



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública
ISSN: 1726-4642
revmedex@ins.gob.pe
Instituto Nacional de Salud
Perú

Contreras-Pulache, Hans; Mori-Quispe, Elizabeth; Hinostroza-Camposano, Willy D.; Yancachajlla-Apaza, Maribel; Lam-Figueroa, Nelly; Chacón-Torrico, Horacio
CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LIMA, PERÚ
Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 30, núm. 3, julio, 2013, pp. 379-385
Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36329476002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LIMA, PERÚ

Hans Contreras-Pulache^{1,2,a}, Elizabeth Mori-Quispe^{1,a}, Willy D. Hinostroza-Camposano^{1,a}, Maribel Yancachajlla-Apaza^{1,a}, Nelly Lam-Figueroa^{2,b}, Horacio Chacón-Torrico^{3,c}

RESUMEN

Objetivos. Determinar las características de la violencia durante el embarazo en adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, Perú. **Materiales y métodos.** 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. El antecedente de violencia se operacionalizó en: violencia verbal (insultos, ridiculizaciones, humillación); violencia física (jalones del brazo, jalones de los cabellos, empujones); agresión directa (puñetas, cachetadas, patadas, quemaduras), y violencia sexual (relaciones sexuales sin consentimiento). **Resultados.** Se incluyeron 292 madres adolescentes. La edad promedio fue de 16.5 ± 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. **Conclusiones.** La violencia durante el embarazo adolescente no es un hecho aislado, sino que es altamente frecuente en cualquiera de sus formas.

Palabras clave: Violencia; Embarazo; Adolescente (fuente: DeCS BIREME)

CHARACTERISTICS OF VIOLENCE DURING TEENAGE PREGNANCY IN LIMA, PERU

ABSTRACT

Objectives. To determine the characteristics of violence seen in pregnant teenagers who were treated at the Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) in Lima, Peru. **Materials and methods.** A cross-sectional study was carried out by INMP between January and March, 2010 using a probabilistic and systematic sampling. The study unit comprises every hospitalized teenager who had just given birth and who lived in Lima. A semi-structured interview was conducted. History of violence was operationalized into: verbal violence (insults, ridicule, and humiliation), physical violence (arm pulling, hair pulling, pushes), direct aggression (slaps, kicking, burns) and sexual violence (sexual intercourse without consent). **Results.** 292 teenage mothers aged 16.5 ± 1 in average took part in the study. 47.9% lived with their partners and 51.4% were single. In 97.3% of the cases, they got pregnant as a result of a consented sexual relationship, while 2.7% got pregnant as a result of rape. 90.1% of teenage mothers reported not having planned the pregnancy. Concerning history of violence: 48.1% had had verbal violence, 17.1% physical violence, 8.2% direct aggression and 6.8% sexual violence. **Conclusions.** Violence during teenage pregnancy is not an isolated event; actually, it is rather common in any of its forms.

Key words: Violence; Pregnancy; Adolescent (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

En el Perú, durante el año 2011, se registraron más de 90 mil nacimientos de madres con edades comprendidas entre los 15 y 19 años⁽¹⁾. Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 95%

de los embarazos adolescentes ocurren en países en vías de desarrollo⁽²⁾. Al mismo tiempo, se asocia al embarazo adolescente con el embarazo no planificado, violación sexual, experiencia negativa del embarazo, truncamiento del proceso educativo, dependencia económica de la madre, mayor incidencia de problemas

¹ Centro de Investigación ANASTOMOSIS, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

² Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

³ Facultad de Medicina Humana. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.

^a Médico cirujano; ^b médico ginecoobstetra, magíster en medicina; ^c estudiante de medicina

Recibido: 07-01-13 Aprobado: 03-07-13

Citar como: Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinostroza-Camposano WD, Yancachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torrico H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):379-85.

perinatales, desconocimiento de temas de salud sexual y reproductiva e inadecuada estructuración de la familia, entre otros⁽³⁻⁸⁾.

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 macroestructuras sociales de pensamiento: el machismo y los roles estereotipados de género^(4,5,7,9). 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⁽¹⁰⁻¹²⁾.

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⁽¹³⁻²²⁾.

