestas a este tipo de maltrato en su infancia(16). Del mismo modo, en Latinoamérica, *Pallitto y Col*, realizaron un

estudio transversal basado en la Encuesta Nacional de Salud Familiar salvadoreña (FESAL) del año 2002/2003. Sus resultados mostraron un mayor riesgo de embarazo adolescente en mujeres de 15 a 24 años con antecedente de maltrato físico infantil (OR 1,42 y valor $p < 0,001$). Dicho estudio es muy similar a la presente tesis respecto al diseño y a la población analizada, sin embargo su muestra se limitó a un grupo etario reducido, debido a la falta de información respecto a la edad del primer embarazo en las mujeres de 25 a 49 años, no incluidas en su análisis. (48)

No encontramos estudios que evaluaran la asociación del maltrato psicológico indirecto y el embarazo adolescente, sin embargo, algunas investigaciones sobre “experiencias adversas en la infancia” incluían variables relacionadas a esta, tales como “conflictos familiares”, “exposición a las relaciones parentales violentas”, “madre maltratada”, “testigo de abusos”, entre otros. *Hillis y Col*, en su estudio cohorte retrospectivo, hallaron una mayor prevalencia de embarazo adolescente en mujeres que habían observado violencia física entre los padres (RR = 1,6 / IC 95%: 1,4 – 1,7) (16). También, en un estudio cohorte transversal prospectivo *realizado por Quinlivan y Col* encontraron, como hallazgos adicionales a su estudio, que la exposición infantil a una relación parental violenta fue significativamente más frecuente en el grupo de adolescentes embarazadas, en comparación con el grupo de gestantes no adolescentes.(49). Contrario a estos resultados, en el estudio transversal de *Pallitto y Col*, se reportó un aparente aumento de riesgo de embarazo adolescente en mujeres que refirieron haber presenciado abusos cuando eran niñas, pero sus resultados no fueron significativos.(48). A pesar de las diferencias de estas investigaciones con nuestro estudio de tesis, nuestro resultado fue consistente, aunque de menor impacto, con la mayoría de la literatura revisada. Es por ello que consideramos de vital importancia que la evaluación de la ENDES, en el módulo de violencia doméstica, no debería limitarse solo al reporte de “violencia entre los padres”, sino también incluir otras experiencias traumáticas infantiles en el entorno familiar como el abuso de alcohol y drogas en el hogar, divorcio, enfermedades mentales en la familia, familiares encarcelados o con actividades delictivas frecuentes, entre otras. De esta manera se ampliaría la medición de la variable

“maltrato psicológico indirecto” y de otras covariables confusoras, con el fin de obtener resultados más cercanos a la realidad.

Respecto al efecto del maltrato psicológico directo en el embarazo adolescente, la literatura es controversial con resultados contradictorios. Por ejemplo el estudio transversal secundario basado en la FESAL tiene como uno de sus resultados que el antecedente de abuso emocional en la infancia, no aumentó el riesgo de embarazo en la adolescencia.(48). Asimismo, Madigan y col estudiaron la asociación entre los diferentes tipos de abuso sufridos en la infancia con el embarazo adolescente a través de un metaanálisis con 38 muestras independientes, proporcionando 70 estimaciones sobre el tamaño del efecto según cada tipo de abuso; con un total 75 390 participantes mujeres. El estudio encontró mayor prevalencia de embarazo adolescente en el grupo de mujeres con antecedente de abuso físico o sexual, mientras que el abuso psicológico y por negligencia no evidenciaron resultados significativos.(50) Resultados que fueron similares al nuestro. Por el contrario, los estudios que sí registran un mayor efecto del antecedente de abuso emocional infantil en el embarazo adolescente, eran aquellas que provenían de revistas de mayor calidad. Madigan y Col sugieren que dichos resultados podrían traducirse en un sesgo por publicación de efectos más fuerte, motivo por el cual la fuerza del efecto de este tipo de maltrato difiere ampliamente entre los diferentes estudios. (50)

