

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

**Facultad de Ciencias de la Salud**

Escuela Profesional de Obstetricia

COMPLICACIONES MATERNAS COMO CONSECUENCIA DE LA  
VIOLENCIA FÍSICA EN GESTANTES ADOLESCENTES.  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE. TACNA, 2015

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. Ingrid Valeska Yance Abanto**

Para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**COMPLICACIONES MATERNAS COMO CONSECUENCIA  
DE LA VIOLENCIA FÍSICA EN GESTANTES  
ADOLESCENTES. HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE. TACNA, 2015**

TESIS

Presentada por:

**BACH. INGRID VALESKA YANCE ABANTO**

Para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente jurado:

.....  
**Dra. Iris Paredes Gonzáles**  
Presidente

.....  
**Dra. Olga Choque Chura**  
Miembro

.....  
**Dra. Leandra Lianca Ramos**  
Miembro

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco a Dios por haberme dado la fortaleza y guiado en todos los momentos de mi vida. A la Obst. Carmen Linares por su tiempo y dedicación como asesora de esta tesis.*

## **DEDICATORIA**

*Dedico este trabajo a mi mamá, que me enseñó a no rendirme en situaciones difíciles, sino que me dio los ánimos para seguir adelante, a mi jurado que me apoyo con sus consejos constantes.*

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
CONTENIDO.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	vii
INDICE DE FIGURAS.....	ix
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema .....	4
1.2. Formulación del problema .....	7
1.3. Objetivos	
1.3.1. Objetivo general .....	7
1.3.2. Objetivo específico .....	7
1.4. Hipótesis	
1.4.1. Hipótesis general.....	8
1.4.2. Hipótesis específica.....	8
1.5. Justificación e importancia .....	9

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

<b>2.1.</b>	Antecedentes de la investigación .....	12
<b>2.2.</b>	Base teórica .....	19
	2.2.1. Gestación.....	19
	2.2.2. Violencia Familiar.....	46
<b>2.3.</b>	Definición de términos.....	57

**CAPITULO III**  
**MARCO METODOLOGICO**

<b>3.1.</b>	Diseño de la investigación.....	60
<b>3.2.</b>	Población y ámbito de estudio.....	60
<b>3.3.</b>	Unidad de análisis.....	62
	3.3.1. Unidad de estudio.....	62
	3.3.2. Instrumentos y equipos.....	62
<b>3.4.</b>	Variables de estudio.....	62
	3.4.1. Variable independiente.....	62
	3.4.2. Variable dependiente.....	62
<b>3.5.</b>	Operacionalizacion de variables.....	63
<b>3.6.</b>	Técnicas y métodos de recolección de datos.....	64
	3.6.1. Método.....	64

3.6.2. Técnica.....	64
3.6.3. Aspectos éticos.....	64
3.6.4. Análisis estadístico.....	65

## **CAPÍTULO IV**

RESULTADOS.....	66
DISCUSIÓN.....	87
CONCLUSIÓN.....	92
RECOMENDACIONES.....	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS.....	105

## ÍNDICE DE TABLA

TABLA	1:	DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE EDAD.....	67
TABLA	2:	DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE VIOLENCIA FISICA.....	69
TABLA	3:	DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE PARTO PRETERMINO.....	71
TABLA	4:	DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE ABORTO.....	73
TABLA	5:	DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE MUERTE INTRAUTERINA.....	75

TABLA	6: DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.....	77
TABLA	7: ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: PARTO PRE-TERMINO.....	79
TABLA	8: ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: ABORTO.....	81
TABLA	9: ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: MUERTE INTRAUTERINA.....	83
TABLA	10: ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRA UTERINO.....	85

## ÍNDICE DE GRÁFICO

GRÁFICO 1:	DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE EDAD.....	68
GRÁFICO 2:	DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE VIOLENCIA FISICA.....	70
GRÁFICO 3:	DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE PARTO PRETERMINO... ..	72
GRÁFICO 4:	DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE ABORTO.....	74
GRÁFICO 5:	DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE MUERTE INTRAUTERINA.....	76

GRÁFICO 6:	DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.....	78
GRÁFICO 7:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: PARTO PRE-TERMINO.....	80
GRÁFICO 8:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: ABORTO.....	82
GRÁFICO 9:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: MUERTE INTRAUTERINA.....	84
GRÁFICO 10:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRA UTERINO.....	86

## RESUMEN

El estudio se centró en identificar las complicaciones maternas como consecuencia de la violencia física en gestantes adolescentes en el Hospital Hipólito Únanue. Tacna – 2015. Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal. Con una población total de 183 gestantes y una muestra de 36 de gestantes adolescentes con violencia física, los principales resultados fueron: se estableció que no existe asociación estadística entre las variables gestante adolescente y violencia física. Los hallazgos muestran que no existe asociación entre la amenaza de paro pretermino ( $\chi^2=0,382$  y probabilidad:  $X^2=0,944$ ); aborto espontáneo ( $\chi^2= 6,836$  y probabilidad:  $0,077$ ); muerte intrauterina ( $\chi^2=3,176$  y probabilidad:  $0,365$ ); y retardo del crecimiento intrauterino( $\chi^2=6,248$  y probabilidad: $0,396$ ) con la violencia física en gestante adolescente.

**Palabras clave:** violencia física, gestante adolescente

## **ABSTRACT**

The study focused on identifying maternal complications as a result of physical violence in pregnant adolescents in the Hipolito Unanue Hospital. Tacna - 2015. A retrospective cross-sectional study was conducted. With a total population of 183 pregnant women and a sample of 36 pregnant teenagers with physical violence, the main results were: it was established that there is no statistical association between pregnant adolescent variables and physical violence. The findings show that there is no association between preterm threat of arrest ( $\chi^2 = 0.382$  and probability:  $\chi^2 = 0.944$ ); spontaneous abortion ( $\chi^2 = 6,836$  and probability: 0.077); Intrauterine death ( $\chi^2 = 3,176$  and probability: 0.365); and intrauterine growth retardation ( $\chi^2 = 6,248$  and probability: 0.396) with physical violence in pregnant teen.

**Keywords:** physical violence, teen pregnant

## INTRODUCCIÓN

La violencia familiar, especialmente la ejercida contra la mujer, es reconocida en el Perú como un problema de salud pública y salud mental, además de constituir una violación a los derechos humanos en tanto que atenta contra la integridad física y emocional de las personas. Para las mujeres en muchas partes del mundo, la violencia es una de las principales causas de lesiones y discapacidad y un factor de riesgo de sufrir otros problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva. La violencia tiene consecuencias a largo plazo para estas mujeres y sus hijos, así como costos sociales y económicos para toda la sociedad <sup>1,2</sup>.

El ser madre adolescente es un problema de salud pública. A nivel mundial el embarazo adolescente ha ido en aumento en un 49 por cada 1000 mujeres, de entre 11 y 19 años <sup>3</sup>. La violencia es una de las principales causas de lesiones y discapacidad y un factor de riesgo de sufrir otros problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva. La violencia tiene consecuencias a largo plazo para estas mujeres y sus hijos, así como costos sociales y económicos para toda la sociedad <sup>4,5</sup>.

En el ámbito nacional según muestran las cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13,9 % ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,5 % eran madres y el 3,5 % estaban gestando por primera vez. Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (20,3%) y en la Selva (23,7%); y los menores porcentajes en el área urbana (11,9%) y en Lima Metropolitana (10,6%). Además de esta problemática se le agrega que el 71,5 % de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero en cifras absolutas, la Policía Nacional ha registrado a nivel nacional un total de 87132 denuncias por violencia familiar <sup>6</sup>.

La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de las mujeres y sus recién nacidas <sup>7</sup>.

La presente investigación pretende Determinar las complicaciones maternas como consecuencia de la violencia física en gestantes adolescentes del hospital Hipólito Unanue lo que significa que las complicaciones maternas: parto pre término, aborto espontáneo, muerte intrauterina, y retardo del crecimiento intrauterino se asocia a la violencia

física en gestantes adolescentes. Es por este motivo que se considera oportuno hacer este trabajo de investigación ya que nos permitirá conocer la realidad de nuestra localidad y poder determinar la existencia de algún tipo de relación con algunos de estos factores planteados.

Este trabajo de investigación se enfocará concretamente en el área de la gestante adolescente con violencia física ya que forma parte de la salud en las gestantes. De esta manera se ha podido observar diversas complicaciones relacionados a este problema de violencia.

Finalmente, la presente investigación está dividida en cuatro capítulos: en el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, en el segundo el marco y teórico, que es el que fundamenta el carácter de esta investigación.

En el capítulo tercero se presenta el marco metodológico y, el cuarto está referido a los resultados y discusión de la investigación, finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones vertidas en base al procesamiento de los datos, bibliografía y anexos. Espero que este trabajo sea útil y práctico para beneficio de aquellos que lo lean y sirva como una referencia para otras investigaciones similares.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

#### **1.1. Descripción del problema**

El embarazo en adolescentes es considerado como un problema prioritario en salud, debido a su alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil. En el Perú, los jóvenes constituyen el 22.3% del total de la población, y la tasa de embarazo adolescente es alta. Según el INEI, el 13% de los adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez. Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación.<sup>8</sup>.

En su naturaleza de fenómeno social, y desde una perspectiva de género, el embarazo adolescente representa una situación que posiciona la vida de una mujer en una condición de particular vulnerabilidad en relación a las macro estructuras

sociales de pensamiento: el machismo y los roles estereotipados de género <sup>9,10</sup>. Así, subsumiendo los estados biomédicos (obstétricos), emerge una realidad particularmente importante: la violencia durante el embarazo adolescente. Este fenómeno ha sido definido como un patrón de coerción y control, caracterizado por agresión física, sexual, emocional o su combinación, y amenazas por la pareja actual o por la expareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo <sup>11,12</sup>.

La violencia durante el embarazo, en general y especialmente durante el embarazo adolescente, es un determinante social de la salud. El problema se torna mucho más complejo al comprender que las repercusiones de dicha violencia no se limitarán a la mujer solamente, sino que afectarán también al producto en desarrollo. Las investigaciones en este campo han demostrado asociación entre los niveles de ansiedad materna e indicadores neonatales que hablan de un pobre desarrollo afectivo, en el corto plazo, y una deficiente estructuración cognitiva en el largo plazo, evidenciado mediante un incremento en la incidencia de trastornos de déficit de atención e hiperactividad, de autismo en la niñez, o síndromes depresivos en la adolescencia <sup>13,14</sup>.

La mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de violencia antes y durante el embarazo el grado de violencia fue igual, menor o menos frecuente que antes del embarazo. Los resultados confirman las conclusiones obtenidas tanto en los países en desarrollo como en los industrializados de que el embarazo constituye con frecuencia un estado que protege contra la violencia, aunque esta conclusión no se aplica a todas las culturas<sup>15</sup>.

La relación entre el embarazo y la violencia tiene diferentes facetas: las lesiones físicas y emocionales, la maternidad forzada en caso de abuso sexual; etc. Como consecuencia la gestante violentada presenta un cuadro de estrés que se asocia a depresión con baja autoestima, aislamiento terminando en un suicidio u homicidio.<sup>16</sup>

Se han realizado estudios que demuestran la asociación del tipo de violencia con las complicaciones en el embarazo y el parto. A pesar de tener información al respecto, es importante conocer y determinar estas relaciones en la población adolescente<sup>16</sup>.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son las complicaciones maternas como consecuencia de la violencia física en gestantes adolescentes del hospital Hipólito Unánue de la región Tacna en el 2015?

## **1.3. Objetivos**

### **a. Objetivo general**

Determinar las complicaciones maternas como consecuencia de la violencia física en gestantes adolescentes del hospital Hipólito Unánue de la región Tacna en el 2015.

### **b. Objetivos específicos**

- Identificar si la violencia física en gestantes adolescentes se asocia a la amenaza de parto pre término.
- Identificar si la violencia física en gestantes adolescentes se asocia al aborto espontaneo.
- Identificar si la violencia física en gestantes adolescentes se asocia a la muerte intrauterina.