En cuanto a la violencia de género durante el embarazo, los estudios en nuestro país se han centrado en mujeres adultas⁽²³⁻²⁸⁾. En estos, así como en reportes internacionales, se ha relacionado a la violencia con una mayor prevalencia de embarazo no planificado, práctica abortiva, depresión, suicidio, aislamiento social, síndrome de estrés postraumático, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, entre otras complicaciones^(6,7,23-32). Todo lo anterior, hace que el antecedente de violencia contra la mujer se asocie con un incremento de costos en salud y un decremento en los estándares de calidad de vida⁽³²⁾. Un estudio sobre violencia en madres adolescentes, llevado a cabo en Lima Metropolitana, reportó el antecedente de violencia durante el embarazo como un problema frecuente, con una prevalencia de violencia verbal de 53,8 y 14,7% para violencia física, además de asociarse a un mayor sentimiento de sentirse estigmatizada, una menor autoestima en la madre y una mayor prevalencia de

sintomatología depresiva⁽³³⁾. El objetivo del presente estudio fue determinar las características de la violencia durante el embarazo en adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO Y MUESTRA

Estudio observacional, descriptivo y transversal. La unidad de estudio fue toda adolescente (hasta los 19 años, 11 meses y 29 días) residente en Lima, hospitalizada después de la atención del parto durante los meses de enero a marzo de 2010 en el INMP. Se excluyeron madres adolescentes iletradas, que presentaron óbito fetal o muerte neonatal y con antecedente psiquiátrico, verificado en la historia clínica.

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio sistemático. Para el cálculo de la muestra se tomó como referencia la tasa de natalidad del año 2009 para el mismo periodo, la cual fue de 661 madres adolescentes, se consideró un nivel de confianza del 95%, un margen de error de 4% y una proporción estimada de prevalencia de violencia general del 40% según reportes locales^(23-26,28), obteniéndose finalmente 308 personas por encuestar. La selección de la muestra se hizo en base a un muestreo sistemático con arranque 2, es decir, se seleccionó un caso cada dos casos de puérperas adolescentes encontradas. No cumplieron los criterios de inclusión 16 puérperas, mientras que el porcentaje de rechazo fue de 5,2%.

VARIABLES, INSTRUMENTO Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las variables incluidas fueron: edad, estado civil, nivel educativo materno, edad de la pareja, antecedentes médicos, antecedentes obstétricos y antecedentes del periparto.

Desde un punto de vista operacional, se definió a la violencia durante el embarazo como todo acto ejercido en contra de la voluntad de la mujer, temporalmente asociado al embarazo, y cuya repercusión, en mayor o menor medida, puede traducirse ya en su integridad física, en su equilibrio mental y en sus aportaciones sociales. Dichos actos violentos podrán ser ejercidos por cualquier agente del entorno social en que se desenvuelve la adolescente: pareja, padres, amigos u otros.

El antecedente de violencia durante el embarazo se evaluó según cuatro tipos: violencia verbal (insultos, ridiculizaciones, humillación frente a otros), violencia

física (jalones del brazo, jalones de los cabellos, empujones), agresión directa (puñetes, cachetadas, patadas, quemaduras) y violencia sexual (relaciones sexuales sin consentimiento). Esta clasificación concuerda con las propuestas en instrumentos previos (34,35).

Las participantes luego de dar su aprobación voluntaria, fueron conducidas a un ambiente privado donde se les realizó una entrevista semiestructurada. Para la evaluación de los diferentes tipos de violencia se aplicaron diferentes preguntas, en el caso de la violencia verbal se realizó la siguiente pregunta: *Durante su embarazo, ¿alguna vez su pareja o alguna otra persona la han insultado, gritado, ridiculizado o dicho algo que la haya molestado fuertemente?*, para el caso de la evaluación de violencia física se preguntó: *Durante su embarazo, ¿ha sido usted maltratada físicamente por su pareja o por alguna otra persona bajo alguna de las siguientes formas: jalarla del brazo fuertemente, jalarla de los cabellos o empujarla?*. Para explorar sobre agresión directa la pregunta fue: *En el tiempo que duró su embarazo, ¿su pareja o alguna otra persona la ha golpeado (puñetes, cachetadas, patadas, quemaduras, etc.)?* Finalmente para indagar sobre violencia sexual se realizó la siguiente pregunta: *Durante su embarazo, ¿su pareja o alguna otra persona la ha obligado o forzado a tener relaciones sexuales sin su consentimiento al menos una vez?* Las características de los diferentes tipos de violencia se evaluaron en función a tres preguntas: *¿Quién fue el principal agresor?*, *¿En qué trimestre ocurrió el maltrato esencialmente?* y *¿Con qué frecuencia ocurrió el hecho?* Las entrevistas fueron realizadas por una obstetra capacitada en temas de psicología perinatal y con amplia experiencia en el campo. El resto de datos fueron tomados de la revisión de las historias clínicas en una ficha de recolección de datos.