Respecto a la asociación entre el maltrato infantil por negligencia y el embarazo adolescente, encontramos solo 2 estudios que evaluaron esta asociación directamente y con resultados consistentes con el nuestro. El primero fue un metaanálisis realizado por Madigan y Col, cuyos resultados arrojaron un OR no significativo, pero dicho análisis se basó en solo 4 estudios que cumplían sus criterios de inclusión (50) El segundo, fue un estudio longitudinal prospectivo basado en una cohorte previa (2007-2012) de 514 mujeres con diversidad étnica; sus resultados sugirieron que la negligencia infantil por sí sola no eleva el riesgo de embarazo adolescente, pero al combinarla con otras covariables (consumo de sustancias, factores contextuales familiares, etc.) si se observaba un efecto negativo(46). Por el contrario, otros estudios que si evidenciaron un mayor riesgo de embarazo adolescente entre las mujeres que sufrieron de negligencia infantil – tales como el estudio GROWH realizado en el sur de Louisiana por *Kerkar* y

Col (51) y la cohorte sobre el embarazo del Mater University of Queensland(52)- incluyeron participantes con características diferentes a la de nuestra investigación (edad actual, condición de gravidez) y en el caso de la cohorte mencionada, consideraron como punto de corte máximo de “embarazo joven” la edad de 21 años. En ese sentido, nuestros resultados no serían directamente comparables a los estudios mencionados por diferencias en las poblaciones de estudio incluidas y en las formas de medir el antecedente de maltrato infantil.

Estas diferencias descritas previamente, podrían deberse a la inclusión de formas menos abusivas de castigo psicológico directo y del castigo clasificado como negligencia; también podría deberse a la severidad de algunas formas de castigo o “disciplina violenta” y la recurrencia del mismo en el hogar. Posiblemente el impacto individual del maltrato psicológico indirecto y el maltrato por desatención no sean tan fuertes para aumentar el riesgo de embarazo adolescente Sin embargo la combinación de todas las formas de maltrato no sería recomendable ya que cada una de ellas posee un constructo propio que debe ser analizada de manera particular. En ese sentido, algunos estudios sugieren el uso de términos como “co-ocurrencia de abuso/maltrato” y “polivictimización”, dichas investigaciones plantean que las múltiples victimizaciones a las que es sometida una persona pueden predecir mayores efectos adversos en la salud física, sexual y emocional en comparación con las personas sometidas a experiencias de victimización única. Desafortunadamente, la literatura encontrada solo incluye dos tipos de maltrato juntos y también otras formas de “victimización” como experiencias estresantes para la vida de una persona (intimidación, crimen, eventos violentos, factores familiares y/o sociales, etc.)(50)

Otra explicación plausible sobre esta discordancia de resultados recae en los problemas de medición. La negligencia por ejemplo tiene diversas definiciones de trabajo y dependerá del instrumento así como de la población de estudio, esto dificulta la medición consistente y comparable entre los estudios.

No encontramos información primaria específica que expliquen los hallazgos de nuestro estudio, sin embargo son varias las teorías que intentan comprender la relación entre abuso sexual y embarazo adolescente(53,54). A pesar de que el abuso sexual no es analizado en la presente investigación, creemos que las

teorías sugeridas pueden dar explicaciones tentativas sobre nuestros hallazgos. Por ejemplo, la Teoría de las Secuelas Biológicas plantea que la experiencia de un trauma en la infancia puede afectar el eje hipotalámico pituitario adrenal generando cambios en el sistema de respuesta al estrés,(55) Estos, reducirían la capacidad del individuo de identificar, reaccionar y responder eficazmente a las amenazas sexuales(46,56), explicando así el por qué algunas personas expuestas a situaciones traumática como el maltrato infantil – tales como el abuso sexual y/o o físico por ser de mayor intensidad- asumen mayores riesgos sexuales y tienen una menor capacidad de negociar relaciones sexuales seguras y saludables con su pareja.(57)

