



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

**Vivencias de violencia intrafamiliar en gestantes
adolescentes atendidas en el “Instituto Nacional
materno perinatal”. Lima 2018**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Stefany Anai VALENCIA VALLADARES

ASESOR

Oscar Fausto MUNARES GARCIA

Lima, Perú

2019

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme culminar el presente trabajo de investigación, por estar a mi lado a cada instante, por ser mi guía y mi fuerza para no rendirme frente a ningún obstáculo y siempre seguir con paciencia y perseverancia para alcanzar mis metas.

A mis padres y a mi hermana por su inmensurable, incondicional y constante apoyo en todo momento, por su paciencia y amor.

A mi asesor, Dr. Oscar Fausto Munares García y co-asesora, Dra. Dora Mariela Salcedo Barrientos, por su apoyo constante en la realización del presente trabajo y por compartir sus conocimientos.

A todas aquellas personas que de alguna manera me brindaron su apoyo y contribuyeron durante este proceso de investigación; seres humanos incondicionales, grandes amigos, obstetras y familiares.

Asesoramiento bajo Convenio de Académico Internacional entre la Universidad de de Sao Paulo (Brasil) y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú)
Resolución Rectoral N° 06063-R-14

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi fortaleza y el sentido de mi vida; a mis padres, mi hermana y mi abuela quienes son lo más maravilloso que la vida ha podido brindarme, por su desmedido esfuerzo para apoyarme en cada momento, por sus palabras de aliento para continuar siempre y jamás rendirme, por su amor y por toda la felicidad que me brindan.

CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
Objetivo General.....	26
Objetivos Específicos	26
2. MÉTODOS.....	27
Tipo y diseño de investigación.....	27
Población de estudio	27
Unidad de Análisis.....	27
Descipción categorías.....	27
Criterios de inclusión:	28
Criterios de exclusión:	28
Técnicas e instrumentos.....	28
Instrumentos:.....	28
Procedimientos y análisis de datos.....	29
Consideraciones éticas.....	30
Análisis de datos.....	31
3. RESULTADOS.....	32
4. DISCUSIÓN.....	53
5. CONCLUSIONES	63
6. RECOMENDACIONES.....	64
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
8. ANEXOS.....	76

RESUMEN

OBJETIVO:

Comprender el significado atribuído a las situaciones de violencia vivenciadas por las gestantes adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Mayo-Julio 2018.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo, exploratorio, prospectivo y con abordaje cualitativo, el escenario a estudiar correspondió a gestantes adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. En este estudio participaron 18 gestantes adolescentes atendidas en el servicio de adolescencia; a quienes se les aplicó el formulario de perfil de producción y reproducción social y una guía de entrevista a profundidad. Para el análisis de datos se procedió a grabar y transcribir las entrevistas, aplicando el análisis de los datos realizado a través del análisis de contenido para posterior categorización, a partir de la decodificación de datos captados en los testimonios.

RESULTADOS:

La manifestación más común de violencia que se evidenció fue la psicológica y de esta destacaron los insultos y las críticas, en segundo lugar, la de manifestación física, siendo más común el lanzamiento de objetos, bofetadas y golpes; seguido, se encontró la violencia sexual ocupando el tercer lugar y en últimas instancias la violencia económica e institucional. El agresor más común fue la pareja, seguido de los padres. Respecto a la escolaridad y al embarazo resultó que de las 18 participantes 12 abandonaron los estudios a causa del embarazo no planificado. Las categorías empíricas que se encontraron fueron, una actitud positiva frente al embarazo, violencia previa a la adolescencia, autoviolencia en la gestante adolescente, la adolescente y la familia uniparental, la violencia ejercida por la pareja, violencia ejercida por personas ajenas a la familia y embarazo transgeneracional.

CONCLUSION:

El estudio manifestó la importancia de conocer el contexto familiar en el que la gestante adolescente se desenvuelve y la comunidad que la rodea; para así poder efectuar una intervención eficaz para la prevención de la violencia antes de que esta pueda generar un embarazo precoz no planificado; además, las adolescentes tienen como principal necesidad el ser escuchadas y orientadas por personas capacitadas, ellas no sabían a quién acudir cuando tuvieron que enfrentar la noticia de un embarazo no planificado a su edad.

PALABRAS CLAVE: violencia, adolescencia, embarazo.

ABSTRACT

OBJECTIVE

Understand the meaning attributed to situations of violence experienced by adolescents pregnant of the National Maternal Perinatal Institute. May-July 2018.

MATERIAL AND METHODS

Descriptive, exploratory, prospective study with approach qualitatively, the scenario to be studied corresponded to pregnant adolescents victims of intrafamily violence treated at the National Maternal Perinatal Institute. In this study participated 18 adolescent pregnant women attended in the adolescence service to whom were applied the form of production and social reproduction profile and the interview guide. For the data analysis, the interviews were recorded and transcribe, applying analysis of data content to subsequent categorization, it based on the decoding of data captured in the testimonies.

RESULTS

The most common manifestation of violence was the psychological and of this highlighted insults and critics. Subsequently, the physical manifestation was in second place, being more common the throwing of objects, slaps and blows; Sexual violence was found in the third place and in the last instances the economic and institutional violence. The most common aggressor was the couple followed by the parents. About the schooling and pregnancy 12 adolescents abandoned their studies being the case that they did not plan the pregnancy. The empirical categories were, a positive attitude to pregnancy, violence before of the adolescence, self-violence in adolescent pregnancy, adolescent and uniparental family, violence exerted by the couple, violence exerted by people outside the family and Transgenerational pregnancy.

CONCLUSION

the study showed the importance of knowing the family context in which the pregnant woman develops and the community that surrounds her; in order to make an effective intervention to prevent the violence before it causes an unplanned pregnancy during the adolescence; also, the adolescents have as main necessity to be heard and guided by trained people, they did not know who to turn to when they had to face the news of an unplanned pregnancy.

KEYWORDS

violence, adolescence, pregnancy.

1. INTRODUCCIÓN

Principales indicadores epidemiológicos

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, que genera estragos irreparables en la familia y la sociedad y todo ello se ve reflejado en el desarrollo de un país. El Perú ha tenido avances notorios en cuanto a la reducción de la mortalidad materna, pero aún mantiene cifras considerables. ⁽¹⁾ En el Perú, según lo señalado por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), en el año 2017 se reportaron 377 muertes maternas por causas directas e indirectas, presentándose un incremento del 14,3% en comparación del año anterior. Las regiones que reportaron el mayor número de muertes maternas fueron Loreto (40 casos), Lima Metropolitana (36 casos), Piura (35 casos), Cajamarca (33 casos), Cusco (26 casos) y Puno (26 casos); es necesario mencionar que el 16% del total de muertes maternas fueron en gestantes menores de 19 años. ⁽²⁾

El Perú tiene 31 237 385 habitantes de los cuales 5 035 905 son adolescentes entre 10 y 19 años, aproximadamente la sexta parte de la población a nivel nacional. ⁽³⁾ En términos relativos, la población de 10 a 19 años pasó de representar el 21,4% en el 2000, al 18,6% en el 2015 y será el 17,4% en el 2021. ⁽⁴⁾ Abordando el tema de adolescentes se quiere hacer hincapié en la deserción escolar, las razones de la misma, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) menciona algunas razones para no continuar estudiando en mujeres de 15 a 24 años, destaca razones económicas como ayudar en la chacra o negocio familiar, falta de dinero y necesidad de trabajar, razones familiares, embarazo en la adolescencia, unión conyugal, las mujeres graduadas que consideran tener suficiente estudio, entre otras. ⁽⁵⁾ El Ministerio de salud del Perú tiene un registro de la deserción escolar en adolescentes entre los 13 a 19 años, entre ellos se identifican problemas económicos (40,9%), problemas familiares (aquí se encuentra el embarazo en la adolescencia) (14,0%), dedicarse a quehaceres del hogar (17,3%), no quiso estudiar (20,9%), no hay centro educativo (1,3%), entre otras (5,5%). ⁽⁶⁾

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, ello es más dramático cuando este evento se acompaña de la violencia intrafamiliar. La violencia intrafamiliar en las gestantes adolescentes es un fenómeno actual de gran

importancia por los marcados estragos que genera en la salud física, mental y el bienestar de la madre y el futuro recién nacido y su efecto general sobre el funcionamiento familiar. El embarazo puede ser una etapa dificultosa en la vida de una mujer; para algunas puede ser estresante debido a los cambios, los roles y necesidades que se pueden experimentar. Esto puede impedir las habilidades de afrontamiento de las mujeres, lo que conlleva un mayor riesgo de violencia. Sin embargo, al mismo tiempo, el embarazo ofrece una oportunidad imprescindible para identificar a las víctimas de este problema y brindarles apoyo oportuno; ya que tienen consultas continuas con el personal de salud, desde el inicio del embarazo hasta el posparto. El riesgo de abuso y el acceso a los servicios de apoyo son completamente diferentes para mujeres embarazadas; por lo tanto, es importante realizar una intervención eficiente contra la violencia que satisfaga las necesidades y expectativas de las mujeres embarazadas. La violencia en la gestación aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, se asocia con parto prematuro, aborto involuntario, muerte fetal y futuros problemas de conducta en el infante; la violencia intrafamiliar también puede ser causa de muerte materna. Además, las experiencias continuas de violencia generan efectos negativos crecientes en la salud mental; de igual forma, casi una de cada dos mujeres con enfermedades mentales corre el riesgo de ser víctima de violencia; estas cifras apoyan la relación recíproca entre la violencia y enfermedad mental durante el embarazo, las cuales siguen siendo causa de morbilidad materna ^(7,8).

En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (2015) en Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, La República Unida de Tanzania, Samoa, los estados antes unidos de Serbia y Montenegro y Tailandia, señaló que existe una prevalencia de violencia física de pareja durante el embarazo que oscilaba entre 1% en Japón urbano y 28% en las provincias del Perú; pero en otros países la prevalencia variaba entre un 4% y 12%. La violencia familiar es un fenómeno social que existe en muchas culturas en relación con como ellas conciben los roles de género; se puede decir entonces que es un fenómeno dinámico en las relaciones familiares en una sociedad. El enfoque de género es la base para analizar los significados, prácticas, símbolos, representaciones y normas que las familias, sociedades y personas elaboran a partir de la diferencia biológica entre varones y mujeres. Ello evidencia la jerarquía de género expresada en una

desigual valoración de lo femenino y lo masculino y en una desigual distribución del poder en ambos". (19,10)

Embarazo en la adolescencia

La adolescencia es un período comprendido entre los 10 y los 19 años, esta es una etapa crítica del desarrollo físico y psicosocial del ser humano, en especial en lo referente a su salud sexual y reproductiva. Aunque este período es fundamental tanto para los varones y las mujeres, estas últimas corren un riesgo desproporcionado de resultados adversos de salud sexual y reproductiva, como el embarazo precoz. (11) El ministerio de salud del Perú considera con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 538-2009, población adolescente a aquella cuya edad oscila entre los 12 y 17 años. (4)

La tasa de fecundidad en las mujeres de América Latina y el Caribe ha ido disminuyendo de manera reconocida con el pasar de los años debido al elevado crecimiento económico que está existiendo; pero la tasa de reducción de la fecundidad es más notoria en mujeres mayores de 18 años y aunque en el caso de las adolescentes existe una reducción, esta ha sido bastante lenta y poco notoria. Siendo África Subsahariana, América latina y el Caribe los que han experimentado un descenso bastante lento de la fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años y un ascenso marcado en embarazos de adolescentes menores de 15 años. (12) Debido a la relación con la pobreza, la exclusión social, la violencia sexual y de género y el matrimonio o unión precoz, el embarazo en la adolescencia afecta de manera desproporcionada a las adolescentes que ya están marginadas y mucho más por la falta de acceso a una educación sexual integral y a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los anticonceptivos modernos. Muchas de las adolescentes que quedan embarazadas ya han dejado los estudios o simplemente están obligadas a dejarlos debido al embarazo, lo cual repercute a futuro en sus oportunidades educativas, laborales y económicas; como resultado a todo esto las madres adolescentes son más vulnerables a la pobreza y a la exclusión social. En este contexto, el embarazo en la adolescencia suma a continuar con los ciclos de pobreza, exclusión y marginación. Se debe resaltar que las tasas de embarazo son mayores en las adolescentes sin educación que en las adolescentes que han recibido educación secundaria o superior. (11,12,13)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en su Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2017), señala que, en el Perú del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,4% estuvo alguna vez embarazada, de ellas el 10,6% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez. Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con su primer hijo se presentan en las mujeres con primaria (44,6%) y con menores porcentajes se encuentran las adolescentes con educación superior (6,8%).⁽⁵⁾

Se ha observado que la deserción escolar está ligada con el fenómeno de embarazo durante la adolescencia, no solo con anterioridad a este; sino que también después a este continúa paralizando el desarrollo personal de la adolescente. El embarazo durante la adolescencia puede generar el síndrome de fracaso en la adolescente, que incluye *“un fracaso de identidad, deserción escolar, dificultad para construir una familia estable y fracaso para sostenerse a si misma, fracaso en el logro de hijos sanos y su crianza”*; además de otras consecuencias como *el rechazo de su familia, vinculación con varias parejas y embarazos posteriores*”. (Rosales, 2013)⁽¹⁴⁾ Muchos de los problemas que ocurren durante la adolescencia están relacionados con la carencia de afecto y apoyo familiar y generalmente pueden derivarse de una reacción a las reglas autoritarias o límites establecidos por los padres con poco o ningún diálogo involucrado. Es importante proyectar una imagen más real de la adolescencia, eliminando temas y estereotipos que retratan a los adolescentes como conflictivos, violentos y en permanente lucha contra los adultos. *“Los adolescentes necesitan relaciones sólidas para mejorar su salud mental y física. Los contextos individuales y familiares caracterizados por una dinámica de comunicación abierta y apoyo emocional pueden ayudar a disuadirlos de abandonar el entorno familiar en busca de afecto en otros lugares”*. (Samano y col. 2017)⁽¹⁵⁾ La familia debe ejercer siempre un rol activo en la educación sexual; ya que muchas veces se limita a brindar información básica, teniendo en cuenta solo sus creencias culturales y prohibiciones; por ello genera que no se logre fomentar la responsabilidad al ejercer los derechos sexuales y reproductivos; que implican relaciones sexuales sin riesgos.⁽¹⁶⁾

Binstock (2017) afirma que el contexto de crianza continúa siendo importante para aplazar el inicio de la maternidad adolescente, pero esto no tiene tanto impacto en cuanto al inicio sexual. Además, la importancia que la familia otorga a la educación

es factores imprescindibles en las conductas reproductivas de las adolescentes respecto a la maternidad. La deserción escolar duplica los chances de ser madre, además, es importante que la escuela provea información a la adolescente. ⁽¹⁷⁾

La violencia y el embarazo

La violencia durante el embarazo es una situación que pone en peligro no solo una sino a dos vidas. Además de los daños físicos, la violencia durante el embarazo puede tener estragos psicológicos. La mujer embarazada y agredida está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y/o las drogas. Además, se ha detectado que los factores de riesgo de homicidio son mayores en las mujeres maltratadas durante el embarazo que en las violentadas sin estar embarazadas. ⁽¹⁸⁾ Las consecuencias más graves de maltrato durante el embarazo incluyen homicidios y suicidios. El homicidio y el suicidio son dos causas potencialmente prevenibles de lesiones maternas. ⁽¹⁹⁾ En el “informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia, 2014”, recogieron información de 133 países que representan el 88% de la población mundial y señalaron que se implementaron distintos programas para la prevención de la violencia; pero que estos no necesariamente son aplicados de tal manera que correspondan a la gravedad del mismo; es decir, que no existen cifras porcentuales exactas y/o verdaderas que puedan guiar la dirección de los programas y/o estrategias para la prevención de este problema social; lo antes mencionado es debido a que muchos de los casos no son reportados y por lo tanto no son registrados. ^(9,20,21)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2017), en el Perú a nivel nacional, 65,4% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero y entre las formas de violencia, destaca la violencia psicológica y/o verbal (61,5%), la violencia física (30,6%) y la violencia sexual (6,5%) ⁽⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud menciona en su nota descriptiva, “violencia contra la mujer, 2017”, que son necesarios diversos recursos para reforzar la prevención y la respuesta efectiva a la violencia; pero se hace hincapié en una prevención primaria, que se denomina de esa manera, porque se dirige antes del inicio del problema social. Una de las estrategias que se pone cada vez más para la prevención primaria es involucrar a los hombres como aliados. La

Organización mundial de la salud tiene como principal objetivo impedir que llegue a producirse la violencia; por lo tanto, pretende trabajar de manera resaltante en una prevención primaria. ^(21,22)

Es importante cuestionarse si realmente los programas dirigidos a la prevención primaria están siendo aplicados de manera correcta y si están dando resultados que nos acerquen al objetivo de prevenir. ⁽²³⁾ Las consecuencias de la violencia para la salud pueden ser inmediatas y agudas, duraderas y crónicas o mortales. Las investigaciones encuentran que cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus repercusiones sobre la salud física y mental de las mujeres. Además, las consecuencias negativas para la salud pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado el maltrato. Las consecuencias pueden ser síndromes de dolor crónico, muerte, depresión, trastornos del sueño y de los hábitos alimenticios, estrés y trastornos de ansiedad, autoagresión e intentos de suicidio, aborto inseguro, infecciones de transmisión sexual, complicaciones del embarazo, hemorragias, uso nocivo de alcohol y/o drogas, múltiples compañeros sexuales, etc. ⁽²⁴⁾ En el Perú las mujeres con mayor incidencia de violencia familiar son las que han estado unidas alguna vez, las de edad avanzada, cónyugues, divorciadas, viudas, mujeres sin educación o con solo nivel secundario; debido a todo ello se propone un enfoque intersectorial, el cual es una herramienta analítica para entender y responder cómo el género se cruza con otras identidades y cómo ello contribuye a experiencias de opresión y privilegio. ⁽²⁵⁾

También se debe mencionar el género, considerado como una construcción cultural diferente a sexo (característica biológica del hombre y de la mujer). Alude a roles, responsabilidades y atributos para hombres y mujeres dentro de la sociedad, *“los hombres y las mujeres son sujetos históricos a los que se les ha asignado características a partir de cuerpos sexuados y que deben realizar actividades propias de su género. El sistema de identificación de género es binario y antagónico donde un simple cambio puede significar una pérdida de masculinidad o femeneidad”* (Lagarde, 1992) ⁽²⁶⁾. Por otro lado, Scott señala que el género se vale de diversos elementos para enraizarse en las relaciones sociales; conceptos normativos, institucionales, organizacionales, culturales e identidad personal. ⁽²⁷⁾ El programa nacional contra la violencia familiar y sexual del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, busca ampliar y fortalecer el compromiso de la población y sus organizaciones para lograr una sociedad libre de violencia en especial con

las mujeres, adolescentes y jóvenes.⁽²⁸⁾ En el año 2015 nace el Plan nacional contra la violencia de género 2016-2021, prioriza dos objetivos estratégicos, la prevención de la violencia de género mediante el cambio de los patrones socio culturales que generan relaciones desiguales y diferencias jerárquicas de hombres sobre mujeres. En segundo lugar, las responsabilidades del estado de atender, proteger y rehabilitar a las personas víctimas de violencia de género mediante la oferta de servicios, además del acceso a la justicia mediante la ejecución de sanciones a las personas agresoras.⁽²⁹⁾