ANÁLISIS

Se realizaron cálculos univariados de frecuencia y prevalencia (para variables cualitativas), y medidas de tendencia central como media, mediana, desviación estándar y rango (para variables cuantitativas). El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS versión 18.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todas las participantes fueron debidamente informadas de los alcances del estudio, decidiendo su participación de modo voluntario, firmando un asentimiento informado; las que no desearon participar voluntariamente no fueron incluidas en el estudio. La presente investigación

fue revisada y aprobada por el Comité Metodológico y el Comité de Ética del INMP de Lima, Perú.

Se debe mencionar, que en los casos de violencia sexual, se corroboró que las denuncias ya se habían realizado cuando se reportó como agresor al padre y otros; sin embargo, en aquellos casos en las que las adolescentes reportaron cuyo principal agresor fue su pareja, solo dos de ellas habían realizado ya la denuncia al momento de la entrevista, por lo cual al resto se les brindó consejería y orientación en torno a los entes a los cuales pueden acudir para recibir ayuda. Además de ello, se reportaron los casos al servicio de psicología del INMP para el seguimiento del caso. Al respecto, cabe mencionar que al momento de ser evaluadas por dicho servicio solo tres de ellas aceptaron dicha forma de violencia, negando las demás el ser víctimas de violencia. A estas, se les hizo el seguimiento con el servicio de psicología del INMP, y siguió brindándose sesiones de consejería y orientación para acudir a entes de apoyo hasta el alta. Se debe acotar que al momento de finalizar las entrevistas el personal encargado brindaba una breve sesión de consejería y orientación sobre violencia a cada una de las adolescentes.

RESULTADOS

Se incluyeron 292 madres adolescentes. La edad promedio de las participantes fue de $16,5 \pm 1$ año (rango: 13-18). La edad promedio de los padres (las parejas) fue de $21,9 \pm 5$ años (rango: 16-48). En relación a los antecedentes médicos, solo 10 (3,4%) refirieron antecedente médico de importancia. El antecedente de aborto se registró en 22 (7,5%) casos, mientras que 8 (2,7%) puérperas contaban con un hijo previo.

Con relación a los controles prenatales, 190 (65,1%) presentaron seis o más controles prenatales mientras que 102 (34,9%) presentaron menos de seis controles. En relación a patología obstétrica: 34 (11,6%) casos presentaron amenaza de aborto; hiperemesis en 16 casos (5,5%); placenta previa en dos casos (0,7%), y desprendimiento prematuro de placenta en dos casos (0,7%). En 231 casos se obtuvo información sobre antecedente de trastorno hipertensivo, de estos, 28 (12,1%) y 17 (7,4%) presentaron hipertensión gestacional y preeclampsia respectivamente. Según el tipo de parto, observamos que 190 (65,1%) y 102 (34,9%) dieron a luz por vía vaginal y cesárea, respectivamente. De toda la muestra, 22 (7,5%) casos fueron partos prematuros.