La teoría y los estudios sobre el apego también brindan información acerca de los potenciales mecanismos que explicarían la asociación entre el maltrato infantil y las conductas de riesgo en la adolescencia – tales como el inicio temprano de la vida sexual, mayor número de parejas sexuales, comportamiento sexuales de riesgo y embarazo adolescente(58–60). Investigadores como Bowlby (1979) y Ainsworth (1978) hablaron de la teoría del apego y de su clasificación, respectivamente. El primero resalta el papel del apego en la regulación del afecto. Durante la primera infancia los padres representan la principal fuente de seguridad emocional para el niño, así como una figura de referencia para la regulación y el control emocional en el futuro. Bowlby (1989) también mencionó que estos vínculos generados en la infancia persistirían y se reflejarían en la etapa adulta. (32,61) El segundo investigador propuso – en base a un estudio experimental con niños y madres - una clasificación de los estilos de apego, incluyendo al apego seguro, inseguro evitativo, ansioso ambivalente y desorganizado; este último añadido por Main y Solomon (1986). Estas formas de apego atípicas son provocadas por la relación ambivalente de daño – protección con los padres, generando en la víctima un estado constante de confusión, ansiedad y miedo. (45, 59,61) Debido a ello, el cerebro podría buscar diferentes estrategias de adaptación para lograr el equilibrio afectivo ideal, sin embargo muchas de estas estrategias podrían ser inadecuadas. En el futuro, las mujeres adolescentes con estos tipos de apego, serían más propensas a tener relaciones interpersonales problemáticas y riesgosas, así como también a

buscar el apego emocional en forma de relaciones sexuales a temprana edad que llevarían a un embarazo adolescente.

Estudios sobre la *desregulación emocional* también intentan explicar el impacto que el maltrato infantil podría tener en los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales riesgosos de los adolescentes. (33). Por ejemplo, *Finkelhor y Browne*, en su modelo de *Dinámica Traumatogénica*, plantean que el abuso infantil puede generar distorsiones cognitivas sobre la sexualidad debido a las severas violaciones de los límites, la vergüenza, impotencia y el estigma causado por los traumas graves experimentados.(34) Esto explicaría por qué, las adolescentes víctimas de violencia en su infancia, toman decisiones riesgosas y realizan conductas sexuales de riesgo frente a los impulsos sexuales difíciles de controlar.(35). Similares conclusiones manifiestan Weller y Fisher en su artículo "*Déficits en la toma de decisiones entre niños maltratados*", ellos abarcan el maltrato infantil según la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, sugiriendo en su estudio que los niños con historia de abuso se tornaron insensibles a los cambios y tomaron decisiones más riesgosas en comparación con los niños no maltratados.(63)

El estudio de *Tottenham, The Brain's Emotional Development*, también resalta el importante rol de las experiencias tempranas –tales como la protección y las situaciones estresantes- en los cambios y la construcción de circuitos cerebrales durante el desarrollo humano. El menciona que debido a que el maltrato infantil concurre con el desarrollo de las estructuras cerebrales reguladoras de la emoción (corteza pre frontal, sistema límbico y los ganglios basales) las víctimas tendrían un mayor riesgo de desarrollar una desregulación emocional en el futuro. (64)

Creemos importante mencionar que las experiencias traumáticas como el maltrato infantil durante la infancia pueden provocar diferentes secuelas entre las víctimas. Por ejemplo, una niña maltratada físicamente podría evidenciar en el futuro trastornos del comportamiento y de la personalidad sumados a episodios de depresión y ansiedad, así como ser más propensa a tomar decisiones riesgosas en su vida y embarazarse en la adolescencia; sin embargo, estas experiencias podrían ser similares en otras víctimas y no incluirse en el

grupo de adolescentes embarazadas. Las diferencias señaladas generan la necesidad de que las definiciones de cada tipo de maltrato sean más específicas y detalladas, con la finalidad de estudiar los diferentes mecanismos y vías que podrían relacionarlos con el embarazo adolescente

Finalmente, es importante mencionar algunas limitaciones presentes en nuestro estudio, para la correcta interpretación de los resultados alcanzados. En primer lugar, el diseño transversal del estudio no permite hacer inferencias causales sólidas, consiguiendo solo una aproximación reflejada en la asociación de nuestras variables principales. Sin embargo, creemos que la información registrada en la ENDES 2019 permite aproximarnos a las magnitudes de las posibles relaciones causales planteadas y, aunque preliminar, es una buena primera aproximación al problema de estudio.

