



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

*“Factores Psicosociales y Familiares de las Adolescentes
Embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año
2018”*

Tesis para Optar el Título de Especialista en Terapia Familiar Sistémica

AUTOR (A)

Matilde Noemí Montoya Navarro

ASESORA (A)

María Emilia Yanaylle García

JURADO (A)

Celia H. Barbaran Torres

Walter M. Peña Manrique

Juan Carlos Ruiz Loayza

LIMA – PERÚ

2019

Dedicatoria

A Dios dador de la vida, por ser la luz que ilumina mi andar

Con todo mi amor para mi esposo e hija,

por su motivación y apoyo constante.

A la honorable memoria de mis padres

por ser ejemplo de lucha y fortaleza familiar.

A mis hermanos por sus palabras de aliento

y reconocimiento.

Agradecimientos

Quisiera expresar mi gratitud a mi maestra y destacada socióloga: María Emilia Yanaylle García, por su constante retroalimentación, motivación y valiosa asesoría en el campo de la investigación científica, lo cual ha permitido la culminación de la presente tesis.

Este trabajo es fruto de la colaboración de mi querida hija por ser mi guía, y soporte a lo largo de todo el desarrollo de la investigación.

Mi agradecimiento a los destacados docentes de la UNFV: Doctor Walter Peña Manrique, Doctor Juan Ruiz Loayza y Dra. Celia Barbarán Torres, quienes con sus observaciones y sugerencias cumplieron una labor meritoria en la revisión del proyecto de investigación.

A toda la plana de docentes de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Post grado de la Segunda especialidad de Terapia Familiar Sistémica, por su notable contribución en mi formación académica.

A todas mis amigas y compañeras de estudio, con quienes he compartido importantes experiencias con familias y espacios de formación común en la especialidad.

A las adolescentes embarazadas del Hospital María Auxiliadora, especialmente, a las que compartieron conmigo sus conmovedores testimonios e historias de vida familiar, lo cual permitió destacar aspectos psicosociales, en torno a los que se agrupan los casos, y su relevancia para la atención integral hospitalaria y a nivel de redes sociales y comunitarias.

ÍNDICE

Pág.

Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción.....	10
1.1 Descripción y formulación del problema.....	12
1.1.1 Descripción del problema.....	12
1.1.2 Formulación del problema.....	14
1.2 Antecedentes.....	14
1.2.1 Estudios Extranjeros.....	14
1.2.2 Estudios Nacionales.....	20
1.3 Objetivos.....	24
1.3.1 Objetivo General.....	24
1.3.2 Objetivos Específicos.....	24
1.4 Justificación.....	25
1.5 Hipótesis.....	26
II. Marco Teórico.....	27
2.1 Bases Teóricas sobre el Embarazo Adolescente.....	27
2.1.1 Adolescencia y Sexualidad.....	27
2.1.2 Etapas de la adolescencia.....	30
2.1.3 El Embarazo Adolescente.....	31
2.1.4 La Familia.....	32
2.1.5 La Visión Sistémica de la Familia.....	35
2.1.6 Enfoques y Modelos sobre el Embarazo Adolescente.....	36

2.1.6.1	Perspectiva Analítica.....	37
2.1.6.2	Perspectiva Sociocultural:	38
2.1.6.3	Modelo Psicosocial Kempe.....	38
2.1.6.4	El Embarazo Adolescente y la Teoría del Apego	40
2.2	Factores Psicosociales del Embarazo Adolescente	41
2.3	Marco Institucional y Legal	47
2.4	Marco Conceptual	49
III.	Método	52
3.1	Tipo de Investigación	52
3.2	Ámbito Temporal y Espacial.....	52
3.3	Variables.....	52
3.3.1	Factores Psicosociales y Familiares en Adolescentes Embarazadas:	52
3.4	Población y Muestra.....	53
3.5	Instrumentos	53
3.6	Procedimientos	54
3.7	Análisis de Datos.....	54
3.8	Consideraciones Éticas:.....	55
IV.	Resultados	56
4.1	Análisis de Casos	58
4.1.1	Tipicidad: violencia permanente.....	59
4.1.1.1	Testimonio de Karina (16 años).....	60
4.1.1.2	Testimonio de Adriana (14 años).....	66
4.1.1.3	Testimonio de Norita (15 años).....	69
4.1.1.4	Testimonio de Candy (15 años)	71
4.1.1.5	Testimonio de Rosmery (16 años)	73

4.1.1.6	Testimonio de Sarita (13 años)	76
4.1.2	Tipicidad: Discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos	80
4.1.2.1	Testimonio de Carolina: (17 años)	80
4.1.2.2	Testimonio de Catalina: (14 años)	82
4.1.2.3	Testimonio Mary: (15 años)	84
4.1.2.4	Testimonio Evelin: (16 años)	85
4.1.3	Tipicidad: Curiosidad y sorpresa	90
4.1.3.1	Testimonio de Brisa: 16 años	90
4.1.3.2	Testimonio Lizeth: 15 años	93
4.1.3.3	Testimonio Tatiana (16 años)	95
4.1.4	Tipicidad sobre arraigo intergeneracional	101
4.1.4.1	Testimonio de Janeth (17 años)	101
4.1.4.2	Testimonio de Isabel (16 años)	105
4.1.5	Tipicidad: Riesgos y Complicaciones del Embarazo: Muerte Neonatal	110
4.1.5.1	Testimonio Cristina (13 años)	110
V.	Discusión de resultados	116
VI.	Conclusiones	119
VII.	Recomendaciones	123
VIII.	Referencias	124
IX.	Anexos	127

Lista de Tablas

No.	Título	Pag.
1.	Ejes de Análisis de 16 casos de las Adolescentes Embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora: Julio, a noviembre del 2018.....	59
2.	Indicadores psicosociales y familiares: Violencia Permanente	78
3.	Indicadores psicosociales: discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos	88
4.	Indicadores psicosociales y familiares: curiosidad y sorpresa.....	98
5.	Indicadores psicosociales y familiares: tipicidad sobre arraigo intergeneracional.....	108
6.	Indicadores psicosociales y familiares: complicaciones del embarazo: muerte neonatal	113

Resumen

El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo, determinar e identificar los factores psicosociales y familiares, de las adolescentes embarazadas y sus parejas atendidas en el Hospital María Auxiliadora del Cono Sur de Lima en el año 2018. Se usó las técnicas y metodología cualitativa, lo cual estuvo basado en un sustento teórico enmarcado en la adolescencia y la sexualidad y en una visión sistémica de la familia. Se aplicó como instrumento el cuestionario semi-estructurado, recabándose 16 testimonios de adolescentes entre 13 y 17 años, de sus parejas y familias, mediante entrevistas individuales, grupales y la observación.

En el estudio se detectó particularidades en los contextos del embarazo adolescente, en ese sentido para visibilizar las realidades distintas se destacó factores psicosociales y familiares que los diferenciaban, agrupándose en 5 tipos ideales: la violencia permanente, la discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos; la curiosidad y sorpresa; el arraigo intergeneracional; y los riesgos y complicaciones durante el embarazo.

Un aspecto a destacar es la violencia permanente que marca la vida de las adolescentes embarazadas, primero por sus padres, debido al maltrato físico y psicológico, que recibieron desde la primera y la segunda infancia, sumado a los factores negligentes de abandono y descuido de los padres, y continúa con el maltrato sexual y tocamientos indebidos de sus abusadores, incluso dentro del contexto intrafamiliar. La falta de información preventiva de la violencia en general, de la sexual en particular, así como de los derechos reproductivos de las adolescentes, son componentes que llevan a la angustia, la búsqueda de satisfacciones momentáneas de las que no se toma en cuenta el peligro y sus consecuencias, lo que predisponen a la adicción a las drogas y el alcohol, que, en algunos casos, son inducidos por sus parejas.

Palabras claves: Factores psicosociales / embarazo adolescente / estructura familiar, violencia sexual.

Abstract

The purpose of this research work is to determine and identify the psychosocial and family factors of pregnant adolescents and their partners treated at the Hospital María Auxiliadora del Cono Sur de Lima in 2018. Qualitative techniques and methodology were used, which was based on a theoretical support framed in adolescence and sexuality and a systemic vision of the family. The semi-structured questionnaire was applied as an instrument, collecting 16 testimonies of adolescents between 13 and 17 years of age, from their partners and families, through individual, group interviews and observation.

The study detected particularities in the contexts of adolescent pregnancy, in that sense to make visible the different realities, psychosocial and family factors that differentiated them were highlighted, grouping into 5 ideal types: permanent violence, discontinuity in the use of contraceptive methods; curiosity and surprise; intergenerational rooting; and the risks and complications during pregnancy.

One aspect to highlight is the permanent violence that marks the lives of pregnant adolescents, first by their parents, due to physical and psychological abuse, which they received from early and second childhood, in addition to the negligent factors of abandonment and neglect of children. parents, and continues with the sexual abuse and undue touching of their abusers, even within the intrafamily context. The lack of preventive information on violence in general, sexual violence in particular, as well as adolescent reproductive rights, are components that lead to anguish, the search for momentary satisfactions that do not take into account the danger and its consequences, which predispose to drug and alcohol addiction, which in some cases are induced by their partners.

Keywords: Psychosocial factors / adolescent pregnancy / family structure, sexual violence.