Según lo reportado en el estado civil el 47,9% de las madres adolescentes era conviviente y en 51,4% soltera. El nivel educativo materno en el 67,8% fue

Tabla 1. Características de las madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú 2010

Características	N = 292	(%)	IC 95%
Edad materna (en años)			
13	2	(0,7)	0,4 - 1,8
14	10	(3,4)	1,17 - 5,68
15	46	(15,8)	11,4 - 20,1
16	60	(20,5)	15,7 - 25,3
17	124	(42,5)	36,6 - 48,3
18	50	(17,1)	12,7 - 21,7
Estado civil			
Casada	2	(0,7)	0,4 - 1,8
Conviviente	140	(47,9)	42,0 - 53,8
Soltera	150	(51,4)	45,5 - 57,3
Nivel educativo materno			
Secundaria incompleta	198	(67,8)	62,3 - 73,3
Secundaria completa	68	(23,3)	18,3 - 28,3
Estudios superiores inconclusos	26	(8,9)	5,4 - 12,3
Padre según grupo etario			
Adolescente	48	(16,4)	12,0 - 20,9
Joven	224	(76,7)	71,7 - 81,7
Adulto	20	(6,8)	3,7 - 9,9
Motivo del embarazo			
Violación sexual	8	(2,7)	0,6 - 4,7
Relación consentida	284	(97,3)	95,2 - 99,3
Planificación del embarazo			
Sí	28	(9,8)	6 - 13,1
No	256	(90,1)	83,7 - 91,6
Reacción de la pareja ante la noticia del embarazo			
Nunca le agració la noticia	14	(4,9)	2,2 - 7,4
Al inicio no le agració, pero luego cambió de opinión	54	(19,0)	13,9 - 23,1
Le agració la noticia desde el inicio	216	(76,1)	68,8 - 79,2
Ideación temprana de aborto			
Sí	80	(27,4)	22,1 - 32,7
No	212	(72,6)	67,3 - 77,9
Primer control prenatal			
Primer trimestre	22	(8,9)	4,3 - 10,7
Segundo trimestre	106	(42,7)	30,6 - 42,0
Tercer trimestre	120	(48,4)	35,3 - 46,9

Tabla 2. Características de la violencia durante el embarazo en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú 2010

Característica de la violencia	Violencia verbal	(%)	Violencia física	(%)	Agresión directa	(%)	Violencia sexual	(%)
Prevalencia de la violencia	142	(48,6)	50	(17,1)	24	(8,2)	20	(6,8%)
¿Quién fue el principal agresor?								
Pareja	36	(25,4)	20	(40,0)	10	(41,7)	10	(50,0)
Padre	22	(15,5)	8	(16,0)	4	(16,7)	6	(30,0)
Madre	14	(9,9)	4	(8,0)	4	(16,7)	0	--
Otro	70	(49,2)	18	(36,0)	6	(25,0)	4	(20,0)
¿En qué trimestre ocurrió el maltrato esencialmente?								
Primer trimestre	40	(28,2)	18	(36,0)	4	(16,7)	4	(20,0)
Segundo trimestre	60	(42,3)	22	(44,0)	14	(58,3)	10	(50,0)
Tercer trimestre	42	(29,6)	10	(20,0)	6	(25,0)	6	(30,0)
¿Con qué frecuencia ocurrió el hecho?								
A veces	36	(25,4)	14	(28,0)	6	(25,0)	4	(20,0)
Frecuentemente	28	(19,7)	16	(32,0)	4	(16,7)	2	(10,0)
Muy frecuentemente	78	(54,9)	20	(40,0)	14	(58,3)	14	(70,0)

secundaria incompleta. 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 planificar el embarazo, en la Tabla 1 se muestran las demás características de la muestra estudiada.

En torno al antecedente de violencia, 142 puérperas (48,6%) refirieron haber sido violentadas verbalmente durante el embarazo, 50 (17,1%) puérperas refirieron haber sufrido violencia física mientras que 24 (8,2%) puérperas refirieron haber sido víctimas de alguna muestra de agresión directa y 20 (6,8%) puérperas refirieron antecedente de violencia sexual durante el embarazo. En la Tabla 2 se resumen las características según los tipos de violencia antes expuestos.

DISCUSIÓN

Como se muestra en nuestros resultados, no existe una distribución homogénea de la población de madres adolescentes en cuanto a edad. El hecho de que la mayoría de madres adolescentes tengan 16 años o más en el presente estudio, obliga a replantear el modelo de acceso a los servicios de salud para efectos de consejería y asesoramiento en salud reproductiva y sexual, de tal manera que este se dé sin supervisión del padre u apoderado; y antes de los 18 años; esto último se sostiene además en la cada vez menor edad de inicio de la vida sexual en los adolescentes.