Una limitación importante a mencionar es la que se encuentra en los instrumentos utilizados para la medición del maltrato, estos han sido elaborados en base a la variación de otras encuestas similares. Sin embargo no existe una validación formal de dicho instrumento en base a la realidad de nuestro país. Por ejemplo se podría estar obviando manifestaciones importantes de abuso en la infancia, así como también información respecto al tiempo de inicio y al tiempo de exposición al maltrato, razón por la cual no logramos evaluar la cantidad de mujeres que tuvieron una exposición inicial durante la adolescencia, probablemente de manera simultánea que el embarazo adolescente. A pesar de estas limitaciones, el instrumento sirve como una aproximación a las formas de maltrato sufridos porque toma en cuenta las diferentes manifestaciones de la disciplina violenta.

Otra de las limitaciones, se debe a que el estudio es un análisis secundario, y las variables requeridas estuvieron limitadas al estudio primario, por lo que muchas variables y covariables de la presente tesis no se midieron óptimamente. Por ejemplo, su cuestionario no profundizó en detalles como intensidad y recurrencia del maltrato infantil ni evaluó otras experiencias traumáticas infantiles en el entorno familiar. En cuanto a la variable “embarazo adolescente” no se incluyó a las participantes que tuvieron un embarazo en la adolescencia y que terminaron en aborto u óbito fetal; sin embargo, la proporción de aborto y/o óbito fetal es

baja en la población general, por lo que consideramos que esta no inclusión tendría un impacto pequeño en nuestros estimados.

Existen algunas covariables relevantes según la literatura hallada, pero que no son observadas en la ENDES. Estas tienen el poder de generar una confusión residual que afecte la validez de nuestra asociación estimada (por ejemplo: experiencias traumáticas infantiles en el entorno familiar como el abuso de alcohol y drogas en el hogar, divorcio, enfermedades mentales en la familia, familiares encarcelados o con actividades delictivas frecuentes, historia de embarazo adolescente en hermanos mayores, etc.). La ausencia de dichas covariables representa una limitación más en nuestra investigación y resalta la necesidad de realizar estudios longitudinales para corroborar nuestros hallazgos. Por último, otra limitación importante deriva del riesgo de sesgo de prevalencia/incidencia. Si la probabilidad de fallecer de las mujeres con antecedente de maltrato infantil y que tuvieron embarazo en la adolescencia es mayor a aquellas sin maltrato infantil o sin embarazo adolescente, entonces esto podría subestimar nuestros estimados, dado que este estudio es transversal y solo evalúa a mujeres vivas.

A pesar de las limitaciones ya descritas, creemos que los resultados alcanzados en nuestro estudio son relevantes ya que representan una primera evidencia a nivel nacional sobre los efectos de los tipos de maltrato sufridos en la infancia sobre la ocurrencia del embarazo adolescente. El muestreo complejo y las altas tasas de participación en la ENDES hacen que nuestro estudio sea representativo de la población peruana y nos permite confiar en la generalización de sus resultados. Asimismo, hacemos hincapié en la necesidad de realizar más estudios, sobre los efectos no solo del maltrato, sino también de otras experiencias potencialmente negativas durante la infancia que permitan determinar los efectos causales del embarazo adolescente, una situación prevenible pero que impacta de múltiples maneras en la vida y el futuro de las mujeres de nuestro país. En ese sentido, estudios longitudinales y metodologías de enfoque cualitativo podrían dar mejores luces acerca de este fenómeno complejo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

- El antecedente de maltrato infantil intrafamiliar de tipo físico y psicológico indirecto estuvieron asociados a una mayor probabilidad de haber tenido un embarazo adolescente en la mujeres peruanas de 15 a 49 años.
- El antecedente de maltrato infantil intrafamiliar de tipo psicológico directo y por desatención no mostraron asociación con haber tenido un embarazo adolescente en la mujeres peruanas de 15 a 49 años.
- Estas relaciones se mantuvieron al analizarse según el nivel socioeconómico. Por el contrario, la ruralidad/urbanidad modificó el efecto estimado del maltrato físico en la probabilidad de haber tenido embarazo, con una mayor magnitud de la asociación en mujeres de zona rural.
- El presente estudio contribuye con nueva evidencia sobre el potencial impacto del maltrato infantil intrafamiliar físico y psicológico indirecto en la mayor prevalencia de embarazo adolescente en población peruana. Sin embargo, esta evidencia es preliminar, de modo que se requieren estudios longitudinales que permitan evaluar también ciertas variables mediadoras y moderadoras para precisar si los tipos de maltrato infantil tienen una relación causal con el embarazo adolescente y si existe diferencia entre los mecanismos de cada tipo específico de maltrato.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