I. Introducción

El embarazo adolescente es un problema social que se presenta a nivel mundial. Tal es así que, a través de las distintas fuentes de información, se estima que América Latina y el Caribe es la región con mayor índice de fecundidad adolescente, después de África subsahariana. Asimismo, cabe indicar que las proyecciones recientes plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá estable durante el período 2020-2100 (UNICEF, 2014, p. 11).

Dentro de este contexto, cabe recalcar que el embarazo en las adolescentes se ha descrito como un fenómeno más acentuado en los sectores socioeconómicos más desposeídos, por lo que es posible suponer que es mayor la proporción de hijos nacidos de estas madres y que los factores sociales que caracterizan este sector juegan un papel determinante en el incremento de esta situación.

Asimismo, el embarazo adolescente tiende a aumentar las diferencias de género entre adolescentes hombres y mujeres, cuyos proyectos de vida se ven afectados por esta problemática. También, de acuerdo a los estudios sobre este tema, se evidencia una correlación entre los embarazos en las adolescentes y la repetición intergeneracional de embarazos en el contexto familiar, agudizando con ello, la situación de precariedad y pobreza, que muchas veces, repercute en la perpetuidad de violencia intrafamiliar.

Un embarazo no deseado es uno de los más grandes problemas que una adolescente puede enfrentar. Pues, la adolescente puede estar muy lejos de estar preparada emocionalmente para tener un hijo, y probablemente, no tendrá la capacidad económica para su crianza. Así mismo enfrentará su maternidad en un ambiente de fuerte

desaprobación familiar y social. El terrible estrés que impone la carga de la maternidad, en condiciones aún de inmadurez, y una reacción familiar y social adversa puedan afectar el normal desarrollo del embarazo (CEPAL, 1992, p.1).

En el Perú, los embarazos adolescentes son una población vulnerable de alto riesgo social y como consecuencia de su elevada prevalencia, así como sus implicancias biológicas, psicológicas y sociales constituyen un problema de Salud Pública que atañe a los menores de edad en cuestión, a sus familias y a la sociedad, en su conjunto.

En ese sentido, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar e identificar los factores psicosociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora del Cono Sur de Lima, lo cual es de suma importancia para fomentar la prevención de los embarazos adolescentes, promover la sensibilización de esta problemática y contribuir con la educación sexual reproductiva, para lo cual, se deben seguir impulsando Políticas Públicas oportunas y adecuadas, a través de la implementación de normas inclusivas y de equidad, para garantizar la protección del interés superior de las y los adolescentes. Finalmente, este trabajo pretende ser un aporte para la Comunidad Científica y la sociedad civil, en su conjunto.

1.1 Descripción y formulación del problema

1.1.1 Descripción del problema

La adolescencia se encuentra determinada por un período de inestabilidad y de ensayo de conductas personales, para, posteriormente, ir adquiriendo, de forma progresiva, un comportamiento adulto, responsable y equilibrado. Sin embargo, este proceso de desarrollo puede verse afectado, abruptamente, por el embarazo, lo cual pone al menor en un estado de mayor vulnerabilidad y riesgo social y familiar, ya que, todavía, no alcanza la suficiente madurez física, mental, emocional y económica.

En el Perú, el porcentaje de embarazo adolescente sigue siendo bastante alto: el 13.9% de adolescentes alguna vez ha estado embarazada (INEI, 2014). Este porcentaje aumenta en los estratos socioeconómicos bajos y en las zonas rurales. En las zonas urbanas, aunque es menor, se registra una preocupante tendencia al aumento en los últimos años. Tal es el caso de Lima, donde el porcentaje de embarazo adolescente pasó del 4% en 1992 al 11% en 2013 (INEI, 2014).

Posteriormente, en el año 2017, según las estimaciones del INEI y de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el Perú 13 de cada 100 adolescentes entre 15 a 19 años de edad, fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez, representando el 13.4%. Estos resultados dan cuenta de un incremento en la prevalencia del embarazo en adolescentes, lo que representó un incremento del 0.7% con respecto al año 2016, cuyo índice fue del 12.7%.

En relación a las “Niñas madres”, en el año 2017, el Seguro integral de salud (SIS) reporta anualmente alrededor de 2 mil partos atendidos en menores de 15 años de edad, incluidas niñas de 10, 11 y 12 años de edad. Es decir, al menos 5 niñas de 14 años o menos, dan a luz a un hijo/a cada día producto de la violencia sexual. En 7 años (2011 y 2017)

atendidos a través del SIS, 14,325 partos de menores de 15 años de edad y 165,488 partos entre 15 y 17 años.

Como vemos, hay un considerable incremento en los porcentajes del índice del embarazo adolescente a lo largo de los años 1992 hasta el 2017, ya que, según los datos estadísticos dados a conocer en esta problemática, para el año 2017, hubo un aumento de más de 9%, lo que significa que, a pesar de la acentuación de los índices porcentuales en torno al embarazo adolescente, todavía, no existen Políticas Públicas suficientes, eficaces ni integrales a nivel multisectorial, tales como, en los diversos Sectores de Educación, Salud, Justicia, entre otros, que puedan contribuir con la prevención y reducción de las situaciones de riesgo y vulnerabilidad de dichas adolescentes.

Frente a la problemática del embarazo adolescente, se suman diversas aristas y patrones socioculturales y familiares, en los que no hay suficiente aceptación, apoyo y afecto, con lo cual, se ven afectados sus proyectos de vida, pues deben afrontar un cambio drástico en sus roles y funciones ligadas al embarazo adolescente.

Por otro lado, entre los factores asociados a la maternidad precoz se encuentran las características del hogar de la adolescente: el ingreso económico de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar. Pero, también, hay factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos (UNICEF, 2014, p. 11).

Así pues, cabe señalar que el embarazo adolescente se ha visto reflejado en el Hospital María Auxiliadora, lugar donde se llevará a cabo dicho estudio, teniendo como referencia, según la fuente del Sistema de información de Salud, que se han reportado en el año 2017, un total de 1,692 casos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Niña y la Adolescente,

según etapas de vida (Supervisión de primigesta muy joven madre gestante). Mientras que, en el primer semestre del 2018 sólo se han reportado 829 casos, situación que tiende a incrementarse.

1.1.2 Formulación del problema

Considerándose al embarazo adolescente como un problema social y de Salud Pública, el presente estudio pretende determinar e identificar los factores psicosociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora del Cono Sur de Lima, durante el período de julio a noviembre del 2018, dirigido a las adolescentes, con el diagnóstico de embarazo, en menores de 18 años atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del mencionado Hospital.

Debido a esta problemática de gran relevancia, se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los Factores Psicosociales y Familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2018?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Estudios Extranjeros

Peralta (2017) en su tesis titulada “Riesgos psicosociales y entorno familiar de las adolescentes embarazadas y sus parejas”, en la Unidad Educativa “Ibarra”. Tesis para optar el grado de psicólogo clínico de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, cuyos objetivos fueron estudiar los factores de riesgos, al igual que los efectos psicológicos, sociales y familiares que están presentes en el embarazo adolescente, poniendo de manifiesto que, según el Ministerio de Salud de Ecuador (2009), de cada 100 partos, 23 son de adolescentes y el 15.21% del total de las adolescentes ecuatorianas estuvieron embarazadas o tuvieron al menos un hijo.

Este estudio se realizó a través de una investigación, cuyo enfoque fue de tipo cualitativo, usando como instrumentos las encuestas, entrevistas semiestructuradas, grupos focales, genograma y el Apgar familiar, para interpretar la estructura familiar. Tuvo como muestra a 16 adolescentes embarazadas, 15 parejas y 16 madres de familia de dicha Institución Educativa.

Las conclusiones a las que llegó el autor fueron las siguientes:

Hubo un inicio precoz de relaciones sexuales de las adolescentes y sus parejas, entre los 13 a 15 años, y que fue por amor, curiosidad y placer, encontrándose diferencias de edades entre los mismos. Además, prevaleció la disfunción familiar en un 81 % del total. Hubo una inadecuada educación sexual, falta de conocimientos y uso de métodos anticonceptivos, repetición intergeneracional de embarazos, violencia intrafamiliar, ausencia de la figura paterna, hogares monoparentales, escaso afecto familiar, mala comunicación y bajo nivel de educación de los padres (Peralta, 2017, p. 71).

Barrozo y Pressiani (2011), en su estudio titulado “Embarazo adolescente entre 12 y 19 años”. Tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería, en la Universidad de Cuyo, Argentina, que tuvo como objetivo identificar los factores que inciden en el aumento del embarazo en adolescentes entre 12 y 19 años del departamento de Santa Rosa, provincia de Mendoza, cuyo Diseño Metodológico fue cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en una muestra de 130 adolescentes, del Hospital Fernando Arenas Raffo. El autor llegó a las siguientes conclusiones:

El 81% corresponde a inicio de su actividad sexual a temprana edad, (el 40% a edades entre 14 años y 15 años de edad, mientras que el 36% a edades entre 12 años y 13 años). Se obtuvo como respuesta que el 46,20% utilizó algún método

anticonceptivo (preservativo) en su primera relación sexual. Mientras que, el 41% respondió no haber utilizado método de anticoncepción. Así mismo, el 49,20% de las jóvenes encuestadas, respondieron haber recibido información sobre salud reproductiva en los establecimientos educativos a los que concurren y el 18% en su seno familiar (Barrozo y Pressiani, 2011, p. 32).