Como era de esperar, se observó que aproximadamente siete de cada diez puérperas no han concluido sus estudios escolares, y aquellas pocas que tenían estudios de educación superior han visto truncados sus estudios profesionales, debido al embarazo. Lo antes

mentionado nos permite entender el posicionamiento de la madre adolescente en una condición particular de dependencia económica a corto plazo, pero sobre todo, a largo plazo, por lo cual creemos que se debería de hacer frente a esta problemática elaborando planes de inclusión de las gestantes adolescentes en el proceso educativo, ya que este es reconocido como un requisito para tener acceso a oportunidades de trabajo mejor remuneradas, así como a una mayor de calidad de vida (27,32,33).

Con relación a la pareja, se muestra que, en promedio, son mayores que las madres, pero con igual situación de vulnerabilidad, nueve de diez (93,2%) eran adolescentes o jóvenes (20 a 24 años). En datos que no se muestran en la Tabla 1, se analizó la distribución del grupo etario del padre según el nivel educativo materno encontrándose que cuanto mayor era el nivel educativo materno, existía una tendencia a presentar parejas de edad similar.

Un dato que llama la atención, fue el porcentaje de violaciones reportadas por las madres adolescentes, como causa del embarazo. Sin embargo, debemos considerar que este estudio se realizó en la capital del país, en la zona más céntrica de la ciudad (Lima Metropolitana), en un instituto de máximo nivel resolutivo. Esto quiere decir que es probable que las cifras sean más altas si se consideran grupos excluidos, lo que mostraría que este dato reportado en nuestra investigación es solo tal vez la punta visible del *iceberg*. Por otro lado, de las madres que refirieron que su embarazo fue producto de una relación sexual consentida, se encontró que una de cada diez había planificado su embarazo, lo cual se condice con investigaciones previas, y resalta nuevamente la naturaleza no planificada del embarazo adolescente (34,35).

En cuanto a la situación civil reportada, menos del 1% tiene una situación civil legal de compromiso (matrimonio) y más de la mitad (51,4%) refiere estar soltera. Así mismo, según refieren las madres adolescentes: 76,1% de los padres respondieron de un modo agradable a la noticia del embarazo. Este antecedente, y los relacionados a que más de la mitad de las madres refieren ser solteras, y que una de cada diez ha planificado su embarazo, sugiere contrastar en otros estudios entre el planificar, aceptar el embarazo y el empeño responsable en la consecución del proceso obstétrico y perinatal ya que esto permite comentar la doble dinámica del embarazo: para la madre, como proceso biológico y cultural; y para el padre, como una construcción de base social y cultural (36,37). Lo cual cobra una importancia no solo teórica, sino esencialmente de salud pública, pues en el caso del hombre, la paternidad se volverá un fenómeno

eminente sociocultural, es decir de aprendizaje (38). Esto debería ser aprovechado por el sistema de salud, ya que al involucrar al padre en el proceso obstétrico y cubrir sus necesidades de información respecto a la paternidad y al rol de padre, se verán disminuidas las situaciones de conflicto que la paternidad genera en los padres adolescentes, las cuales podrían desencadenar problemas de violencia en esta población (39).

En cuanto a la características de la violencia, esta se condice con lo que se presumía: la violencia es una realidad frecuente durante el embarazo adolescente, tal como ha sido planteado en otras publicaciones, entre las cuales se ha encontrado una prevalencia general de violencia por pareja íntima (física, sexual, emocional) de 45% en nuestro medio (23-26,28). Lo grave aquí son las cifras mayores en las formas de violencia más agresiva. En cuanto a violencia verbal, no parece haber diferencias con lo ya publicado en torno a estudios en población adulta (23,25,26,28); sin embargo, con relación a la violencia física (17,1%), la agresión directa (8,2%), y sobre todo la violencia sexual (6,8%), llama la atención que la prevalencia sea mayor a la reportada en estudios de madres adultas (23-26,28). Quiere decir que las madres adolescentes de nuestro estudio, además de ser más vulnerables por su edad, su dependencia legal, económica y social, son también las víctimas más afectadas por la violencia.