- Identificar si la violencia física en gestantes adolescentes se asocia al retraso del crecimiento intrauterino

#### **1.4. Hipótesis**

##### **1.4.1. Hipótesis general:**

Las complicaciones maternas se asocian a la violencia física en las gestantes adolescentes.

##### **1.4.2. Hipótesis específica:**

- La violencia física en gestantes adolescentes se asocia a la amenaza de parto pre término.
- La violencia física en gestantes adolescentes se asocia al aborto espontaneo.
- La violencia física en gestantes adolescentes se asocia a la muerte intrauterina.
- La violencia física en gestantes adolescentes se asocia al retraso del crecimiento intrauterino.

### **1.5. Importancia del problema y Justificación de la Investigación**

La violencia contra la gestante es un importante tema de salud y derechos humanos. Tomando como referente la población femenina mundial, por lo menos una de cada cinco mujeres ha sido maltratada física o sexualmente por un hombre o varios hombres en algún momento de su vida. En muchos casos, incluyendo las mujeres embarazadas y las niñas jóvenes, son objeto de ataques graves, sostenidos o repetidos <sup>17</sup>.

El maltrato de la mujer es condenado de hecho en casi todas las sociedades. El encausamiento y la condena de los hombres que golpean o violan a las mujeres o las niñas son poco frecuentes en comparación con el número de agresiones. Por lo tanto, la violencia opera como un medio para mantener y reforzar la subordinación de la mujer <sup>18</sup>.

Entre el 25 % y el 50 % de las mujeres que habían sufrido maltrato físico durante el embarazo había recibido patadas y puñetazos en el abdomen. En todos los entornos estudiados, salvo en uno, entre el 11 % y el 44 % de las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia

declaró haberlo sido durante el embarazo, con la excepción de Japón, donde la cifra se situó en el 8 % <sup>19</sup>.

La violencia basada en el género (VBG) es reconocida como un problema social y de salud pública. Es una manifestación de desigualdad de género implícita a niñas, adolescentes y mujeres, la VBG es de acción prolongada y sostenida y puede llegar a tener consecuencias devastadoras para las víctimas. Las repercusiones se extienden a los niños del hogar, la familia e incluso hasta la comunidad <sup>20</sup>.

Por otro lado, el embarazo es una etapa donde se desarrolla una nueva vida y debiera ser un periodo donde se respetará el bienestar materno fetal, pero esto no se cumple sino por el contrario la violencia puede aparecer, aumentar y prolongarse hasta más allá del periodo posparto. Constituye una fuerte carga en los países en vías de desarrollo para las mujeres quienes con frecuencia están desnutridas, sobrecargadas de trabajo y sin acceso a los servicios de salud <sup>18-20</sup>.

Actualmente lo que permite identificar los diferentes tipos de violencia es su visibilización como problema social, las sociedades cambian, lo que hace que se tomen en cuenta problemas no visibles antiguamente <sup>21</sup>.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

En Chile, Silvana Estefó y colaboradores realizaron un trabajo llamado: Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile en el 2014, estudio de abordaje cuantitativo, con diseño descriptivo y retrospectivo. Se entrevistó a 59 mujeres, utilizando el Instrumento de la OMS sobre la violencia contra las mujeres en donde La prevalencia de violencia durante el embarazo fue 28,8 %. En su mayoría el agresor fue la pareja y el 52,9 % declaró que los golpes o patadas fueron en el abdomen. El 100 % presento violencia psicológica, física leve y grave y 70,6 % violencia sexual. El 58,8 % tenía entre 15 a 29 años al momento de vivenciar la violencia <sup>22</sup>.

En México, el trabajo de “Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México” Por Svetlana Vladislavovna

Doubova y colaboradores en el 2007, donde se analizan los factores relacionados a la violencia de pareja en mujeres embarazadas. Estudio de abordaje descriptivo; se recolectó la información de 383 mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a control prenatal en cinco Unidades de Medicina Familiar en la Ciudad de México durante un año. Ellas respondieron a un cuestionario de violencia elaborado específicamente para el estudio. De las mujeres, 120 (31,1 %) reportaron haber estado expuestas a la violencia psicológica y/o física, y/o sexual por parte de su pareja masculina durante el embarazo actual, el 10 % reportaron violencia combinada y 21 % violencia aislada. La violencia psicológica fue la más frecuentemente reportada (93 % del grupo "había experimentado violencia"). Con relación a la percepción sobre la violencia no había diferencias significativas entre los grupos de mujeres con y sin violencia. Solo alrededor de 20 % de las mujeres tenían conocimiento sobre los lugares donde atienden a las víctimas de violencia <sup>23</sup>.

En México, Susana Patricia Collado Peña y col. realizaron un estudio titulado: Relación entre la violencia familiar durante el

embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido de agosto a septiembre de 2004 se encuestó a 288 mujeres que acudieron al Hospital General Dr. Manuel Gea González para su atención obstétrica. Como resultados se incluyeron aborto, cesárea, edad gestacional, peso al nacimiento y la puntuación de Apgar. Para medir las asociaciones se calcularon las razones de momios y sus intervalos de confianza del 95%. Resultados: la prevalencia de violencia durante el embarazo fue del 39.24%. La violencia psicológica fue la más frecuente antes y durante el embarazo (94,71 y 96,46 %, respectivamente), mientras que las violencias física y sexual disminuyeron durante la gestación. La violencia familiar 12 meses antes del embarazo incrementó el riesgo de bajo peso en el recién nacido (RM 1,69; IC 95 %; 1,01-2,81) y de aborto (RM 2,09; IC 95 % 1,14-3,83). La violencia familiar durante el embarazo se incrementó por la exposición a violencia en cualquier momento previo a la gestación (RM 3,13; IC 95 %, 1,48-6,63) y en el año anterior al embarazo (RM 12,79; IC 95 %, 6,38-25,6). Conclusiones: la violencia antes y durante el embarazo es frecuente y se asocia con resultados adversos. Es imperiosa la necesidad de la identificación rutinaria en los servicios de

ginecología y obstetricia y proveer a las mujeres de asistencia médica y social <sup>24</sup>.

En México, Roberto Castro y Agustín Ruíz, realizaron un estudio titulado “Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México” en el servicio de la Secretaría de Salud del estado de Morelos (México) 2004. Encuesta realizada a una muestra de 468 mujeres atendidas en consulta prenatal en su tercer trimestre de embarazo, en donde La prevalencia de violencia total no cambió significativamente antes y durante el embarazo (32 %). La prevalencia de cada uno de los tres tipos de violencia se mantuvo asimismo sin cambios. El 27 % de las mujeres que tuvieron violencia durante el embarazo no la tuvieron antes del mismo; una proporción equivalente tuvieron violencia antes del embarazo, pero no durante el mismo. La severidad de la violencia emocional se incrementó significativamente durante el embarazo (en comparación con el año previo), mientras que la severidad de la violencia física disminuyó <sup>25</sup>.

En Perú, Hans Contreras y colaboradores realizaron un trabajo de “Características de la violencia durante el embarazo en

adolescentes de Lima, Perú” en el 2013, se Determina las características de la violencia durante el embarazo en adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, Perú. Estudio transversal llevado a cabo en el INMP entre enero a marzo de 2010. Se trabajó con una muestra probabilística y un muestreo sistemático. La unidad de estudio fue toda adolescente hospitalizada después de la atención del parto y residente en Lima. Se realizó una entrevista semiestructurada. Se incluyeron 292 madres adolescentes. La edad promedio fue de  $16,5 \pm 1$  año. En cuanto a estado civil, el 47,9 % era conviviente y el 51,4 % 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. Concluyéndose que la violencia durante el embarazo adolescente no es un hecho aislado, sino que es altamente frecuente en cualquiera de sus formas <sup>26</sup>.

En Perú, Luis Távara Orozco y colaboradores realizaron un trabajo llamado: Repercusiones maternas y perinatales de la

violencia basada en género, realizado el 2007. Investigación realizada en el Servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora y del Hospital Materno Infantil Cesar López Silva, en la ciudad de Lima, y establecer la asociación entre la violencia y la patología materna y perinatal, con un diseño analítica, retrospectiva con una población de 733 puérperas encuestadas antes del alta, para identificar la presencia de violencia contra la mujer, según las respuestas se les clasifico en tres grupos: sin violencia (30,7 %), con violencia (37,4 %) y con violencia durante el embarazo (31,9 %). En cada caso, se revisó la historia clínica perinatal y se verifico las variables demográficas, así como las complicaciones maternas y perinatales. Se determinó igualmente los casos de muertes fetales o neonatales. Se obtuvo como resultado en el grupo con violencia durante el embarazo, fue significativa la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y neonatales, así como una mayor mortalidad perinatal. Se concluye que la violencia basada en género es muy frecuente entre la población de gestantes que se atienden en el Cono Sur de Lima y se asocia con mayor frecuencia de patología materna y perinatal, así como mayor mortalidad perinatal<sup>27</sup>.

En Perú, Evelina Andrea Rondon Abuhadba, en su trabajo titulado: Prevalencia y características de la violencia intrafamiliar en gestantes usuarias del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco (septiembre 2006 – marzo 2007), la presente investigación es de tipo observacional descriptivo obedece al tipo retrospectivo con una población total 280 gestantes con violencia doméstica En general, 17 % de las mujeres gestantes experimentó violencia doméstica en cualquiera de sus formas, en actos de violencia física y violencia sexual, el presente estudio encontró que el 43 % de las mujeres sufrió violencia física y el 15 % de violencia sexual durante el embarazo, más del 6 % de las mujeres experimentaron al menos dos tipos de violencia durante el embarazo un 45 % reportó haber sido agredida tras el consumo de alcohol por parte de su pareja. presente estudio encontró que el aborto se asoció significativamente con la violencia física durante el embarazo (26 %), con un 63 % de casos de aborto provocado y un 37 % de abortos espontáneos, En el 52 % de los ataques de violencia doméstica el medio utilizado fue de bofetadas, empujones, patadas y una mezcla de todos ellos <sup>28</sup>.

## **2.2. Base teórica**

### **2.2.1. Gestación:**

El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario. En las primerizas, como se denomina a las mujeres que darán a luz por primera vez y en las que no, pero existen menos probabilidades, el primer trimestre de embarazo resulta ser el más riesgoso por la posibilidad de pérdida del mismo (aborto espontáneo). En tanto, una vez ya en el tercero comienza el punto de viabilidad del feto, esto significa que el bebé ya es capaz de sobrevivir extrauterinamente sin necesidad de soporte médico. Si bien los medios técnicos disponibles difieren función de los recursos y de factores sociales, se estima que un feto de 24 a 26 semanas estaría en condiciones de sobrevivir con los cuidados médicos apropiados. Estos niños se denominan prematuros extremos. En cambio, los prematuros con algo más de edad gestacional (30 ó más semanas) podrían sobrevivir con menor nivel de complejidad asistencial, siempre y cuando los pulmones hayan alcanzado la madurez necesaria<sup>29</sup>.

Entre los síntomas más recurrentes y normales que anticipan o anuncian este momento tan esperado por las parejas que deciden tener hijos son la ausencia del período menstrual o amenorrea, hipersensibilidad en los pezones, aumento de tamaño de las mamas, somnolencia, vómitos matutinos, mareos, cambios a la hora de percibir los olores que se acostumbraba y la necesidad de ingerir determinados tipos de comidas o alimentos, lo que más comúnmente conocemos como antojos. El diagnóstico profesional del embarazo se realiza en las primeras etapas de la amenorrea por medio de la determinación de una hormona, llamada gonadotrofina coriónica, mediante los conocidos kits comerciales para pruebas en orina o bien por medio de su medición en sangre <sup>30</sup>.