Constanza, Molinas y Cogollo (2014), en su estudio “Factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes escolarizadas del Municipio de Florencia-Caquetá”, Colombia. Tesis para optar el grado en Psicología, en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, cuyo objetivo fue identificar los principales factores psicosociales y culturales asociados al embarazo en adolescentes escolarizadas de los grados sexto a once en los doce colegios vinculados a dicho Municipio. El diseño que se utilizó en esta investigación fue descriptivo e interpretativo, orientado bajo un enfoque cualitativo, de una muestra de 39 adolescentes gestantes y lactantes, con la aplicación de cuestionarios.

En cuanto a las conclusiones, Constanza *et al.* (2014) señalan que:

Las causas del embarazo en adolescentes no planeado son diversas, pero, todas están encaminadas a la falta de conocimiento sobre una educación sexual asertiva y al diálogo familiar. La mayor parte de estas jóvenes pertenecen al régimen de salud subsidiado, viven en barrios marginados; económicamente son dependientes, conviven con su familia nuclear y la posibilidad de continuar con sus estudios universitarios es compleja, creando una “inesperada decepción en el núcleo familiar”, tienen antecedentes de embarazo intergeneracional, y maltrato por parte del padre del bebé (p. 53).

López, Lugones, Valdespino y Ambrosio (2005), en su investigación “Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia”, presentaron un estudio descriptivo observacional, con enfoque cualitativo en el período comprendido desde agosto a octubre del 2002, en el municipio Cotorro de la Ciudad de La Habana, Cuba, cuyo objetivo fue describir algunos factores que influyen en la salud sexual y reproductiva adolescente. La muestra quedó constituida por 65 adolescentes de ambos sexos menores de 15 años y cuyos instrumentos fueron las técnicas de entrevistas individuales y grupos focales. Dicho estudio arribó a las siguientes conclusiones:

La principal motivación de las y los adolescentes fue continuar sus estudios; a pesar de que hubo deserción escolar en el total de las paridas. También, existió falta de comunicación entre ellos y sus padres, pues hay una información muy limitada sobre la sexualidad. Las relaciones sexuales se inician muy precozmente, fundamentalmente, motivados por la curiosidad, el deseo sexual y el interés por adquirir experiencias, lo que provoca una conducta sexual irresponsable, que los expone a los riesgos de embarazo no deseado o adquirir infecciones de transmisión sexual. La causa fundamental que determinó la continuación del embarazo fue el temor a la reacción de los padres y la ignorancia ante su propia situación, lo que produjo la deserción escolar (López *et al.*, 2005, v. 21, N°3).

El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014) presentó un estudio titulado “Las Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes: una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región de América Latina y el Caribe”.

Dentro de este contexto, el plan internacional y la oficina regional para América Latina y el Caribe de UNICEF realizaron seis estudios cualitativos sobre factores sociales, culturales y emocionales que inciden en el embarazo en adolescentes en contextos rurales, indígenas, afrodescendientes y periurbanos de Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana. Los estudios, cuya muestra estuvo orientada a las adolescentes gestantes, sus parejas y su entorno familiar y social, aplicaron un enfoque antropológico y socio-constructivista, buscando comprender la manera en que las y los adolescentes dan sentido a sus experiencias del embarazo, la maternidad–paternidad, la sexualidad y la reproducción y por qué el embarazo sigue siendo una constante en ascenso en los países estudiados.

UNICEF (2014) concluyó en los siguientes resultados:

En este informe, como en los documentos por país, las discusiones han girado en torno a la evidencia que el embarazo en la adolescencia no sólo se ha incrementado en número, sino que se constituye en un problema social que atañe al Estado y a la sociedad en su conjunto; que si bien al presente hay avances en las políticas públicas (salud, educación, trabajo, entre otras) orientadas a la prevención y atención del embarazo adolescente, estas todavía son insuficientes, fragmentadas, poco integrales y no se implementan efectivamente; que las construcciones sociales y los significados culturales de la adolescencia y la sexualidad desde la familia, pares e instituciones sociales permanecen anclados en estructuras tradicionales que refuerzan la maternidad, la desigualdad entre los géneros y el no reconocimiento ni ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Los contextos de pobreza, violencia, modernidad y migración complejizan esta situación (p. 12).

Sobre las **concepciones y abordajes de la adolescencia y su sexualidad**, UNICEF (2014) señala que hay una brecha sustancial entre la visión sociocultural, en contraste con la dimensión jurídica relativa a las y los adolescentes, ya que son reconocidos como sujetos de derechos, que deben ser respetados, íntegramente, según la normatividad jurídica. No obstante, desde un enfoque social, muchas veces, son criticados por sus decisiones vehementes en torno a su sexualidad, generándose un abanico de tabúes, desinformación y silencio, lo cual, sumado a la poca eficacia en torno a la interacción y comunicación familiar, se produce un incremento sobre los factores de riesgo y vulnerabilidad, que interfieren negativamente en la prevención y abordaje del embarazo adolescente.

Con respecto a las **construcciones de género, maternidad y paternidad adolescentes**, cabe mencionar que existe una desigualdad muy evidente en torno a los roles de géneros de las y los adolescentes, pues, cultural y tradicionalmente, se espera que la carga del embarazo y la crianza de los hijos recaiga sobre las mujeres, quienes, muchas veces, deben frustrar sus proyectos de vida y metas personales, educativas y económicas, lo cual podría contribuir a incrementar la pobreza intergeneracional. Dentro de este contexto, los relatos de las adolescentes recabadas por UNICEF (2014) reflejan que ellas tienen aspiraciones y motivaciones de vida, lo cual se veía, seriamente, limitado frente a un posible embarazo adolescente, que, muchas veces, se agravaría con la situación económica inestable y la falta de responsabilidad sobre la paternidad.

En torno a las **situaciones de violencias y embarazo adolescente**, cabe señalar que esta problemática está asociada a la violencia de género, manifestada a través de la violencia física, psicológica, sexual y económica, lo cual debe ser detectado y visibilizado, a través de la concientización colectiva, dado que, generalmente, existe actitud de dominación, desigualdad y actitud pasiva de la comunidad y la familia frente a la violencia sexual ligada al embarazo adolescente.

Dentro de las políticas públicas, es preciso mencionar que existen diversos determinantes sociales que influyen en el embarazo de las adolescentes, tales como su situación económica precaria, baja escolaridad, deserción escolar, inequidad y desigualdad de género, así como, normativas y valores patriarcales, situaciones que reflejan escasos cambios sustantivos, pues, a pesar de las políticas, normas y proyectos existentes, todavía, son insuficientes y fragmentadas, ya que, no se implementan, adecuadamente, en función a la prevención y atención del embarazo adolescente. Por lo tanto, existe una brecha asociada a la escasa valoración de las adolescentes en la sociedad, los tabúes y la idealización de la maternidad, por lo que es menester considerar la inclusión y la participación activa de las y los adolescentes, en el diseño e implementación de las normas, políticas y mecanismos de responsabilidad y protección social de del Estado, dentro de este contexto.

En consecuencia, las políticas públicas deben abordar, de forma concreta, integral y responsable, aquellos factores asociados al embarazo adolescente, con la finalidad de realizar y ejecutar acciones que aborden las causas del embarazo adolescente. Por lo tanto, es preciso un abordaje multidimensional para profundizar en la educación sobre la sexualidad, asociado al desarrollo y capacitación en metodologías basadas en el reconocimiento de las distintas aristas inmersas en la sexualidad, la afectividad y sus implicaciones psicológicas y emocionales.

1.2.2 Estudios Nacionales

Dentro de los autores nacionales que han realizado diversos estudios sobre el embarazo adolescente, se encuentran los siguientes:

Zárate (2003), en su tesis titulada Factores psicosociales familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado. Tesis para optar el grado de maestro de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de Lima (Perú), cuyo

objetivo fue identificar dichos factores psicosociales familiares que, en términos de cohesión y adaptabilidad familiar se relacionan con la iniciación sexual de los escolares adolescentes varones y mujeres de centros educativos estatales, a través de un enfoque cualitativo, y diseño descriptivo y comparativo, de carácter relacional en una muestra de 1341 escolares, entre varones y mujeres, cuyo instrumento fue a través de aplicación de cuestionarios.

Zárate (2003) concluye que: “Los adolescentes varones y mujeres iniciados sexualmente provienen de familias con pobre vínculo familiar, y un nivel de cohesión familiar dispersa y separada” (p. 106).

Como vemos, existe una interrelación entre las y los adolescentes iniciados sexualmente y la cohesión familiar, comprendido como “el lazo emocional que tienen todos los miembros de la familia entre sí” (Olson, Russell y Sprenkle, 1983, p.72). Es decir, que la cohesión viene a ser el grado en que los diversos miembros del sistema familiar se ayudan y cooperan entre sí, para poder fomentar el vínculo familiar.

Ruiz (2017), en su tesis titulada Epidemiología del embarazo en adolescentes en el hospital Sergio Bernales. Tesis para optar el grado de médico cirujano de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (Perú), cuyos objetivos fueron determinar las características psicosociales de las gestantes adolescentes e identificar el tipo de familia y sus relaciones familiares, por medio de un enfoque y diseño cuantitativo, descriptivo y transversal en una muestra de 42 gestantes adolescentes entre 10 a 19 años, cuyo instrumento fue el cuestionario para la evaluación de las variables, concluyendo en los siguientes resultados:

La mayoría de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital tuvo secundaria incompleta. Así mismo el 19% de ellas refirió alguna situación de violencia familiar. La mayoría manifiesta sintomatología compatible con ansiedad o depresión. Por otro lado, se encontró que la comunicación con los

padres respecto a la sexualidad fue baja. La mayoría de adolescentes no utilizó métodos anticonceptivos (Ruiz, 2017, p. 36).