- Nuestro estudio contribuye con importantes evidencias preliminares sobre el potencial riesgo de embarazo adolescente en las mujeres peruanas de 15 a 49 años que sufrieron de maltrato físico infantil y aquellas que fueron testigos de violencia parental en su infancia (maltrato psicológico indirecto). Es por ello, que recomendamos llevar a cabo más estudios, especialmente de tipo longitudinales con metodologías de enfoque cualitativa, que permitan incluir otras variables mediadoras y moderadoras para entender mejor acerca de este complejo fenómeno.
- En futuros estudios, si se confirmase que el antecedente de maltrato infantil tiene un impacto en el incremento de riesgo del embarazo adolescente, sería necesario controlar y mejorar las políticas actuales del estado, como el “Plan Nacional de Acción por la infancia y adolescencia (PNAIA)” dispuesta por el estado desde el año 2012. Lamentablemente muchas de las leyes actuales no se cumplen a cabalidad, existen escasos recursos para llevar a cabo los planes y políticas nacionales, la mayoría de casos de abuso infantil no son reportados y pocos son los que realmente tienen acceso a programas de ayuda. El aspecto cultural también impacta significativamente, ya que muchas familias consideran la disciplina violenta como formas aceptables de educar a los niños. Es por ello, que creemos importante el uso de estrategias tales como INSPIRE lanzado en el 2016 por la OMS en colaboración con otros diez organismos especializados en la creación de estrategias basadas en evidencias para la prevención de la violencia infantil. INSPIRE plantea 7 estrategias a nivel gubernamental, sociocultural, familiar y de fortalecimiento económico, así como también a nivel educativo y de salud que permitirían realizar diversas intervenciones según etapas de vida y con equipos multidisciplinarios.(65)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford L. Addiing it Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016.
2. Adolescent pregnancy [Internet]. [citado 27 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
3. Adolescent and young adult health [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
4. Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12-15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. Acta Obstet Gynecol Scand. septiembre de 2012;91(9):1114-8.
5. - Indicadores de los ODS [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/?indicator=3.7.2>
6. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 - Nacional y Regional [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
7. ADOLESCENT PREGNANCY_UNFPA.pdf [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf
8. Uscher-Pines L, Nelson DB. Neighborhood and Individual-Level Violence and Unintended Pregnancy. J Urban Health Bull N Y Acad Med. julio de 2010;87(4):677-87.

9. WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf;jsessionid=6AA4383CD6A2AE5D94F90550F3ECA238?sequence=1
10. Nelson DB, Lepore SJ. The role of stress, depression, and violence on unintended pregnancy among young urban women. *J Womens Health* 2002. agosto de 2013;22(8):673-80.
11. Wodon Q, Savadogo A, Yedan A, Edmeades J, Kes A, John N, et al. Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report. :99.
12. Tough P. Cómo triunfan los niños: Determinación, curiosidad y el poder del carácter. Palabra; 2014. 291 p.
13. De Bofarull I, Carballo Marquez A, Rosa Buxarrais M. Early Childhood Neglect, Toxic Stress, and Neurodevelopment | *Educationis Momentum*. 11 de 2018;4(1):79-104.
14. Burgos BMV, de Cleves NR, Márquez MGC. El cerebro que aprende1 The Brain That Learns O cérebro que aprende. 2009;20.
15. Felitti VJ. The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *Perm J*. 2002;6(1):44-7.
16. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*. febrero de 2004;113(2):320-7.
17. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA*. 7 de mayo de 1997;277(17):1362-8.
18. Dietz PM, Spitz AM, Anda RF, Williamson DF, McMahon PM, Santelli JS, et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or