Otro signo que también puede ser un indicador de embarazo es la incipiente e incontrolable necesidad de orinar a cada momento, generalmente a cada hora. Esta situación se produce como consecuencia del aumento de tamaño del útero, donde se alojará el futuro bebé hasta su nacimiento, que es el que oprime la vejiga. Esto conlleva el

riesgo asociado de una mayor probabilidad de infecciones urinarias, las cuales pueden dar lugar a graves complicaciones en el embarazo<sup>31</sup>.

Por otra parte, el incremento de peso (fruto del crecimiento del bebé, la placenta y el volumen sanguíneo) es un fenómeno normal y esperado. En mujeres con peso normal antes de la concepción, se postula que el incremento de un kilogramo por cada mes constituye la meta ideal. Sin embargo, la ansiedad que origina la gestación suele traducirse en muchas madres en un impulso por comer más y, con ello, se experimenta un aumento de peso excesivo que suele ser difícil de revertir aún después del parto. La obesidad materna previa a la concepción y el incremento desmedido del peso durante el embarazo se asocian con mayor riesgo de complicaciones como la diabetes gestacional o la hipertensión, las cuales se vinculan con alta morbilidad para la madre y el bebé<sup>32</sup>.

Los embarazos en la media de las mujeres suelen ser únicos; sin embargo, también existe la posibilidad que se

produzca un embarazo múltiple. Esto puede darse en condiciones de tipo hereditario, o sea, si mi abuela tuvo mellizas, entonces es probable que yo también tenga un par de mellizas. También pueden darse como consecuencia de las técnicas de fecundación asistida, situación que se ha visto mucho en los últimos años en las mujeres que se sometieron a este tipo de práctica ante la imposibilidad de concebir de modo tradicional. Así, el implante de numerosos óvulos desencadena una mayor probabilidad de embarazos múltiples. Otra consecuencia de la “medicalización” del embarazo ha sido un aumento de la tasa de cesáreas, muchas veces innecesarias, ya que, aunque liberan a la madre de los siempre temidos dolores asociados con el parto, no dejan de constituir un acto quirúrgico, con los riesgos que esto puede provocar en la mujer y el bebé. Por consiguiente, dentro de las lógicas posibilidades de cada caso en particular, debe preferirse la alternativa del parto vaginal clásico para un final feliz del embarazo<sup>33</sup>.

## **A. ADOLESCENTES:**

- **Adolescencia:**

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas

- **Adolescencia Temprana (10 a 13 años)**

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física<sup>34</sup>.

- **Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda<sup>35</sup>.

- **Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales<sup>36</sup>.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes"<sup>37</sup>.

#### **B. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:**

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"<sup>38</sup>.

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de

madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2 %; en 1980 del 13,3 %; en 1990 del 14,2 %; en 1993 del 15 %. Este último porcentaje se traduce en 120 000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años <sup>39</sup>.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender <sup>40</sup>.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12 % de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160 000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400 000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6 000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto <sup>41</sup>.

Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4 % son dados en adopción y un 50 % permanecen en hogar de madre soltera. Un 8 % de las adolescentes embarazadas abortan y un 33 % permanece soltera durante el embarazo <sup>42</sup>.

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado. Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento <sup>41</sup>.

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años

para varones y 15,7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosas, laicas, laicas de sectores populares). El 95 % de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70 % de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan <sup>43</sup>.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse

por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real <sup>44</sup>.

En 1985, en EE.UU, el aborto alcanzó el 42 %; los matrimonios disminuyeron del 51 % al 36 %. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción). En España, la cifra del 12 % de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32 % en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18 %. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos <sup>45</sup>.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados, pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "*problema*", ello limita su análisis.

En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a

todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad <sup>46</sup>.

## **CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES**

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la

adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a) **Sociedad Represiva:** Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial <sup>36, 42</sup>.
  
- b) **Sociedad Restrictiva:** Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo <sup>42, 44</sup>.
  
- c) **Sociedad Permisiva:** Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el

sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados <sup>45</sup>.

**d) Sociedad Alentadora:** Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico <sup>46</sup>.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

- ✓ **Estratos medio y alto:** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente <sup>47</sup>.
  
- ✓ **Estratos más bajos:** donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo. Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse <sup>48</sup>.

## **FACTORES PREDISPONENTES AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

1. **Menarquia Temprana:** Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo <sup>49</sup>.

- 2. Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención <sup>50</sup>.
- 3. Familia Disfuncional:** Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor <sup>51</sup>.
- 4. Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola**
- 5. Bajo Nivel Educativo:** Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo <sup>30</sup>.
- 6. Migraciones Recientes:** Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las

ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

**7. Pensamientos Mágico:** Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

**8. Fantasías De Esterilidad:** Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

**9. Falta O Distorsión De La Información:** Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

**10. Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres:** Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.<sup>39</sup>

**11. Aumento en número de adolescentes:** Alcanzando el 50 % de la población femenina.

**12. Factores socioculturales:** La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómico.

### **FACTORES DETERMINANTES AL EMBARAZO DE LA ADOLESCENCIA:**

1. Relaciones Sin Anticoncepción
2. Abuso Sexual
3. Violación

## **ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES**

### **a. LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares<sup>47</sup>.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron<sup>48</sup>.

También, en su historia, se encuentran GRAFICOS masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "*abuso sexual*", en la mayoría de los casos por su padre biológico <sup>49</sup>.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de

transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias <sup>50</sup>.

#### **b. ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre <sup>53</sup>.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un

hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja, aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos <sup>51</sup>.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto, pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen

apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo<sup>52</sup>.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida<sup>54</sup>.

### **c. EL PADRE ADOLESCENTE**

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizados por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que había dudas <sup>56</sup>.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto, se agrega el hecho de que la

adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración <sup>37</sup>.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre". Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo y padre <sup>39</sup>.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida" <sup>51</sup>.

#### **d. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD- PATERNIDAD ADOLESCENTE**

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida

- **Consecuencias para la Adolescente**

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales <sup>21</sup>.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de

discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza <sup>32</sup>.

- **Consecuencias para el hijo de la Madre Adolescente**

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional <sup>39</sup>.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos <sup>57</sup>.

- **Consecuencias para el Padre Adolescente**

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz <sup>56</sup>.

### **2.2.2. VIOLENCIA FAMILIAR:**

Se define como el uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato”. La violencia intrafamiliar puede ser física, psicológico, sexual y económico. Así mismo La

violencia ha sido definida como cualquier relación, proceso o condición por la cual un individuo o grupo social viola la integridad física, psíquica, moral o social de otra persona; en la familia, la violencia intrafamiliar es considerada como una de las más solapadas, altamente frecuente e identificado cuando los casos son extremos. Viene del latín violare, que significa infringir, quebrantar, abusar de otra persona por violación o astucia <sup>51</sup>.

#### **TIPOS DE VIOLENCIA:**

- a. Violencia física:** Implica el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de una persona para causar daño o dolor. Los criterios que se deben tener en cuenta en la evaluación de las lesiones incluyen la conducta lesiva e intencionalidad, los efectos de la lesión, los medios utilizados para lesionar y los elementos que acompañan a la lesión. No hay que olvidar el maltrato por omisión de cuidados, en caso de ser necesarios. Entre ellos tenemos a golpes en el Cuerpo como patadas, puñetazos,

bofetadas; empujones; golpes con objetos; caídas; quemaduras y heridas con objetos punzocortantes <sup>39</sup>.

**b. Violencia psicológica:** Toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona (críticas permanentes, humillaciones e insultos), culpa (críticas y castigos), miedo (amenazas sobre su propia integridad física y la de sus hijos) y restricción de estímulos (aislamiento social, restricción económica, abandono, privarla de afecto y de cuidados cuando los necesita). El efecto es la reducción de la autoestima y la seguridad en sí mismas y causa tanto o más deterioro, de la salud física y mental en la víctima como la violencia física <sup>29</sup>.

**c. Violencia sexual:** Se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen tener relaciones sexuales no deseadas mediante coacción, intimidación o indefensión <sup>52</sup>.

**d. Violencia económica:** comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como, los llevados a cabo con la

finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales, o crear división económica y fragmentación,<sup>20</sup> también se considera a la dependencia económica de otra persona <sup>53</sup>.

## **VIOLENCIA FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES:**

La violencia intrafamiliar afecta a la mujer en cualquier etapa de su vida y más aún en una adolescente embarazada; el riesgo de padecer alguna complicación en el embarazo se incrementa con la violencia, este puede ser un factor de riesgo para que una madre adolescente tenga una complicación <sup>50</sup>.

Asimismo, se sabe que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbilidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica, y a establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos. Éstos, en tanto, estarían más

expuestos a la morbilidad perinatal y neonatal, a la prematuridad y bajo peso al nacer, al abuso y/o negligencia parental y a problemas conductuales y de rendimiento desde la etapa preescolar <sup>54</sup>.

La violencia intrafamiliar es de difícil detección por los patrones sociales, puede ser contra los niños, los ancianos y la mujer <sup>44</sup>.

En niños y niñas: Ellos son los sometidos, mientras los padres suelen ser los dueños del poder; esto lleva a un aprendizaje para continuar tomando posición en violencia, según el lugar que ocupe la persona jerárquicamente en el grupo familiar.

Los y las adolescentes: Es donde los vínculos con el grupo y la pareja cobran mayor importancia y generalmente se ven sometido a presiones de la pareja en cuanto a relaciones sexuales y enfrentar las exigencias de la familia. Siendo la del género femenino la más afectada.

Adulto mayor: La jubilación, las enfermedades, la pérdida de atractivos físicos los ponen en situación desventajosa en cuanto a jerarquía y ejercicios de poder y por tanto más susceptibles a que sobre ellos recaigan actitudes de violencia.

La mujer: Todas han vivido históricamente en menor o mayor intensidad formas de violencia que las limita a la incorporación de los procesos de desarrollo, liderazgo, social, político y económico; esta es la situación perpetua de injusticia y discriminación, implicando restricción de libertades, dignidad, violación de la integridad y el espacio individual; se ha llegado hasta las torturas, encarcelamiento, esclavitud, terrorismo social, lo que constituye violación de los derechos humanos<sup>57</sup>.

## **COMPLICACIONES MATERNAS A CAUSA DE LA VIOLENCIA**

Desde el punto de vista médico, una defunción materna es aquella que se produce como resultado de

complicaciones obstétricas directas o indirectas. Aunque esta definición es útil para ciertos fines, no arroja luz sobre la amplia gama de circunstancias que contribuyen a este tipo de desenlace. De hecho, una defunción materna suele ser el resultado indirecto de influencias nocivas que afectan a la mujer fuera de la sala de parto <sup>11</sup>.

La GRAFICO provee, en el contexto citado, un marco conceptual de las circunstancias que contribuyen a la defunción materna. En la mayor parte de los países con altas tasas de mortalidad materna, muchas mujeres tienen que amoldarse a los rígidos patrones de identidad sexual, que les obligan a ser madres y amas de casa, atender a los demás y desempeñar múltiples labores simultáneamente. Estos patrones reflejan y agravan la mala situación social de las mujeres, que, añadida a la escasez de recursos sanitarios, las colocan en un riesgo excesivo de morbilidad y mortalidad por causas relacionadas con el proceso reproductivo <sup>15</sup>.

Al mismo tiempo, muchas mujeres no se dan cuenta de los riesgos que corren en este sentido -ya sea por falta de educación o como consecuencia de sus creencias culturales en torno a la reproducción- y no buscan atención adecuada. Otras mujeres se percatan de los riesgos, pero no tienen acceso a buenos servicios de salud por problemas de distancia, transporte o costo, o porque no es buena la atención que se presta en los centros de su comunidad. Incluso cuando existen servicios de salud, ciertos problemas que resultan delicados en determinados contextos culturales, particularmente los que guardan relación directa con la reproducción, no se reconocen como objeto de atención médica de ninguna clase. Esto aumenta los riesgos que enfrentan las mujeres con dichos problemas, en particular aquéllas que sufren las complicaciones de abortos ilegales y otros procedimientos <sup>12</sup>.