Weilg (2016), en su tesis titulada *Experiencia subjetiva del Cuerpo en mujeres adolescentes embarazadas de nivel socioeconómico bajo de Lima*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología, de la Pontificia Universidad Católica del Perú, realizado en el hospital San Bartolomé de Lima (Perú). El enfoque es cualitativo y el diseño es a través de un estudio de casos múltiples, sobre la base de entrevistas semiestructuradas a 8 adolescente entre 15 y 18 años. Weilg establece un análisis temático a partir de cuatro ejes identificados dentro de su tesis, los cuales son: *Cuerpo de otros, en relación con sus padres; cuerpo mirado, en relación con la sociedad y el sexo opuesto; relación personal con su cuerpo y cuerpo ocupado, en relación con el bebé que contienen.*

Considerando que las participantes se encuentran en una etapa en que están tramitando el proceso de separación-individuación y no están emocionalmente separadas de sus padres, se añadiría el eje cuerpo de otros, en relación con sus padres, y el tema confusión de cuerpos. Asimismo, dada la internalización del discurso social que censura las relaciones sexuales en la adolescencia, se añadiría el tema cuerpo como evidencia de la transgresión sexual (Weilg, 2016, p. 37).

Como vemos, las adolescentes se encuentran en una etapa de proceso de individuación frente a sus padres, dentro de lo cual, si bien, existe cierta autonomía relativa a la toma de sus decisiones y sus aspiraciones de vida. Sin embargo, todavía, las adolescentes gestantes están emocionalmente y económicamente dependientes de sus progenitores. Asimismo, existe cierta censura y rechazo social sobre el embarazo adolescente, pues las adolescentes experimentan

poca aceptación dentro del contexto familiar, social y escolar, generándose, algunas veces, sentimientos de culpa, vergüenza y tristeza.

Mendoza y Subiría (2013), en su artículo titulado: El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas, tiene por objetivo demostrar los vínculos existentes entre el embarazo en adolescentes peruanas de 15 a 19 años y su relación con la pobreza, la desnutrición y la exclusión social, a través del análisis de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en los últimos 20 años (1992 al 2012), enfatizando sus múltiples y persistentes inequidades. Las conclusiones señaladas por los autores fueron las siguientes:

En el Perú, el porcentaje de mujeres adolescentes (15 a 19 años) que están o han estado embarazadas se mantienen a niveles estables (13%) en las últimas décadas. Los porcentajes varían, notablemente, según se trata de adolescentes pobres o no pobres, urbanas o rurales y según regiones, lo que las limita para aprovechar sus escasas oportunidades educativas, laborales y de desarrollo personal y familiar en sus transiciones hacia la vida adulta. Por otro lado, se registra un notable aumento de adolescentes que hubieran querido postergar el embarazo de 35.2% (1991) a 57.8% (2012). Todo ello, sumado a la ausencia de políticas de prevención, expresada en la falta de educación sexual y en un contexto de precaria calidad educativa. También, se registra un incremento de la práctica sexual reciente y un leve aumento en el inicio sexual antes de los 15 años (Mendoza y Subiría, 2013, p. 477).

Miranda (2005), en su tesis titulada Factores biopsicosociales relacionados al embarazo adolescente en el Hospital Juan Pablo II de Villa el Salvador. Tesis para optar el título profesional en Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú),

utilizó un enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo, transversal, prospectivo, observacional, basado en 94 gestantes adolescentes, y cuya recolección de datos se hizo a través de encuestas y entrevistas estructuradas. La autora llegó a las siguientes conclusiones: “Los factores psicosociales y el entorno familiar están relacionados, significativamente, al embarazo en adolescentes, en comparación con los otros factores. Los factores antropométricos y obstétricos están relacionados con el embarazo en la adolescencia. Se encontró una inadecuada comunicación familiar” (Miranda, 2005, p. 45).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar los Factores Psicosociales y Familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los Factores Psicosociales de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2018.
- Establecer los Factores Psicosociales de las parejas de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2018.
- Identificar los Factores Familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2018.
- Establecer las características de la estructura familiar de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2018

1.4 Justificación

Los embarazos en adolescentes son un problema de Salud Pública que deben ser atendidos de forma prioritaria en su total dimensión, pues abarca no sólo la salud reproductiva y sexual de los adolescentes, sino que, también, tiene implicancias sociales, familiares, psicológicas, entre otros, que deben ser analizados y, como consecuencia, encauzados a través de políticas públicas favorables a la prevención de este tema, con la participación de las distintas instituciones y sectores pertinentes, como el sector de Educación, Salud y Justicia, entre otros.

Por tal sentido, la importancia del tema escogido radica en torno a la exploración y análisis de los diferentes factores psicosociales y familiares asociados al embarazo de adolescentes, priorizando la fase de prevención y orientación de los adolescentes y de sus respectivas familias, con un enfoque integral y sistémico, para que dichos adolescentes tengan mayor planificación de su salud sexual y reproductiva, que conlleven a disminuir la tasa de embarazos adolescentes a temprana edad, así como reducir sus implicancias, tales como la complicación y los riesgos para la salud de la madre adolescente y de su hijo.

La presente Investigación pretende tener como beneficio social un aporte a la comunidad científica y obtener información calificada y comprensión sobre el tema en mención, para abordar dicha problemática, y establecer una ruta clara para una mejor intervención del sector salud y la sociedad civil, porque es una tarea que nos atañe a todos, mediante el diseño de un Programa con un enfoque global y abordaje multisectorial e interdisciplinario sobre el embarazo adolescente.

Este estudio debe constituirse en un aporte legítimo a las políticas públicas en la materia, enmarcando a las adolescentes como sujetos de Derecho que deben ser respetados en el ámbito social, familiar y cultural.

El presente estudio referente a los factores psicosociales y familiares en adolescentes embarazadas se realizará en el contexto del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, ubicado en el Cono Sur de Lima.

1.5 Hipótesis

Se generan durante el proceso de Investigación y conforme se recaben más datos, en relación a los factores psicosociales y familiares de adolescentes embarazadas en el hospital María Auxiliadora.

Se modificarán de acuerdo a los resultados.

II. Marco Teórico

2.1 Bases Teóricas sobre el Embarazo Adolescente

2.1.1 Adolescencia y Sexualidad

Aberastury (1971) señala que “la adolescencia es la pérdida definitiva de su condición de niño, es un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que comenzó con el nacimiento” (p.15).

Nasio (como se citó en Peralta, 2017) afirma que:

La adolescencia es abordada dentro del psicoanálisis como un proceso fundamental en la vida de cada persona, época esencial entre el niño y el adulto. La adolescencia es definida a través de tres puntos de vista diferentes, pero a su vez complementarios, los cuales son: biológico, sociológico y psicoanalítico. El primero está asociado a su desarrollo hormonal; el segundo, se constituye como un período de cambios entre la sumisión infantil y la independencia del joven adulto, y finalmente, el tercero se considera como un proceso de contradicciones y discrepancias. Estos cambios extremos son acordes a esta etapa de la vida (p.1).

Por otro lado, las autoras Papalia, Wendkos y Duskin (2009) definen a la adolescencia como:

Una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos. Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual o fertilidad, es decir la capacidad para reproducirse (p. 354).

En este contexto, la adolescencia es una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, la misma que es condicionada por diversos procesos biológicos, es así que la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia y representa la edad en que se inicia la vida sexual activa.

Larson y Wilson (como se citó en Papalia et al., 2009) señalan que:

En la actualidad, la adolescencia se ha convertido en un fenómeno global, aunque puede adoptar distintas formas en diferentes culturas. En casi todo el mundo, la entrada a la adultez insume más tiempo y es menos clara que en el pasado. La pubertad empieza más temprano que antes y el ingreso a una vocación ocurre más tarde, y a menudo requiere periodos más largos de educación o entrenamiento vocacional como preparación para las responsabilidades adultas. Las adolescentes pasan buena parte de su tiempo, en su propio mundo, separado en buena parte del mundo de los adultos (p.356).

Nahoul (como se citó en Peralta, 2017) señala las principales cualidades propias del adolescente, que son las siguientes:

Es un proceso interpersonal en movimiento, donde existe el deseo de desprenderse de sus padres, pero persiste el temor de la separación, es aquí donde debe atravesar algunas fases hasta que la adolescente logre romper los lazos de amor por su progenitor y el complejo de Edipo en el niño. También, coexiste un predominio de defensas entre la racionalización para lo cual recurre a argumentos racionales, pero que en muchos casos sus actuaciones son incomprensibles e inconscientes y el conformismo en el querer semejarse a otros pares, adecuándose la moda o norma propia de su etapa. Finalmente, existe una distorsión normal del tiempo, el adolescente vive el presente, el instante, el

pasado no tiene ninguna importancia, pero el futuro es visto con incertidumbre y miedo, no tiene capacidad de espera, quiere que las cosas sucedan en forma urgente y de forma inmediata (p. 7).

Sexualidad

La sexualidad constituye un pilar fundamental en la construcción de la identidad de los adolescentes, por lo que “la sexualidad es un sistema de modelos y normas que circulan en forma de discurso entre los sujetos, estructurando la virilidad y la feminidad” (Tenorio, Jarrín y Bonilla, 1995, p.88).

Como vemos, el encuentro de la sexualidad es el descubrimiento del sujeto en sí y del mundo que lo rodea, ratificando su existencia y su subjetividad. La sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y manifiesta de manera diferente que en otras etapas de la vida.