- household dysfunction during their childhood. JAMA. 13 de octubre de 1999;282(14):1359-64.
19. OMS | Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
 20. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cuba Obstet Ginecol. septiembre de 2012;38(3):333-42.
 21. Desafios_y_prioridades_politica_de_adolescencia_y_jovenes_Peru_-_ONU.pdf [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Desafios_y_prioridades_politica_de_adolescencia_y_jovenes_Peru_-_ONU.pdf
 22. Papri FS, Khanam Z, Ara S, Panna MB. Adolescent Pregnancy: Risk Factors, Outcome and Prevention. Chattagram Maa-O-Shishu Hosp Med Coll J. 17 de julio de 2016;15(1):53-6.
 23. WHO | Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/
 24. WHO | Disease, injury and causes of death country estimates, 2000-2015 [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2000_2015/en/
 25. Loredó-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada*. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 2017;55:14.

26. Geneva .World report on violence and health: summary. 2002. 44 p.
27. OMS | Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/es/
28. Previnfad_maltrato.pdf [Internet]. [citado 6 de mayo de 2021]. Disponible en: http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_maltrato.pdf
29. Violent Discipline-28Jan19_0.pdf [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.unicef.org/mena/sites/unicef.org.mena/files/2019-02/ViolentDiscipline-28Jan19_0.pdf
30. Weltgesundheitsorganisation, editor. World report on violence and health: summary. Geneva; 2002. 44 p.
31. OMS | Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/gender/women_health_report/es/
32. C M, Eugenia M. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Rev Chil Pediatría. junio de 2014;85(3):265-8.
33. The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization - Finkelhor - 1985 - American Journal of Orthopsychiatry - Wiley Online Library [Internet]. [citado 26 de julio de 2021]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
34. Cantón-Cortés D, Cortés M, Cantón J. The role of traumagenic dynamics on the psychological adjustment of survivors of child sexual abuse. Eur J Dev Psychol. 1 de noviembre de 2012;9:665-80.
35. Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA. Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, and Psychiatric Comorbidities. Harv Rev Psychiatry. 2014;22(3):149-61.

36. Real Academia Española. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.rae.es/inicio>
37. ParInfo - Efficiency measures for child protection and support pathways : reforms in government service provision / Steering Committee for the Review of Commonwealth/State Service Provision. [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://parinfo.aph.gov.au/parInfo/search/display/display.w3p;query=Id:%22library/summary/summary.w3p;query=Author%3A%22Australia.%20Steering%20Committee%20for%20the%20Review%20of%20Commonwealth%20State%20Service%20Provision.%22>
38. Butchart A, World Health Organization, International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, editores. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2006. 90 p.
39. DesproteccionEscuela1.pdf [Internet]. [citado 2 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/DesproteccionEscuela1.pdf>
40. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 - Nacional y Regional [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
41. DHS Questionnaire Modules (English, French) [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/publications/publication-dhsqm-dhs-questionnaires-and-manuals.cfm>
42. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://inei.inei.gov.pe/microdatos/>
43. Abajobir AA, Kisely S, Williams G, Strathearn L, Najman JM. Risky Sexual Behaviors and Pregnancy Outcomes in Young Adulthood Following