Naturalmente, todos los riesgos antedichos pueden dar lugar a complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio o causar una defunción obstétrica directa o indirecta. Pero, además, las mujeres que sobreviven el ciclo

reproductivo en condiciones inadecuadas suelen convertirse en madres debilitadas y reinician el ciclo en circunstancias cada vez menos favorables. Por tales motivos merece la pena prestar atención a algunos de los principales factores sociales que desfavorecen a la mujer y que menoscaban su salud <sup>16</sup>.

### **COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DEL MALTRATO EN LA MUJER EMBARAZADA**

- ✓ Aumento de peso insuficiente
- ✓ Sangrado vaginal
- ✓ Infecciones vaginales, cervicales o renales
- ✓ Trauma abdominal
- ✓ Hemorragia
- ✓ Exacerbación de enfermedades crónicas
- ✓ Complicaciones durante el parto
- ✓ Retraso en el cuidado prenatal
- ✓ Aborto espontáneo
- ✓ Bajo peso al nacer
- ✓ Ruptura de membranas

- ✓ Placenta previa
- ✓ Infección uterina
- ✓ Magulladuras del feto, fracturas y hematomas
- ✓ Muerte

### **FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA:**

- ✓ El alcoholismo: un sinnúmero de casos registra que un gran porcentaje de las mujeres que son agredidas por sus compañeros conyugales, están bajo el efecto del alcohol.
- ✓ Falta de conciencia en los habitantes de una sociedad.
- ✓ Ignorancia.
- ✓ Falta de control de los impulsos.
- ✓ La falta de comprensión existente entre las parejas.
- ✓ Falta de comprensión hacia los niños.
- ✓ La drogadicción es otro factor asociado a la violencia; muchas personas se drogan para poder ser lo que no son en la realidad, para escapar así de la realidad causando mucha violencia.

## **CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA PARA LA SALUD FÍSICA:**

La violencia contra la mujer y demás miembros de la sociedad, aumenta su riesgo de mala salud. Un número cada vez mayor de estudios que exploran la violencia y la salud informan sistemáticamente sobre los efectos negativos. La verdadera medida de las consecuencias es difícil de evaluar, sin embargo, porque los registros médicos carecen generalmente de detalles vitales en cuanto a las causas violentas de las lesiones o la mala salud<sup>56</sup>.

La violencia contra la mujer puede expresarse en forma física, psicológica, sexual o económica. En el caso concreto de la violencia física hacia la mujer embarazada, se ha documentado que puede provocar ruptura de útero, hígado o bazo, fractura de pelvis y hemorragias. Las mujeres que han sufrido golpes presentan un riesgo dos veces mayor de abortar, tener desprendimiento prematuro de placenta, presentar corioamnionitis, precipitación del parto y complicaciones post-parto y, como consecuencia fatal, la muerte. Además de las lesiones físicas, las mujeres desarrollan un cuadro de estrés permanente que se

acompaña de síntomas de depresión, ansiedad, fobias, angustia y se perciben a sí mismas como enfermas <sup>56, 57</sup>.

Tienden a aislarse, presentan una baja autoestima y un alto riesgo de desarrollar adicción a drogas, alcohol o ambos. <sup>60, 61</sup>. Numerosos estudios informan que la mayoría de las mujeres que muere de homicidio son asesinadas por su compañero actual o anterior. En las culturas en que se practica la costumbre de la dote (bienes que aporta la mujer al matrimonio o que dan a los esposos sus padres o terceras personas, en vista de su matrimonio), puede ser mortal para la mujer cuyos padres no pueden satisfacer las demandas de regalos o dinero. La violencia que comienza con amenazas puede terminar en 'suicidio' forzado, muerte por lesiones u homicidio <sup>62</sup>.

### **2.3. Definición de términos**

- ✓ **Adolescente:** "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la

independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años <sup>42</sup>.

- ✓ **Gestante adolescente:** Se define al embarazo en la adolescencia aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al 26 tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar <sup>63</sup>. Algunas de las razones por las que un chico o chica puede determinar hacerse sexualmente activo: por placer físico, como medio de comunicación para experimentar nuevas sensaciones, como manera de igualarse a sus compañeros como reto a los padres y la sociedad, como premio o castigo, como escape a la soledad o como huida a otras tensiones <sup>64</sup>.
  
- ✓ **Violencia:** Es la presión síquica o abuso de la fuerza ejercida contra una persona con el propósito de obtener fines contra la voluntad de la víctima <sup>42</sup>.
  
- ✓ **Violencia física:** Se denomina así a aquellos actos que atentan o agreden el cuerpo de la mujer. Se caracterizada por actos

físicos como puñetazos, patadas, bofetadas, empujones, mordiscos e intentos de estrangulamiento <sup>65</sup>.

- ✓ **Violencia materna:** Se deberá entender una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres gestantes, y designará todos los actos de violencia basados en el género que implican daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada <sup>66</sup>.
  
- ✓ **Violencia intrafamiliar:** Se entenderá por violencia cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción grave que se produzca en una persona dentro del entorno familiar <sup>67</sup>.
  
- ✓ **Abuso:** Es la acción y efecto de abusar. Este verbo supone usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente algo o a alguien <sup>68</sup>.

## CAPITULO III

### MARCO METODOLOGICO

#### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Se trata de un estudio retrospectivo de corte transversal, analítico o explicativo.

#### 3.2. POBLACIÓN Y ÁMBITO DE ESTUDIO

- **Población de estudio:** Todas las gestantes adolescentes que acuden al hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015, con un total de 183 pacientes (según el sistema informático perinatal)
- **Muestra:** 36 casos de pacientes gestantes adolescentes con violencia; encontrados y obtenidos del sistema informático perinatal.
- **Tipo de muestreo:** No probabilístico, por ser una técnica donde no se brinda iguales oportunidades a los individuos para ser

estudiados y formar parte de la muestra, ya que estos son seleccionados de una población de estudio.

- **Tamaño de muestra:** 36 gestantes adolescentes que refieren violencia física (casos obtenidos del sistema informático perinatal) que corresponde al 19 % del total de la población en estudio.

- **Criterios de inclusión:**

- Gestantes con Controles prenatales previos.
- Gestantes con ficha de tamizaje de violencia.

- **Criterios de exclusión:**

- Gestantes mayores de 19 años.
- Gestantes sin controles prenatales.

### **3.3. UNIDAD DE ANÁLISIS:**

**3.3.1. Unidad De Estudio:** Gestantes adolescentes

**3.3.2. Instrumentos y equipos:** Carnet Perinatal de Control de Gestante, Sistema informático del Hospital Hipólito Únanue de Tacna y Formato recolección de datos.

### **3.4. VARIABLES DE ESTUDIO**

**3.4.1. Variable independiente:** Violencia física

**3.4.2. Variable dependiente:** Complicaciones maternas.

### 3.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE VIOLENCIA FÍSICA</b>	Son todas las formas de abuso que tienen como finalidad causar dolor, generalmente producida por una conducta negativa causando la modificación de la conducta en la gestante	Se utiliza la Ficha de Tamizaje de Violencia Física en gestantes; otorgada por el ministerio de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Golpes</li> <li>✓ Rasguños</li> <li>✓ Empujones</li> <li>✓ Puñetes</li> <li>✓ Patadas</li> </ul>	Con Violencia / Sin Violencia	Nominal
<b>VARIABLE DEPENDIENTE: COMPLICACIONES MATERNAS</b>	Situaciones que agravan o complican determinadas patologías durante el embarazo siendo esta no propia de la misma	Se revisarán las HCP de las gestantes en estudio, haciendo uso del sistema informático perinatal, para identificar las complicaciones presentadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Parto pre termino.</li> <li>✓ Aborto espontaneo</li> <li>✓ Muerte Intrauterina</li> <li>✓ Retardo del crecimiento intrauterino</li> </ul>	Con Complicaciones / Sin Complicaciones	Nominal

### **3.6. TÉCNICAS Y MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

#### **3.6.1. Método:**

- Método científico: procedimiento para descubrir las condiciones en las que se presentan sucesos específicos, caracterizado generalmente por ser tentativo, verificable, de razonamiento riguroso y observación empírica.

#### **3.6.2. Técnicas:**

- Técnica de investigación documental: se hará uso de la técnica de investigación documental bibliográfica para construir el marco teórico de la investigación.

#### **3.6.3. Aspectos éticos:**

- A fin de garantizar la confidencialidad de la información, no se considerará el nombre de las gestantes adolescentes que participen del estudio, sino que se optará por utilizar un código, el cual sólo será de conocimiento del investigador a cargo de la investigación.

#### **3.6.4. Análisis estadístico**

- Se utilizará estadística no paramétrica para el análisis univariado, tablas de contingencia para el análisis bivariado y para el vaciamiento de datos un programa llamado spss.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

**Durante el periodo de estudio comprendido entre los meses de Enero a Diciembre del año 2015 fueron recolectados datos del sistema Informático Perinatal de 183 casos, de gestantes adolescentes cuya muestra fue de 36 casos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.**

**TABLA 1**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE EDAD.**

<b>EDADES DE GESTANTES ADOLESCENTES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>10 A 14 AÑOS</b>	7	19,4 %
<b>15 A 19 AÑOS</b>	29	80,6 %
<b>TOTAL</b>	36	100,0 %

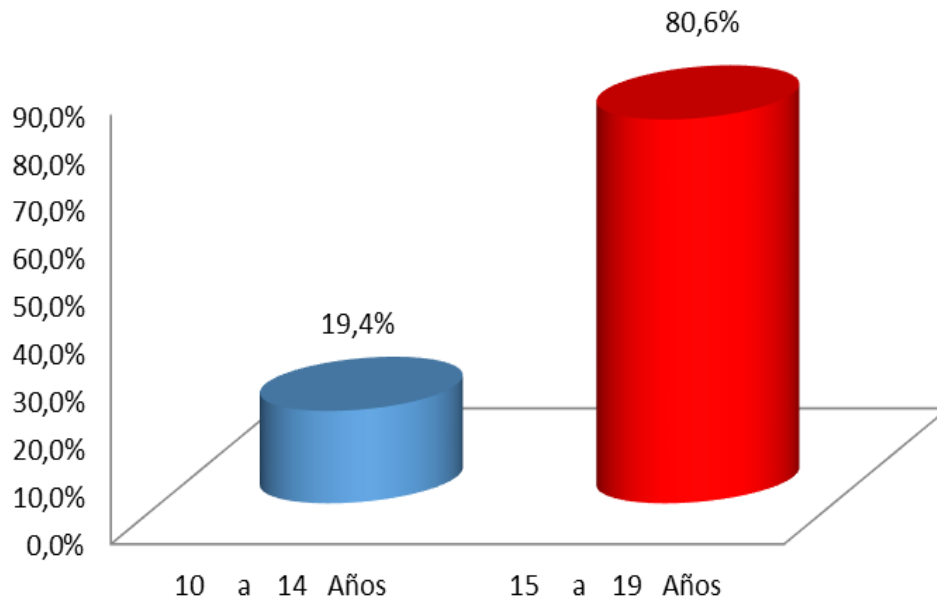
Fuente: ficha de recolección de datos

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

La tabla y grafico 1, la frecuencia según los indicadores de Edad en gestantes adolescentes con violencia física; se observa que el 80,6 % están entre 15 a 19 años siendo este el mayor porcentaje a diferencia de las edades comprendidas entre 10 y 14 años que solo representa el 19,4 %.