Educación y el embarazo en adolescentes

La inscripción inicial en la escuela primaria es alta en la mayoría de los países y con frecuencia el número de matriculados es similar para los niños y las niñas, pero el abandono de las niñas durante la adolescencia es un problema importante y generalizado. La deserción escolar en la adolescencia a menudo implica el abandono antes del final de la escuela primaria, así como la pérdida de oportunidades para la educación posterior. Las tasas de embarazo precoz pueden ser más bajas durante el período escolar que durante las vacaciones; estos resultados en conjunto sugieren que el tiempo pasado en la escuela se asocia con tasas de embarazo más bajas. No acudir a la escuela puede generar comportamientos sexuales de riesgo, embarazo y matrimonio, pero los embarazos no planeados y el matrimonio a corta edad pueden generar el abandono escolar. En comparación con los adolescentes que no acuden a la escuela, los que asisten tienen menos probabilidades de tener relaciones sexuales, tener múltiples parejas en la vida o tener relaciones sexuales frecuentes.^(30,31)

Respecto a la relación entre proyecto de vida y el embarazo precoz, se sabe que las adolescentes que han construido proyectos de vida se enfocan en sus actividades hacia el logro de sus objetivos y/o metas, posponiendo la maternidad. Para que verdaderamente los adolescentes tengan una firme motivación para retrasar la paternidad y/o maternidad deben existir verdaderas oportunidades locales, se deben crear entornos en los que el logro educativo en las personas sea importante y se vea que los empleos tengan salarios dignos y que esto valga la pena para poder retrasar la maternidad.⁽³²⁾ Buitrón, 2003 señaló que las madres adolescentes tienen disminuida la motivación para continuar y culminar sus

estudios o buscar trabajo; debido a las pocas expectativas en el entorno familiar y social hacia sus logros tanto académicos y laborales. ^(33,34)

En el Perú se cuenta con una *“Ley que fomenta la reinserción escolar en embarazadas”* para garantizar la equidad en la educación, las autoridades adecuaron la prestación de servicios educativos a las necesidades de la población, con mayor importancia a las menores que trabajan y a las alumnas embarazadas y madres. Se establecen sistemas de ayuda para garantizar la continuidad en los estudios. En el artículo 2 se hace hincapié que las instituciones educativas quedan prohibidas de expulsar o limitar el acceso al régimen escolar, además de prevenir cualquier tipo de discriminación por razón de embarazo o maternidad. ⁽³⁵⁾

Las necesidades de salud

La historia de las necesidades del ser humano es muy amplia; ya que muchos personajes se han dedicado a buscar una clasificación adecuada que permita englobar todas y conseguir satisfacer las mismas sin excluir ninguna. Heller, 1985 pensó en algún momento que la teoría de las necesidades podría ser el reemplazo de la filosofía de la historia de Marx. *“Cabe mencionar que desde un principio se denominaban **“necesidades radicales”** que eran aquellas que nacían en una sociedad capitalista como consecuencia del desarrollo, pero que no podían ser satisfechas dentro de los límites de la sociedad; estas necesidades radicales estaban bastante relacionadas con Marx, pero las filosofías de la historia socialista siempre se han basado en la utopía de una sociedad satisfecha”*. (Agnes Heller, 1985) ⁽³⁶⁾

La necesidad es un estado de la condición humana en razón a lo limitado de recursos del planeta y lógicamente no todas las necesidades pueden satisfacerse; porque implicarían la insatisfacción de otras. Heller propone el reconocimiento de todas las necesidades, a excepción de aquellas que generan que se utilice a los seres humanos como medios para satisfacer necesidades. Luego existió otra división de necesidades como las verdaderas y falsas, las reales o irreales, buenas y malas; pero muy al margen de la clasificación todas las necesidades deben ser reconocidas, pero el reconocimiento y la satisfacción de todas es imposible en la práctica. Sartre sugirió una forma peculiar distinguir las formas de conciencia sobre las necesidades, él mencionó necesidades *“Manqué”* (deficiencia) y necesidades *“Project”* (proyecto, plan) y esto es importante de mencionar porque

muchos centros de poder en la sociedad producen sistemas de objetivación que dirigen las necesidades y las formas de satisfacción a lo que se denomina manipulación. Existen 2 tipos de manipulación, la brutal y la refinada, la primera implica una dictadura sobre las necesidades porque afirma que las necesidades existentes no son existentes y la segunda no produce formas alternativas de vida, solo reconoce necesidades ya existentes y ofrece instituciones para proyectos ya existentes y universales; en consecuencia las necesidades no satisfacibles a través de los proyectos se acumulan y su manifestación toma formas irracionales, como la neurosis y la violencia. Ambas formas de manipulación sostienen que las necesidades sigan clasificándose en reales e irreales; pero todos los tipos de manipulación de necesidades infringen la norma de que todas las necesidades deben ser reconocidas, todas las necesidades deben satisfacerse, excepto las que usan a una persona como medio para otra. ⁽³⁶⁾

Las necesidades humanas incluyen tres tipos de necesidades entre las que se menciona: “*las necesidades naturales (alimentos, vivienda, necesidades sexuales, contacto social y de cooperación); las necesidades radicales o bien socialmente determinadas por seres humanos (autonomía, la libertad, la auto-realización, la reflexión, la actividad moral, y otros) y las necesidades alienadas, característica del capitalismo (el dinero, el poder y la posesión de objetos)*”. (Agnes Heller, 1996) ⁽³⁶⁾

El reconocimiento de las necesidades de salud se encuentra relacionado con la atención de salud que se brinda y estas exigen acciones que estén relacionadas con estas necesidades. Se urgen acciones que se generen desde el gobierno y que estas atiendan a cada necesidad de manera diferenciada en los individuos, que impliquen equidad y que con esta se pueda erradicar y/o superar la desigualdad. Se quiere lograr satisfacer las necesidades de salud en las mujeres víctimas de violencia; pero hay que reconocer que estas necesidades no son las mismas en cada una, he ahí la importancia de individualizar la atención, no hay que asumir que las necesidades son las mismas en todas las usuarias víctimas de violencia. ⁽³⁶⁾

Antecedentes y relevancia científica

Se revisó algunos estudios relacionados para mostrar algunos resultados obtenidos en investigaciones previas.

Monterosa A, Arteta A, Ulloque L. Colombia (2017), en el estudio “Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión” caracterizaron a las embarazadas adolescentes y a sus parejas sexuales y determinaron la prevalencia de violencia doméstica psicológica, física y sexual. Los resultados señalaron que la deserción escolar en el embarazo fue 50,0 %; dependencia de los padres antes y después del embarazo 70,0 %. Frecuencia de violencia doméstica por la pareja fue de un 7,1 %; violencia doméstica física 6,7 %; violencia doméstica psicológica 3,7 % y violencia doméstica sexual 2,2 %. Violencia doméstica por la pareja, el marido u otra persona un 12,4 %; maltrato físico o emocional por la pareja u otra persona 21,7 %; miedo a la pareja 3,4 %. El consumo de alcohol todos los fines de semana por la pareja fue un factor significativo de riesgo para violencia doméstica. Concluyeron que existe una alta frecuencia de violencia doméstica contra las adolescentes embarazadas y el consumo de alcohol por parte de la pareja es un factor de riesgo resaltante para sufrirla. ⁽³⁷⁾

Villaseñor M, Laureano J, Mejía M, Valadez I, Márquez J, González J. Mexico (2014), en el estudio “Mujeres violentadas durante el embarazo y el parto: experiencias de parteras en Jalisco” Tuvo por objetivo explorar la experiencia y perspectiva de parteras con mujeres violentadas durante el embarazo y el parto. Fue un estudio cualitativo, con 24 parteras, utilizando la entrevista individual, modalidad historia de vida pautada y la asamblea participativa regional como técnicas de indagación. En los resultados se obtuvo familiaridad de las parteras con la violencia hacia la mujer durante el embarazo y el parto, atribuída principalmente a aspectos de género y ruralidad; señalan al binomio violencia y embarazo como factor de riesgo para presentar problemas obstétricos, siendo la violencia física la que más encuentran y a la pareja como principal y común agresor. Concluyeron destacando la capacidad de diálogo y escucha activa en identificación de violencia por parte de las parteras y refieren la posibilidad de que ellas deben escuchadas en la generación de acciones frente a este problema. ⁽³⁸⁾

Sámano R, Martínez H, Robichaux D, Rodríguez A , Sánchez B, Hoyuela M, et al. Mexico (2017), en el estudio “Contexto familiar y situación individual de las adolescentes antes, durante y después del embarazo”, estudio de tipo cualitativo, realizaron entrevistas en profundidad con 29 madres adolescentes. Los resultados señalan que las adolescentes embarazadas tenían antecedentes familiares de embarazo, ellas revelaron sentimientos de represión, soledad e indiferencia hacia sus padres, lo que los llevó a tener relaciones sexuales sin protección, sin temor a un embarazo precoz. Después del embarazo, la comunicación mejoró entre las adolescentes y sus padres, pero empeoró con la pareja. Por lo tanto, dichas adolescentes volvieron a tener los sentimientos que presentaron antes de embarazarse. Destacan que las adolescentes mencionan que harían que la situación que estaban experimentando funcionara por el bienestar de su hijo además las adolescentes se mostraron preocupadas por tener que abandonar los estudios y quedar embarazadas tan jóvenes. Casi todas las entrevistadas dijeron que buscaban “amor fuera de la familia”, lo que obviamente muestra un escenario de comunicación limitada y malas relaciones en la familia. Concluyeron que es imprescindible que los adolescentes sean motivados en el entorno familiar para que puedan continuar los estudios, también existe una necesidad rápida de implementar medidas que reparen la desigualdad en el área de educación, así como fortalecer estrategias dirigidas a madres adolescentes y adolescentes gestantes que fomenten su buen rendimiento escolar mediante el apoyo de distintos programas como becas. Muchos de los problemas en los adolescentes están relacionados con la carencia de afecto y apoyo familiar. ⁽¹⁵⁾

Candelario M, Colombia (2013), en el estudio “Aproximaciones entorno a la violencia generada en contra de adolescentes embarazadas”. La investigación fue de tipo descriptivo, cualitativo y los resultados revelaron las consecuencias y repercusiones del fenómeno violencia en todos los estratos sociales, educativos, culturales e incluso étnicos. Revela que la violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no solo una, sino dos vidas, las manifestaciones más comunes son los golpes en la cabeza cuando la víctima no es gestante y en el abdomen, mamas y genitales en gestantes. Concluye que la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas aun más severas que cuando no está embarazada, la gestante agredida por su

pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y/o las drogas. ⁽¹⁸⁾

Salcedo D, Brasil (2015) en el estudio “violencia doméstica contra adolescentes grávidas atendidas en una unidad Básica de la zona este de Sao Paulo”, en este estudio a partir de los discursos de las 24 adolescentes embarazadas los resultados destacaron que 21 adolescentes sufrieron algún tipo de violencia en el transcurso de su vida, de ellas 8 adolescentes fueron víctimas de violencia en el período que precedió al embarazo; 8 sufrieron violencia antes y durante el embarazo; y 5 fueron víctimas de violencia en el embarazo. De esta forma, se suman 13 adolescentes víctimas de violencia durante el embarazo. De las adolescentes que sufren violencia en el embarazo, el 61,5% sufrieron violencia psicológica, 46,1% fueron víctimas de violencia institucional, 15,3% sufrieron violencia física, 7,6% violencia moral, 7,6% negligencia y 7,6% fue abandonada por la pareja. además, 9 adolescentes fueron víctimas de un tipo de violencia y 4 sufrieron más de un tipo de violencia. En cuanto al perfil del agresor, en la violencia psicológica la figura materna se presentó como la principal agresora, seguida de la figura paterna, compañero, hermano, suegra, y la abuela. En la violencia institucional, el médico es el más citado. Referente a la escolaridad de las 24 participantes sólo 4 continúan estudiando, 5 terminaron la enseñanza media y 15 dejaron de estudiar. ⁽³⁹⁾.

Mejia C, Delgado M, Mostto F, Torres R, Verastegui A Cardenas M, et al. Perú (2018) en el estudio “Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima” un estudio observacional descriptivo preliminar. La variable principal fue la agresión durante la gestación en las adolescentes, que fue obtenida según su tipo: físico, sexual o psicológico. Incluyeron 375 pacientes, siendo la edad promedio 17 años. Los resultados mostraron que tan solo un 34% de las adolescentes no habían padecido ningún tipo de violencia. El tipo de agresión más frecuente fue la psicológica. La familia nuclear y la pareja fueron los principales agresores psicológicos y físicos hacia las gestantes adolescentes, la agresión sexual se da principalmente por los familiares y conocidos. Concluyeron que la frecuencia de violencia en las adolescentes gestantes es elevada. Además, una de cada veinte gestantes padeció los tres tipos de maltrato a la vez. Los principales agresores fueron los hombres pertenecientes a la familia nuclear de la víctima. ⁽⁴⁰⁾

Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Yancachajlla M, Lam N, Chacón H. Perú (2013) en el estudio “Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima”. Se realizó una entrevista semiestructurada. En los resultados obtuvieron que la edad promedio fue de $16,5 \pm 1$ año. en cuanto al estado civil, el 47,9% era conviviente y el 51,4% era soltera. El motivo del embarazo fue por relación consentida en el 97,3% y por violación sexual en el 2,7%, el 90,1% de las madres adolescentes refirió no haber planificado el embarazo; el antecedente de violencia reportado fue en 48,1% de violencia verbal; 17,1% violencia física; 8,2% agresión directa, y 6,8% de violencia sexual. Concluyeron que la violencia durante el embarazo adolescente no es un hecho aislado, sino que es altamente frecuente en cualquiera de sus formas. ⁽⁴¹⁾

“La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”. (OMS, 2002) ⁽⁴²⁾

Para Pessin, citado por Blair 2009, la violencia siempre existe en la vida social; haciéndose eco de ese llamado al “relativismo histórico”, menciona que la violencia siempre ha estado presente durante toda la historia del ser humano. Lo que sin lugar a duda si existe es que algunos períodos nos hacen reactualizar más la violencia. Sabemos, que la violencia no se reconoce constantemente; sino cuando esta se desborda y además no tenemos conciencia de su existencia hasta que se convierte en un problema. ⁽⁴³⁾

Ted Gurr, citado por Blair; afirma que una aptitud violenta no es dada por la naturaleza; sino que son circunstancias sociales las que la determinan. Por ello la violencia es un comportamiento adquirido, no es instintiva ni inevitable. Es imposible encontrar una causa única a todas las formas existentes de violencia; en efecto, este es un fenómeno multidimensional. Probablemente no tiene sentido intentar aproximarse a *“una definición unívoca de un concepto que, a juzgar por la literatura existente, ha sido utilizado para definir una serie de fenómenos absolutamente disímiles”* (Blair 2009). Antigua como el mundo, vista desde múltiples y distintas perspectivas teóricas, se ha llegado a designar fenómenos completamente distintos, que quizás sean conceptualmente incomprensible. Las

múltiples disciplinas que la estudian limitan un concepto útil para distintos contextos. ⁽⁴³⁾

"A medida que el término se hace más extenso, su intensidad disminuye o en otras palabras, que a medida que aumenta la gama de significados de un término, su fuerza descriptiva se contrae" (Thomas Platt, 1992). Las personas son dueñas de todas las palabras por lo menos en un sentido muy lógico: pueden hacer que signifiquen cosas muy distintas, menciona Plant. ⁽⁴⁴⁾

Clasificación de la violencia

la Organización mundial de salud (2002) en "el Informe mundial sobre la violencia y la salud" clasifica a la violencia en tres categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. Esta clasificación distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí mismo, la infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos, y la infligida por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos, organizaciones terroristas. ⁽⁴⁵⁾

La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones. La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías, violencia intrafamiliar o de pareja que se produce entre miembros de la familia o pareja, y suele acontecer en el hogar, aunque no necesariamente y violencia comunitaria la cual se produce entre individuos no relacionados entre sí, que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar; finalmente la violencia colectiva es la violencia por personas que se identifican como miembros de un grupo frente a otro grupo de individuos. ⁽⁴⁵⁾

Violencia intrafamiliar

El maltrato intrafamiliar son todas *"Las conductas que atentan directa o indirectamente contra la integridad física y/o emocional de una persona y que se realizan entre los miembros de una familia"* (Díaz y col. 2003). ⁽⁴⁶⁾

La violencia familiar donde las víctimas son los niños y/o adolescentes se puede conceptualizar como todos los actos u omisiones realizados por los padres, familiares y/o tutores y que estos actos u omisiones pueden generar dolor o daños físicos, psicológicos y sexuales a la víctima. Este tipo de violencia puede generar sentimientos como la ira y la depresión, el comportamiento autodestructivo y

suicida, y los problemas de aprendizaje que se manifiestan en la infancia. En consecuencia, durante la etapa adulta, las personas que fueron víctimas pueden tener diferentes tipos de problemas, en la edad adulta, las víctimas de violencia intrafamiliar pueden tener problemas de pareja, emocionales como inseguridad, baja autoestima, problema para lidiar con sus propios sentimientos; además, pueden repetir el proceso de violencia con sus hijos y/o otros; a lo que se atribuye como “un fenómeno cíclico”.⁽⁴⁷⁾

El término violencia intrafamiliar se caracteriza por la diferencia de poder que existe entre los miembros de una familia. Este tipo de violencia abarca miembros de la familia o personas solo con rol parental, aun sin tener vínculos de consanguinidad y este tipo de violencia incluso puede ocurrir públicamente. Epistemológicamente, la violencia intrfamiliar se diferencia de la violencia doméstica, porque está restringida al espacio físico de la casa y puede involucrar a otras personas que viven en el hogar, como empleados y otras personas que visitan el domicilio esporádicamente. (Mota y col. 2018).⁽⁴⁸⁾

El fenómeno de la violencia involucra cualquier acción u omisión que dañe o ponga en peligro el bienestar físico y / o mental, la libertad y el completo desarrollo de un ser humano, esta puede ser cometida en casa o fuera de ella. en el caso de los niños y adolescentes, los estragos que deje la violencia pueden ser más profundos; ya que la adolescencia se considera una de las etapas más críticas del ser humano por los múltiples cambios que experimenta y además porque en esta etapa se construye la propia identidad; por lo tanto, una experiencia de violencia intrafamiliar durante la adolescencia puede tener estragos de naturaleza física, mental y/o social.^(48,49)

Las violencias que pueden ocurrir en las relaciones familiares son denominadas indistintamente violencia doméstica o intrafamiliar; pero la primera a diferencia de la segunda incluye a otros miembros que forman parte de la convivencia domiciliar, sin tener ningún vínculo parental. “*La violencia intrafamiliar manifiesta dinámicas de poder / afecto en las cuales están presentes relaciones de subordinación y dominación; en esas relaciones, padres e hijos, de diferentes generaciones, están en posiciones opuestas y asimétricas*” (Iglesias y col. 2012). En el campo de las relaciones familiares donde la violencia está presente se considera “*la desigualdad de poder entre hombres y mujeres*”. Generalmente, son las mujeres quienes ocupan una posición subalterna en esas relaciones.⁽⁴⁹⁾

Violencia basada en Género (VBG)

“La VBG es una forma de discriminación que inhibe la capacidad de las mujeres para disfrutar sus derechos y libertades sobre la base de la igualdad con el varón. La VBG es aquella violencia dirigida contra las mujeres por ser tales, y que las afecta desproporcionadamente” (MINSA 2007). ⁽²⁴⁾

La VBG va más allá del escenario familiar, por ello la violencia familiar se incluye en la VBG, que es un más compleja, que abarca diferentes modalidades y comportamientos violentos que afectan sobre todo a la mujer. La organización panamericana de la salud (OPS) refiere a la VBG como la misma concepción de violencia contra la mujer; debido a que el origen de esta es la falta de poder de la mujer en comparación con el varón; ya sea en el ámbito social o personal. ⁽²⁴⁾

Ciclo de la violencia

Walker en 1979, estableció la existencia de fases en la dinámica de la violencia. La primera fase denominada “tensión” en la cual comienza a suceder con ciertos episodios de agresiones verbales e incluso algunas veces puede existir una leve agresión física, suele durar unas semanas. Seguidamente, aparece la denominada fase de “agresión aguda” en la que sucede la agresión física o psicológica y que suele durar de acuerdo con casi la mitad de los casos, entre 5 y 15 minutos, y en la cuarta parte de los casos entre 45 minutos y 5 horas. La tercera fase, “la reconciliación o luna de miel o fase idílica” en la que el agresor se arrepiente de su conducta e intenta convencer a su pareja de que no volverá a suceder. Estas fases se repiten, una y otra vez, y cada vez con menor intervalo de tiempo entre fases de agresión física y con mayor gravedad en las lesiones. El ciclo se acaba cuando la agresión tiene estragos irreversibles, cuando la mujer decide denunciar o con la separación definitiva. ^(50,51)

El fenómeno de la violencia intrafamiliar es un problema social muy complejo. Cuando en el contexto familiar los adultos, quienes son personas significativas en el área afectiva para los niños y/o adolescentes, ejercen esta violencia generan graves daños. Este problema de salud pública se vuelve cada vez menos controlable por el aumento de número de casos o simplemente por la falta de acciones eficientes para una prevención en su totalidad, además porque este evento puede detonar en un embarazo durante la adolescencia cuyas consecuencias ya son reiteradamente mencionadas.