Según la OMS (2011), la sexualidad se define como un aspecto central del ser humano. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se evidencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

Asimismo, con respecto a la sexualidad en la adolescencia, que se caracteriza por la etapa de la identidad versus confusión de papeles, se señala lo siguiente:

La reactivación del área sexual lleva al típico fenómeno del amor adolescente, o sea, el esfuerzo para llegar a una definición de la propia identidad, mediante la proyección de la imagen difusa del ego en otra persona, y la posibilidad de verla así reflejada y clasificada. La necesidad de esta reafirmación conduce a la

identificación con el grupo, el que por necesidad tiene que ser bien definido; esto se consigue mediante la adopción de signos y costumbres similares para todos los miembros (Erikson, como se citó en Cobos, 1980, p. 109).

Como vemos, su preferencia por la información cualitativa, más que cuantitativa, caracteriza su manera de enfocar el estudio del desarrollo. Erikson ofrece otros indicios al profundizar en el hecho de que el niño a diferencia del adulto, sobrevive física y mentalmente sólo gracias a la presencia del adulto. Esto se refleja en la importancia definitiva que este autor les da a los factores familiares y sociales, a través de todas las etapas de desarrollo.

Según el desarrollo psicosocial de Erikson, citado en Cobos (1980), se menciona que:

La situación psicológica del adolescente constituye una moratoria psicosocial, un interludio entre la moral del niño y la ética del adulto necesaria para buscar y hallar los valores sociales que conformarán el ego adulto. Los problemas que caracterizan a esta etapa son principalmente de tipo ideológico, lo cual explica la importancia de las ideologías y su discusión tiene en el mundo adolescente (p. 109).

2.1.2 Etapas de la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (2006) define a la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años y comprende tres etapas, que son las siguientes:

- **Adolescencia Temprana:** Cuya variable de edad va desde los 10 a 13 años. En esta fase se da el inicio de la pubertad, cuyo período se caracteriza por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios donde el adolescente adquiere la capacidad de producción, dando el paso de la infancia a la madurez. En la adolescencia temprana el

adolescente presenta una pérdida de interés hacia sus progenitores y entabla amistad con pares del mismo sexo; presenta además gran incertidumbre por los cambios a nivel corporal, lo cual le produce mucha preocupación por el aspecto físico que empieza a desarrollar. En esta etapa se presenta un incremento en su habilidad cognitiva, aumenta también su imaginación, su fantasía y carece de la capacidad de controlar sus impulsos.

- **Adolescencia Media:** La cual va desde los 14 hasta los 16 años. Se la define como la adolescencia plena, en donde el desarrollo anatómico se ha completado, para muchos especialistas. En esta etapa es la iniciación de la experiencia y actividad sexual para muchos de los adolescentes. Presentan varios conflictos con sus padres, mayor egocentrismo, mucha rudeza a la hora de discutir, confusión en cuanto a deseos o anhelos, sentimiento de invulnerabilidad, realizan actividades de alto riesgo, empiezan a preocuparse por su aspecto físico y desarrollan gusto por la moda.
- **Adolescencia Tardía:** Su rango de edad oscila entre los 17 hasta los 19 años. En esta etapa se produce el fin de la pubertad, en donde demuestran un mayor interés en cuanto a relaciones íntimas, los factores sociales y culturales. Asimismo, existe una mayor responsabilidad; el vínculo con sus progenitores mejora, aceptan su imagen corporal, presentan un mayor equilibrio a nivel emocional y sentimental, su pensamiento analítico se incrementa, exhiben un alto grado de independencia y al finalizar este período se abren las puertas hacia la madurez.

2.1.3 El Embarazo Adolescente

Dentro del marco teórico, se considera relevante analizar lo que implica el embarazo en la adolescencia. En ese sentido, es "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (Issler, 2001, p. 15).

Como se puede apreciar, según Issler, el embarazo en la adolescencia puede suceder desde la aparición de la primera menstruación. Sin embargo, es preciso acotar que, en ese momento, la adolescente, todavía, no reúne completamente las condiciones fisiológicas y psicológicas necesarias para convertirse en madre. A ello se suma, que la adolescente sigue en dependencia económica de su núcleo familiar de origen, es decir, que todavía no puede autoabastecerse ni satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, salud, vestido, vivienda, entre otros.

El embarazo precoz afecta tanto al contexto familiar como a la vida personal del adolescente. Ante ello, Estupiñán y Rodríguez (2009) afirman que “el embarazo precoz ha sido la causa principal de mortalidad en madres de 15 a 19 años de edad, debido a complicaciones relacionadas con el parto y los abortos practicados en condiciones de riesgo” (p. 989).

En consideración de esta serie de consecuencias, se despliega la necesidad de planes de prevención frente al embarazo y paternidad adolescente.

2.1.4 La Familia

Otro aspecto teórico a considerar es el concepto de familia. En este sentido, Mendoza (1993) afirma que:

La familia puede ser vista como un sistema abierto, integrada por individuos que tienen entre sí lazos de parentesco de tipo consanguíneo o de tipo político. Este sistema es capaz de autorregularse y orientarse hacia objetivos prefijados y de mantener su equilibrio intercambiando de manera continua materia, energía e información con su medio ambiente (p.7).

Así pues, la familia es el núcleo fundamental conformado por varios subsistemas que cumple la función de satisfacer las necesidades básicas de sus miembros. También, es agente socializador y debe adaptarse a las circunstancias por las que van a travesando los adolescentes para mantener la homeostasis dentro del contexto familiar, tomando en cuenta los fines que se proyectan hacia el bienestar, crecimiento, madurez emocional y desarrollo óptimo de todos los miembros que conforman el sistema familiar, el cual es influenciado o retroalimentado de manera positiva o negativa por su entorno. En ese sentido, los adolescentes deben aprender a convivir y respetar los roles, límites, normas y valores intrínsecos dentro del contexto de las interacciones familiares y con su medio ambiente, tales como las diversas instituciones y redes de apoyo social que van a incidir en su desarrollo integral.

La familia tiene un rol fundamental, como transmisora de valores y moldeadora de la conducta. A partir de ella el niño va adquiriendo cierto conocimiento para que a su debido tiempo pueda insertarse y vivir en sociedad. A medida que crecen, perciben las funciones que cumplen distintos miembros de la familia. De este modo, conocen las características generales de los roles de padre, madre e hijos. También aprenden las primeras normas: lo prohibido y lo permitido. La manera en que los padres realicen estas funciones determinará en gran parte las características psicológicas de sus hijos.

Asimismo, en relación con la familia y el adolescente, Zárata (2003) afirma que:

Dentro del ambiente familiar es donde se obtienen los significados fundamentales para la vida, la confianza, el amor, la aceptación de sí mismo y del otro. De allí que la vida familiar es el ambiente más importante en la historia del desarrollo de las personas porque en este medio la cultura, los valores y las creencias y costumbres de la sociedad se transmiten al individuo. El hijo percibe las costumbres, mitos, creencias, ideas y adquiere muchos valores de sus padres. La familia resulta ser la primera institución socializadora, padres y hermanos

ayudan a cada individuo a desarrollar una identidad y a encontrar un lugar en el mundo. Es dentro de la familia donde inicialmente tiene lugar la educación básica del individuo en las áreas emocional y social, en el seno familiar los miembros jóvenes pueden adquirir los sentimientos de pertenencia, adaptación y seguridad (p. 32).

Analizando lo que menciona Zárate, se debe recalcar que la familia juega un rol preponderante en la construcción de la personalidad de los adolescentes, dentro de lo cual es vital que ellos internalicen una concepción de sí mismos ligada a aspectos formativos y de orientación que los padres les puedan inculcar, donde se priorice el amor propio, la confianza e independencia responsable que les permita adoptar conductas adecuadas y formas de vida armónicas dentro de la sociedad a la cual pertenecen. En consecuencia, la familia, como institución socializadora es influyente en los patrones de conducta que los hijos van adquiriendo, lo cual debería permitir una mejor adaptación en su entorno.

Asimismo, se puede mencionar que, otro de los factores que se destaca en las investigaciones relacionadas con las madres adolescentes y sus familias, es la repetición del modelo de embarazo en la adolescencia, es decir, la presencia de antecedentes de embarazos en la adolescencia en la familia, principalmente de la madre o alguna hermana u otro miembro familiar cercano.

Por su parte, Benites (como se citó en Zárate, 2003) afirma que:

La mayoría de investigaciones realizadas en nuestro país señalan la importancia que tiene la familia como factor de riesgo o de soporte psicosocial para la aparición de problemas en el desarrollo, problemas sociales, interpersonales, educativos y emocionales. Los estudios sobre estructura familiar, familia disintegrada, contingencias familiares, clima social familiar y crisis familiares

así lo demuestran. Aún se considera como prototipo de familia adecuada la familia de tipo nuclear, sin embargo, se constata la constitución de otros tipos de familia extendida, agregada y monoparental. Respecto a las familias monoparentales se encontró que los hijos presentaban un menor nivel de autoestima en comparación a sus pares provenientes de familias nucleares, agregadas o extendidas. (p. 34).