**GRAFICO 1**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES  
SEGÚN INDICADORES DE EDAD.**



Fuente: tabla 1

**TABLA 2**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES  
SEGÚN INDICADORES DE VIOLENCIA FISICA.**

<b>VIOLENCIA FÍSICA EN GESTANTES ADOLESCENTES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>EMPUJONES Y RASGUÑOS</b>	9	25,0 %
<b>GOLPES EN EL CUERPO</b>	10	27,8 %
<b>EMPUJONES</b>	6	16,7 %
<b>GOLPES EN EL CUERPO Y PATADAS</b>	11	30,6 %
<b>TOTAL</b>	36	100,0 %

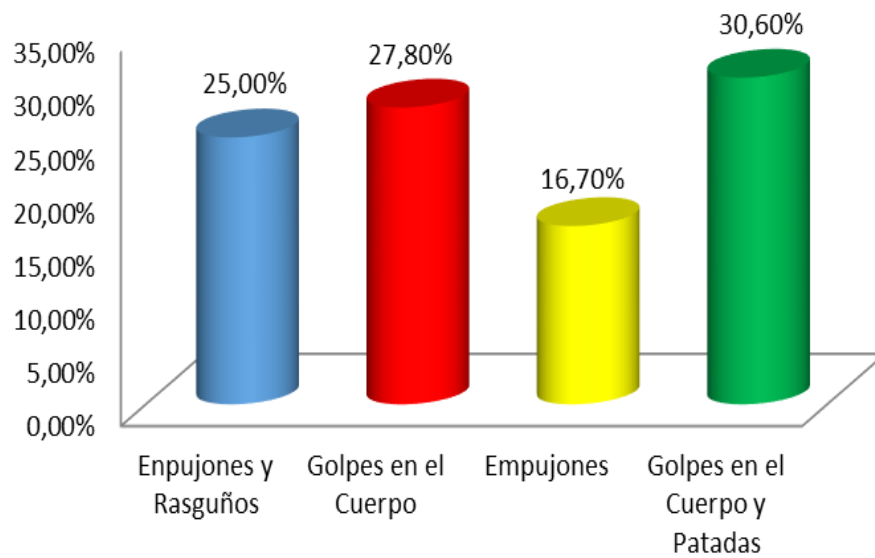
**Fuente:** ficha de recolección de datos.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

La tabla y grafico 2, las frecuencias según indicadores de violencia física, se observa que el 30,6 % recibe golpes en el cuerpo y patadas siendo este el mayor porcentaje, por otro lado, el 27,8 % recibe solo golpes en el cuerpo y el 25,0 % recibe empujones y rasguños, finalmente el 16,7 % recibe empujones siendo este el mínimo porcentaje.

## GRAFICO 2

### DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN INDICADORES DE VIOLENCIA FISICA.



**Fuente:** tabla 2.

**TABLA 3**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES  
SEGÚN INDICADORES DE PARTO PRETERMINO.**

<b>PARTO PRE TERMINO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CASOS NO ENCONTRADOS</b>	12	33,3 %
<b>CASOS ENCONTRADOS</b>	24	66,7 %
<b>TOTAL</b>	36	100,0 %

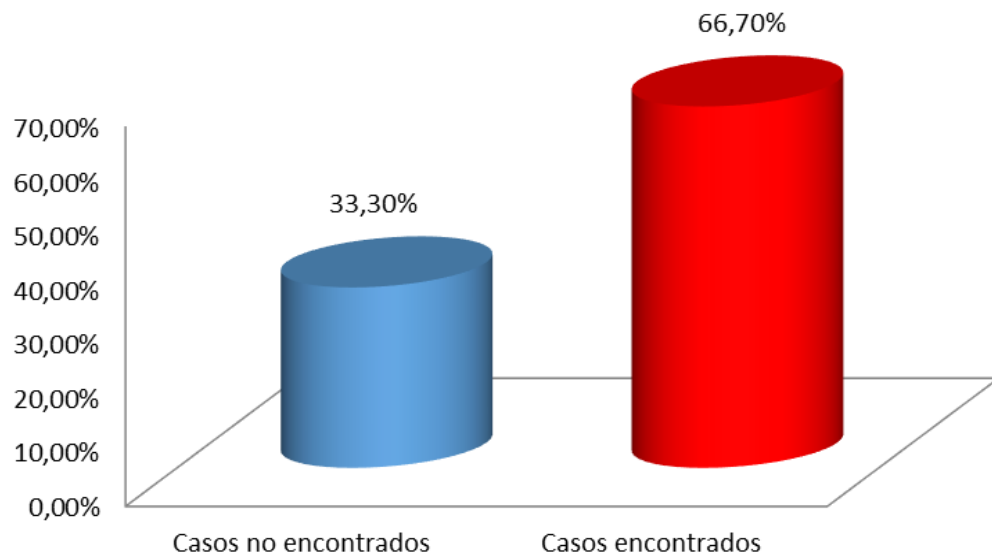
**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

La tabla y grafico 3, la frecuencia según los indicadores de parto pretermino, en gestantes adolescentes con violencia física; se observa que el 66,7 % se presentan en los casos encontrados siendo este el mayor porcentaje a diferencia de los casos no encontrados que solo representa el 19,4 %.

**GRAFICO 3**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES  
SEGÚN INDICADORES DE PARTO PRETERMINO.**



**Fuente:** tabla 3.

**TABLA 4**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES  
SEGÚN INDICADORES DE ABORTO**

<b>ABORTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CASOS NO ENCONTRADOS</b>	20	55,6 %
<b>CASOS ENCONTRADOS</b>	16	44,4 %
<b>TOTAL</b>	36	100,0 %

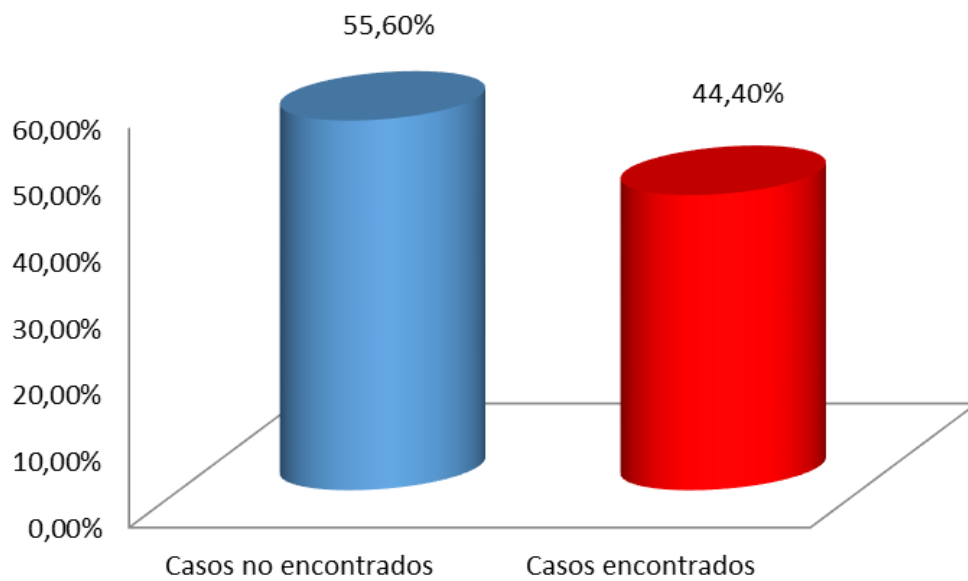
**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

La tabla y grafico 4, reúnen los indicadores según aborto, donde se puede apreciar que ésta complicación materna como una posible consecuencia de la violencia física en gestantes adolescentes, se presenta en el 44,4 % de los casos (con complicaciones) y en el 55,6 % no se observa.

**GRAFICO 4**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES  
SEGÚN INDICADORES DE ABORTO**



**Fuente:** tabla 4.

**TABLA 5**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES  
SEGÚN INDICADORES DE MUERTE INTRAUTERINA**

<b>MUERTE INTRAUTERINA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SIN MUERTE INTRAUTERINA</b>	34	94,4 %
<b>CON MUERTE INTRAUTERINA</b>	2	5,6 %
<b>TOTAL</b>	36	100,0 %

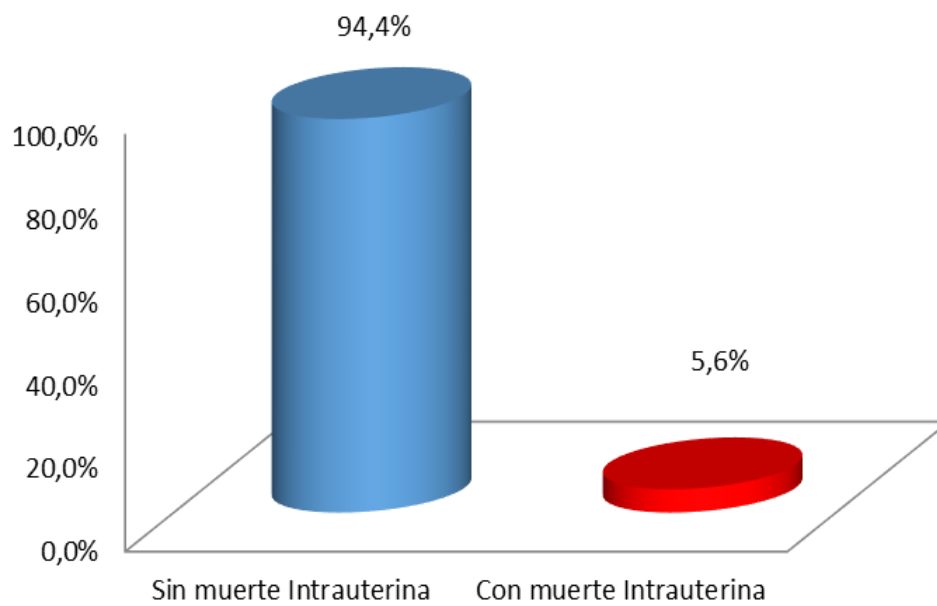
**Fuente:** ficha de recolección de datos.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

La tabla y gráfico 5, reúnen los indicadores según muerte intrauterina, donde se puede apreciar que esta complicación materna como una posible consecuencia de la violencia física en gestantes adolescentes, se presenta en el 5,6 % de los casos (con complicaciones) y en el 94,4 % no se observa.

**GRAFICO 5**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES  
SEGÚN INDICADORES DE MUERTE INTRAUTERINA**



**Fuente:** tabla 5.

**TABLA N° 6**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES  
SEGÚN INDICADORES DE RETARDO DEL CRECIMIENTO  
INTRAUTERINO**

<b>RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>GRANDE</b>	8	22,2 %
<b>ADECUADO</b>	20	55,8 %
<b>PEQUEÑO</b>	9	25,0 %
<b>TOTAL</b>	36	100,00 %

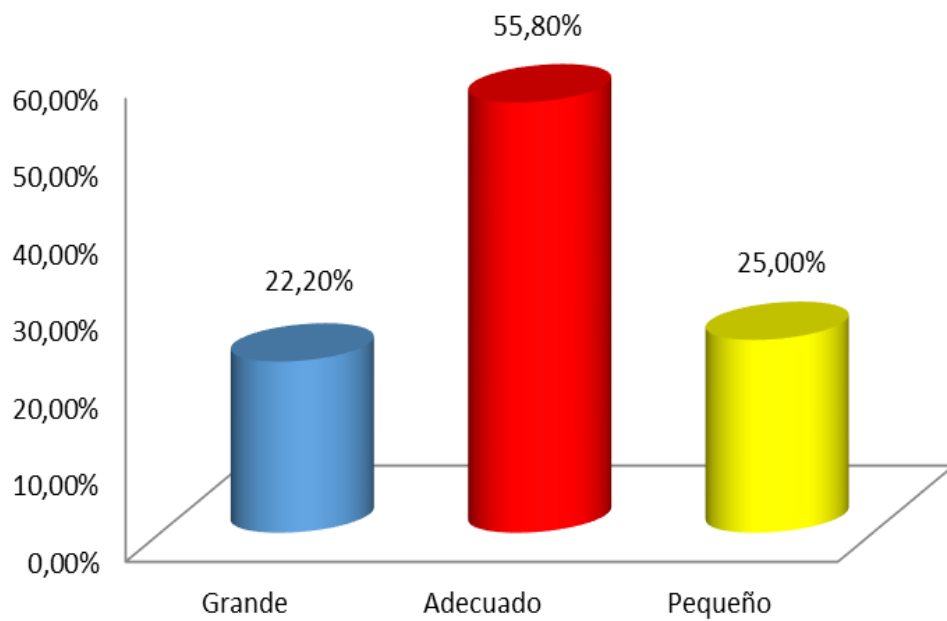
**Fuente:** ficha de recolección de datos

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

La tabla y grafico 6, reúnen los indicadores según retardo del crecimiento intrauterino, donde se puede apreciar que ésta complicación materna como una posible consecuencia de la violencia física en gestantes adolescentes, se presenta en el 25,0 % de los casos (con complicaciones) y en el 55,8 % no se observa.