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) es una institución de tercer nivel de atención con un área especializada en atención de adolescentes. Cuenta con un área de consultorios externos diferenciados para adolescentes, un servicio de hospitalización propio para dichas pacientes y un servicio de psicoprofilaxis diferenciado para las mismas. Según el análisis de la situación de los servicios hospitalarios del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017 el grupo de mujeres menores de 20 años que se atendieron correspondió al 26,6%, lo que corresponde a un total de 34 152 usuarias y de ellas hubo 6545 atenciones prenatales (ASISHO-INMP 2017) ⁽⁵²⁾. El Instituto Nacional Materno Perinatal recibe un gran número de adolescentes anualmente para su atención, lo que permite conocer un sinnúmero de casos de la vivencia del embarazo de cada adolescente, la experiencia, el contexto donde se desenvuelve y su entorno familiar; lo que haría enriquecedor el estudio de cada caso de violencia que pueda estar experimentando o haya experimentado la adolescente previo o durante el embarazo; la forma como cada una de ellas concibe o interpreta su situación de vida y apartir de ello enfocar un planteamiento de estrategias o mejora de las existentes que permitan mermar estragos de este problema social o en el mejor de los casos realizar prevención primaria eficaz y evitar que detone el problema; por lo anteriormente mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el significado atribuido a situaciones de violencia vivenciadas por gestantes adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018?

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Violencia psicológica:

Cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que atente contra la integridad emocional de la víctima, en un proceso continuo y sistemático, a fin de producir en ella intimidación, desvalorización, culpa, etc. ⁽⁵³⁾

Violencia física

El conjunto de conductas que pueden producir daño corporal causando heridas por medio de objetos, armas o partes del cuerpo para propinar patadas, bofetones, golpes y empujones. Además, todo maltrato físico acompaña, el psicológico. ⁽⁵⁴⁾

Violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima. ⁽⁵⁵⁾

Violencia institucional

La violencia institucional puede ser generada por el estado o por sus agentes, no sólo incluye las manifestaciones de violencia contra las mujeres en las que el estado está responsabilizado ya sea por su acción u omisión, sino también aquellos actos que muestran algún tipo de discriminación o de brecha en el ejercicio y goce de los derechos. Involucra todas las actitudes de discriminación, maltrato psicológico, físico y abandono; que ejercen los profesionales de salud, ante las mujeres durante su atención en salud. ^(56,57)

Violencia económica

Es toda acción u omisión que afecta el solvento económico de una persona, se puede manifestar a través de limitaciones, control o impedimento de ingresos económicos, negación al ingreso familiar, el agresor manipula el dinero a la víctima para sostener el hogar, impide a la víctima tener un trabajo que pueda generar ingresos. ^(58,59)

Embarazo transgeneracional

El término transgeneracional es considerado como un material mental, una carga que se transmite de una generación a otra, que no ha sido transformada por el individuo y que al transmitirse tiene ciertos intervalos. ⁽⁶⁰⁾

Perfil de producción (formas de trabajar) y reproducción social

La salud de los individuos y grupos sociales son el resultado de proceso complejo y dinámico que se produce socialmente en todas las áreas en la que se desarrolla la vida social. El lugar de trabajo, en la vida familiar en el hogar, en la vida comunitaria, la vida cultural. En estas áreas de la vida social se producen hechos que son destructivos o beneficiosos para el funcionamiento del cuerpo o de la mente. La vida humana forja aspectos que nos causan daño a nosotros y los que nos protegen. La reproducción social es un proceso dinámico determinado por un sistema de contradicciones que se producen en diversas áreas como la vida laboral, consumo, organización y cultura, relación con el medio ambiente; en esta área se centra la determinación de la calidad de vida. Tiene como eje la relación entre la producción y el consumo de las relaciones. Es una forma de organizar la vida social tanto en el conjunto global y en particular. ^(61,62)

OBJETIVOS

Objetivo General

- Comprender el significado atribuido a situaciones de violencia vivenciados por las gestantes adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Mayo-julio 2018.

Objetivos Específicos:

- Identificar el perfil de producción (formas de trabajar) y reproducción social (formas de vivir) de las adolescentes gestantes y de sus familiares.
- Conocer el tipo de violencias vivenciadas por las gestantes adolescentes.
- Interpretar el significado de la violencia intrafamiliar a través del relato de una situación vivenciada en su cotidiano por gestantes adolescentes.

2. MÉTODOS

Tipo y diseño de investigación

Estudio prospectivo, descriptivo, que utiliza un enfoque de investigación cualitativa.

Población de estudio

El escenario a estudiar corresponderá a gestantes adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar atendidas en Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) en mayo-julio 2018.

Unidad de Análisis

Gestante atendida en el servicio de adolescencia del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Saturación

El principio del punto de saturación permite definir el tamaño de una muestra cualitativa, el número de unidades elegidas dentro de determinadas condiciones metodológicas y que los resultados representen al colectivo-objeto del estudio.

Fueron 18 gestantes adolescentes; lo cual indica, según las etapas del proceso de saturación, que es un inicio en la comprensión de las pautas estructurales que definen el objeto de estudio.⁽⁶⁴⁾

Descripción categorías

Las categorías analíticas para este estudio son:

- a. Escolaridad y gravidez.
- b. Gravidez e violencia intrafamiliar (Relaciones entre los miembros y tipos de violencia).
- c. Necesidades de salud de las adolescentes.
- d. Práctica de los profesionales de salud (violencia institucional, falta de confianza en los profesionales de la salud; atención de los profesionales de la salud en el período gravídico).

Criterios de inclusión

- Gestante adolescente entre 10 -19 años que fue atendida en el servicio de adolescencia Instituto Nacional Materno Perinatal.

Informante clave

- Gestante adolescente (entre los 10 a 19 años) Según OMS 1998.
- Acepta participar en el estudio, firma de términos de consentimiento y asentimiento (responsable legal y adolescente).

Criterios de exclusión

- Gestante adulta.
- Gestante con impedimento del habla.
- Gestante con diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico.

Técnicas e instrumentos

Técnica:

Por tratarse de una investigación cualitativa, se empleará la técnica de la entrevista a profundidad. Una entrevista semiestructurada basada en una guía de preguntas, que tienen que ser abordadas en un orden determinado; pero que el uso de las palabras para realizar las preguntas puede variar de un entrevistado a otro. ⁽⁶⁵⁾

Instrumentos:

- Formulario del Perfil de Producción y reproducción social: Corresponde a un formulario para la caracterización de la producción y reproducción social en las adolescentes embarazadas, instrumento adaptado y validado del “Estudio de la violencia doméstica contra adolescentes grávidas atendidas en una Unidad Básica de la zona este de Sao Paulo” (salcedo, 2015). ⁽⁴⁰⁾ (Anexo IV)

Este formulario consta de 27 items, estos fueron resueltos mediante la observación durante algunas visitas domiciliarias y las preguntas realizadas directamente a la participante, ello tomó un tiempo aproximado de 15-25 minutos.

- Guía de entrevista a profundidad: corresponde a un Instrumento adaptado y validado del “Estudio de violencia doméstica contra adolescentes grávidas atendidas en una Unidad Básica de la zona este de Sao Paulo” (salcedo, 2015).⁽⁴⁰⁾ (Anexo V)

La guía de entrevista a profundidad consta de 9 preguntas abiertas; estas fueron resueltas de manera directa con la participante en un tiempo aproximado de 60-90 minutos.

Procedimientos y análisis de datos

- Se revisó el protocolo de investigación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos a través de la Escuela Profesional de Obstetricia y su comité de investigación, para que se emita la aprobación del estudio previa conformidad de el asesor y coasesor de la presente investigación.
- Se procedio a la solicitud de aprobación del comité de etica, pertinencia y metodología del Instituto Nacional Materno Perinatal. (Anexo III)
- Se realizó la aplicación de los instrumentos en un grupo piloto de 10 gestantes adolescentes durante 1 mes.
- La recolección de la información se hizo con la identificación de casos mediante el proceso de “vagabundeo” con la finalidad de encontrar a las informantes clave, este proceso se inició en los ambientes especializados de adolescentes (psicoprofilaxis, consultorios externos y hospitalización), consultando a los profesionales casos identificados de gestantes adolescentes víctimas de violencia.
- **Selección de casos** Se acudió al Instituto Nacional Materno Perinatal, al área especializada de atención del adolescente; ya sea consultorios externos, psicoprofilaxis y/o hospitalización.
- **Consentimiento y asentimiento informado** Se procedió a invitar a la informante clave a participar en el estudio voluntariamente, posterior a la aceptación se procedió a realizar el proceso de consentimiento (para el

responsable legal) y asentimiento informado (para la participante), en el cual se explicó el propósito, nivel de participación, beneficios, riesgos y confidencialidad de la investigación; la cual terminó con la firma de ambas partes. (Anexos I-II)

- **Aplicación de los instrumentos:** Se aplicaron los instrumentos, el formulario de producción y reproducción social y la guía de entrevista a profundidad según la disponibilidad de tiempo de la participante.
 - Para aplicar el formulario de producción y reproducción social se realizaron directamente las preguntas a la participante.
 - Para aplicar la entrevista a profundidad se realizó en un lugar privado y se procedió a grabar los testimonios, previo consentimiento de la participante.

Consideraciones éticas

Se ha considerado las siguientes pautas éticas para el desarrollo de la actual investigación:

-Aprobación del comité de investigación y ética de la escuela profesional de obstetricia más la aprobación del comité de ética, pertinencia y metodología del Instituto Nacional Materno perinatal. (Anexo III)

-Efectividad del consentimiento informado del responsable legal de la participante y del asentimiento informado de la misma. (Anexo I y II)

-Además se considerarán los principios éticos de beneficencia, autonomía y justicia. Para la garantía del principio de beneficencia, la participante recibió información sobre la importancia de conocer la prevención de la violencia durante el embarazo, así mismo la participación en el estudio no ocasionó costos a las participantes. Para la garantía del principio de autonomía se informó previamente a las participantes sobre la investigación, firmaron un consentimiento informado, se indicó que la información obtenida se empleará solo para fines de investigación.

Análisis de datos

Fase 1: Los datos generados con la realización del primer instrumento (el formulario de producción y reproducción social) se analizaron por estadística descriptiva.

Fase 2: Los datos obtenidos en la segunda fase al realizar la entrevista a profundidad fueron analizados de acuerdo con el “análisis de contenido” para posterior categorización. (Bardín 2013). ⁽⁶⁶⁾ Cada una de las declaraciones fueron decodificadas. Se procedió a hacer una sistematización de la información recolectada, donde se organizaron preguntas, respuestas, número de entrevista y se categorizaron los tipos de violencia, de acuerdo con las respuestas de las participantes y se identificó al agente agresor de acuerdo con el relato. Mediante tablas dinámicas se identificó las respuestas precisas según el tipo de violencia clasificado (física, psicológica, sexual, institucional) y las respuestas que mejor describieron el evento.

3. RESULTADOS

La teoría de determinación social y el perfil de producción (formas de trabajar) y reproducción social (formas de vivir)

La determinación social relaciona la forma como la sociedad está organizada frente a fuerzas beneficiosas y destructivas de la salud-enfermedad. Dicha teoría se diferencia de la teoría de multicausalidad porque la noción de determinación engloba la causa, trabaja con la dialéctica de la externalidad e internalidad de los fenómenos. Entender la teoría de determinación social involucra comprender la noción de reproducción social, la cual es un proceso que ocurre en todos los ámbitos de la vida (laboral, cultural, familiar, relacionado al medio ambiente) y este proceso recae finalmente en la determinación de la calidad de vida, el modo de vida. La reproducción social se basa en la relación entre consumo y la producción; todo este proceso tiene valores y contravalores cuya relación se evidencia en las manifestaciones de salud- enfermedad. La teoría de la determinación social nos menciona que el proceso de salud enfermedad es un modo específico en el cual existe el proceso biológico de desgaste y reproducción, lo cual genera un funcionamiento biológico distinto que afecta a las actividades cotidianas, todo ello es conocido como enfermedad. Las condiciones de salud de las personas son el resultado del proceso dinámico y complejo en el que la vida social se desenvuelve y con esto debemos entender que cada individuo tiene un modo propio de vida, al igual que una clase social y toda una población. Se necesita estudiar grupos sociales e identificar determinaciones que operan en los mismos y que generan patrones típicos de salud y enfermedad. La teoría de la determinación social tiene una mirada desde lo estructural (lo general), particular (clases sociales) y singular(individuo).⁽⁶²⁾

A continuación serán presentados los datos pertinentes al perfil de Producción y reproducción social:

Tabla 1. Características de los casos de gestantes adolescentes con violencia intrafamiliar/perfil de producción y reproducción social.

N°	Edad	Estado civil	Educación	EG (semanas)	EG al inicio del CPN	Estado nutricional	Seguro Salud	Propiedad vivienda	Servicios básicos	Trabajo	Problemas psicológicos	Sustancias nocivas en el embarazo	Violencia en la familia	Violencia de la pareja
1	17	Conviviente	SC	22	16	Sobrepeso	SIS	Ajena	si	Si	Si	Si	Si	Si
2	18	Soltera	SC	41	16	Sobrepeso	SIS	Alquilada	si	No	No	Sí (alcohol)	No	No
3	15	Soltera	S.I.	36	9	Sobrepeso	SIS	Ajena	si	Si	Si	No	No	Si
4	15	Conviviente	S.I.	31	20	Sobrepeso	SIS	Ajena	si	No	No	No	Si	Si
5	17	Soltera	S.I.	11	11	Normal	SIS	Ajena	si	Si	No	No	No	No
6	15	Conviviente	S.I.	35	8	Sobrepeso	SIS	Ajena	si	No	No	Sí (alcohol)	No	No
7	16	Soltera	S.I.	25	10	Normal	SIS	Alquilada	si	No	No	No	Si	No
8	18	Conviviente	S.I.	37	8	Normal	SIS	Ajena	si	No	No	No	No	No
9	19	Conviviente	S.T.I.	15	5	Normal	SIS	Ajena	si	No	Si	No	No	Si
10	18	Soltera	S.U.I.	36	7	Sobrepeso	SIS	Ajena	si	No	No	Sí (alcohol)	Si	No
11	17	Conviviente	S.I.	35	20	Obesidad	SIS	Ajena	si	No	Si	No	Si	Si
12	14	Soltera	S.I.	36	14	Sobrepeso	SIS	Ajena	si	No	Si	No	No	No
13	19	Conviviente	SC	36	8	Sobrepeso	SIS	Ajena	si	No	Si	No	si	Si
14	16	Soltera	S.I.	36	16	Sobrepeso	SIS	Ajena	si	No	Si	No	No	Si
15	17	Soltera	S.I.	20	12	Normal	SIS	Alquilada	si	No	Si	No	Si	Si
16	18	Conviviente	S.U.I.	36	8	Sobrepeso	-	Ajena	si	No	No	Sí (alcohol)	No	Si
17	18	Conviviente	SC	24	4	Normal	SIS	Ajena	si	No	No	No	Si	Si
18	15	Conviviente	S.I.	10	8	Normal	SIS	Alquilada	no	Si	Si	No	Si	Si

EG: Edad gestacional, CPN: Control Prenatal. S.C.: Secundaria Completa, S.I.: Secundaria incompleta, STI: Superior técnica incompleta, S.U.I.: Superior universitaria incompleta. SIS: Seguro Integral de Salud

En la tabla 1 se observa el perfil de producción y reproducción social de las participantes, hubieron 4 participantes de 17 años, 5 de 18 años, 4 de 15 años, 2 de 16 años, 2 de 19 años y 1 de 14 años; de las cuales 10 eran convivientes y 8 solteras; de ellas ninguna mencionó tener planeado concretar el estado civil de casada, lo que permitió observar cierta desidia por aquello e incluso que esto era imprescindible para sus vidas. Respecto al grado de instrucción, 4 participantes habían culminado la secundaria, pero no estaban siguiendo algún tipo de estudio superior; 11 participantes tenían secundaria incompleta y de ellas 10 habían abandonado los estudios y 1 continuaba yendo al colegio; 3 participantes presentaban un nivel instructivo superior incompleto, 2 de nivel técnico y 1 universitario y en todos los casos habían dejado de asistir a clases. De las entrevistadas, 2 se encontraban cursando el I trimestre del embarazo, 5 el II trimestres y 11 el III trimestre gestacional. Al evaluar el índice de masa corporal (IMC), 10 participantes tenían sobrepeso, 7 estaban en el rango normal y 1 presentaba obesidad; en todos los casos desconocían esta información y no mostraban preocupación e importancia respecto a este dato. 17 participantes contaban con el seguro integral de salud y 1 no contaba con este; debido a que se había negado a recibirlo. Respecto al domicilio 14 adolescentes vivían en domicilio ajeno; es decir en casa de sus padres y/o familiares de su pareja, 4 residían en una vivienda alquilada (habitación) con su pareja. 17 las participantes contaban con los servicios básicos (agua, luz, alcantarilla, colecta de basura), 1 de ellas no contaba con el servicio de agua y la misma residía en una vivienda alquilada. En los aspectos laborales 4 del total de las participantes laboraban en empleos que no les brindaban beneficio alguno (cobradora de combi, vendedora y amas de casa), manifestaron que era necesario para solventar gastos propios del embarazo. En cuanto a la salud mental 9 de las participantes manifestaron haber sufrido en algún momento de su vida un tipo de problema psicológico; ya sea depresión y/o ansiedad con diagnóstico profesional. Frente al consumo de sustancias nocivas durante la gestación 5 de las participantes afirmaron haber consumido alcohol, haciendo hincapié que fue de modo eventual. 9 participantes manifestaron haber vivido algún tipo de violencia familiar en algún momento de sus vidas y 10 manifestaron que su pareja fue violento en alguna circunstancia de la relación; las

demás no reconocieron haber sido víctimas a pesar de haber narrado situaciones de violencia realizada por distintos agresores.