2.1.5 La Visión Sistémica de la Familia

La familia es un sistema que constituye un todo y está compuesto por un conjunto de personas que se encuentran inmersos en un contexto familiar y social, en interacción dinámica con los miembros que la componen, los cuales se relacionan con él y entre sí. Los miembros tienen ciertas cualidades y una estructura funcional, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo de una manera circular. Estas cualidades se refieren a conceptos tales como el de una historia familiar, una capacidad para el desarrollo, una capacidad para la adaptación y, finalmente, una forma de desintegración de la familia. Es así que los factores tanto internos como externos dan forma y moldean estas diferentes cualidades, revelando la existencia de puntos de máximo desarrollo, durante los cuales la integración familiar puede fortalecerse o debilitarse.

En los sistemas familiares se presentan determinadas pautas interaccionales que van a caracterizar a sus miembros, los mismos que presentan ciertas fronteras o límites, reglas, jerarquías, alianzas y coaliciones, las cuales facilitan que el sistema sea visto como totalidad garantizando su estabilidad y equilibrio. interno., en este sentido la familia es vista como un todo, y que tiene una organización inter sistémica propia.

Si los miembros reducen el número de contactos con la comunidad, la familia se contraerá, y esta inmovilización impedirá el desarrollo social de sus miembros. La disminución

de la capacidad de apreciación de la realidad de la familia como entidad social ocasiona el disfuncionamiento familiar, ya que ella o sus miembros no pueden aprovechar las ventajas reales que el medio social les ofrece.

Para crear contextos de intervención terapéutica, para el abordaje con familias desde la mirada sistémica, Minuchín (1974) señala:

En la terapia familiar las premisas del cambio son diferentes. Se considera que el cambio se produce a través del proceso de asociación con la familia y su reestructuración de ésta en una forma cuidadosamente planificada, para poder transformar así las pautas transaccionales disfuncionales. Si logra asociarse con una familia y siente las presiones del sistema familiar, no necesita protegerse contra las respuestas espontáneas, ya que es probable que estas respuestas sean sintónicas con el sistema. Si no lo son, pueden ser válidas como indagaciones experimentales. Una de las tareas que enfrenta es la de explorar esa estructura y situar las áreas de posible flexibilidad y cambio. Alternativas estructurales que han permanecido inactivas se hacen activas, frente a lo cual se logrará esclarecer así su cuadro diagnóstico de la familia (p.141).

2.1.6 Enfoques y Modelos sobre el Embarazo Adolescente

Existen diversos Enfoques Teóricos que abordan los Factores Psicosociales del Embarazo Adolescente, ninguno de estos modelos da una respuesta exhaustiva. No obstante, cada uno de ellos entrega elementos relevantes para su comprensión y análisis. Sin embargo, es importante señalar que la construcción de la maternidad y el embarazo adolescente, como objetos de estudio no ha sido neutral. Ésta se ha llevado a cabo a partir de una serie de discursos hegemónicos sobre la regulación de la fecundidad; y partiendo de conceptualizaciones universales de la adolescencia, la maternidad y la familia.

Así, desde distintos dispositivos de poder se ha ido construyendo una mirada dominante de la maternidad adolescente que prevalece hasta la actualidad entre los distintos sectores sociales, y desde la cual se le considera un problema social o público, según Farges (1998); McDermott, Graham y Hamilton, (2005); Furstenberg (2007) p. 236.

En ese sentido, entre las Perspectivas Teóricas más relevantes con respecto al embarazo adolescente, se pueden mencionar las siguientes:

2.1.6.1 Perspectiva Analítica

Esta perspectiva en torno al embarazo adolescente permite dividir las investigaciones en tres grandes vertientes. La primera está compuesta por aquellos trabajos que abordan el tema como problema social. Desde los argumentos demográficos, psicológicos y de salud pública se ha definido como una experiencia desventajosa para las adolescentes y sus hijos, según Buvinic, (1998); Arriaga et al., (2010) p .238.

Por un lado, se considera que tener un hijo en edades tempranas limita el desarrollo del capital humano de las jóvenes, incentiva la reproducción intergeneracional de la pobreza y promueve trayectorias desventajosas para ellas (Beltrán, 2006). Del otro se sugiere que “dicho suceso tiene costos en la construcción de la identidad de las madres adolescentes porque acelera la transición a la adultez” (Herrera, Blanda y García, 2002, p. 238.)

De igual forma, entre los argumentos más recurrentes enmarcados en esta vertiente se encuentra la relación entre maternidad temprana y pobreza. De un lado, se ha considerado que un hijo coarta las trayectorias educativas de las jóvenes y promueve su inserción en trabajos poco remunerados, generando una situación de desventaja social para ellas y sus hijos: Billari y Philipov, (2004). Por el otro, se ha sugerido que la maternidad adolescente incentiva la reproducción intergeneracional de la pobreza, promueve uniones inestables y estimula patrones

reproductivos tempranos en sus hijos, lo que al largo plazo acrecienta la vulnerabilidad de madres e hijos: Buvinic, (1998). p.239.

2.1.6.2 Perspectiva Sociocultural:

El abordaje teórico de la adolescencia constituye un reto por varias razones, es decir, como categoría social no parece haber un consenso respecto a su definición. La limitación del inicio, pero sobre todo de la finalización de la adolescencia ha sido un tema controvertido en términos disciplinarios, trayendo consigo dificultades para diferenciar el ser adolescente del ser joven (Bruno, 2000). De acuerdo con Bruno (2000), la ambigüedad en la distinción entre adolescencia y juventud puede explicarse por una triple razón: la pubertad como proceso fisiológico, la adolescencia como una cuestión predominantemente psicológica y la juventud como un fenómeno sociológico. Como consecuencia, ser adolescente parece tener una connotación distinta de ser joven, constituyendo mundos simbólicos diferenciados. A la adolescencia se le ha denotado como una fase de reorganización de la personalidad resultado de la maduración sexual, lo cual desencadena crisis y conflictos de identidad. (Bruno, 2000, p. 247).

Sumado a lo anteriormente señalado, se debe recalcar que, dentro de la Investigación del Embarazo Adolescente, existen numerosas influencias positivas y negativas dentro del contexto familiar, que tienen predominancia en el desarrollo y formación de la personalidad de las adolescentes y, por ende, en la toma de sus decisiones y manejo personal y afectivo dentro sus hechos o vivencias.

2.1.6.3 Modelo Psicosocial Kempe

Este modelo incluye las teorías que se centran en las interacciones del individuo con la familia de origen y con su familia actual. Las teorías psicosociales; examinan las

interacciones del individuo, su entorno social con otros individuos, grupos y organizaciones, atribuyen el maltrato infantil a situaciones que se generan en procesos de aprendizaje y socialización, en el estrés estructural de comunidades donde se viven violencias sociales y políticas y en relaciones particularmente frustrantes.

En este modelo se plantea que hay suficiente apoyo empírico como para establecer una relación entre maltrato o falta de afecto en la niñez y el posterior maltrato de los propios hijos., establece que en este contexto se produce la repetición de una generación a otra de estos hechos violentos; los malos tratos suelen ocurrir en períodos de crisis y en general se trata de familias con escaso soporte social. De este modo la experiencia de haber sido maltratado físicamente cuando niño, En el contexto de la transmisión intergeneracional del abuso se plantea que las personas maltratadas en la infancia tienden a generar el mismo tipo de maltrato con sus hijos Una familia que construye vínculos violentos entre sus miembros no podrá transferir sino violencia hacia la generación futura y no podrá sino desbordar violencia hacia fuera de su familia. De un niño maltratado se espera un maltratador futuro, que devolverá la violencia absorbida.

Está comprobado que los jóvenes que cometen actos de violencia ya han sido víctimas previamente, durante toda su niñez interioriza las agresiones, tanto físicas como afectivas, provocadas por el maltrato y que pueden terminar convirtiéndose en una situación traumática.

Es entonces en su adultez que el individuo busca una manera de liberarse de éstas; es por esto que recurre a la drogadicción, al alcoholismo, o a alguna otra adicción. Puede ser también que se convierta en un agresor, o que se quede arraigado a esta situación de maltrato.

“La noción de la transmisión intergeneracional del maltrato infantil; en su formulación más dogmática, sostiene que todos los niños que son maltratados, en el futuro maltratarán a sus hijos o, al contrario, que todos los padres que maltratan a sus hijos, fueron maltratados en su infancia” (Gelles y Comell, 1985; Zigler y Hall, 1989), según se citó en Gracia (1991) p.33.

2.1.6.4 El Embarazo Adolescente y la Teoría del Apego

Para la comprensión de los Factores Psicosociales dentro del Embarazo Adolescente, se puede mencionar la “Teoría del Apego”, dentro de la cual la adolescencia es definida como una etapa de transición, en la cual la adolescente busca lograr una mayor independencia de los cuidadores primarios con el fin de adquirir mayores niveles de autonomía y diferenciación; de éste modo los vínculos de apego se transforman y son gradualmente transferidos al grupo de pares y a la pareja (Penagos, Rodríguez, Carrillo & Castro, 2006; Casulla & Fernández, 2005). De este modo los patrones de apego se van modificando para dar paso a las nuevas relaciones que se van estableciendo en el curso de la vida. Sin embargo, los modelos operativos internos continúan existiendo a lo largo de la vida y permanecen relativamente estable (Van Ijzendoorn & ZwartWoudstra, 1995).

En este marco de ideas, cabe mencionar que las adolescentes forman un apego idealizado con sus parejas, el cual fue enraizado dentro del contexto familiar a través de sus primeros cuidadores, lo cual es trasladado en sus relaciones de pareja y con sus pares. Este aspecto es de gran importancia en la toma de decisiones de dichas adolescentes, así como, también en sus expectativas de vida.