**GRAFICO 6**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES  
SEGÚN INDICADORES DE RETARDO DEL CRECIMIENTO  
INTRAUTERINO**



**Fuente:** tabla 6.

**TABLA 7**

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: PARTO PRE-TERMINO.**

Violencia Física	Pre-termino				Total		P
	Sin Complicaciones		Con Complicaciones		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Empujones y Rasguños	3	8,3%	6	16,7%	9	25,0%	0,0959
Golpes en el Cuerpo	4	11,1%	6	16,7%	10	27,8%	0,0963
Empujones	2	5,6%	4	11,1%	6	16,7%	0,0847
Golpes en el Cuerpo y Patadas	3	8,3%	8	22,2%	11	30,6%	0,0962
total	12	33,3%	24	66,2%	36	100%	

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

**H<sub>0</sub> = Violencia física se asocia con complicaciones en el embarazo Pre-termino.**

**H<sub>1</sub> = Violencia física no se asocia con complicaciones en el embarazo Pre-termino.**

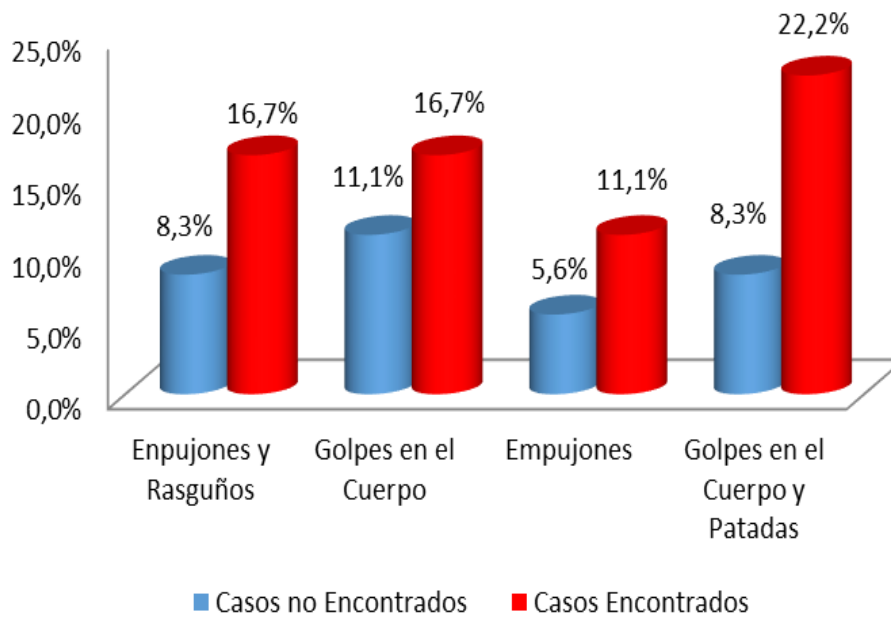
$\chi^2 = 0.382$ ,  $Gf=3$ ,  $P=0.0944 > \alpha=0.05$ , entonces se acepta H<sub>0</sub>

**Conclusión:** Se acepta hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo rechazar la hipótesis alternativa, que quiere decir que no se asocia violencia física y el embarazo Pre-termino.

La tabla y grafico 7, reúne los indicadores según parto pretermino, donde se puede apreciar que el mayor porcentaje es en los casos con complicación con un 66,6 %; a diferencia de los casos sin complicación que solo representa el 33,3 %.

**GRAFICO 7**

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y  
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: PARTO PRE-TERMINO.**



**Fuente : tablea 7**

**TABLA 8**

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: ABORTO.**

Violencia Física	Aborto				Total		P
	Sin Complicaciones		Con Complicaciones		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Empujones y Rasguños	4	11,1%	5	13,9%	9	25,0%	0,0833
Golpes en el Cuerpo	8	22,2%	2	5,6%	10	27,8%	0,0533
Empujones	1	2,8%	5	13,9%	6	16,7%	0,0848
Golpes en el Cuerpo y Patadas	7	19,4%	4	11,1%	11	30,6%	0,0799
Total	20	55,6%	16	44,4%	36	100,0 %	

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

**H<sub>0</sub> = Violencia física se asocia con el aborto.**

**H<sub>1</sub> = Violencia física no se asocia con el aborto.**

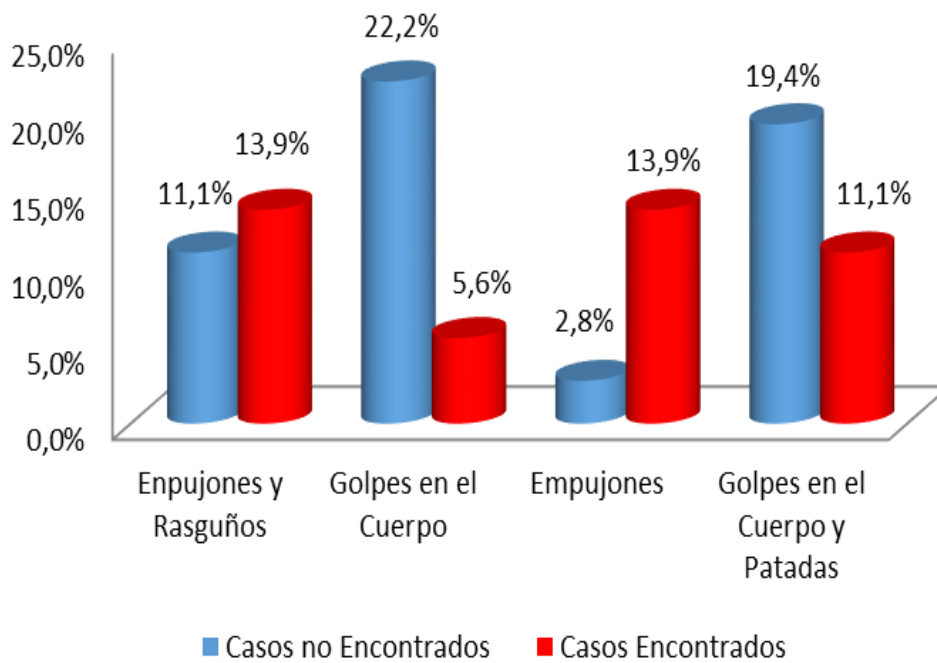
$X^2 = 6.836$ ,  $Gf=3$ ,  $P=0.077 > \alpha=0.05$ , entonces se acepta H<sub>0</sub>.

**Conclusión:** Se acepta hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo rechazar la hipótesis alternativa, que quiere decir que no se asocia violencia física con el aborto.

El cuadro y gráfico 8, reúnen los indicadores según aborto, donde se puede apreciar que el mayor porcentaje es en los casos sin complicación con un 55,6 %; a diferencia de los casos con complicación que solo representa el 44,4%.

**GRAFICO 8**

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y  
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: ABORTO.**



**TABLA 9**

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: MUERTE INTRAUTERINA.**

Violencia Física	Muerte Intrauterina				Total		P
	No tuvieron muerte Intrauterina		Sin Complicaciones				
	N°	%	N°	%	N°	%	
Empujones y Rasguños	8	22,2%	1	2,8%	9	25,0%	0,3331
Golpes en el Cuerpo	10	27,8%	0	0,0%	10	27,8%	0,4582
Empujones	5	13,9%	1	2,8%	6	16,7%	0,2364
Golpes en el Cuerpo y Patadas	11	30,6%	0	0,0%	11	30,6%	0,4257
Total	34	94,4%	2	5,6%	36	100,0%	

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

**H<sub>0</sub> = Violencia física se asocia con Muerte intrauterina.**

**H<sub>1</sub> = Violencia física no se asocia con Muerte intrauterina.**

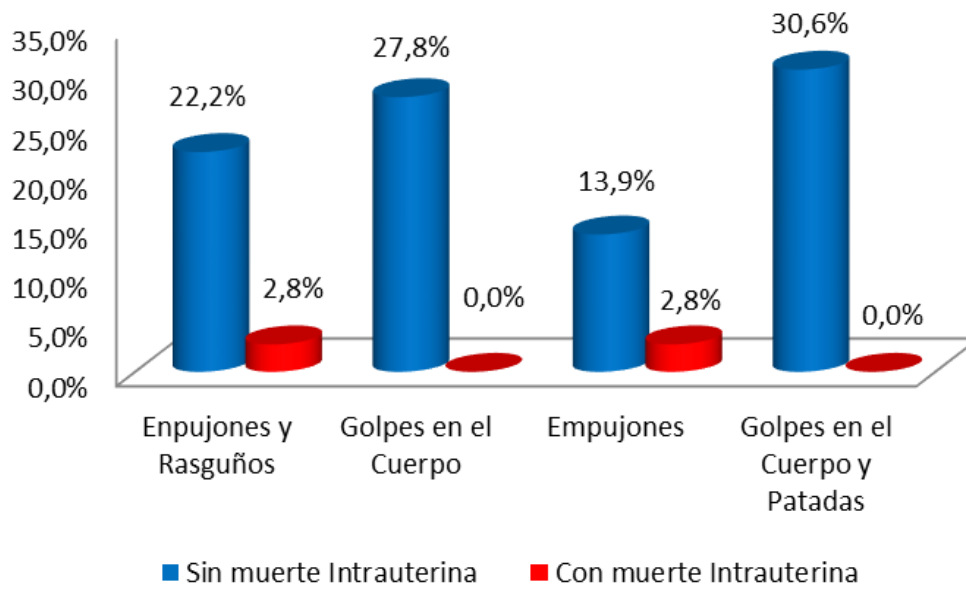
$X^2 = 3,176$ ,  $Gl=6$ ,  $P=0.365 > \alpha=0.05$ , entonces se acepta H<sub>0</sub>

**Conclusión:** Se acepta hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo rechazar la hipótesis alternativa, que quiere decir que no se asocia violencia física con muerte intrauterina.

El cuadro y grafico 9, reúnen los indicadores según muerte intrauterina, donde se puede apreciar que el mayor porcentaje es en los casos sin complicación con un 94,4 %; a diferencia de los casos con complicación que solo representa el 5,6 %.