Tipo de violencias vivenciadas por las gestantes adolescentes

La violencia se manifiesta de diferentes maneras entre las personas (la víctima y el agresor) se empezará por mencionar, la violencia de tipo psicológica; la cual destaca por presentar altas cifras porcentuales en el Perú. Es considerada la forma más común de violentar. Es entendida como cualquier conducta activa o pasiva que atente contra la integridad emocional de la víctima, puede generar intimidación, desvalorización, culpa etc en la víctima; esta puede incluir gritos, amenazas, aislamiento, celos, insultos, humillaciones, degradación, críticas, etc. Este tipo de manifestación de violencia tiende a dejar estragos difíciles de subsanar. En las entrevistas realizadas se evidenciaron los insultos como principal forma de generar violencia psicológica, seguido de las críticas; se encontró que todas las participantes fueron víctimas de violencia psicológica.

“[...] me dijeron cosas hirientes, como insultándome. Fueron cosas feas, muy feas aun las recuerdo claramente; que yo era lo peor, que era un fracaso, un asco de chica, que lo había arruinado todo; mis metas, mis sueños y que es tan malo lo que hice que era una decepción, pero más o sea todas las cosas más me lo dijo mi papá... [...]” (entrevista 3)

“[...] le decía que yo no merecía nada y que no debía estar allí que debía irme pues ¿no?, que él no estaba dispuesto a darme ni diez céntimos para que yo coma, que debía hacerme responsable con mi pareja, decía así un montón de cosas que a mi me dolían muchísimo pero lo que más me dolió fue cuando dijo que yo no era más su hija... [...]” (entrevista 7)

“[...] yo sabía que mi mamá se iba a molestar por el embarazo, porque conocía su carácter, pero, o sea, sus palabras fueron feas, como lárgate, fuera, yo no tengo hijas como tú, eres una decepción, cosas así me decía y por eso me sentía mal pues... [...]” (entrevista 4)

La violencia física ocupa el segundo lugar en índices porcentuales en el Perú y se entiende como un daño generado por el uso de la fuerza física, poniendo en peligro el estado físico de la víctima. Generalmente esta manifestación de la violencia tiende a hacerse más severa con el paso del tiempo e incluso puede llegar a causar la muerte de la víctima. En el estudio se evidenciaron distintas manifestaciones de violencia física, predominando los golpes diversos, como bofetadas, lanzamiento de objetos y jalones. 15 de las 18 participantes experimentaron violencia física alguna vez.

“[...] llegamos a la casa y ahí fue donde me agarró y me pegó fuerte con un palo de escoba, mi mamá es así tosca para castigar; hasta me caí al piso de los golpes que me dió y diciéndome pues que, porque tan chibola voy a tener mi hijo y estaba muy molesta, me botó de la casa, me tiró como un animal a la calle, sin nada... []” (entrevista 12)

“[...] como que él no tenía la intención de tratarme mal, lo hacía sin querer yo pienso, lo que me tiró el trapeador, él se disculpó conmigo y o sea ya pues, también fue como que en un momento de cólera o de enojo quizás... []” (entrevista 11)

“[...] se le ha hecho costumbre estar golpeándome por cualquier cosa, más que nada es por dinero o porque no hago bien las cosas, dice; a veces quiere que le lave su ropa; pero o sea, yo estoy cansada a veces llego del trabajo tarde y no voy a quedarme a lavarle pues, hasta tarde y por eso me grita y como le digo que todo se va a las manos ... []” (entrevista 18)

La violencia de tipo sexual ocupa el tercer lugar en cuanto a índices porcentuales en el Perú. Se sabe que existen muchos casos que no logran ser reportados por diversas circunstancias y una de las más comunes es “la vergüenza” o simplemente la dificultad para poder manifestar la situación por la que la víctima ha pasado. Este tipo de violencia se puede definir como el acto sexual o la tentativa de consumarlo, las insinuaciones o la comercialización de tipo sexual;

en el estudio se encontraron 6 casos de violencia de esta manifestación, de los cuales 5 casos fueron previo al embarazo y 1 provocó el embarazo. Existió 1 caso en el que la víctima tiene una relación amorosa con el agresor posterior al abuso sexual.

“[...] mi padrastro siempre estaba como que mirándome, entraba a veces a mi cuarto cuando yo estaba dormida y según él, para darme las buenas noches y así y a veces, este, yo lo encontraba mirándome como me dormía, allí parado en la puerta de mi cuarto, yo me sentía incómoda...[.]” (entrevista 8)

“[...] estaba así mareada y me eché a dormir y después ya como que no me acuerdo. Allí me levanto y siento que alguien me esta tocando; entonces yo me levanto y al primero que le vi fue a él, al que yo le tiré una cachetada porque me estuvo tocando... [.]” (entrevista 11)

“[...] se me acercó así bastante, me dio mucho miedo porque él estaba en calzoncillo y me acariciaba el pelo y las piernas y yo estaba asustada...[.]” (entrevista 18)

La violencia económica otra de los tipos de violencia, que por si fuera poco es bastante difícil de detectar, debido a que se ejerce de manera sutil y muchas veces no se percibe al inicio, generalmente está acompañada de violencia psicológica y/o física y es entonces cuando las mujeres reconocen que son víctimas de violencia; pero debido a las dos últimas; mas no reconocen ser víctimas de violencia económica. En el estudio se evidenciaron 9 casos de violencia económica; de los cuales en 8 de ellas la violencia es ejercida por la pareja o expreja.

“[...] como dice mi mamá se ha corrido de la responsabilidad, no me pasa nada y no ha querido pues hacerse cargo del bebé o no sé, apoyarme de alguna manera pues, nada de nada... [.]” (entrevista 15)

“[...]...bueno dejé el colegio porque ya no podía continuarlo; ya que no tenía dinero, no tenía apoyo de mi madre, ni del señor; ellos me botaron de la casa pues como le dije y me quedé en la nada... []” (entrevista 18)

“[...]...le digo este, porfa, me puedes dejar para ir , porque mañana voy a ir a mi clase de psicoprofilaxis o necesito para mi pasaje y él me dice, pero para qué vas a ir ahí, que eso no es parte del control y no sé qué y su mamá, este no eso no, es este, perdida de tiempo que te dan una charla que no sé qué, y para qué vas a estar gastando la plata, y ya pues, a veces por su culpa de su mamá no voy y como que me da enojado y hasta él anda pensando que yo me voy a otro lado, quizás... []” (entrevista 4)

La violencia institucional es otro tipo de violencia que es ejercida por el estado o entes que pertenecen al mismo, en este caso las instituciones de salud, los profesionales y/u otro tipo de personal que labora en esa institución puede muchas veces ejercer violencia (psicológica, física, sexual). Muchas veces este tipo de violencia puede generar que la usuaria y/o paciente se resista a regresar para una atención de salud o simplemente puede generar rechazo a los servicios de salud y esto puede generar un aumento en las cifras porcentuales de morbimortalidad. Lógicamente muchas de las usuarias de los servicios de salud desconocen como identificar si son víctimas de violencia institucional, ellas generalmente lo manifiestan como que “hay un mal trato”. En el estudio se encontró 7 casos de violencia institucional de los cuales 2 fueron generados en el Instituto Nacional Materno Perinatal y el resto en otras instituciones de salud a las que las participantes acudieron previa asistencia al Instituto Nacional Materno Perinatal.

“[...]...Y ya pues después ya como no me atendieron y el trato me incomodó y pasaba el tiempo y todo empeoraba más y más y seguía y no me hacían caso en ese hospital ... []” (entrevista 9)

“[...]...fuimos con mi papá a la posta para que me deán SIS pero no querían; porque como mi papá tiene negocio propio decían que no, que solo es

para las personas necesitadas, algo así, este dijeron no sé, la cosas es que hicieron problemas por eso... []” (entrevista 12)

“[]... la primera vez que llegué, este, no tuve un buen trato las señoritas que atienden en admisión, las que están de blanco, son técnicas creo, ellas este no me hablan bien o sea yo sentía que no era un buen trato al que me daban ... []” (entrevista 16).

Significado de la violencia intrafamiliar a través del relato de una situación vivenciado en su vida cotidiana en gestantes adolescentes.

Categorías analíticas

Aquellas categorías que han sido contempladas previo a la realización de la presente investigación, tenemos:

Escolaridad y embarazo

El proyecto de vida es uno de los elementos imprescindibles para poder lograr objetivos propuestos, tener un esquema en mente de qué es lo que se quiere hacer, ser y lograr; cuál es el fin para alcanzar en la vida. Este proyecto de vida se va formulando y/o cimentando en cada etapa que la persona va viviendo. Durante la adolescencia este proyecto de vida se hace mucho más fuerte; ya que el individuo se hace preguntas acerca de su identidad, para definirse e identificar aquello que realmente quiere alcanzar en la vida; el individuo empieza a consolidar intereses y motivaciones que lo conducen hacia un acercamiento o por el contrario lo alejan de su verdadero ideal de vida. Con esto queremos mencionar que las orientaciones para seguir y alcanzar lo propuesto esta influenciado por el entorno social. ⁽⁶⁷⁾

El entorno que rodea al adolescente contribuye de forma negativa o positiva al desarrollo y cumplimiento de cada objetivo planteado por el individuo; situaciones que no favorecen son la violencia habitual en la familia, escasez de recursos, suceso de eventos que puedan retardar o paralizar la continuidad del proyecto planteado. Un embarazo no planificado podría ser un evento que puede bloquear las posibilidades de continuar o cumplir el proyecto de vida de acuerdo con los planes que la misma adolescente tenía. El embarazo no planificado lleva muchas veces a la deserción escolar y la falta de educación o su mala calidad desalienta al

adolescente a continuar la escuela; ya que consideran que esta no se ve afectada porque las condiciones en las que asistía a la escuela o se educaba no eran las óptimas o simplemente las expectativas que tenía respecto a ello eran mínimas. El embarazo temprano no planificado llevará a la adolescente a tener que conseguir empleo, la adolescente tendrá que asumir nuevos roles de acuerdo con la situación familiar, comunidad y cultura en la que se desenvuelva y todo ello puede conducirla a limitarse de sus derechos y /o obligaciones. ⁽⁶⁸⁾ He ahí la decisión de abandonar la escuela por razones laborales, falta de tiempo, efectuar su rol de madre, etc y no sólo ello; sino que, los sentimientos que ella tiene, ya sea generados por el entorno o ella misma, influyen en su decisión de continuar con sus estudios. En el estudio se evidenció que, de las 18 adolescentes entrevistadas, 12 abandonaron sus estudios a causa del embarazo no planificado; ya sea porque tuvo que laborar, problemas económicos, sentimiento de culpa y/o vergüenza, desmotivación, sintomatología propia del embarazo y 1 adolescente continuaba asistiendo al colegio y 5 no estudiaban cuando se embarazaron.

“[]... me daba mucha vergüenza de que se enteraran; por eso deje de ir al colegio... []” (Entrevista 12)

“[]... no pude continuarlo pues lo tuve que dejar por el embarazo y aparte que me dio con muchas náuseas y vómitos y no sé yo lo veía como que ya cuando te embarazas es como un trunco para ti ¿no? no puedes continuar, ni ser igual, ni continuar tus cosas como antes eran... []” (Entrevista 14)

“[]...ya no podía continuarlo, ya que no tenía dinero, no tenía apoyo de mi madre, ni del señor, ellos me botaron de la casa pues como le dije y me quedé en la nada, entonces no podía hacer nada simplemente dejé de ir porque ya así embarazada tenía que dedicarme a mi hijo y aparte cómo me fui a vivir con mi pareja, él ni modo me iba a dejar estudiar ¿No? porque él me dijo que tenía que ayudar, me mandó a trabajar... []” (Entrevista 18)

Embarazo y violencia intrafamiliar

Uno de los roles que no se puede dejar de mencionar es que la familia prepara a sus miembros para que cumplan de manera satisfactoria el rol social que les corresponde; es decir es el primer canal para transmitir los valores y las tradiciones de generación en generación. Actualmente la familia tiene su propia dinámica para funcionar en la sociedad, su concepción implica distintos aspectos, por ello es considerada un núcleo natural, económico y/o jurídico. ⁽⁶⁹⁾ Cada familia es única y cada uno de sus miembros son distintos, en idiosincracia y sentimientos; pero existen siempre problemas comunes que se presentan y donde entra a tallar la capacidad de la familia para resolverlos, atender sus necesidades y lograr un equilibrio entre el trabajo y sus responsabilidades; algunos de estos problemas son la pobreza y la violencia intrafamiliar. ⁽⁶⁹⁾ Para una familia enfrentar o asumir la maternidad en un adolescente es vista como un fin de dicha etapa e inicio del rol como un “adulto”. además, que se ve afectado de una manera u otra el proyecto de vida, los estudios y el propio desarrollo; ya sea físico y psicológico del adolescente. Las familias tienden a tener una concepción ordenada y ya establecida de cómo debería ser desarrollada la etapa del adolescente; es decir el tiempo y/o el momento en el que sería más apropiado conseguir un embarazo, casarse, formar una familia, culminar los estudios etc. Y si estos tiempos se ven alterados, se genera sentimientos de enojo, decepción, indignación o hasta culpa en los miembros de la familia, especialmente en los padres.

“[...]... Todos, mi familia se molestarón conmigo y me dijeron de todo porque como aun soy chibola para estar embarazada y así...[.]” (Entrevista 4)

“[...]... mi mamá pues de alguna manera ella se amargo pues, me gritó me dijo que como te has embarazado tan adolescente; porque no terminaste tus estudios, hubieses pensado mejor, que esto no es fácil, que ahora has estancado tu vida, te has truncado, ya no vas a poder seguir... [.]” (Entrevista 8)

“[...]... al inicio mi mamá estaba muy molesta porque me había adelantado decía ella, que todavía no era momento para que me embarazara y que estaba mal lo que hice, pues y si estaba muy molesta... []” (Entrevista 17)

Existieron casos en los que la relación entre hija (adolescente) y madre, padre o padrastro se caracterizaron por ser conflictivas y con escasa o nula comunicación.

“[...]...con mi padre no teníamos comunicación. Como yo le cuento a usted, yo le decía ibas a verme solo cuando te acordabas de que tenías hija, o sea él vivía acá con su pareja y su hijo y yo vivía en Piura con su mamá, o sea mi abuela pues ¿no? Y mandaba cuando se acordaba o iba cuando se acordaba, así le decía yo porque muy poco iba a verme a Piura, por eso era una relación lejana, a distancia; casi ni sabía nada de él ... []” (Entrevista 2)

“[...]... yo la llamé para decirle que me dé el número de mi papá; porque o sea yo tengo la necesidad de verle y conocerle, porque o sea después de 15 años como qué no le veo pues, mi mamá dijo que vino a verme cuando tenía 2 o 3 años y después ya nunca más por eso yo quería hablar con él; pero él no quiere pues saber nada de mí... []” (Entrevista 8)

“[...]... porque él me golpeaba con mi mamá; por acá por mis piernas tengo bastantes cicatrices abiertas de los golpes que me daban. Cuando tenía 15 años ese día que me metieron a la ducha allí con su mano, yo misma me fui y los denuncié ... []” (Entrevista 11)

Necesidades de salud de las adolescentes

Heller define la necesidad como un deseo consciente, una intención dirigida siempre hacia un objeto y que motiva a su acción. La manera de satisfacer las necesidades naturales es mediante producto histórico; es decir necesitan de la socialización, de la relación entre el hombre y la sociedad. ^(36,70)

Oliveira y Fumie consideran una taxonomía de necesidades de salud, las clasifican en 4 grupos: de buenas condiciones de vida, acceso a tecnologías de salud,

creación de vínculos afectivos entre usuarios y equipos de salud y autonomía. Que permita reconstruir el sentido de la vida de los individuos y esto generaría un significativo cambio en el modo de vida, incluso la lucha por la satisfacción de sus necesidades de la manera más amplia posible. La interpretación de la determinación de un proceso salud-enfermedad nos muestra la importancia de mejorar y/o cambiar las prácticas en salud, para trascender las situaciones biológicas y patológicas. ⁽⁷⁰⁾

En el estudio se evidenció que las adolescentes querían ser escuchadas en el momento que enfrentaron la noticia de su embarazo; ellas no sabían qué hacer o dónde acudir, qué decisión tomar, tenían la necesidad de ser bien tratadas durante la atención de salud y sobre todo obtener la información adecuada y necesaria.

“[]... no sé, no hago nada. Solo vengo acá cuando me dicen y ya nada más. O sea, no sé, no entiendo que puedo hacer... []” (Entrevista 4)

“[]... me he sentido un poco sola en mis cosas y como le digo es como que este no se es como estar sin salida o escape, solo debes aguantarte y buscar quizás lo que es menos peor así, es raro quizás no me entiende... []” (Entrevista 11)

“[]...Estoy buscando una solución para salir de todo esto porque no pienso quedarme toda la vida aquí la verdad es que no lo soporto no soporto que mi pareja esté humillando mía gritándome o diciéndome cada cosa... []” (Entrevista 18)

La práctica de los profesionales de salud

Hablar de la labor que desempeñan los profesionales de la salud y el impacto que cada una de sus actitudes puede generar en los usuarios y/o pacientes son inmensurables; ya que cada acción negativa afecta de distinta manera e intensidad al usuario. Es común escuchar que un paciente ya no quiere retornar a una institución de salud porque el trato no fue el “adecuado” o simplemente sus necesidades y/o expectativas no fueron lo suficientemente satisfechas. Aquí entra a tallar de manera holística la atención de salud desde que un usuario y/o paciente

ingresa a la institución y es recibido por el personal de salud hasta el tiempo que permanece hospitalizado y finalmente logra salir de la institución; cada uno de los momentos en los que el paciente y/o usuario interactúa con el personal es fundamental para promover la conciencia de la importancia de una atención de salud adecuada y con el personal indicado y de esta manera evitar que las personas que necesitan una atención de salud no dejen de solicitarla o la soliciten en lugares no idóneos.