Sin embargo, el apego, al evolucionar y cambiar en el tiempo, está condicionado por las diversas circunstancias y transformaciones que atraviesa la adolescente. No obstante, con respecto al tema de Investigación, se debe señalar que el embarazo es considerado una etapa de crisis vital, debido a los cambios que se producen en la mujer que espera un hijo. Cuando esta crisis se presenta en la adolescencia se constituye en un acontecimiento que irrumpe en una etapa del desarrollo en la que la joven se encuentra atravesando una crisis propia de esa etapa evolutiva. En éstos casos la joven se enfrenta con una doble crisis, este entrecruzamiento de situaciones vitales nos anticiparía, según Grisolíá (2005), que el proceso de vinculación madre-hijo será diferente en este grupo de madres que el del grupo de madres adultas.

“Dentro de las variables psicosociales, las investigaciones revelan que son de gran importancia la presencia de la pareja, como un factor protector y facilitador de la buena vinculación de la madre con su bebé” (Moltenil, Correal, Avondet, Antuña & Defey, 2005; Espinoza & Vásquez, 2006; Bernardi, Schwatzman, Canetti, Cerutti, Trenchi, & Rosenberg, 1992).

González (2003) señala:

En muchos casos este factor protector no se encuentra por el estilo de relación en la que se presenta el embarazo a esta edad, que implica, fuertes emociones y sentimientos acompañado de la idealización de la pareja. Las parejas de estas jóvenes madres suelen ser otro adolescente o adultos jóvenes que presentan muchas dificultades para asumir su paternidad, provocando el embarazo y en muchos casos el término de la relación

2.2 Factores Psicosociales del Embarazo Adolescente

Situándonos en el tema materia de investigación, Zárate (2003) afirma que:

Los factores psicosociales son elementos de carácter psicológico y social que caracteriza al entorno próximo del sujeto, cuya presencia o ausencia tiene alguna importancia o efecto sobre la emisión de la conducta de éste. En algunos casos, al punto de orientar cierta predicción de conductas, interacción entre las fuerzas psicológicas internas y las influencias sociales externas (p. 47).

También, en torno a los factores familiares, Zárate (2003) señala que éstos son “elementos del sistema familiar que define a la familia en términos de cohesión y adaptabilidad familiar” (p. 47).

Como vemos, los factores psicosociales y familiares asociados al embarazo en adolescentes se relacionan estrechamente con las características propias de las interacciones dentro del sistema familiar, que influyen significativamente sobre los pensamientos, comportamientos, decisiones, intereses, actitudes y emociones de los adolescentes. En ese sentido, la familia y las demás influencias sociales externas, tales como la escuela, los pares, vecindad, comunidad, medios y redes de comunicación, entre otros, son puentes de socialización y aprendizaje de modelos de conducta que van a estar en constante retroalimentación con los adolescentes, los cuales van asimilando nuevas experiencias sociales e incluso, muchas veces, podrían presentarse presiones de su entorno para iniciar o posponer sus experiencias sexuales, lo cual podría generar un embarazo adolescente no planificado.

Molina y Romero (como se citó en Zárata, 1988) consideran que:

Dentro de los aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia existen factores individuales, factores familiares y los relacionados con el progenitor (...) En un estudio chileno se apreció que las condiciones de la familia de la adolescente eran adecuadas en el 36% de los casos, pero el criterio utilizado fue la presencia física estable 12 de padre-madre y hermanos sin calificar relación de pareja de los padres. El 64% de las adolescentes tenía una familia incompleta faltando uno o ambos padres o siendo uno de ellos un conviviente inestable. Por otra parte, la actitud de los padres fue negativa en el 89% de los casos lo que informa sobre el pobre soporte social (p. 16).

Analizando las estadísticas del estudio chileno, se puede constatar que el 36% de la muestra presentaba una familia nuclear biparental cohesionada. Sin embargo, el 64 % de las adolescentes presentaba una familia incompleta e inestable, careciendo de uno o ambos padres,

con lo cual no había un buen soporte sociofamiliar. Sumado a lo anteriormente expuesto, en Chile, Montenegro y Guajardo (como se citó en Zárata, 1994) encontraron que:

El 6% de los adolescentes menores a 15 años habían tenido relaciones sexuales, y en los menores de 18 años el porcentaje subió a 62 %. Los factores que intervinieron en la temprana iniciación sexual fueron la incapacidad para posponer satisfacciones inmediatas, baja autoestima, inseguridad, temor al rechazo, mala relación con los padres, carencia de afecto, mala comunicación y escaso control de los padres sobre los hijos; Además carecer de creencia y compromiso religioso, pubertad de inicio más temprano, uso y abuso de drogas y alcohol, grupo de amistades sexualmente activos y por último, la influencia ambiental con medios de comunicación plagados de mensajes erotizantes y carentes de valores (p. 16).

Como consecuencia de lo descrito, en dicho estudio se evidencia un incremento del índice de iniciación sexual en los menores de 18 años, que podría repercutir en un embarazo no deseado, teniendo como consecuencia la interrupción de la etapa de formación escolar y académica, acentuándose su situación de dependencia económica en relación con sus padres. Asimismo, la posible llegada de un hijo podría limitar las expectativas y aspiraciones personales y futuras realizaciones personales y profesionales de las adolescentes, quienes, sin llegar a la madurez física, psíquica y emocional, se ven frustradas en sus metas inmediatas, tal como culminar sus estudios secundarios, pues deben hacerse cargo de la crianza de un nuevo ser.

Reforzando lo anteriormente expuesto, cabe acotar que las adolescentes embarazadas plantean que “otro aspecto en relación con el cual (...) sienten que su cuerpo las limita es el vinculado a los estudios” (Weilg, 2016, p. 29).

Asimismo, Miranda (como se citó en Mendoza y Subiría, 2005) afirma que:

Tanto a nivel individual como colectivo, son múltiples los impactos del embarazo adolescente, sobre todo si no fue resultado de una decisión libre e informada que, como vimos, son la mayoría. Algunos de los impactos más estudiados en nuestro país (...) tienen que ver con la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades, que afectan los planes de vida y la transición a la vida adulta, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza. Menos reconocidos, pero no por falta de evidencias, son sus asociaciones de riesgo con la desnutrición infantil y la muerte temprana de la adolescente y de sus hijos (p. 474).

Así pues, tanto Weilg como Miranda encuentran puntos de concordancia en relación con las consecuencias que podrían desencadenar el embarazo adolescente. Ante este aspecto, ambos autores opinan que las adolescentes gestantes limitan sus proyectos de vida, pues, muchas veces, abandonan sus estudios, lo cual no les permite acceder a mejores oportunidades de vida, tanto económicas como personales, contribuyendo a aumentar los índices de pobreza de generación en generación.

Pines (como se citó en Weilg, 1993) considera que:

La mirada de la sociedad también parece afectar negativamente la experiencia subjetiva del cuerpo en el embarazo adolescente. Estar embarazada siendo adolescente tiene cierto matiz de escándalo. Por un lado, es una prueba visible para la sociedad de que, sin estar casada, ni ser adulta, la adolescente ha tenido una relación sexual (p.10).

Al respecto, se puede señalar que, muchas veces, el embarazo en la adolescente puede estar sujeto a desaprobación por los adultos o poca aceptación social, ya que todavía existen ciertos matices negativos que implican prejuicios y censuras, lo cual arrastra sentimientos de culpa y vergüenza. Asimismo, en determinados casos, el futuro padre adolescente no asume este rol ya que se encuentra en dependencia familiar y no puede acceder a un trabajo estable por ser menor de edad y por falta de preparación, limitando con ello sus expectativas a futuro.

En contraposición con lo que se cita en la tesis de Weigl, Zárate (2003) afirma que:

Pareciera haber mayor aceptación de los adultos ante el ejercicio de la sexualidad de sus hijos adolescentes, la sexualidad organizada por la cultura y sus leyes posibilita las relaciones interpersonales que trascienden la necesidad reproductiva. Si bien la sexualidad es una realidad subjetiva, su estructura, sentido y praxis están dados desde las interrelaciones culturales (p. 43).

Como vemos, ambos autores plantean distintos enfoques en torno a la aceptación o tolerancia social referente a la sexualidad de las (os) adolescentes. En ese sentido, mientras que en la tesis sustentada por Weigl se señala que las relaciones sexuales con consecuente embarazo son percibidas por la sociedad como un “escándalo”, ya que es una prueba de que la adolescente ha tenido una relación sexual previa sin ser adulta ni estar casada. Sin embargo, en la tesis sustentada por Zárate se menciona que pareciera que existe una mayor aceptación de la praxis sexual de los adolescentes, que trasciende la necesidad reproductiva. Por lo tanto, existe una diferenciación cultural y social en la apreciación o connotación que se tiene de la sexualidad adolescente.

Por otro lado, referente a la exposición a riesgos sexuales, Papalia (2010) considera que:

Dos preocupaciones importantes acerca de actividad sexual adolescente son los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) y, en el caso de

la actividad heterosexual, de embarazarse. Los jóvenes que corren mayor riesgo son los que empiezan temprano la actividad sexual, tienen parejas múltiples, no usan anticonceptivos de manera regular y cuentan con información inadecuada (o errónea) acerca del sexo. Otros factores de riesgo son vivir en una comunidad con desventajas socioeconómicas, el abuso de drogas, la conducta antisocial y la cercanía de pares problemáticos. La supervisión de los padres puede ayudar a reducir esos riesgos (p. 398).