**GRAFICO 9**

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y  
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: MUERTE INTRAUTERINA**



**TABLA 10**

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRA UTERINO.**

Violencia Física	Retardo del Crecimiento Intrauterina						Total		P
	Grande		Adecuado		Pequeño				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Empujones y Rasguños	3	8,3%	6	16,7%	0	0,0%	9	25,0%	0,4025
Golpes en el Cuerpo	2	5,6%	4	11,1%	4	11,1%	10	27,8%	0,2582
Empujones	2	5,6%	3	8,3%	1	2,8%	6	16,7%	0,2564
Golpes en el Cuerpo y Patadas	1	2,8%	6	16,7%	4	11,1%	11	30,6%	0,1258
Total	8	22,2%	19	52,8%	9	25,0%	36	100,0%	

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

**H<sub>0</sub> = Violencia física se asocia con RCI.**

**H<sub>1</sub> = Violencia física no se asocia con RCI.**

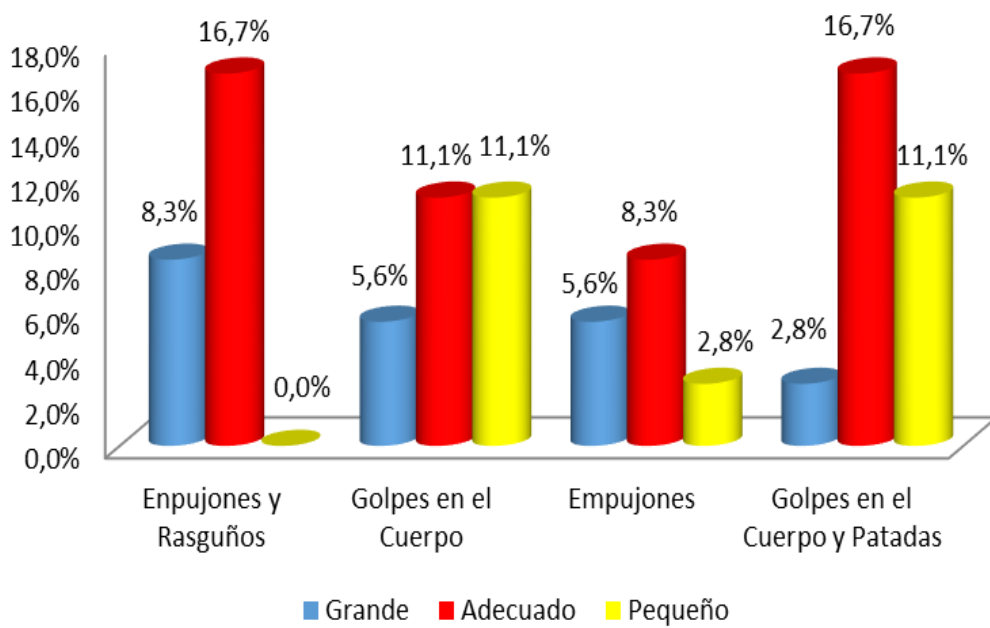
$\chi^2 = 8,176$ ,  $Gl=6$ ,  $P=0.225 > \alpha=0.05$ , entonces se acepta H<sub>0</sub>.

**Conclusión:** Se acepta hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo rechazar la hipótesis alternativa, que quiere decir que no se asocia violencia física con Retardo del Crecimiento Intrauterina.

El cuadro y grafico 10, reúnen los indicadores según retardo del crecimiento intrauterino, donde se puede apreciar que el mayor porcentaje es en los casos sin complicación con un 22,2 %; a diferencia de los casos con complicación que solo representa el 25,0 %.

GRAFICO 10

ANÁLISIS ESTADÍSTICO ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRA UTERINO



$\chi^2 = 6.248$ ,  $Gl = 3$ ,  $P = 0.396 > \alpha = 0.05$ , entonces se acepta  $H_0$

**Conclusión:** Se acepta la hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y se rechaza la hipótesis alternativa, quiere decir que no se asocia la violencia física en gestantes adolescentes y Retardo del Crecimiento Intrauterina.

## **DISCUSION**

La agresión física durante el embarazo reviste una connotación de gravedad, ya que no solo provoca consecuencias en la salud mental y física de la mujer, sino que también en el hijo que está en gestación. Del grupo de mujeres estudiadas, se ha reconocido que la violencia de pareja en la gestante adolescente es un problema de salud pública, por lo que requiere mayor investigación y atención de organismos gubernamentales encargados de este tema.

En nuestra investigación las gestantes adolescentes que presentaron violencia física se encuentran entre las edades de 15 a 19 años con el 80,6 %. Resultados similares se obtuvo en Chile Silvana Estefo y col. en el 2014 <sup>22</sup>, donde se observa que el mayor porcentaje se encontraba en el grupo de edad entre 15 a 29 años. Así también se muestra en el estudio realizado por Has Contreras y col. 2013 <sup>28</sup>, donde se demuestra mayor porcentaje de adolescentes que presentaron violencia física, entre las edades de 16 y 17 años.

En un estudio publicado por Redacción "Enfemenino" el 2014 explica Stella Martín de las Heras, investigadora de la Universidad de Granada y principal autora del trabajo, 21 % de las mujeres sufren violencia física durante el embarazo, el 3,6 % sufre violencia sexual. El embarazo debe ser una época de felicidad e ilusión, según el estudio para una de cada cuatro mujeres, el embarazo se convierte en un infierno. Los datos recogidos pertenecen a la investigación realizada a 778 mujeres heterosexuales que dieron a luz en 15 hospitales públicos de Andalucía y el personal sanitario (matronas) que colaboraron en dicho estudio fueron formadas específicamente para la recolección de datos. "Hasta el momento no se había realizado ningún estudio de este tipo en España y, en consecuencia, se desconocía por completo la magnitud de este problema en nuestro entorno"<sup>69</sup>.

La violencia física en la gestante adolescente tiene consecuencias directas sobre la morbilidad y la mortalidad perinatales y maternas. Sin duda este tipo de violencia adquiere una connotación especial por la gravedad a la que está expuesta la mujer, y puede traer consecuencias como abortos, muerte fetal, parto prematuro, muerte y lesiones fetales del recién nacido, etc <sup>28</sup>, según menciona Silavana E. 2014).

En nuestro estudio se demuestra que no hay una asociación entre la Violencia Física en gestantes adolescentes y parto pre-termino, aborto, muerte intrauterina y retardo del crecimiento intrauterino. Sin embargo, se observó violencia física en gestantes en casos de parto pretermino; siendo así uno de los factores que podría influir además de las diferentes causas existentes como complicación, con un resultado de 66,7 % de las gestantes estudiadas. Se obtuvo similares resultados con un estudio realizado por Svetlan Vladislavovna y col. En donde de un total de 120 pacientes estudiadas que presentaron violencia física durante su embarazo un 46,7 % presentaron parto pre termino.

En otro estudio realizado por Luis Távara Orozco y col.<sup>26</sup>, se determinó la asociación de patologías maternas a consecuencia de Violencia física presentando un 1,1 % parto pretermino, si bien el porcentaje no es elevado es considerado por el autor, al comparar con la que no presentaron algún tipo de complicación que es mucho menor.

En cuanto a la violencia física en gestantes adolescentes que presentaron abortos se concluye que no hay asociación ya que se observó un 55.6 % en casos no encontrados con dicha complicación, discrepando así con otras investigaciones. Sin embargo, las que presentaron aborto espontaneo con un 44,4 %; es un resultado considerable en cuanto a la

frecuencia de las gestantes estudiadas, dejando una posibilidad de una posible causa de complicación en las gestantes estudiadas como se observa en los resultados en un estudio realizado por Has Contreras y col. 2013 <sup>28</sup>, teniendo como resultado de un total de 292 madres adolescentes a 80 gestantes con aborto espontaneo representando así un 27,4 % de gestantes que sufrieron violencia física durante su gestación si bien no es de mayor frecuencia, es de considerar también que exista dicha asociación. En otro estudio realizado por Evelina Andrea Rondon Abuhadba <sup>27</sup>, obtuvo como resultado que un 37 % presentaron aborto espontaneo en relación a la violencia física durante el embarazo.

En relación a las gestantes adolescentes que sufrieron agresión física y presentaron como complicación muerte intrauterina, se obtuvo en nuestro estudio que un 5,6 % del total de gestantes presentaron esta complicación, concluyendo que no se asocia la violencia física en gestantes adolescentes y muerte intrauterina

El bajo peso al nacer del producto es otra complicación documentada como consecuencia de la violencia física en la embarazada, Resultados se demuestran en la investigación realizada por Susana Collado y col <sup>23</sup>. Discrepando así en este estudio en que se observa el retardo de

crecimiento intrauterino en un 25 % de la población estudiada siendo una mínima frecuencia negando así dicha asociación

En el presente estudio se precisa que la violencia durante el embarazo, no se encuentre asociada con aborto ni con bajo peso al nacimiento, pero sí una frecuencia significativa, considerando que el impacto negativo en la salud de las mujeres depende no sólo de la magnitud del hecho aislado, sino también de la frecuencia y el tiempo de exposición a hechos de violencia.

## CONCLUSIONES

1. La violencia física en gestantes adolescentes y la amenaza de parto pre termino se determina que estadísticamente no se asocia, ya que se encontró un 33,3% de casos sin complicación.
2. Con respecto a la violencia física en gestantes adolescentes y aborto espontaneo se concluye que no hay asociación entre las variables debido a que se encontró 55,6 % de casos que no presento casos aborto espontaneo.
3. Se identificó que no existe asociación entre la violencia física en gestantes adolescentes y la muerte intrauterina, debido a los resultados encontrados; se determinó un 94,4 % de casos no encontrados con mayor frecuencia.
4. Con respecto a la violencia física y retardo del crecimiento intrauterino como complicación en el embarazo de adolescentes se determinó que no presenta asociación debido a que el 52,8 % presentan adecuado peso al nacer.

## RECOMENDACIONES

1. El profesional de obstetricia; debe desarrollar con mayor énfasis tamizaje sobre violencia física a todas las gestantes adolescentes desde su primer control; para la detección y protección de la violencia ejercida contra ellas.
2. El profesional de obstetricia debe diseñar y ejecutar estrategias de promoción y prevención que ayuden a disminuir la violencia que se ejerce, para mejorar su calidad de vida y empoderarlas para que logren romper las cadenas de violencia.
3. Incorporar en la currícula universitaria temas sobre violencia ejercida en gestantes adolescentes para que el futuro profesional de Obstetricia desarrolle con una amplia capacidad, temas que le permitan abordar la salud materna con un enfoque de prevención de la violencia y fomentar programas de intervención en las gestantes adolescentes
4. Se sugiere realizar estudios comparativos de las complicaciones en gestantes adolescentes que se relacionen con la violencia física.

## REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

1. Juan Carlos S. et al. Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores. Revista Peruana de Epidemiología Vol. 16 N° 2 Agosto del 2012
2. OMS, Comprender y abordar la violencia contra las mujeres; Human Reproduction Programme [Internet] Disponible en:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw\\_series/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/)
3. Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Estadísticas sanitarias mundiales 2013.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf).
4. Saravia JC, Mejia M, Becerra S, Palomino A. Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados. Rev. Peru epidemiol.2012; 16(2) [7pp]
5. OPS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Panorama general. Washington DC. 2013
6. Informe N° 006-2009-IN/DDP-OEM, “opinión previa sobre propuesta final del Plan Nacional contra la Violencia hacia la mujer. Mujer 2009-2015, emitido por la Defensora de la Policía del Ministerio del Interior con fecha 2 de marzo de 2009.

7. Del Río A, Marchetti R. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual: manual operativo. 2da. ed. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2006; 1: 11-29.
8. Doris AC, Yesenia HP, et al. Complicaciones maternas y fetales en adolescentes que acuden al centro de salud matern infantil del peru. Lima jul. 2013
9. Pércy RM, German LN, et al. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta Pediatr Mex. 2008;29(5):268.
10. Victor ER. Rev. Estudio del Secretario General Naciones Unidas, Poner fin a la violencia contra la mujer, de las palabras los hechos; VAW-Spanish 24 de abril del 2007.
11. León LA, et al. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta Pediatr Mex. 2008;29(5):268.
12. Tiwari A, Chan K, Fong D, Wnridge DA, et al. The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. BJOG. 2008;115(3):377-84. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01593.x.

13. Abbott DH. Zhou R. Bird IM. Et al. Fetal programming of adrenal androgen excess: lessons from a nonhuman primate model of polycystic ovary syndrome. *Endocr Dev.* 2008;13:145-58.
14. Donnell K. Connor TG. Glover V. Prenatal stress and neurodevelopment of the child: focus on the HPA axis and role of the placenta. *Dev Neurosci.* 2009;31(4):285-92.
15. Jesus CJ. et al Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 2004, 10:770–789
16. Sandra AV. Fulvio LC. Silvia N. Evolución de la mortalidad materna en América Latina. El Caribe y Bolivia. Aspectos que influyen. *Arch. Boliv. Med.* [revista en internet]. 2009 [acceso 4 setiembre del 2011]; 13(81): 35-40. Disponible en:  
[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-05252009000300011&lng=es&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05252009000300011&lng=es&nrm=iso).
17. Fridth AT. et al. Violence against women: relevance for medical practitioners, *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267(23).
18. United Nations Economic and Social Council, Report of the Special Rapporteur on violence against women, E/CN.4/1996/53, February 1996.