En el presente estudio de las 18 participantes, 7 manifestaron que el trato que recibieron durante una atención de salud no fue el mejor y más adecuado para ellas, ya sea durante el embarazo o una experiencia previa relacionada con el mismo. De las 7 participantes que manifestaron lo mencionado, 5 de ellas mencionan que el trato fue inadecuado por parte de distinto personal de salud; pero que fue durante el actual embarazo; ya sea en la primera consulta o durante el proceso de conseguir un seguro de salud y en otros casos en el trato directo durante la estadia de hospitalización en la institución.

“[]... mi patrón me llevó al otro hospital no querían atenderme por el seguro que no me tocaba, no sé qué, y yo me sentía muy mal de todo lo que tenía, pues y entonces mi patrón no se que hizo que al final después de 4 horas creo les dio la gana de atenderme y me trajeron para acá, la atención es mala, los doctores no tienen sensibilidad, no les importa si estas muriéndote ... []” (Entrevista 5)

“[]...atención es pésima, te tratan muy mal la verdad, con mi embarazo anterior que tuve y lo perdí estuve hospitalizada allí y de verdad todos te tratan mal, no tienen paciencia, te gritan, son insensibles, es horrible; por eso cuando salí de ese hospital dije ya nunca más voy a volver aquí... []” (Entrevista 10)

“[]... cuando entré al consultorio el doctor no bueno era una doctora y yo sea como yo era nueva no conocía si le preguntaba algunas cosas Y era como que bien déspota para responderte y era como que estaba apurada y no quería que le preguntaras nada ni siquiera te informaba... []” (Entrevista 16)

CATEGORÍAS EMPÍRICAS

Las categorías que a medida del análisis de los resultados se han identificado como parte de las respuestas de las participantes, tenemos:

Actitud positiva frente a la vida y/o embarazo

Cuando pensamos en los términos embarazo no planificado y más aun durante la etapa de la adolescencia nuestra mente viaja hacia aquello que podría tornarse negativo para el/la adolescente, pensamos en múltiples efectos como deserción escolar, pobreza, familias disfuncionales, violencia, etc. una serie de consecuencias que lógicamente son reales; pero, ¿alguna vez se piensa en la actitud de la adolescente frente a su embarazo no planificado?, no todo es negativo según el presente estudio hay adolescentes que toman una actitud asertiva para desarrollar un embarazo más saludable, en búsqueda de mejora en su calidad de vida. Se evidencian sentimientos positivos generados a partir del embarazo; por ejemplo, el sentimiento de superación, la fuerza de voluntad para seguir adelante, las ganas de tener mejores condiciones de vida, la valoración de la vida, la decisión de superar problemas previos al embarazo por el futuro recién nacido y su bienestar. De las 18 participantes entrevistadas, 13 manifestaron ver la vida de una mejor manera, la necesidad de querer ser mejores a partir del proceso de gestación y mostraron seguridad y decisión frente a los planes que tienen para después del embarazo y su vida.

*“[]...desde que me enteré que estaba embarazada para mí fue una alegría mmm... no fue un embarazo planificado; pero mi pareja y yo nos alegramos cuando nos enteramos o sea cuando dijo estás embarazada de parte de él saltó de alegría y se emocionó y de parte mía como éste recuperar una vida que antes quise haber tenido y ya había perdido...[]”
(Entrevista 9)*

“[]... ya fui superándolo pue, pero eso si nunca tuve ganas de morir ni nada de eso, jamás ya no tenía esa depresión grande de antes, ahora era diferente, quizá si, aún tengo la depresión, pero la puedo controlar y es menos... []” (Entrevista 13)

“[]... trato de hacer las cosas bien en el sentido de que debo cuidarme alimentarme bien, ir a mis controles y hacer las cosas bien para evitar problemas más adelante o cometer errores que me traigan consecuencias feas que son negativas que no quiera para mi vida, este también trato de seguir los consejos de las personas que me atienden en el hospital los doctores , las enfermeras y todos en verdad siempre trato de ver las cosas bien y pensarlas antes de hacer por mi bien por el bien de mi familia de mi hijo y como le digo que cambió mi forma de pensar ahora veo las cosas diferentes... []” (Entrevista 14)

La violencia antes de la adolescencia (construcción de la violencia)

La violencia es un proceso que se construye y que con el pasar del tiempo se hace más severa, crónica y difícil de recuperarse de ella. Muchos de los daños son irreparables; sobre todo los causados por la violencia psicológica; cuando la violencia avanza en el tiempo y va tornándose más severa puede acabar en una de las consecuencias menos esperadas y que en la actualidad viene siendo común, la muerte de la víctima. El agresor se encarga de construir en la familia un ambiente de violencia donde las víctimas tienden a callar o acostumbrarse durante años a esta situación, sin notar los estragos que van causándoles, los problemas de salud generados y el estigma de repetir la misma historia.

En el estudio realizado 17 participantes manifestaron haber sido víctimas de violencia durante la infancia (previo al embarazo); solo una manifestó que la violencia apareció a partir del embarazo. Por tanto es importante hacer énfasis que no es el embarazo quien genera la violencia; sino que este puede exacerbarla, porque esta situación ya ha existido desde la infancia de la adolescente. En algunas situaciones la violencia es entre los padres y no va directamente dirigida hacia la adolescente; pero los daños que este evento deja también involucran a la participante. Es importante mirar más allá de la violencia que esta vivenciando la adolescente actualmente; sino que este tiene un transcurso, una violencia que

viene de mucho tiempo atrás y que conlleva muchas veces al adolescente a ser víctima de conductas de riesgo que pueden culminar en embarazo precoz. Se evidenció que la violencia que venía siendo desarrollada desde la infancia fue realizada, por la madre/padre principalmente, seguido del padrastro y/o hermanos.

*“[]... Antes era feo porque hubo un tiempo donde peleaban bastante porque mi papá estaba con otra pues y peor cuando iba a tener un hijo con esa mujer, mi mamá le reclamaba y le gritaba diciéndole cosas... []”
(Entrevista 7)*

“[]... ella también me golpeaba, con mi papá me tiraba con el látigo los dos han sido iguales desde que yo recuerdo, mientras más crecía y crecía más me golpeaban, me encerraban, solo salía para ir al colegio; mi mamá me botó de mi casa porque yo estaba con él, me dijo que me largara, jamás me escuchó o me apoyó; toda mi vida fue así golpes y golpes a mi hermana también, peor más le pegaban a ella; por eso yo les denuncié, por eso quería irme de mi casa. Porque mi mamá ni siquiera decir que me defendía o hacía algo, ella era igual que mi papá” ... [] (Entrevista 11)

“[]... recibí violencia de parte de mi papá porque era fuerte o sea lo peor que fue creo que mi papá me golpeaba con el palo hasta que me cayera el suelo y en el suelo me golpeaba y me golpeaba, mi papá me pateaba, todos los golpes que puedan haber en verdad, mi mamá este me pisó el cuello con su zapato, o sea mi papá me pateaba hasta en el piso era realmente fuerte” ...[] (Entrevista 13)

Autoviolencia en la adolescente

La organización mundial de la salud considera dentro de la clasificación de la violencia, la violencia dirigida hacia uno mismo, la cual se puede manifestar como intentos de suicidio y/o autolesiones. Como en repetitivas veces se lee, la violencia genera daños psíquicos y/o emocionales en la víctima; apareciendo así sentimientos negativos hacia ella misma o hacia la vida. Muchas veces en el peor de los casos no encontrándole sentido a la vida y por tanto intentando quitársela o y en otras situaciones infligirse daños físicos a sí mismas, en dichos casos las

adolescentes en este estudio tienden a manifestar que es una forma de “desahogarse”. El impacto del daño generado por la violencia durante un largo tiempo es distinto en cada persona, este daño le afecta de manera individualizada, dependiendo de cada uno. Si este evento se experimenta desde la infancia las consecuencias tienden a ser más devastadoras. 3 participantes reconocieron haber intentado quitarse la vida en más de 1 oportunidad o lastimarse para desahogar el dolor que sentían. De las 3 participantes solo 1 mencionó no intentar suicidarse más y que tenía un mejor modo de ver la vida por el embarazo.

“[...] me sentía muy deprimida muy triste lloraba de la nada y al médico que me vio, dijo que era mejor que me quedara hospitalizada un tiempo para que me pusiera tratamiento y todo eso me pasara; porque yo me había intentado suicidar 3 veces ya y era como que ya mucho ¿no? y estaba muy deprimida” ... [] (Entrevista 13)

“[...] cortarme era como desfogar una ira, un ratito me dolía, pero veía que me pasaba y ya calmaba ya todo, así me desfogaba de los problemas en mi casa” ... [] (Entrevista 9)

“[...] en ese momento fue que estallé, intente matarme quería morir quería solamente desaparecer y no pasar por lo que estaba pasando ¿no?. luego cuando pasó lo del embarazo me volví a sentir igual desesperada agobiada, no sabía qué hacer me tomé una gaseosa con un poco de veneno para ratas” ... [] (Entrevista 18)

La gestante adolescente y la familia uniparental

En la actualidad el divorcio no es un tema difícil de escuchar o poco común de experimentar para un número determinado de familias. La separación de los progenitores; ya sea por acuerdo mutuo, por abandono de uno de ellos o simplemente desidia, afecta de cualquier forma al infante y/o adolescente. Escuchar que el sueño de un niño es que sus padres siempre estén juntos es bastante sonado; al suceder este evento de separación y/o abandono tiende a crearse un vacío; ya que cada progenitor cumple roles específicos y distintos para con los hijos; si bien es cierto también comparten roles; pero el menor o la menor tiene la

necesidad de compartir un tiempo eficaz y de calidad con cada uno de ellos. En distintas situaciones este vacío y/o falta de uno o de ambos progenitores conduce al adolescente a la toma de decisiones inadecuadas, a inclinarse por conductas de riesgo que finalmente puedan terminar en un embarazo precoz no planificado. De las 18 adolescentes, 9 de ellas eran de familias monoparentales,⁷ manifestaron abandono paterno, de las cuales en 1 caso la adolescente desconocía a su padre; y en otro caso, (1) el abandono fue por parte de la madre.

“[...] mi papá no le conozco señorita, mi mamá me dijo que nunca quiso que yo naciera y le dijo a mi mamá que me abortara y mi mamá no quiso pues y por eso le dijo a ella y se fue, nunca más dice que le vio; o si creo una vez, así que yo no le conozco ... []” (Entrevista 13)

“[...] mi abuelo paterno estaba sentado en su casa leyendo periódico y que mi abuela materna y mi mamá me tiraron así por sus piernas, me tiraron así y que le dijo “dile a tu hijo que sepa ser hombre” y que sepa criar hijos y que se fueron nada más, pero dice que de por si mi mamá dijo que no me quería tener, eso me dijo también cuando una vez la vi... []” (Entrevista 2)

“[...]no recuerdo mucho de mi papá cuando yo era bebé, siempre mi papá ha sido una persona bien alejada de nosotros, como decía mi mamá despreocupado por si nos pasaba algo... []” (Entrevista 2)

La violencia ejercida por la pareja

El ministerio de salud del Perú asevera que la violencia basada en género es una forma de discriminación que no permite que las mujeres disfruten plenamente de sus derechos en comparación con el varón.⁽²⁴⁾

La violencia basada en género es una evidencia de la desigualdad del género; que coloca a las mujeres en orden inferior respecto a los varones, la minimiza generando una diferencia en derechos y responsabilidades entre ellos. En el presente estudio de las 18 participantes, 17 fueron víctimas de violencia por parte de su pareja, quien fue el común agresor previo y durante el embarazo.

“[]...después de todo lo que me dijo me puse a llorar y trataba de decirle que yo tampoco es que quería tenerlo, pero este, ya estaba hecho pues ¿no? Y o sea, ya yo no podía hacer nada y me decía que era muy irresponsable, que solo quería llenarme de hijos y este, así pues, este como se llama decía cosas feas... []” (Entrevista 5)

“[]...él a veces me manda a comprar y yo no quiero ir, no voy y entonces me grita para que yo vaya porque el quiere comer algo o cualquier cosa, así. También a veces cuando llega de trabajar se le antoja comer a las 10 de la noche y quiere que me ponga a cocinar y si no lo hago me grita diciendo, te he dicho esto que esto no se que otra cosa así que hazlo... []” (Entrevista 5)

“[]...las veces que me trato mal; me refiero a que o sea cuando no me hablaba y se hizo de la vista gorda y jamás se preocupó de nada del embarazo, de su hijo; pero la vez que fue más feo el trato fue cuando me lo encontré en la universidad y él empezó a gritarme y me empujó contra la pared, su forma de hablarme y de mirarme fue con mucho odio o rencor... []” (Entrevista 10)

Violencia ejercida por personas ajenas a la familia

La violencia intrafamiliar es aquella forma de violencia que se da entre los miembros de la familia; pero qué sucede cuando la violencia la ejercen los familiares de la pareja, vecinos, amigos, etc. Este tipo de violencia no está incluida dentro de la violencia intrafamiliar; sin embargo, en el presente estudio se evidenció situaciones de violencia generadas por la familia propiamente dicha y por terceras personas, encabezando la lista, son los familiares de la pareja y aquí cabe señalar que los agresores más comunes fueron los suegros, cuñadas, tíos, etc. También se evidenció violencia generada por amistades de la víctima, en 1 de los casos y vecinos en menor proporción. Se evidenció un caso en el que la violencia fue realizada por los familiares de la expareja de una de las participantes, previo al embarazo actual, actualmente la participante cursaba el segundo embarazo. En

todos los casos la violencia ejercida por personas ajenas a la familia fue consecuencia del embarazo de la adolescente.

“[]...era difícil ignorar todos los malos tratos, el que te miren mal, te insulten, se roben tus cosas, las tiren, no te dejen entrar al baño, no te dejen entrar a la cocina, o tomar un vaso de agua, nada absolutamente nada eso, era chocante, horrible lo que hacían sus hermanas... []”
(Entrevista 13)

“[]...estaba bailando con un amigo y que después abrí mis ojos y eran las 4 de la mañana y yo ya no estaba en la fiesta, estaba en su casa de él, en su cama dormida y me asusté mucho pero él se apareció y me dijo que me había traído porque me había sentido mal y que habíamos tenido relaciones porque yo quería, yo empecé a gritar así por el miedo... []”
(Entrevista 12)

“[]...yo perdí el bebé por causa de su familia y de él también, porque él lo permitió y estuve en la selva encerrada más o menos una semana y pues. mi pareja bueno mi expareja me dijo que me habían dado pastillas en la comida para abortarlo; su mamá, su su papá, su tío no sé bien Quiénes eran, pero eran varias personas, varias, pero ya pues me quedé ahí encerrada una semana y sólo me daban la comida así tirada como a un perro. Y me habían dejado agua así, pero era como que en ese momento estaba en una pesadilla... []” (Entrevista 9)

Embarazo transgeneracional

En el estudio resultó notorio los antecedentes de embarazo precoz en la madre de la participante. De las 18 adolescentes, 16 manifestaron que su progenitora tuvo su primer embarazo durante la adolescencia, de las cuales 8 fueron víctimas de violencia durante su embarazo; además que 5 participantes manifestaron que no sabían como había sido la experiencia del embarazo de su progenitora y 5 manifestaron que su progenitora tuvo una experiencia saludable en el embarazo; es decir, sin violencia. Cabe agregar que en 8 casos la participante se embarazó menor a la edad en que su progenitora lo hizo; 5 participantes superaron esta edad

y 3 se embarazarón a la misma edad que su progenitora. Por ello podemos decir que la mayoría de las adolescentes cargan con la historia de un embarazo precoz que vivió su progenitora; además más de la mitad de las progenitoras experimentaron vivencias de violencia durante su gestación y esto es importante porque ello genera que ellas tiendan a tener conductas similares de violencia con sus hijas debido al embarazo precoz que ahora sus hijas están experimentando.

“[...]...mi mamá se embarazó a los 14 años, mi mamá me contó que cuando salió embarazada la pasó muy mal porque mi papá le pegaba y hasta la quiso obligar a abortar y le fue muy traumático para ella siempre nos decía eso, que mi papá había sido muy malo con ella... [.]” (*Entrevista 18*)

“[...]...antes de mí tuvo un embarazo, pero no sé, de mí sí a los 18 años; mi mamá dice que mi abuela la botó de la casa con todo y su ropa, todo, eso fue ya cuando se embarazó de mí... [.]” (*Entrevista 16*)

“[...]...a los 15 años se embarazó de mi hermano mayor y de mí a los 18 años; ella nos dijo que fue muy triste cuando se embarazó por que mis abuelos la quisieron hacer abortar; como mi abuela era partera; ella la quiso hacer abortar haciendo no sé qué unos movimientos, dice que la amarraron allí todo un día pero ella se logró escapar con mi papá y se vinieron a vivir a un cuarto, en la casa de su papás de él, mi papá ya era mayor como 10 años creo y entonces dice que en esa casa la trataban muy mal; dice que su suegra era mala, la maltrataba...[.]” (*Entrevista 6*)

4. DISCUSIÓN

Al observar la tabla 1 obtenida a partir del primer instrumento aplicado, tenemos que hacer una mirada en primera instancia al estado civil, 10 adolescentes manifestaron ser convivientes y 8 solteras y ninguna manifestó tener planes de contraer matrimonio, lo cual difiere con Salazar y col. ⁽⁷¹⁾ quien obtuvo como resultados que, de 15 madres adolescentes, el 60% de ellas eran solteras, sólo el 20%, es decir tres mujeres anteriormente solteras, contrajeron matrimonio religioso. Además, en ese estudio concluyen que el nivel socioeconómico está relacionado con el estado civil, predomina ser soltera en un nivel socio económico bajo a diferencia de uno alto que destaca una unión matrimonial. En nuestro estudio probablemente la concepción que la adolescente tiene sobre el matrimonio influya en la decisión sobre casarse y esta decisión está supeditada a la cultura, familia, idiosincrasia, etc. Se observó el grado de instrucción de las adolescentes, de los cuales predomina la secundaria o superior incompleta y en algunos casos se evidencia que las adolescentes no estudiaban, mas solo laboraban por falta de acceso económico a los estudios superiores, lo cual es un problema común en la diferencia de estratos sociales. En el ítem inicio de controles prenatales, se observó que de las 18 participantes la gran mayoría (12) iniciaron motivadas por ellas mismas, parientes y/o pareja durante el primer trimestre sus controles, esto indica la importancia y la conciencia que ellas tienen respecto a ello; estos resultados coinciden con lo encontrado por Atienzo y col. ⁽⁷²⁾ quienes encontraron que las adolescentes gestantes tienden a iniciar controles prenatales durante el primer trimestre del embarazo a diferencia de las adultas. El estilo de vida, en cuanto a la alimentación se puede ver reflejado en el índice de masa corporal (IMC), donde 11 participantes se encuentran fuera del rango normal de IMC, teniendo sobrepeso y obesidad; difiere con Zapata y col. ⁽⁷³⁾ quienes encontraron que un 33,7% de las gestantes adolescentes tienen deslgaidez, 52% se encuentran en rango normal y con sobrepeso u obesidad 14,3%. El IMC promedio en el grupo de gestantes menores de 15 años es un 23,9 kg/m², mientras que para el grupo de mayores de 15 años fue 25,3 kg/m².