En torno a los agentes responsables de la violencia, se puede notar que en todas las formas de violencia, pero sobre todo en las más agresivas (física, agresión directa y sexual), el responsable pertenece al círculo familiar (pareja, padre o madre). Cabe mencionar, además, que los actores responsables de las relaciones sexuales no consentidas, en el 50% de los casos se refiere a la pareja y en el 30% de ellos se refiere al padre. Estos datos muestran la necesidad de la implementación de estudios que tomen en consideración grupos sociales excluidos donde probablemente el tema de la violencia sea una realidad más frecuente. Aun así, nuestro estudio muestra que la violencia (ya sea verbal, física, que incluya actos de agresión directa o de carácter sexual) durante el embarazo en las mujeres adolescentes estudiadas constituye una realidad cotidiana y frecuente que exige poner en alerta al personal de salud asistencial o de salud pública para el afrontamiento de esta problemática.

Cabe mencionar que este estudio está sometido a diversas limitantes, entre ellas se puede mencionar a la metodología del estudio (transversal), la cual no permite un análisis de los factores asociados o determinantes. Otra de los limitantes es el potencial sesgo de selección producido por un sesgo accidental en la técnica de muestreo. Para controlar este tipo de sesgo se aplicó un

muestreo probabilístico. Por otro lado, tratándose de un tema delicado como la violencia durante el embarazo, es probable que muchas mujeres no refieran el antecedente por temas ligados a razones culturales o de pudor teniendo en este caso un probable sesgo de información; este potencial sesgo (que en todo caso ocultaría la magnitud mayor del problema) se puede controlar, como en nuestro caso, realizando entrevistas con personal calificado y con experiencia en el campo, para lo cual se recomendaría que estudios de esta categoría se realicen con grupos de investigación interdisciplinarios, los cuales permitan sumar experiencia, integrando conocimientos de

diferentes niveles, y sugerir estrategias para el abordaje de estas personas.

Contribuciones de autoría: HCP, EMQ, WHC, MYA, NLF y HCT participaron en la concepción y diseño del trabajo y en la recolección de resultados, análisis e interpretación de datos. EMQ participó en la asesoría estadística. Todos los autores participaron en la aprobación final.

Fuente de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Perú: estimaciones y proyecciones de la población total, por años calendario y edades simples. 1950-2050*. Lima: INEI; 2009.
- Braine T. *Adolescent pregnancy: a culturally complex issue*. Bull World Health Organ. 2009;87(6):410-1.
- Edirne T, Can M, Kolusari A, Yildizhan R, Adali E, Akdag B. *Trends, characteristics, and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey*. Int J Gynaecol Obstet. 2010;110(2):105-8.
- Lohan M, Cruise S, O'Halloran P, Alderdice F, Hyde A. *Adolescent men's attitudes in relation to pregnancy and pregnancy outcomes: a systematic review of the literature from 1980-2009*. J Adolesc Health. 2010;47(4):327-45.
- Molina RC, Roca CG, Zamorano JS, Araya EG. *Family planning and adolescent pregnancy*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2010;24(2):209-22.
- Vera G, Gallegos MS, Varela M. *Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas*. Rev Med Chil. 1999;127(4):437-43.
- Wiemann CM, Rickert VI, Berenson AB, Volk RJ. *Are pregnant adolescents stigmatized by pregnancy?* J Adolesc Health. 2005;36(4):352 e1-8.
- Santos MI, Rosario F. *A score for assessing the risk of first-time adolescent pregnancy*. Fam Pract. 2011;28(5):482-8.
- Katz A. *Adolescent pregnancy: the good, the bad and the promise*. Nurs Womens Health. 2011;15(2):149-52.
- Pérez Rodríguez MdR, López Navarrete GE, León López A. *Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido*. Acta Pediatr Mex. 2008;29(5):268.
- Macy RJ, Martin SL, Kupper LL, Casanueva C, Guo S. *Partner violence among women before, during, and after pregnancy: multiple opportunities for intervention*. Women's Health Issues. 2007;17(5):290-9.
- Tiwari A, Chan KL, Fong D, Leung W, Brownridge DA, Lam H, 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.
- Abbott DH, Zhou R, Bird IM, Dumesic DA, Conley AJ. *Fetal programming of adrenal androgen excess: lessons from a nonhuman primate model of polycystic ovary syndrome*. Endocr Dev. 2008;13:145-58.
- DiPietro JA, Costigan KA, Gurewitsch ED. *Fetal response to induced maternal stress*. Early Hum Dev. 2003;74(2):125-38.
- Gicquel C, El-Osta A, Le Bouc Y. *Epigenetic regulation and fetal programming*. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2008;22(1):1-16.
- Grattan DR. *Fetal programming from maternal obesity: eating too much for two?* Endocrinology. 2008;149(11):5345-7.
- Kapoor A, Petropoulos S, Matthews SG. *Fetal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis function and behavior by synthetic glucocorticoids*. Brain Res Rev. 2008;57(2):586-95.
- Kinney DK, Munir KM, Crowley DJ, Miller AM. *Prenatal stress and risk for autism*. Neurosci Biobehav Rev. 2008;32(8):1519-32.
- Merlot E, Couret D, Otten W. *Prenatal stress, fetal imprinting and immunity*. Brain Behav Immun. 2008;22(1):42-51.
- Mulder EJ, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BR, Buitelaar JK, Visser GH. *Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child*. Early Hum Dev. 2002;70(1-2):3-14.
- Nesterenko TH, Aly H. *Fetal and neonatal programming: evidence and clinical implications*. Am J Perinatol. 2009;26(3):191-8.
- O'Donnell K, O'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.
- Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. *Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru*. Int J Gynaecol Obstet. 2008;100(2):104-8.
- Flake DF. *Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru*. Violence against women. 2005;11(3):353-73.
- Ku S. *Violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y el recién nacido*. Rev Per Obst Enf. 2009;5(1):29-44.
- Perales MT, Cripe SM, Lam N, Sanchez SE, Sanchez E, Williams