- Substantiated Childhood Maltreatment: Findings From a Prospective Birth Cohort Study. *J Sex Res.* enero de 2018;55(1):106-19.
44. Vittinghoff E, Glidden DV, Shiboski SC, McCulloch CE. *Regression Methods in Biostatistics: Linear, Logistic, Survival, and Repeated Measures Models* [Internet]. 2.^a ed. New York: Springer-Verlag; 2012 [citado 28 de marzo de 2021]. (Statistics for Biology and Health). Disponible en: <https://www.springer.com/gp/book/9781461413523>
 45. Adams JA, East PL. Past physical abuse is significantly correlated with pregnancy as an adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* agosto de 1999;12(3):133-8.
 46. Noll JG, Guastaferrero K, Beal SJ, Schreier HMC, Barnes J, Reader JM, et al. Is sexual abuse a unique predictor of sexual risk behaviors, pregnancy, and motherhood in adolescence? *J Res Adolesc Off J Soc Res Adolesc.* diciembre de 2019;29(4):967-83.
 47. Lansford JE, Miller-Johnson S, Berlin LJ, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Early Physical Abuse and Later Violent Delinquency: A Prospective Longitudinal Study. *Child Maltreat.* agosto de 2007;12(3):233-45.
 48. Pallitto CC, Murillo V. Childhood abuse as a risk factor for adolescent pregnancy in El Salvador. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* junio de 2008;42(6):580-6.
 49. Quinlivan JA, Tan LH, Steele A, Black K. Impact of demographic factors, early family relationships and depressive symptomatology in teenage pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry.* abril de 2004;38(4):197-203.
 50. Madigan S, Wade M, Tarabulsy G, Jenkins JM, Shouldice M. Association between abuse history and adolescent pregnancy: a meta-analysis. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* agosto de 2014;55(2):151-9.
 51. Kerkar S, Shankar A, Boynton-Jarrett R, Harville EW. Adverse Childhood Experiences are Associated with Miscarriage in Adulthood: The GROWH Study. *Matern Child Health J.* marzo de 2021;25(3):479-86.

52. Strathearn L, Giannotti M, Mills R, Kisely S, Najman J, Abajobir A. Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. octubre de 2020;146(4):e20200438.
53. TRICKETT PK, NOLL JG, SUSMAN EJ, SHENK CE, PUTNAM FW. Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. *Dev Psychopathol*. 2010;22(1):165-75.
54. Noll JG, Grych JH. Read-react-respond: An integrative model for understanding sexual revictimization. *Psychol Violence*. 2011;1(3):202-15.
55. Carrion VG, Weems CF, Ray RD, Glaser B, Hessel D, Reiss AL. Diurnal salivary cortisol in pediatric posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1 de abril de 2002;51(7):575-82.
56. McEWEN BS, Seeman T. Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress: Elaborating and Testing the Concepts of Allostasis and Allostatic Load. *Ann N Y Acad Sci*. 1999;896(1):30-47.
57. Blanco SS. Mi pareja, ¿casualidad o causalidad?: la relación entre el estilo de apego y la elección de la pareja. :21.
58. Berlin LJ, Dodge KA. Relations among relationships. *Child Abuse Negl*. noviembre de 2004;28(11):1127-32.
59. van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol*. 1999;11(2):225-49.
60. Zeanah CH, Zeanah PD. Intergenerational transmission of maltreatment: insights from attachment theory and research. *Psychiatry*. mayo de 1989;52(2):177-96.
61. Luna BKP. Estilos de apego y relación con la figura materna en mujeres que viven violencia conyugal. :10.
62. Garrido-Rojas L. APEGO, EMOCIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL. IMPLICACIONES PARA LA SALUD. :15.

63. Weller JA, Fisher PA. Decision-Making Deficits Among Maltreated Children. *Child Maltreat.* agosto de 2013;18(3):184-94.
64. Tottenham N. The Brain's Emotional Development. *Cerebrum Dana Forum Brain Sci.* 1 de julio de 2017;2017:cer-08-17.
65. INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas [Internet]. [citado 4 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/publicaciones/inspire-siete-estrategias-para-poner-fin-violencia-contra-ninos-y-ninas>

ANEXOS

Anexo1. Escala utilizada en la ENDES 2019

SECCIÓN 10: VIOLENCIA DOMÉSTICA				
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A	
1000	<p>VEA EN LA PORTADA DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL SI LA MUJER ESTÁ SELECCIONADA PARA APLICARLE LA SECCIÓN VIOLENCIA DOMÉSTICA</p> <p style="text-align: center;">ESTÁ SELECCIONADA <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">NO ESTÁ SELECCIONADA <input type="checkbox"/> →</p>	1043	
1000A	<p>VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE NO CONTINÚE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD</p> <p style="text-align: center;">HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> →</p>	1043	
1000B	<p>LEA:</p> <p>Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de sus relaciones familiares. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país.</p> <p>Permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga.</p>			
1001	<p>VERIFIQUE 501, 502, 505: ESTADO CONYUGAL</p> <p style="text-align: center;">ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA/ (LEER EN PASADO) <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/> →</p>	1013B