Es repetitivo observar que la adolescente permanezca en casa de sus padres y además la pareja se una a la convivencia o que la adolescente se mude a la casa

de los familiares de la pareja; este tipo de situación puede generar que aparezcan o se exacerben situaciones de violencia contra la gestante o ¿podrían brindarse situaciones que fortalezcan la salud de la adolescente?

Cuatro de las adolescentes laboraban en trabajos informales sin beneficios lo que contribuye a continuar en un nivel económico bajo, sin goce de derechos laborales. Lo más resaltante de la tabla 1 es que solo 9 participantes identificaron o son concientes de ser actualmente o haber sido víctimas de violencia, pero en la entrevista se evidenció que todas experimentaron algún episodio de violencia en su vida; pero ¿por qué ellas no logran identificar ello? ¿Acaso ellas consideran las situaciones de violencia como situaciones habituales? Y si ellas no logran identificarse como víctimas, ¿acaso será posible que hagan algo para erradicar la violencia de sus vidas? Denunciar, por ejemplo, buscar ayuda. He aquí la cuestión ¿qué sucede con las adolescentes?

Categorías analíticas y empíricas

Actitud positiva frente a la vida y al embarazo

Durante el proceso del embarazo se han manifestado en más de la mitad de las entrevistadas una actitud que contribuye a ver la vida de manera optimista frente al embarazo; seguido de seguridad y decisión en los planes a futuro que tienen en mente, ellas aceptaron de manera responsable y saludable la venida de un nuevo ser a pesar de las múltiples limitaciones que puedan presentar y la edad en la que se encuentran. El embarazo a muchas de las participantes las ayudó a ver de distinta manera su forma de vivir y enfrentar los conflictos en el ámbito familiar y social; el futuro recién nacido es considerado una motivación para ellas para poder lograr sus metas, seguir con su proyecto de vida antes planteado y mejorar las condiciones de vida en las que se desenvuelven actualmente; ellas lograron asumir su maternidad de manera responsable; estos resultados discrepan con los resultados del estudio de Amar y col.⁽⁷⁴⁾ quien concluye que las adolescentes embarazadas presentan puntuación promedio a baja frente a la autoaceptación, que se debe al proceso de construcción de su identidad, satisfacción a sus padres y pares, ser aceptadas físicamente y su embarazo; la adolescente se ve obligada a asumir todos los problemas que el embarazo le genera y esta misma situación acrecienta su ansiedad e inseguridad, esto se traduciría según Amar y col. que de

una u otra forma la adolescente rechaza el embarazo y al mismo tiempo lo acepta en algunos casos. Por otro lado, los resultados encontrados en nuestro estudio coinciden con Trujillo ⁽⁷⁵⁾ que en su estudio concluye que la adolescente tiende a incrementar su autoestima durante el embarazo, la afectividad, decargar afecto hacia el nuevo ser la ayudan a valorarse como un individuo capaz de amar y entregarse; también el valor de poseer algo, que de alguna manera consideran completamente suyo ayuda a incrementar su valor como persona.

La violencia desde antes de la adolescencia

17 relatos de las participantes manifiestan que ellas son víctimas del evento violencia mucho antes del proceso del embarazo, desde la infancia, una violencia ejercida por los padres, padrasto y en breves números por los hermanos mayores y no necesariamente son violencias ejercidas directamente hacia la adolescente sino que algunos son eventos solo presenciados por la participante siendo testigo de violencia entre sus padres, por ejemplo, y casos donde la violencia si ha sido dirigida directamente hacia la menor. La violencia más destacada es la psicológica seguida de la física, presentada en las 17 manifestaciones de las participantes. Generalmente se evidencia que este evento de violencia esta justificado por “la desobediencia del menor”; es decir que el o los agresores intentan controlar las actitudes de la víctima con el objetivo de extinguir conductas “inadecuadas” a lo que comunmente se escucha llamar “castigo”. Algunas de las adolescentes justificaban este evento mencionando que a veces se lo merecían porque ellas se lo buscaban o simplemente no hacían caso a sus padres, hermanos mayores o padrasto. Sin embargo, Diaz y col. ⁽⁷⁶⁾ Encontró que la violencia más frecuente sufrida por los niños y adolescentes era la física, seguida de la psicológica y que la manifestacion más frecuente era “el golpe con las manos” mientras que los gritos, amenazas e insultos predominaron en la violencia de tipo psicológica. Por otro lado, en un estudio de Martinez y col. ⁽⁷⁷⁾ mostró un predominio de la violencia Psicológica a comparacion de la física, siendo las manifestaciones más comunes las amenazas y la coaccion para suprimir conductas “inadecuadas en los menores”. El presente estudio discrepa con Diaz y col. ⁽⁷⁶⁾ al mostrar que la violencia más frecuente en los menores es la de tipo física; pero concuerda con que los gritos, las amenazas y los insultos son las formas más frecuentes de manifestar la violencia psicológica. En el

caso de Martínez y col. ⁽⁷⁷⁾ Encontramos el mismo resultado respecto al tipo de violencia ejercida que predomina en los menores, la psicológica.

Uno de los factores de riesgo que conlleva a un adolescente hacia un embarazo planificado es la violencia intrafamiliar, la búsqueda de mejores opciones y el querer sentirse mejor no necesariamente buscando un embarazo; sino que tomando decisiones erróneas y conductas de riesgo que finalmente pueden terminar en un embarazo precoz no planificado. En el estudio de la UNICEF ⁽⁷⁸⁾ concluyen que la adolescente imaginariamente cree que la mejor solución y/o escape a los maltratos del hogar es el embarazo, es entonces la violencia el factor que incide que las adolescentes se embaracen, creyendo que pueden tener una mejor vida, erradicando la violencia, sin pensar que esta puede agravarse.

Autoviolencia en la adolescente

Las participantes que manifestaron autolesionarse aseveraban que era una forma de “desahogarse” o de solucionar parte de la tristeza, enojo, odio y/o culpa que sentían por vivenciar los conflictos que existen en su entorno familiar. La necesidad de que ese evento de violencia culmine de raíz o simplemente la necesidad de placer y bienestar que es transportado hacia una autolesión en donde el dolor causado por esta es erróneamente llamado “desahogo”. La violencia durante cualquier etapa de la vida genera estragos en la víctima, pero el impacto y la gravedad de estos estragos depende de la edad, personalidad, emociones, etc de cada una de las personas. Si la violencia es infligida hacia infantes y adolescentes es muy probable que existan daños en el desarrollo de la personalidad de los mismos. Acorde con Imanza y col. ⁽⁷⁹⁾ las conductas violentas que sufre un adolescente en el ámbito familiar lo dañan, afectando su autoestima y emociones; todo ello puede generar que el adolescente presente conductas agresivas con terceras personas o que tenga una conducta autodestructiva; las adolescentes presentan comportamientos autolesivos como consecuencia del maltrato que reciben en el hogar y es la manera como pueden ellas sentir un alivio emocional. Los pensamientos y actitudes suicidas también fueron manifestadas en algunas de las participantes siendo está una actitud a consecuencia de “ya no poder soportar” lo vivido, la culpa, tristeza, odio, etc. Como concluye Ibarra y col ⁽⁸⁰⁾ los pensamientos suicidas están presentes en los adolescentes con mayor frecuencia

en las mujeres a diferencia de los varones siendo los principales factores la depresión y la violencia intrafamiliar.

La violencia ejercida por la pareja

La mayoría de las participantes fueron víctimas de violencia por parte de su pareja o expareja; siendo la violencia psicológica la manifestación más destacada seguida de violencia económica, física y sexual. Existen casos en los que la pareja violentó a la participante previo al embarazo; pero en la mayoría de los casos la violencia apareció a raíz de la noticia sobre el embarazo; la negación hacia el mismo, la desidia, evasión de la responsabilidad paterna y falta de apoyo. Hubo casos en los que la pareja asumió el rol, pero violenta física y psicológicamente a la adolescente durante la convivencia. Como se muestra en el estudio de Villaseñor y col. ⁽³⁸⁾ La pareja es el principal agresor durante la gestación, ejerciendo violencia física, psicológica, sexual, abandono y violencia por omisión de derechos; en segundo lugar, los miembros de la familia y la comunidad; además afirman que la violencia generalmente está ligada al género, “tiene que ver con el hecho de ser mujer” y al ámbito rural, donde el “hombre por naturaleza violenta a la mujer”.

En el estudio se evidenció que la violencia ejercida por parte de la pareja es de manifestación principalmente psicológica y abandono; siendo común en 6 casos que el progenitor huyó de su responsabilidad. Monterrosa ⁽³⁷⁾ encontró que el mayor número de casos de violencia en gestantes adolescentes son ejercidos por la pareja, una de cada dos adolescentes señaló a la pareja como el agresor; además cabe mencionar que se identificó que las mujeres tienden a justificar la violencia por parte de la pareja; ya que ellas mismas la provocan con sus propias faltas, como no respetar, refutar las leyes, no preparar buena comida, no cumplir con el cuidado de la casa o incluso salir sin permiso, etc. Estos resultados discrepan de el presente estudio debido a que de las 16 participantes víctimas de violencia por parte de la pareja, solo 2 mostraron una actitud sumisa frente a este evento, justificando la violencia; mientras que los 14 restantes reconocieron el daño causado y son conscientes de este evento y los sentimientos negativos que este genera en ellas, no justifican la violencia. Esto es importante porque muchas veces la actitud sumisa de la víctima tiende a tergiversar la situación de violencia como algo “adecuado”, “lo que merecen” y por lo tanto no denuncian, no identifican con precisión las manifestaciones de violencia, todo ello genera que las cifras porcentuales sobre la

violencia en las gestantes adolescentes se vean alteradas o simplemente no sean tan reales y tiendan quizás a mermarse; pero no porque realmente este evento este disminuyendo; sino porque no todos los casos son reportados.

Violencia ejercida por personas ajenas a la familia

Las manifestaciones de violencia evidenciadas en el estudio fueron generadas por diversos agresores, pero debemos destacar que existieron agresores que fueron ajenos a la familia de la participante; esto escapa de la definición de “violencia intrafamiliar” ya que este evento no es ejercido por algún miembro de la familia o personas que cumplan el rol parental, aun sin vínculos consanguíneos. ^(47,49) Entre los agresores que destacan son los familiares del progenitor, padres, tíos, hermanos de la pareja. Además, violencia ejercida por amistades y vecinos de la participante; la manifestación más común de violencia es la de tipo psicológico, el rechazo y discriminación de la participante por el hecho de estar gestando, las críticas, humillaciones, insultos. Se debe añadir que se evidenció violencia física y sexual.

Sin embargo, se sabe de otro tipo de violencia, la denominada “violencia doméstica”, la cual a diferencia de la violencia intrafamiliar si incluiría personas ajenas a la familia; pero que vivan en el hogar y además restringe el espacio físico; solo se considera dentro de la casa; Por lo tanto las vivencias de violencia de las adolescentes por parte de personas ajenas a su familia no podrías ser clasificadas dentro de la conceptualización de violencia doméstica; porque no todos los agresores residen en el mismo espacio físico. ⁽⁵⁰⁾

Por otro lado, la violencia de género la cual es caracterizada por ejercerla como una forma de “discriminación” dirigida hacia la mujer, por el simple hecho de ser tal, esta conceptualización del tipo de violencia abarca mucho más que el ámbito familiar, trasciende más allá de ello e incluiría la violencia familiar. ⁽²⁴⁾ En esta conceptualización si pudiera ser incluída la violencia ejercida por personas ajenas a la familia de la participante.

Embarazo transgeneracional

En el estudio se encontró que, de las 18 participantes, 16 manifestaron que su progenitora también tuvo su primer embarazo durante la adolescencia y además que 8 de ellas fueron víctimas de violencia durante este periodo. El estudio discrepa

con Samano y col. ⁽¹⁵⁾ quien encontró que las mujeres jóvenes que tuvieron una hermana que tuvo un parto en la adolescencia y aquellas que tuvieron una hermana y una madre que tuvieron un parto en esta etapa tuvieron mayores probabilidades de presentar un embarazo precoz, que las mujeres jóvenes que no tenían antecedentes familiares de partos durante la adolescencia; sin embargo las mujeres jóvenes que tuvieron solo una madre que había tenido un parto en la adolescencia tuvieron un riesgo significativamente menor de embarazo y las mujeres jóvenes, que tenían una hermana que fue madre en la adolescencia, tenían más de cuatro veces más probabilidades de experimentar un embarazo en la adolescencia que aquellas que solo tenían una madre que había sido una madre adolescente. Por otro lado, en el estudio de Archanjo et al ⁽⁸¹⁾ resultó que Las hijas de madres adolescentes tuvieron una mayor probabilidad de embarazarse en la adolescencia que las hijas de madres mayores; Además, concluye que una sociedad con un cambio socioeconómico, con una mejor calidad de la educación, es decir en mejores condiciones de vida contribuye a la reducción del número de embarazos durante la adolescencia. En otro estudio de Samano y col. ⁽¹⁶⁾ se encontró significativo que el historial familiar de tener un embarazo durante la adolescencia en la mayoría de los casos son un predictor para que este mismo evento vuelva repetirse; por lo tanto el embarazo durante la adolescencia en las últimas generaciones es mucho más frecuente si la madre se embarazó por primera vez en esta etapa y si el entorno socio económico y familiar no mejora o se caracteriza por mejores condiciones de vida.

Identificar nuevas categorías para estudiar durante el embarazo en la adolescencia y su relación con la vivencia de violencia que puede experimentar o no la adolescente, es de vital importancia para identificar fortalezas y debilidades que permitan mermar estragos generados por este fenómeno social y con mayor énfasis prevenir este evento; ¿cómo llegar a prevenir un evento que no es del todo conocido?, ¿las implicancias que tiene? y ¿desde cuándo se inicia?, ¿cómo es que va haciéndose parte de las vida de una mujer? ¿quiénes deberían encargarse de ver el transfondo de este problema social en cada una de las madres adolescentes? ¿quiénes deberían identificarlo y prevenir estragos severos o en la mejor de las situaciones evitar que se desarrolle este problema? Cuando una mujer se embaraza debe asumir nuevos roles de vida junto con el progenitor del futuro recién

nacido, las múltiples situaciones que tiene que enfrentar pueden contribuir de manera negativa y/o positiva en el proceso del embarazo. Estos nuevos roles se hacen complicados cuando se le suma encontrarse en la etapa de adolescencia y además tener que experimentar el problema de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones, ya sea generada por el embarazo propiamente dicho o desde tiempo atrás o que simplemente no esté dirigida hacia la adolescente directamente; sino que, ella sea testigo de estas experiencias en el hogar, por ejemplo, entre sus padres. La mujer necesita enfrentar este tipo de situaciones, tomar decisiones asertivas, ser orientada y empapada de información adecuada respecto a las vivencias de este problema social y sobre su mismo embarazo durante esta etapa tan crítica de la adolescencia. Además, debe conocer las posibilidades y oportunidades que ella tiene para cambiar sus condiciones de vida y no quedarse sumergida en esa vivencia donde es víctima y hasta en algunos casos perpetuar esta violencia de generación tras generación.

El primer contacto con la gestante adolescente es el profesional obstetra quien en distintas oportunidades realiza las denominadas visitas domiciliarias (en el primer nivel de atención), una oportunidad imprescindible para identificar gestantes víctimas de violencia, pero lo que queremos es que la identificación de la víctima sea de manera individualizada; ya que cada individuo percibe de manera distinta la vivencia. Empezar por una ficha a aplicar solo para gestantes adolescentes y que dicha ficha este diferenciada, de acuerdo a la clasificación del periodo de la adolescencia; como lo clasifica la OMS, la adolescencia temprana (10-13 años) adolescencia intermedia (14-16 años) y adolescencia tardía (17-19 años); ya que las características de las adolescentes son distintas en cada uno de estos grupos de edades; el profesional debe encargarse de identificar ¿cuál es la percepción que tiene la adolescente respecto a su embarazo?, ¿qué actitudes desarrolló la adolescente en beneficio y/o perjuicio del proceso de gestación? con el objetivo de fortalecer las actitudes, pensamientos y sentimientos positivos que la adolescente presenta y trabajar de manera concienzuda respecto a aquello negativo que el embarazo generó; el estudio mostró una serie de actitudes positivas a raíz del proceso del embarazo, las cuales muchas veces no son fortalecidas por la familia, pero el profesional puede fortalecer. Lógicamente los sentimientos, actitudes y/o pensamientos que la adolescente presente van a estar influenciados por una serie de situaciones que experimente en su familia y comunidad, desde ahí partir; ¿por

qué una adolescente tiene ideas suicidas? ¿porqué presenta autolesiones? ¿Los sentimientos de culpa, decepción, enojo, odio, ira estan relacionados con una violencia recién iniciada o que se inició desde la infancia?; ¿en qué situación la adolescente se embarazó? y aquí es necesario identificar el deseo del embarazo, en el estudio se evidenció que todas las adolescentes negaron haber deseado el embarazo, pero ¿qué las condujo hasta este evento no planificado? Necesitamos conocer el transfondo de la experiencia.

No solo se quiere identificar si la adolescente es víctima de violencia o no y qué tipo de violencia es la más frecuente, queremos ir más allá; ¿cómo empezó este evento?, ¿quién ejerce la violencia? y encontrar respuesta a esta pregunta que es importante para trabajar en conjunto y establecer relaciones interpersonales saludables; ya sabemos que la violencia tambien es generada por personas ajenas a la familia, trabajar con aquellas no debe ser una limitación, identificarlas y concientizarlas de los estragos que una actitud violenta puede generar en la adolescente y el futuro recién nacido. Se necesita hacer visitas domiciliarias con herramientas que nos permitan trabajar más allá de solo identificar si la adolescente es víctima o no; se quiere actuar desde antes de agravarse la violencia o en el mejor de los casos impedir que el problema detone.

Otro de los puntos importantes es familiarizarse con las madres de las adolescentes que se embarazaron por primera vez durante la adolescencia; en el estudio hemos evidenciado que a excepción de 2 participantes, la historia de embarazo precoz no planificado se ha repetido; desde esa perspectiva observar a las familias que se formaron durante el periodo de la adolescencia y que actualmente tienen hijas en esta etapa e ir más allá de solo trabajar cuando la adolescente ya tiene un embarazo no planificado; sino que prevenirlo.