- MA. Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. *Violence Against Women*. 2009;15(2):224-50.
27. Sanchez SE, Qiu C, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. *Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women*. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2008;137(1):50-5.
28. Távara L, Zegarra T, Zelaya C, Arias M, Ostolaza N. *Detección de violencia basada en género Tres servicios de atención de salud reproductiva*. *Ginecol Obstet*. 2003;49(1):31-8.
29. Martin SL, Moracco KE, Garro J, Tsui AO, Kupper LL, Chase JL, et al. *Domestic violence across generations: findings from northern India*. *International journal of epidemiology*. 2002;31(3):560-72.
30. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre L. *La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer*. *Salud Publica Mex*. 1996;38:352-62.
31. Walton-Moss BJ, Campbell JC. *Intimate partner violence: implications for nursing*. *Online journal of issues in nursing*. 2002;7(1):6.
32. Watts C, Zimmerman C. *Violence against women: global scope and magnitude*. *Lancet*. 2002;359(9313):1232-7.
33. Lam-Figueroa N. *Estudio del sentimiento de estigmatización en madres adolescentes de Lima Metropolitana*. *Anastomosis Cuaderno de Investigación*. 2009;3:64.
34. Calvete E, Corral S, Estevez A. *Factor structure and validity of the revised conflict tactics scales for Spanish women*. *Violence against women*. 2007;13(10):1072-87.
35. Canterino JC, VanHorn LG, Harrigan JT, Ananth CV, Vintzileos AM. *Domestic abuse in pregnancy: A comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview*. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181(5 Pt 1):1049-51.
36. Soria Trujano R. *Paternidad, maternidad y empoderamiento femenino*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2006;9(3):86-109.
37. Osores NJF. *Paternidades en América Latina*. Lima: Fondo Editorial PUCP; 2000.
38. Gallardo G, Gómez E, Muñoz M, Suárez N. *Paternidad: representaciones sociales en jóvenes varones heterosexuales universitarios sin hijos*. *Psykhe (Santiago)*. 2006;15(2):105-16.
39. González E, Toledo V, Luengo X, Molina T, Meneses R. *Paternidad adolescente II: variables familiares e impacto de la paternidad en el padre adolescente*. *Soc Chil de Obstet Ginecol Infant y de la Adolesc*. 1999;6(2-3):1-10.

Correspondencia: Hans Contreras Pulache
Dirección: Jr. Los Naranjos 116.
Urbanización Valdiviezo. San Martín de Porres. Lima. Perú
Teléfono: 959736855
Correo electrónico: c.i.anastomosis@gmail.com