Anexo 2. Pregunta n° 1032 que indaga sobre antecedente de maltrato de los padres en las mujeres de entre 15 y 45 años

SECCIÓN 10: VIOLENCIA DOMÉSTICA - PREGUNTA N° 1032	
<p>¿En qué forma la castigan ó castigaban a Ud. sus padres?</p> <p>¿De alguna otra forma?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>PALMADAS A</p> <p>REPRIMENDA VERBAL B</p> <p>PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LE GUSTA..... C</p> <p>PRIVÁNDOLA DE LA ALIMENTACIÓN..... D</p> <p>GOLPEÁNDOLA..... E</p> <p>QUEMÁNDOLA..... F</p> <p>DEJÁNDOLA ENCERRADA..... G</p> <p>IGNORÁNDOLA..... H</p> <p>PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO..... I</p> <p>DEJÁNDOLA FUERA DE CASA..... J</p> <p>HUNDIÉNDOLE EN AGUA..... K</p> <p>QUITÁNDOLE LA ROPA..... L</p> <p>QUITÁNDOLE LAS PERTENENCIAS..... M</p> <p>QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÒMICO..... N</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO ME CASTIGAN / CASTIGABAN..... Y</p>

Anexo 3. Pregunta n° 106 que indaga sobre la edad cumplida de la entrevistada.

SECCIÓN 1: ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA – PREGUNTA N° 106			
102	<p>Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años ¿Dónde vivió la mayor parte del tiempo: En una ciudad, en un pueblo o en el campo?</p> <p>SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿Era la capital del departamento?</p>	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5	
103	<p>¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?</p>	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95 VISITANTE..... 96	<input type="checkbox"/> → 105
104	<p>Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿Vivía en una ciudad, en un pueblo, o en el campo?</p> <p>SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿Era la capital del departamento?</p>	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5	
105	<p>¿En qué día, mes y año nació Ud.?</p>	DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL DIA..... 98 MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998	
106	<p>¿Cuántos años cumplidos tiene?</p> <p>COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI SON INCONSISTENTES</p>	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

Anexo 4. Pregunta n° 217 que indaga sobre la edad del primer hijo de la entrevistada

HISTORIA DE NACIMIENTOS – PREGUNTA N° 217									
<p>211 Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos sus hijas e hijos, estén vivas/os o no, vivan o no con Ud. empezando con el primero que tuvo. ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LAS HIJAS E HIJOS EN 212: LOS MELLIZOS Y TRILLIZOS ANÓTELOS EN LINEAS SEPARADAS. SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS Y TRILLIZOS Y, DE SER EL CASO, CIRCULE 2 EN 213 PARA FUTURA REFERENCIA.</p>									
212	213	214	215	216	217 SI ESTA VIVO	218 SI ESTA VIVO	219 SI ESTA VIVO	220 SI ESTA MUERTO	221
¿Cuál es el nombre de su (primera), (segunda), (tercera), etc. hija o hijo?	¿El nacimiento de (NOMBRE) fue parto único o múltiple?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está vivo (a) (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud?	REGISTRE EL NUMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (REGISTRE "00" SI EL NIÑO NO FUE LISTADO)	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI "1 AÑO" INDAGUE: En meses ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: - DÍAS, SI MENOS DE 1 MES - MESES, SI MENOS DE 2 AÑOS - AÑOS SI ES 2 O MÁS AÑOS.	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE DEL NACIMIENTO ANTERIOR) y (NOMBRE) ? SI: SONDEE Y COMPLETE LA HISTORIA DE NACIMIENTOS NO: PRÓXIMO NACIMIENTO

Anexo 5. Pregunta n° 226 que indaga sobre el estado actual entrevistada

HISTORIA DE NACIMIENTOS – PREGUNTA N° 226			
226	¿Está usted actualmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8	} } → 229B

Anexo 6. Pregunta n° 1025 que indaga sobre antecedente de maltrato psicológico indirecto

SECCIÓN 10: VIOLENCIA DOMÉSTICA - PREGUNTA N° 1025		
1025	Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8