Se quiere proponer que el profesional debe seguir un instrumento que permita tratar con las adolescentes de acuerdo con el grupo de clasificación, antes mencionado según la edad. Tener una conversación personalizada con una adolescente de 10 años no es lo mismo que dialogar con una de 19; la perspectiva de vida, la construcción de identidad, la madurez, etc varían de manera significativa; además que este instrumento debe ser diferenciado en el caso de que, si existe, existió o no embarazo.

Una de las principales necesidades que se identificó durante los relatos fue que la adolescente al conocer la noticia de su embarazo no supo dónde acudir o pedir orientación mientras enfrentaban las difíciles situaciones en su hogar e incluso en el hogar de su pareja. Muchas de las adolescentes manifestaron la necesidad de ser escuchadas. De las 18 entrevistadas solo 1 manifestó buscar ayuda y apoyo en el puesto de salud, específicamente con el profesional obstetra, sintiendo mejoría y calma frente a toda la vivencia de tener que afrontar la noticia del embarazo; entonces, ¿por qué las adolescentes no consideran la idea de buscar al profesional con quién tuvo contacto por primera vez en su consulta prenatal o en la detección del embarazo? Quizás porque hace falta la promoción de la salud en la población entre 10 y 19 años para que identifiquen que si existe alguien quien puede brindarles apoyo. Se necesita difundir la relación que puede estrecharse entre los adolescentes y el profesional de salud. Realizar promociones con información a los adolescentes que no solo este limitada a conocimientos; sino que afianzar los lazos interpersonales entre profesional-adolescente creando un clima de confianza entre sí, que permita indagar más allá de solo ver si la adolescente es víctima o no de violencia; sino que observar el transcurso, el proceso de desarrollo de este evento; pues lógicamente es sabido que hablar de situaciones que involucran la privacidad del paciente y/o usuario es realmente difícil y ellas tienden a omitir información relevante respecto a sus vivencias.

No se necesita solo hacer las preguntas básicas para identificar si existe violencia o no y de qué tipo y usar un instrumento donde solo se tenga que marcar una respuesta positiva o negativa, se requiere que el profesional aplique instrumentos que estudien la realidad de la adolescente desde antes de embarazarse, su entorno familiar y comunitario, brindarle información óptima, pero no monótona ni estándar para todas; sino que brindar el mismo mensaje desde distintas perspectivas y no conformarse con brindar la información sino que interactuar con preguntas de ambas partes. Por ello para todo lo mencionado se necesita afianzar la relación profesional de salud-adolescente.

5. CONCLUSIONES

- La violencia de manifestación psicológica estuvo presente en 17 de las 18 adolescentes entrevistadas, seguida de la física, económica, sexual e institucional; el principal agresor fue la pareja o expareja de la participante, seguida de los padres. Existieron también otros agresores ajenos a la familia, como los familiares del progenitor, vecinos y amistades; estos agresores aparecieron o se convirtieron en tales a raíz de la noticia del embarazo, sus actitudes fueron únicas y exclusivamente al rechazo de distintas formas del embarazo.
- De los relatos de violencia intrafamiliar se evidenció que del total de las participantes, 13 participantes mostraron una actitud optimista frente al embarazo y asumieron la maternidad de manera responsable; teniendo metas claras y ganas de superación y mejora de su calidad de vida; las cuales atribuyen como motivación a su hijo.
- Se evidenció que la reacción de la familia frente a la noticia del embarazo fue negativa en 16 casos; las cuales manifestaron distintas formas de reaccionar, practicando violencia en sus distintas manifestaciones.
- 16 madres de las adolescentes también experimentaron un embarazo durante su adolescencia, Además, en 8 casos la historia de violencia de la progenitora de la participante es nuevamente repetida con ella.
- Una de las principales necesidades que se identificó en las adolescentes fue el de ser escuchadas por un personal capacitado y de confianza en el momento en el que tuvieron que enfrentar la actitud de sus familias frente a la noticia del embarazo precoz no planificado e incluso frente al caso de ser víctimas de violencia por sus propios padres, manifestaron la necesidad de conocer a un profesional que pudiera orientarlas y apoyarlas respecto a ello.

6. RECOMENDACIONES

- Afianzar la relación entre profesional de salud-adolescente desde el primer contacto; para que ellas consideren buscar apoyo, información y orientación adecuada cuando lo necesiten.
- Mejorar el tamizaje de violencia en el primer control prenatal, con instrumentos que identifiquen eventos de violencia antes y durante el embarazo; que identifique desde cuándo se está desarrollando la violencia y quién o quiénes son los agresores.
- Realizar visitas domiciliarias personalizadas de seguimiento a las víctimas identificadas o probables víctimas para estrechar la relación con ellas y sus familias y actuar en conjunto con quienes rodean a la gestante adolescente.
- Realizar consejería individualizada de acuerdo a la clasificación de la adolescencia según la Organización Mundial de la Salud (adolescencia temprana, intermedia y tardía) transmitiendo información de manera didáctica e interactiva con un lenguaje diferenciado.
- Establecer consultorio horario de consejería durante todo el día en la institución de salud y atender a las necesidades de la adolescente de recibir información adecuada por profesionales indicados de manera oportuna.
- Realizar estudios que permitan conocer cómo evoluciona la violencia a través del tiempo y cómo esta conlleva a un embarazo no planificado en la adolescencia; además de cómo se transforma este evento durante y después del embarazo; si agrava o merma consecuencias de la violencia.
- Realizar estudios que nos permitan conocer las actitudes optimistas que un embarazo precoz puede generar en la adolescente.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Unidad de Análisis de Situación de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Perú 2017. [Acceso el 6 de noviembre de 2018].
2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de salud. Número de muertes maternas Perú 2000-2018. [Acceso el 6 de noviembre de 2018]. Disponible en:
3. Instituto Nacional De estadística e informática (INEI). Resultados definitivos de los censos nacionales 2017. Perú, octubre 2018. [Acceso el 6 de noviembre de 2018].
4. Organización Panamericana de la Salud. Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017 [Acceso el 12 de mayo de 2018]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2018/SE02/mmaterna.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática, encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) nacional y departamental. Informe estadístico Perú 2017. [Acceso el 6 de marzo de 2018]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
6. Ministerio de Educación. Escala, estadística de la calidad educativa. Distribución de la población con edades 13-19 que ha dejado de estudiar por razón de deserción 2011-2015. Perú. [Acceso el 10 de noviembre de 2018].
7. Sapkota D, Baird K, Saito A, Debra A. Interventions for domestic violence among women in low- and middle-income countries: a systematic review protocol pregnant. [intervalos para la violencia física em mujeres de países de bajos y medianos ingresos]. Biomed central 2017; (6): 254. [Acceso el 10 de noviembre de 2017]. Diponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5727941/>
8. Louise M. Howard, Sian Oram, Helen Galley, Kylee Trevillion, Gene Feder. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. [Violencia doméstica y trastornos mentales perinatales: una

- revisión sistemática y un metanálisis]. Plos medicine. London 2013; (10). [Acceso 11 de noviembre de 2017] Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001452>
9. Moreno C, Guedes A, Knerr W. Organización mundial de la salud. Organización Panamericana de la salud. Violencia inflinjada por la pareja, informe Washington 2013. [Acceso el 6 de diciembre de 2017] Diponible en:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf
 10. Matos S. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Un modelo multivariado para las diferencias regionales en la violencia contra las mujeres. Perú, 2014. [Acceso el 6 de diciembre de 2017]
 11. Organización mundial de la salud. Salud para los adolescentes del mundo, una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra, Suiza 2014. [Acceso el 15 de noviembre de 2018] disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 12. Organización mundial de la salud, Organización Panamericana de la salud, UNFPA, Unicef. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América latina y el caribe. Estados Unidos 2016. [Acceso el 6 de diciembre de 2017] disponible en: [https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP(1).pdf)
 13. Santelli JS, Song X, Garbers S, Sharma V, Viner RM. Global trends in adolescent fertility, 1990 -2012, in relation to national wealth, income inequalities, and educational expenditures. J Adolesc Health 2017; 60: 161-8. [Acceso el 15 de noviembre de 2018].
 14. Rosales J, Irigoyen A. Embarazo en adolescentes: problema de salud publica y prioridad para el médico familiar. Science direct. Mexico 2013. [Acceso el 12 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-embarazo-adolescentes-problema-salud-publica-S140588711630102X>
 15. Sámano R, Martínez H, Robichaux D, Rodríguez A, Sánchez B, Hoyuela M, et al. Family context and individual situation of teens before, during and after pregnancy in Mexico City. [Contexto familiar y situación individual de las

- adolescentes antes, durante y después del embarazo en la Ciudad de México]. BMC pregnancy and children. Mexico 2017. 17: 382. [Acceso el 15 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5689201/>
16. Mazuera R, Trejos A, Reyes L. Percepción del embarazo adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia. Rev. Salud Pública. 2017 19 (6): 733-738. [Acceso el 15 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n6/0124-0064-rsap-19-06-733.pdf>
 17. Binstock G. Maternidad adolescente en Argentina: Factores asociados en contextos sociales vulnerables. Trabajo para ser considerado a la VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Foz de Iguacu. Argentina 2016. [Acceso el 15 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://abep.org.br/xxencontro/files/paper/47-161.pdf>
 18. Candelario M. Aproximaciones en torno a la violencia generada en contra de adolescentes embarazadas. Universidad simón Bolívar-Barranquilla, Colombia 2013. [artículo en internet] Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/justicia/article/viewFile/123/121>
 19. Alhusen J, Ray E, Phyllis Sharps, Linda Bullock. Intimate Partner Violence during Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. Journal of women's health, 2015. 24 (1). [citado el 15 de septiembre del 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4361157/>
 20. Organización mundial de la salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Suiza 2013 [Acceso el 6 de diciembre de 2017]
 21. Organización mundial de la salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Ginebra, Suiza 2012. [Acceso el 15 de diciembre de 2017]
 22. Healthier S, Casey E, Carlson J, Edleson J, Tolman J. Primary Prevention Is? A Global Perspective on How Organizations Engaging Men in Preventing Gender-Based Violence Conceptualize and Operationalize their Work. [La

- prevención primaria es? Una perspectiva global sobre cómo las organizaciones que involucran a los hombres en la prevención de la violencia de género conceptualizan y operan su trabajo] Sage journals. 2015. 22(2): 249–268. [Acceso el 15 de diciembre de 2017] disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801215601247?journalCode=vawa>
23. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre la prevención de la violencia. Suiza 2014. [citado en 10 de noviembre del 2017]
 24. Ministerio de Salud. Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género 2007. de atención de la mujer. Perú 2007 [citado el 10 de enero del 2018].
 25. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables (MINPE). Violencia basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y acciones del estado. 2016. [citado el 28 de enero del 2018].
 26. Lagarde M. “El género” La perspectiva de género, en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. España, 1996. 13-38. Lectura. [internet] [citado en 10 de noviembre del 2017] disponible en: http://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf
 27. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México. 1996. compiladora Lamas Marta. México. 1996. [internet] [citado en 10 de noviembre del 2017] disponible en: https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos_economicos_sociales_culturales_genero/El%20Genero%20Una%20Categor%C3%ADa%20Util%20para%20el%20An%C3%A1lisis%20Hist%C3%B3rico.pdf
 28. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables (MINP). Programa nacional contra la violencia familiar y sexual. Perú 2009- 2015 [internet] [citado el 28 de enero del 2017].
 29. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables (MINP). Plan nacional contra la violencia de género. Perú 2016 – 2021. [internet] [citado el 25 de

- enero del 2018].
30. Judith R, Bindu S, Stavola B, Dube A, Chihana A, Price A, et al. Early school failure predicts teenage pregnancy and marriage: A large populationbased cohort study in northern Malawi. [El fracaso escolar temprano predice el embarazo y el matrimonio en la adolescencia: un gran estudio de cohorte poblacional en el norte de Malawi] *Rev. Plos one* 2018 13(5). [citado el 25 de enero del 2018]. Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0196041>
 31. Rosenberg M, Pettifor A, Miller W, Thirumurthy H, Emch M, Afolabi S, et al. Relationship between school dropout and teen pregnancy among rural South African young wome. [Relación entre el abandono escolar y el embarazo en la adolescencia entre las mujeres jóvenes rurales de Sudáfrica]. *International Journal of epidemiology*. 2015; 44(3): 928–936. [citado el 25 de enero del 2018]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521125/>
 32. Rich J. Teen pregnancy is not a public health crisis in the United States. It is time we made it one. [El embarazo adolescente no es una crisis de salud pública en los Estados Unidos. Es hora de que lo hagamos uno] *International Journal of Epidemiology*. USA 2002. 31 (3-1) 1 555–556. [citado el 25 de enero del 2018].
 33. Nóbrega M. La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. *Rev. Psicología*. Perú 2009. 27 (1). [citado el 19 de noviembre del 2018].
 34. Buitrón, A. Asociación Peruana de Salud Mental para la Mujer. Identidad y maternidad. Estereotipos de género, maternidad adolescente y barreras ante la planificación familiar. Lima 2003 [citado el 5 de noviembre del 2018].
 35. Ministerio de educación (Minedu). Ley de reinserción escolar 29600. Diario “el peruano”. Lima Perú 2010. [citado el 20 de octubre del 2018].
 36. Heller A. Una revisión de la teoría de las necesidades. [libro] traducido por Ángel Rivero. Editorial Paidós, Barcelona 1996. [citado el 5 de noviembre del 2018].
 37. Monterrosa A; Arteta C, Ulloque L. Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de

- expresión. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Colombia 2017; 30; 34- 46. [citado el 29 de noviembre del 2018] disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1805/180549475003.pdf>
38. Villaseñor M, Laureano J, Mejía M, Valadez Isabel, Márquez J, González A. Mujeres violentadas durante el embarazo y el parto: experiencias de parteras en Jalisco, México. *Revista de Salud Pública*. 2014 32(2): 9-16. [citado el 5 de noviembre del 2017].
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12030433002>
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0015.pdf>
39. Salcedo D. Estudio de violencia doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma unidade básica na zona leste de São Paulo: Bases para intervención. [estudio de violencia domestica contra adolescentes embarazadas atendidas em uma unidad básica de la zona este de São Paulo; bases para la intervencion]. Relatório Final. Programa novos docentes. Curso de obstetrícia. Universidade de São Paulo. 2015.
40. Mejía C, Delgado M, Mostto F, Torres R, Verastegui A, Cardenas M, Almanza C. Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima. *Revista chilena obstetricia y ginecología*. 2018; 83(1) [citado el 5 de septiembre del 2018].
41. Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Yancachajlla M, Lam-Figueroa N, Chacón H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista Med. Exp. Salud Pública*. Perú 2013. 30 (3):379-85. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300002
42. Organización mundial de la salud. Violencia. Ginebra 2012 [internet] [citado el 25 de septiembre del 2018]. Disponible en:
<https://www.who.int/topics/violence/es/>
43. Blair E. Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. *Política y Cultura*. 2009; 32, 9 [citado el 19 de noviembre del 2018]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018877422009000200002&script>

- =sci_arttext
44. Unesco. pensar la violencia, perspectivas filosóficas, históricas, psicológicas y sociológicas. Revista internacional de ciencias sociales. Catalunya 1992; 63 (1). [citado el 19 de noviembre del 2018]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0009/000915/091531so.pdf>
 45. Organización panamericana de la salud (OPS). Organización mundial de la salud (OMS). Informe mundial sobre violencia y salud. [internet] [citado el 16 de octubre del 2017] Washington 2002. Disponible: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
 46. Díaz E, Aguilar J. Violencia intrafamiliar: frecuencia y características en ambientes urbano rural. Gaceta Medica. Mexico 2003. 139 (4). [citado el 25 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4834>
 47. Sheck G, Santos M, Lacharite C, Nunes M. Professionals and interfamily violence against children and adolescent: in between legal and conceptual precepts. [Profesionales y violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes: entre preceptos legales y conceptuales]. Journal of school of nursing USP. Brasil 2016. 50 (5). [citado el 25 de septiembre del 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s008062342016000500779
 48. Mota R, Gomes N, Estrela F, Silvia M, Santana J, Campos L. Prevalence and factors associated with experience of intrafamiliar violence by teenagers in school. Rev. Brasileira de enfermagem. Brasil 2018 ;71(3):1022-9. [citado el 25 de septiembre del 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s003471672018000301022&script=sci_abstract
 49. Ignes M, Gomes S. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. [citado el 25 de septiembre del 2018]. Disponible en: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/2artigo.pdf>
 50. Ruiz J. Violencia intrafamiliar. Centro para el estudio y prevención de la delincuencia. Colombia 2016. [citado el 25 de septiembre del 2018].