- 19.** Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (Resumen). Departamento Género, Mujer y Salud. OMS, 2005. [Acceso 06 de diciembre de 2008]. Disponible en:  
[http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summaryreportSpa\\_nishlow.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpa_nishlow.pdf)
- 20.** Fikree FF. Batí LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *Int J Gynecol Obstet.* 1999; 65: 195- 201
- 21.** Aliaga P. Ahumada S. Marfull J. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003; 68: 75-78.
- 22.** Silvana E. et al. “Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile” *Rev. chil. obstet. ginecol.* vol.79 no.5 Santiago oct. 2014
- 23.** Svetlana VD. et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México en el 2007 *Rev. Saúde Pública* vol.41 no.4 São Paulo Aug. 2007 Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400012)
- 24.** Susana CP. et al.” Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido de agosto a

septiembre de 2004” México 2007;75:259-67. Volumen 75, Núm. 5, mayo. 2007.

**25.** Roberto C. Agustín R. “Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México” Rev. Saúde Pública vol.38 no.1 São Paulo Feb. 2004

**26.** Hans C. et al. “Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú” Rev. Perú. med. exp. salud publica vol.30 no.3 Lima jul. 2013

**27.** Luis TO. et al. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género realizado el 2007 Rev. Per Ginecol Obstet. 2007;53(1); 10-17 Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53\\_n1/pdf/a02v53n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n1/pdf/a02v53n1.pdf)

**28.** Evelina RA, en su trabajo titulado: Prevalencia y características de la violencia intrafamiliar en gestantes usuarias del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco (septiembre 2006 – marzo 2007), Disponible en:  
[http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1463/0217\\_Rondon.pdf?sequence](http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1463/0217_Rondon.pdf?sequence).

**29.** Definición ABC, “Definición de Embarazo” [Acceso 06 de diciembre de 2015. Disponible en:

<http://www.definicionabc.com/salud/embarazo.php>

- 30.** Santos D. Diagnóstico de embarazo. [consulta: 10 nov 2015]. [en línea] <<http://www.med.uchilecl/escuelas/obstetricia/embarazo/diagnostico/emba.html>>
- 31.** Doring GK. Fisiología del embarazo y del feto En: Döderleing G. Clínica obstétrico-ginecológica. t 3 ed. Madrid: Alambra, 1966: 1-29.
- 32.** Faure JL. Siredey A. Tratado de ginecología médico-quirúrgica. Madrid: Saturnino Calleja, 1926: 84-92.
- 33.** Rigol O. Recuento anatómico y fisiológico del aparato reproductor. En: Rigol O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed, 2004: 7 - 8.
- 34.** Molina R. Sandoval J. Luengo X. "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay. Disponible en:  
[http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)
- 35.** Coll A. "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, Nº 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
- 36.** Arturo GS. Hernández HM. Manjon SA. "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre

- Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 –  
Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
- 37.** Molina R. Andrea PS. Donoso SE. "Adolescencia y embarazo" .  
Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicac. Técnicas  
MEDITERRANEO – Santiago de Chile
- 38.** Toro MJ.et al. "Embarazo en la adolescente" – Rodriguez Armas O.,  
Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud  
Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas,  
Venezuela
- 39.** Agustina FM. Samana MN. "Planificación Familiar y metodología  
anticonceptiva". [Internet]. Disponible en:  
[http://www.educacionsexual.com.ar/biblioteca-online/planificacion-  
familiar-y-metodologia-anticonceptiva/embarazo-en-adolescentes](http://www.educacionsexual.com.ar/biblioteca-online/planificacion-familiar-y-metodologia-anticonceptiva/embarazo-en-adolescentes)
- 40.** OPS/OMS-FNUAP-UNICEF 2001. Manual de monitoreo y evaluación  
de programas de salud sexual y reproducción de adolescentes y  
jóvenes.
- 41.** Pamela BF. Situación actual del embarazo adolescente en Chile.  
Subsecretaría de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Integral  
de Adolescentes y Jóvenes. Set. 2012
- 42.** Jines MH. Integración comunidad-universidad para el análisis de la  
problemática del embarazo en adolescentes de comunidades de

Naguanagua, como base para diseñar proyectos sociales. Universidad de Carabobo; Octubre 2010. Disponible en: [http://www.uc.edu.ve/uc\\_empresas/locti\\_ver\\_detalle.php?cod\\_proyecto=1131&cod\\_area=&area](http://www.uc.edu.ve/uc_empresas/locti_ver_detalle.php?cod_proyecto=1131&cod_area=&area)

**43.** Deysi DA .Sugg CM. Embarazo en la adolescencia: educación sexual y anticoncepción previa. Rev.Soc.Chil.ObstetGinecol.Infant.Adolesc. 2004; 11(3):79-83.

**44.** Cedeño MG. Desarrollan labor educativa para disminuir índices de embarazo precoz. Embarazos adolescentes.INFOMED.2008 .11 agosto 2010

**45.** Laura LM. La mitad de los nacidos en 2011 tiene una mama sin secundario. La Voz del Interior. 21/01/2013.

**46.** OMS-CIPD, Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994. p 418.

**47.** César A. Salud Femenina de Bayer: "Estado de la situación sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Uruguay" [Internet]. disponible en:  
[http://www.bayer.com.uy/noticias/noticias\\_ver.php?id=839](http://www.bayer.com.uy/noticias/noticias_ver.php?id=839)

**48.** Lete L. Pablo L.et al. Embarazo en la Adolescencia. Capitulo 26. Manual de salud reproductiva en la adolescencia

- 49.** Pamela BF. Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Subsecretaría de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Set. 2012
- 50.** Federico C. Embarazo adolescente. Uruguay  
[Internet]. disponible en:  
<http://www.elpais.com.uy/130224/pnacio-698122/nacional/embarazo-adolescente-unos-7-000-casosal-ano/>
- 51.** Dios MA. Medina MR. Factores que influyen en embarazo en la adolescencia. Rev Méd Urug. 2006; 22(3): 185-190
- 52.** Ministerio de Salud Pública comisión organizadora para la segunda jornada de Nominación de Obstetricia, (2014). Normas de Obstetricia Ginecológica. La Habana.
- 53.** Ismeri SC . Aceptación y Acceso a los servicios para adolescentes en el Ecuador. Programa de asistencia médica y psicosocial para la adolescencia. 2013.
- 54.** Andres CA. "Embarazo en la adolescencia". Argentina. 2012.
- 55.** Organización Mundial de la Salud, (2011). Comisión internacional de acciones conjuntas del sector académico y del sector salud. Subcomisión de investigación prioridades comunes de investigación en salud. OPS: ECUADOR

- 56.**Heding LW, Grimstad H, Moller A, Janson PO. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78: 310-315.
- 57.**Heding LW, Janson PO. Violencia doméstica durante el embarazo: La prevalencia de lesiones físicas, uso de sustancias, abortos. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(8):625-30.
- 58.**Follingstad DR, Brennan AF, Hause ES, Polek DS, Rutledge LL. Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *J Fam Viol* 1991; 6(1):81-95.
- 59.**Valdez R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental* 1998;21(6):1-10
- 60.**Walker L. The cycle theory of violence from battered woman. Nueva York: Colophon Books, 1983:54-70.
- 61.**Stark E, Flitcraft AH. Spouse abuse. En: Rosenberg ML, Fenley MA, eds. *Violence in America: A public health approach*. NewYork: Oxford University Press, 1991: 138-139.
- 62.**Estévez BM.. Young people's health: a challenge to society. Informe científico de la OMS. Ginebra: OMS.2014
- 63.**Robalino Valdivieso M. Programa de atención integral a adolescentes embarazadas en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo en el

- periodo agosto 2006- enero 2007 [tesis de master]. Centro Universitario Riobamba. 2009.
- 64.** Alarcón Argota, Coello Larrea, Cabrera García, Monier Despeine. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer 2009;25(1-2):1-14
- 65.** Sánchez Lorente S. Estudio longitudinal del impacto de la Violencia de pareja sobre la salud física y el Sistema inmune de las mujeres. 2009. [Tesis Doctoral]. España: Universitat de València, Servei de Publicacions; 2009.
- 66.** Proyecto iceberg. Manual sobre violencia de género. 2009; 1-196.
- 67.** MINDES. Maltrato y abuso sexual infantil en el Perú: ¿A cuántos afecta y como enfrentarlo? / Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), 2007; 24 pág.
- 68.** Garmendia Lorena F. La violencia en América Latina. An Fac med. 2011; 72(4):269-276
- Stella Martín de las Heras Publicación y Redactada por “Enfemenino”, Publicado el 15 de diciembre de 2014 [Internet]. disponible en:  
<http://www.enfemenino.com/embarazo/el-22-7-de-las-mujeres-embarazadas-sufre-violencia-de-genero-s1160764.html>

## ANEXOS

### FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA N°: ..... FECHA: / / HC:

#### I. DATOS GENERALES DE VIOLENCIA:

Ficha de tamizaje: si( ) (1) no( ) (2)

Violencia: si ( ) (1) no( ) (2)

Tipo de violencia:

- NA ( ) 0
- Física ( ) 1
- Emocional ( ) 2
- Sexual ( ) 3
- Otras ( ) 4

Si tiene violencia física seguir con las siguientes preguntas :

Rasguños: NA( ) 0 si( ) 1 no( ) 2

golpes: NA( ) 0 si( ) 1 no( ) 2

empujones : NA( ) 0 si( ) 1 no( ) 2

puñetes:            NA( )0                    sí( )1                    no( )2  
patadas :            NA( )0                    sí( )1                    no( )2

**II. COMPLICACIONES MATERNAS :    SI ( )1        NO( )2**

**Terminación del embarazo:**

Parto pre termino                    ( )1  
Parto a término                    ( )2  
Aborto espontaneo                    ( )3  
Muerte Intrauterina                    ( )4  
Otros:                    ( )5

**Características del RN:**

- Peso:
- Talla:
- Perímetro cefálico:
- RCIU:
- Peso por edad gestacional:

Grande 1

Adecuado2

Paqueño3

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

**ANEXO II**

**FICHA DE TAMIZAJE**

DIRECCIÓN DE SALUD:..... ESTABLECIMIENTO:.....  
FECHA:.....

SERVICIO: Emergencia  Pediatría  Ginecología  Obstetricia  CRED.  Medicina  P.F.   
Otros

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO:.....

EDAD: SEXO: Masculino  Femenino

DIRECCIÓN:.....

**Lea al Paciente:**

Debido a que la Violencia familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en ésta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:

**Pregunte:**

Si es adulto (a):

- ¿alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?
- ¿alguna vez ha sido maltratada físicamente?
- ¿ha sido forzada a tener relaciones sexuales?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Quién?.....  
¿Desde cuándo?.....  
¿Cuándo fue la última vez?.....

Si es niño, niña - adolescente:

- ¿Te castigan tu papá o tu mamá? ¿Cómo?
- ¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Quién?.....  
¿Desde cuándo?.....  
¿Cuándo fue la última vez?.....

Marque con aspa (X) todos los indicadores de maltrato, que observe

En todos los casos: niño (o), adolescente, adulto(s), adulta mayor(o)

FISICOS	Retraimiento	Intento de suicidio
Hematomas y contusiones inexplicables	Llanto frecuente	Uso de alcohol, drogas
Cicatrices o quemaduras	Exagerada necesidad de ganar, sobresalir	Tranquilizantes o analgésicos.
Fracturas inexplicables	Demandas excesivas de atención	SEXUALES
Marca de mordeduras.	Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.	Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)
Lesiones de vulva, perineo y recto, etc.	Tartamudeo	Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc.	Temor a los padres o de llegar al hogar	Embarazo precoz



D. Fernández E.



Magly García B



E. M. CHIOTTI K.



E. Mantilla P.



W. Rojas M.



M. Rojas S.