- Disponible en: <http://crimina.es/crimipedia/wp-content/uploads/2016/10/Violencia-intrafamiliar.-Juan-Ruiz-Varea.pdf>
51. Morabes S. Ciclo de la violencia en la asistencia psicológica a víctimas de violencia de género. I jornadas de género y diversidad sexual: políticas públicas e inclusión en las democracias contemporáneas. Universidad nacional de La Plata. Argentina 2014. [citado el 25 de septiembre del 2018].
Disponible en: <http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/morabes.pdf>
 52. Ministerio de salud, Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Oficina de epidemiología y salud ambiental. Analisis de la situacion de los servicios hospitalários (ASISHO-INMP). Perú 2017
 53. Aroca C, Lorenzo M, Miró C. La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. Revista Scielo Anales.Psicología. 2014, (30):1. . [citado el 12 de enero del 2018].
 54. Arbach L, Alvarez E. Evaluacion de la violència psicológica en la pareja el ambito forense. [informe de internet] revista Ambit social y criminalogyc. Estudios jurídicos. Ayuda a la investigacion de catalunya 2008. Disponible en: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/91051/SC-3-158-09_cas.pdf
 55. Organización mundial de la salud (OMS). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres.2013 [citado el 7 de enero del 2018] disponible en: http://apps.who.in./iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf
 56. Bodelón E. Violencia institucional y violencia de género. Universidad Autónoma de Barcelona. Grupo de investigación Antígona. Anales de la Cátedra Francisco Suárez. 2014 (48), 131-155. [citado el 7 de octubre del 2018]
 57. Tinoco M. Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México. Conamed, Mexico 2016. (21), 1. [citado el 7 de noviembre del 2018] disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161f.pdf>
 58. Córdova O. La violencia económica y/o patrimonial contra las mujeres en el ámbito familiar. Revista del Instituto de la Familia.2017; 6. [citado el 7 de

- noviembre de 2017] Disponible en: file:///C:/Users/user/Downloads/468-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1238-1-10-20180207.pdf
59. Alamada A, Corral C, Navarrete A. La violencia económica como una forma de violencia intrafamiliar en el Estado de Sonora. *Revista de Investigación Académica sin Frontera*. Mexico 2016;(24). [citado el 7 de noviembre de 2017]
60. Organización mundial de la salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. *Desarrollo de la adolescencia*. [internet] [citado el 7 de noviembre de 2017] Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
61. Pereira N, Freyre N, Jacob A, Coelho M. Comprender la violencia doméstica a partir de las categorías género y generación. *Acta paul enferm*. 2007, 20 (4) [citado el 7 de noviembre de 2017]
62. Fonseca R. *Mulheres e enfermagem: uma construção generificada do saber*. [Mujeres y enfermería: una construcción de conocimiento de género] [Libro de Docencia] Brasil Sao Paulo: Escuela de enfermería de la Universidad de Sao Paulo; 1996. [citado el 7 de noviembre de 2017]
63. Arias Samuel. Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2017; 35(2): 186-196. [citado el 24 de enero del 2018]
64. Mejía J. El muestreo en la investigación cualitativa. [citado el 24 de enero del 2018]
disponible en:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/6851/6062>
65. Peñarrieta I. *Introducción a la investigación cualitativa*. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Editorial ETM. 2005. [libro] [citado el 14 de noviembre del 2018]
66. Bardin L. *A análise de conteúdo*. [un análisis del contenido] (3ª ed.). Lisboa: Ediciones 70; 2013.
67. Betacourth S, Ceron J. Adolescentes creando su proyecto de vida profesional desde el modelo DPC. *Revista virtual universidad católica del norte*. Mexico 2017; 50 (21-41). [citado el 24 de enero del 2018]

68. Mendoza W, Subiria G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicaciones para las políticas públicas. *Rev. Peruana Med. Exp. Salud. Perú* 2013; 30 (3). [citado el 22 de noviembre del 2018] disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a17v30n3.pdf>
69. Oliva E, Villa V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, ISSN. Mexico 2014; 10 (11,20). [citado el 22 de noviembre del 2018]
70. Yoshikawa E. Las necesidades en salud en la perspectiva de la atención básica. Sao Paulo 2009. Dedone editorial. [libro] disponible en: [citado el 22 de noviembre del 2018]
71. Salazar A, Acosta M, Lozano N, Quintero M. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia. *Rev. Bioetica*, julio 2008. (12) [citado el 2 de diciembre del 2018]
72. Atienzo E, Suárez L, Meneses M, Campero L. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. *Med. Hered. Lima* 2016; (27). [citado el 2 de octubre del 2018]
73. Zapata N, Restrepo S. Factores asociados con el índice de masa corporal materno en un grupo de gestantes adolescentes, Medellín, Colombia. *Rev. Cad. Saúde Pública*. 2013, 29(5):921-934. [citado el 10 de diciembre del 2018] disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/10.pdf>
74. Amar J, Hernandez B. Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras. *Psicología desde el Caribe*. Colombia 2005; 15 (1-17). [citado el 29 de noviembre del 2018]
75. Trujillo M. El embarazo precoz: no querido pero deseado. *Revista de ciencias sociales y humanas*. Ecuador 2013; 18 (103-131). [citado el 29 de noviembre del 2018]
76. Díaz M, Durán A, Chávez E, Valdés Y, a su caracterización y recomendaciones a la política social. La Habana: Grupo de Estudios sobre Familia. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente; 2015. [citado el 29 de noviembre del 2018] disponible en: <http://www.cips.cu/wp-content/uploads/2013/02/3-Familia.pdf>

77. Martinez B, Lopez A, Lopez T, Diaz A, Teseiro M. Violencia intrafamiliar y trastornos psicológicos en niños y adolescentes del area de salud de Versalles, Matanzas. *Revista medica Electrón.*2015; 37 (3) [citado el 29 de noviembre del 2018]
78. Unicef. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Informe final 2014) [citado el 29 de noviembre del 2018]
79. Imanza S. pensamientos que experimentan las adolescentes al vivir violencia intrafamiliar. *Jóvenes en la ciencia, revista de investigación científica.* Mexico 2017; 3 (2) perdo deseado. *Revista de ciencias sociales y humanas.* Ecuador 2013; 18 (103-131). [citado el 29 de noviembre del 2018]
80. Ibarra, A., Siu, K., Hernández, R., Muñoz, V. Pensamiento Suicida en Adolescentes. 2013; 1 (10) [citado el 29 de noviembre del 2018]
81. Archanjo A, Cunha V, Pires A, Moura A, Faria C, Souza V, et al. Childbearing in adolescence: intergenerational déjà-vu? Evidence from a Brazilian birth cohort. [la maternidad en la adolescencia: intergeneracional ¿deja vu? Evidencia e una cohorte de nacimientos brasileña] *Biomed central.* 2013. 13; 149. [citado el 29 de noviembre del 2018]

8. ANEXOS

Asentimiento informado para la participante (I)

Estudio: VIVENCIAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. LIMA, 2018

Responsable	Asesores
Stefany Anai Valencia Valladares	Dr. Oscar Munares García
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú)
	Dra. Dora Barrientos Salcedo
	Universidad de Sao Paulo (Brasil)

Descripción. Estimada participante, le agradecemos por el tiempo que nos ofrecerá para así poder realizar la presente investigación. La cual pretende averiguar un evento conocido como “VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”; por lo que pretendemos hacerle algunas preguntas referidas al tema, las cuales serán de carácter confidencial, solamente la investigadora sabrá las respuestas,

Riesgos. La presente investigación no pretenderá obtener nada más que la información que usted quiera revelar; por lo que consideramos no tiene algún riesgo.

Beneficios. La presente investigación, brindará a los participantes información y orientación referente a episodios de violencia intrafamiliar.

Pago a los participantes. La presente investigación, no contempla pago alguno por su participación.

Confidencialidad. Se garantizará que la información recolectada será de forma confidencial. La información obtenida se utilizará únicamente para fines de investigación.

Información adicional. Cualquier duda que tenga por su participación en esta investigación, comuníquese con la Srta.: Stefany Anai Valencia Valladares al correo: valenciastefany24@gmail.com

Por la presente indico que he leído el presente documento de consentimiento informado, he podido aclarar mis dudas y doy autorización para participar en el estudio.

_____	_____	_____
Apellidos y Nombres del participante	Firma	Fecha
_____	_____	
Apellidos y nombres de la investigadora	Firma	

Consentimiento libre y esclarecido para los padres o apoderados (II)

La menor (adolescente) que está bajo su responsabilidad legal, será invitada a participar como voluntaria de un estudio titulado: VIVENCIAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. LIMA, 2018.

Responsable

Stefany Anai Valencia Valladares
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Asesores:

Dr. Oscar Munares García
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
(Perú)
Dra. Dora Barrientos Salcedo
Universidad de Sao Paulo (Brasil)

Esta investigación consiste en un formulario con 27 ítems y en una entrevista de 09 preguntas. La participación de su hija consistirá en responder a las preguntas con respuestas de opción múltiple y a la entrevista de preguntas abiertas, después de su permiso y autorización. Se llevará a cabo de una manera ética durante una visita domiciliaria, respetando las condiciones de disponibilidad y de salud, incluyendo el aspecto emocional. Todo lo que se habla durante nuestras conversaciones será guardado en secreto profesional. Tenga presente que, al participar, usted podrá expresar sus percepciones.

La participación de la menor en este estudio es totalmente voluntaria. Le informamos que ella no recibirá ningún dinero por participar. Si su hija se niega a participar o desea retirarse en cualquier momento, incluso sin ninguna razón podrá hacerlo sin ningún inconveniente. Si está de acuerdo en participar, la información proporcionada se mantendrá estrictamente confidencial.

Este Consentimiento Informado consta de 2 dos vías, una estará con usted y la otra será para la investigadora.

Puede ponerse en contacto conmigo, Stefany Anai Valencia Valladares, para cualquier duda y/o pregunta sobre la investigación, el número de teléfono es 994945175 o al correo: valenciastefany24@gmail.com

Su contribución será importante para nuestro trabajo con los adolescentes que requieren algún tipo de atención prioritaria por ser una edad muy vulnerable; también nos ayudará a tener una comprensión más amplia de lo que es esencial en términos de sus necesidades de salud.

Atentamente,

Stefany Anai Valencia Valladares (responsable)




Declaración del responsable:

Yo declaro que, después de haber sido dilucidado en la investigación, con claridad, y haber comprendido lo que se explicó, estoy de acuerdo que la menor, _____, participe en el presente estudio, después de que haya firmado el consentimiento y su aceptación voluntaria.

Nombre y firma del responsable

Fecha: __ / __

Autorización del Comité de Ética del Instituto Nacional Materno Perinatal (III)

 PERU	Ministerio de Salud	Instituto Nacional Materno Perinatal	"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"
H.T. 18-6288-1			
Lima, 10 de mayo de 2018 <u>CARTA Nº 066-2018-DG-Nº 016-OEAIDE/INMP</u>			
Alumna STEFANY ANAI VALENCIA VALLADARES Investigadora Principal Presente			
Asunto: <u>Aprobación de Proyecto de Investigación</u> <u>Descriptivo, Prospectivo</u>			
De nuestra consideración:			
<p><i>Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez manifestarle que el proyecto de investigación titulado: "VIVENCIAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. LIMA 2018", cuyo tipo de estudio Descriptivo, Prospectivo; ha sido aprobado por el Comité de Evaluación Metodológico y Estadística en la Investigación y el Comité de Ética en Investigación de nuestra institución, cuya vigencia es hasta el 03 de MAYO de 2019.</i></p>			
<p><i>En consecuencia, por tener características de ser autofinanciado, se autoriza la ejecución del mencionado proyecto, quedando bajo responsabilidad de la investigadora principal.</i></p>			
<p><i>Sin otro particular, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima.</i></p>			
Atentamente,			
MINISTERIO DE SALUD Instituto Nacional Materno Perinatal			
 M.C. Emilio Guevara Rios C.M.P. N° 19758 - R.N.E. N° 8746 DIRECTOR DE INSTITUTO			
 C. CARRANZA ✓ DEOG ✓ DEN	✓ DEEMSC ✓ OEAIDE	✓ UFI ✓ Archivo	www.iemp.gob.pe E-mail: direcciongeneral@iemp.gob.pe
			Jr. Antonio Miroquesada 941, Lima - PERU Telefax: (511) 328-0998

Formulario para caracterización de la producción y reproducción social en las adolescentes embarazadas (IV)

Instrumento adaptado del "Estudio da violencia doméstica contra adolescentes grávidas atendidas en una Unidad Básica da Zona este de São Paulo" (Salcedo-Barrientos, 2015)

Fecha: ____/____/____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ HC: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Tiempo que vive en la residencia: _____

Teléfono (fijo y celular): _____

Raza/color: () blanca () marrón () negra () amarilla () mestizo
Escolaridad: () no alfabetizado () primaria () secundaria () superior Observaciones.: _____ _____
Estado civil actual: () soltera () casada () viuda () divorciada () Otro: _____
Con quien vive actualmente: _____
Estructura de la familia: Personas menores de 15 años: _____ Personas mayores de 15 años: _____

<p><u>Acceso a los servicios básicos:</u> () agua () luz () alcantarilla () Colecta de basura en su calle</p> <p>Tratamiento del agua en domicilio: () filtración () hierva () cloruro () no hay tratamiento</p> <p>Abastecimiento del agua: () red publica () naciente () otros: _____</p> <p>Destino de heces y orina: () sistema de alcantarilla () fosa () alcantarilla abierta</p> <p><u>Aspectos residenciales</u></p> <p>Propiedad del domicilio: () vivienda propia () vivienda ajena () invadida/Ocupada () alquilada () donada () otro () no lo sabe</p> <p>Ventilación Natural: () adecuada (si todos los ambientes lo son). () ventilados, iluminados y secos por el informante? () inadecuada (si una o mas ambientes no lo son). () no ha observado</p> <p>Iluminación Natural: () adecuada (todos los ambientes) () ventilado, iluminado y seco () inadecuado (si un o más ambientes no lo son). () no ha observado</p> <p>Presencia de hongos: () no existe () existe ocasionalmente () existe constantemente () no ha observado</p> <p>Material que cubre el piso: () alfombra () cerámica/ piedra () madera aprovechada () cemento () tierra () otros _____</p> <p>Material de la habitación: () albañilería c/ acabado () albañilería s/ acabado () madera () material aprovechado</p>

Cómodos: Total: _____ Sirviendo como habitación: _____

Baño (s): privado: _____ colectivo: _____

Riesgos al cual las personas de la casa se sienten expuestas:

() Deslizamiento de tierra () inundación () violencia () accidente de tránsito

() contaminación [basura, alcantarilla, residuos químicos]

() contacto con vectores [insectos e ratas] () ningún () otros: _____

Aspectos Laborales

¿Usted trabaja? () si () no Ocupación: _____

¿Cuántas horas por día? () 4 a 6 horas () 6 a 8 horas () Más de 8 horas

¿Tiene derecho a todos sus beneficios laborales? () si () no

¿Usted ha sufrido algún accidente laboral en los últimos 12 meses? () si () no

¿Percibe algún tipo de riesgo en este tipo de actividad? () si () no

¿Recibió formación apropiada para esto?

() si Donde: _____ () no

¿Quien más de las personas que viven con usted desempeñan una actividad remunerada?

¿Que actividad ejercen?

¿Recibe alguna ayuda del gobierno? () si () no

¿Cual es el valor que recibe?

¿Cual es el ingreso total familiar?

Médios de transporte que más utiliza: () omnibus () tren () Microbus-Combi () carro () bicicleta

() a pie () otro

Medios de comunicación que más utiliza: periódico () radio () televisión () redes sociales (internet) () otros: _____

¿Participa de grupos comunitarios? () si Mencione: _____ () no

Aspectos de Salud

¿Usted o alguien de su familia posee Seguro de Salud?

() Privado ¿Cual?: _____ () Publico: SIS

En caso de enfermedad, busca: () hospital () farmacia () Centro de Salud () otros: _____

¿Sufre o ya sufrió problemas psicológicos? () si () no ¿Recibió cuidados especiales?

¿Alguna vez tuvo problemas de alimentación? [falta de apetito, problemas con peso, miedo de engordar

() si () no ¿Cuál fue el motivo? _____

Anamnesis gestacional

¿En que trimestre comenzó la atención prenatal?

() 1er trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre

¿Asiste a las consultas de atención prenatal con regularidad?

() Sí () No ¿Cuántas visitas hasta el momento? _____

¿Qué hospital eligió para su parto?

¿Por qué razones?

¿Se siente segura con los profesionales que la atienden en esta maternidad?

¿Usted sabe lo que es un plan de parto, para qué sirve, usted tuvo un plan de parto?

¿Sabe acerca de sus derechos como paciente? ¿Ha oído hablar sobre como son atendidas las mujeres durante el parto? ¿Cuenta con un acompañante para el parto? ¿Quién?

Antecedentes familiares:

() Diabetes () Hipertensión () Embarazos gemelares () malformación () No () otros:

Antecedentes personales

() Infección del tracto urinario () enfermedad (Diabetes)

() Hipertensión () cirugía pélvico-uterina () malformación

() ETS () No () Otros: _____

¿Fuma, consume alcohol u otras drogas?

() Sí No ¿Qué? _____

¿Alguna vez ha fumado, bebió alcohol u otras drogas durante el embarazo?

() Sí No ¿Qué? _____

Menarquia: _____ inicio de relaciones sexuales: _____ años

número de parejas en el último año: _____ Número de embarazos: _____

La edad del primer embarazo: _____ () no aplica

Nº hijos: _____ Nº. abortos: _____

¿Usó o usa algún método anticonceptivo?

() Sí () No ¿Cuál? _____

¿Hubo alguna complicación en el embarazo?

() Sí () No ¿Cuál? _____

¿Tuvo medicación durante el embarazo?

() Sí () No ¿Cuál? _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

¿Ha tenido un episodio de sangrado?

() Sí () No ¿Cuántos? _____

¿Tuvo un episodio de dolor pélvico?

() Sí () No ¿Cuántos? _____

¿Ha tenido un episodio de infección del tracto urinario?

() Sí () No ¿Cuántos? _____

() Edad <14 años () trabajo de parto prematuro () crisis hipertensiva

() Pre-eclampsia () eclampsia (convulsiones) () sangrado en el tercer trimestre

() Placenta previa () No () Otro: _____

Aspectos de la violencia

¿Un miembro de la familia hace uso de alcohol u otras drogas?

() Sí () No ¿Qué miembro y qué tipo? _____

¿Alguien en la familia es agresivo, posesivo, nervioso?

() Sí () No ¿Quién? _____

¿Su pareja es agresivo, posesivo, nervioso?

() Sí () No ¿Quién? _____

¿Alguna vez ha sido testigo de una situación de violencia?

() Sí () No Describa: _____

¿Usted sufre o ha sufrido algún problema psicológico, como depresión o insomnio?

() Si () No Describa: _____

Observaciones Generales:	
Situaciones importantes de ser relatadas	Personales

Horario del inicio: ___ Horario del término: _____ Tiempo total: _____

Guión de entrevista a profundidad (V)

Instrumento adaptado del "Estudio da violencia doméstica contra adolescentes grávidas atendidas en una Unidad Básica da Zona este de São Paulo" (Salcedo-Barrientos, 2015)

1. ¿Cuentame, con detalles, como está siendo tu experiencia en esta gestación?
2. ¿Qué es lo que ha cambiado en tu vida con este embarazo? ¿Podría contarme alguna situación específica?
 - 2.1 Cuentame, ¿cómo te va en el colegio? ¿El embarazo ha hecho que dejes los estudios? ¿Por qué?
 3. ¿Durante la gestación, has percibido que tu pareja, padres, hermanos o algún miembro de la familia ha cambiado su manera de ser contigo? (conductas, actitudes, mirada). Cuentame alguna situación específica.
 - 3.1 Por qué crees que esta persona ha cambiado contigo?
 - 3.2 ¿Si cambió, ¿cómo era su relación antes del embarazo?
 - 3.3 ¿Cómo era su relación con su padre y con su madre en la infancia? ¿Y en la adolescencia, antes del embarazo?
 - 3.4 ¿Cómo era su relación con hermanos y otros familiares (abuelos, tíos ...) antes del embarazo?
 - 3.5 ¿A qué edad tu madre se embarazó de ti? ¿Cómo fue su experiencia en el entorno familiar?
4. Cuéntame un poco, sobre tu vida escolar. ¿Cómo fue la reacción de sus amigos(as) y/o compañeros en la escuela al saber que estabas embarazada? ¿El embarazo te hizo abandonar los estudios? ¿Por qué?
5. ¿Cómo se sintió frente a esta situación vivida? ¿Qué tipo de ayuda recibiste? ¿De quién? ¿De qué forma la ayudaron? ¿Cómo se sintió frente a esta ayuda?
6. Actualmente, ¿Qué es lo que estás haciendo para cambiar esta situación?
7. Frente a esta situación, ¿cuáles fueron las facilidades / dificultades encontradas durante la atención que estas recibiendo en el servicio de salud?
8. Hablando de lo que pasó, ¿que nombre le darías a este acontecimiento?
9. ¿Cuáles son sus planes cuando nazca su bebé? ¿Qué pretende hacer? (Estudiar trabajar, con quién dejará su hijo, con quién vivirá, etc.)? ¿Cómo se ve usted como madre? ¿Y como ves a tu pareja como padre?