Reforzando lo anteriormente expuesto por Papalia, Barros (como se citó en Zárate, 2001) afirma que:

Se halló que los adolescentes consideran que los embarazos no deseados y el SIDA son los principales problemas derivados de las prácticas sexuales precoces (...) Teniendo como trasfondo la relación jerarquizada predominante interfiriendo en las familias (...) para que los padres sean fuente de información y orientación sexual asequible para los jóvenes, que generalmente carecen de la confianza suficiente para plantear en familia estos temas. Los padres a menudo no expresan la disposición, la prudencia y la madurez necesarias para dialogar sobre el sexo y la sexualidad de sus hijos (p. 14).

Así pues, tanto Papalia como Barros consideran que la actividad sexual entre adolescentes podría generar consecuencias múltiples, tales como los embarazos no planificados, con factores de alto riesgo tanto para la madre adolescente como para el hijo; así como también, crece la tendencia al contagio de enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, entre otros. A ello se suma, el alto riesgo de promiscuidad entre los adolescentes, que pueden tener parejas múltiples y no usan métodos anticonceptivos.

También, cabe resaltar que Barros otorga un rol preponderante a los padres, quienes deben tender puentes de comunicación y transmisión de información de índole sexual a sus hijos, quienes en la etapa adolescente se podrían encontrar confusos e inseguros respecto de las implicancias y consecuencias de la sexualidad. Para ello, los padres deben procurar un clima de diálogo abierto y sin tabúes para que sus hijos adolescentes puedan expresar con confianza sus interrogantes al respecto.

2.3 Marco Institucional y Legal

Los estudios identifican, en términos generales, los mismos determinantes sociales que influyen en el embarazo en adolescentes que han sido encontrados en buena parte de la literatura sobre el tema: situación económica precaria, baja escolaridad y nivel educativo, ruralidad, inequidad y desigualdad de género, normativas y valores patriarcales, entre otros. Estos hallazgos reflejan pocos cambios sustantivos a pesar de las normas, políticas, programas y proyectos existentes, por lo que resulta preocupante que los/las tomadores/as de decisiones e instituciones públicas y privadas no innoven las políticas.

Por otro lado, los hallazgos también evidencian que a pesar de la cantidad y diversidad de políticas vigentes existe una brecha en su implementación, asociada a la escasa valoración de las y los adolescentes en la sociedad, los tabús, la idealización de la maternidad y el no reconocimiento real de las y los adolescentes como sujetas/os de derechos. Por tanto, urge que los y las adolescentes sean incluidas, a través de una participación activa y efectiva, en el diseño e implementación de las normas, políticas y mecanismos de protección social de responsabilidad del Estado.

Frente a contextos y situaciones complejas y multidimensionales, las respuestas desde las políticas públicas generalmente han sido fragmentadas, no integrales ni adecuadas a los contextos, limitándose a una visión sectorial desde salud, educación y, en algunos casos,

trabajo. El abordaje desarticulado puede producir un efecto boomerang sobre el ejercicio de los derechos de las/los adolescentes, al debilitarse el grado de implementación y efectividad de las políticas.

En consecuencia, las políticas públicas deben abordar de forma fehaciente y responsable tanto la integralidad de los factores subyacentes al embarazo adolescente (pobreza, marginalidad, normatividad y desigualdad social) como la complejidad de los determinantes culturales y emocionales, con el objetivo de implementar acciones que aborden las causas y no se limiten a la protección de la adolescente embarazada, superando los supuestos que las sustentan en términos morales, de enfoques y estrategias.

Un elemento por reforzar desde las políticas educativas guarda relación con el entorno familiar de las adolescentes embarazadas y madres. El apoyo de la familia es fundamental en la creación de condiciones materiales y quizás, más que nada, emocionales y de empoderamiento para que las adolescentes puedan continuar su educación.

Por otro lado, la consideración de adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos, ha sido afianzada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, lo cual fue reafirmado en las Conferencias Internacionales de Copenhague (Cumbre Mundial del Desarrollo Social) y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995 y también considerado en la Cumbre del Milenio del año 2005, al sostener que la salud sexual y reproductiva es clave en la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano.

En tal sentido, como confirmó la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 2003, "la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental".

En consecuencia, se puede acotar que las adolescentes son especialmente vulnerables en lo relativo a la salud sexual y reproductiva. Existen numerosos obstáculos para que los

adolescentes puedan ejercer sus derechos a la salud y a la salud sexual y reproductiva. En el ejercicio de sus derechos reproductivos, en especial, los y las adolescentes, suelen enfrentar restricciones, originadas en la escasa autonomía que la sociedad suele darles en estas materias, en las señales contradictorias que reciben de diferentes actores e instituciones sociales, y en los vacíos de las políticas destinadas a fortalecer la educación y la información sobre los asuntos reproductivos y sexuales.

Si bien existe una conciencia cada vez mayor acerca de la necesidad de diseñar políticas públicas específicas para la adolescencia y juventud, y en general, en los diferentes sectores competentes ha habido una mejora de la calidad de las políticas, programas y normas sobre salud sexual y reproductiva, basada en la concepción de los derechos humanos, en la equidad social y de género, y en el empoderamiento de las mujeres y los adolescentes. Sin embargo, dichas estrategias, todavía, resultan insuficientes para abordar la problemática de adolescentes embarazadas.

Ante esta situación es clara la necesidad de incrementar la difusión de información y educación en salud sexual y reproductiva desde muy tempranas edades y de ampliar los servicios de salud para adolescentes y jóvenes, garantizando el acceso a una salud integral, a una educación de calidad, oportuna y pertinente, y a una vida digna, y fomentando la posibilidad de convertirse en actores estratégicos de su propio desarrollo.

2.4 Marco Conceptual

Los conceptos que se tomarán en consideración para la presente investigación, son los siguientes:

Adolescencia: Etapa de la vida del ser humano comprendida entre los 11 a 19 años de edad cronológica. Transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos,

emocionales y sociales y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos.

Adolescencia temprana: período comprendido entre las edades de 10 a 13 años.

Adolescencia media: período comprendido desde los 14 hasta los 16 años.

Adolescencia tardía: Período comprendido entre las edades de 17 y 19 años.

Factores: Se usa el término factores en el presente trabajo de investigación para describir las características asociadas al embarazo adolescente y que contribuye a producir un resultado. También detrás de la palabra factor se incluye no sólo la palabra social, sino también otros términos compuestos como factores psicológicos, culturales, económicos y familiares que se presentan de una u otra manera en la realidad social en donde cada factor tiene su manifestación más aparente en una u otra instancia de la vida social, sin dejar de tener un impacto mayor o menor en las otras.

Factores Psicosociales: Elementos de carácter psicológico y social que caracteriza al entorno próximo del sujeto, cuya presencia o ausencia tiene alguna importancia o efecto sobre la emisión de la conducta de éste. En algunos casos al punto de orientar cierta predicción de conductas, interacción entre las fuerzas psicológicas internas y las influencias sociales externas.

Familia: La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su conducta y facilita su interacción recíproca.

Estructura Familiar: Es el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Embarazo Adolescente: Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad que es el comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia, que no han alcanzado la mayoría de edad y que están en situación de dependencia de la familia de origen.

Violencia Sexual: Cualquier actividad sexual impuesta, motivada consciente o inconsciente por el abusador, quien ejerce poder físico o psíquico sobre la víctima, (niña-o, adolescente y adulto). Es muy probable que este abuso esté acompañado de otros como el físico y el psicológico. En cuanto a la edad del agresor es mayor en relación con la víctima, la que por su edad no siempre está en condiciones de comprender lo perjudicial para su salud y las consecuencias que podría acarrear a un embarazo.

III. Método

3.1 Tipo de Investigación

- **Tipo de Estudio:** La Investigación será de Enfoque cualitativo y de tipo aplicada.
- **Diseño de la Investigación:** No experimental

Lo que va a permitir descubrir, identificar y determinar cuáles son los factores psicosociales de adolescentes embarazadas en el Hospital María Auxiliadora

3.2 Ámbito Temporal y Espacial

El presente estudio referente a los factores psicosociales y familiares en adolescentes embarazadas, se realizará en el Hospital María Auxiliadora, del Cono Sur de Lima, durante el período de julio a noviembre del 2018, dirigido a las adolescentes, con el diagnóstico de embarazo, menores de 18 años atendidas en el Servicio de Consulta Externa y Hospitalización Gineco-Obstetricia del mencionado Hospital, así como, también, se entrevistará a sus parejas y padres responsables.

3.3 Variables

3.3.1 Factores Psicosociales y Familiares en Adolescentes Embarazadas:

Dentro de los cuales, se podrá describir los siguientes aspectos:

- **Socio-demográficos:** Características generales y análisis de los factores de contexto social de las adolescentes embarazadas por; grupos de edad, estado civil, ocupación, escolaridad, vivienda, así como de sus parejas y sus padres o tutores.
- **Aspecto Psicológico:** Emociones, sentimientos que experimenta la adolescente embarazada frente a su pareja y sus padres, y de su sexualidad y embarazo.
- **Estructura Familiar:** Composición de una familia, tipos de familia y entorno familiar.

3.4 Población y Muestra

Población: Está constituida por una población de 1692 casos de Adolescentes embarazadas menores de 18 años, que acuden para ser atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2018.

Muestra: Se utilizará 16 casos que nos permitan responder a las preguntas abiertas, según las variables de estudio, determinadas por saturación de categorías, cuya muestra será en torno a adolescentes embarazadas, menores de 18 años, atendidas dentro del Servicio de Ginecología y Centro Obstétrico del Hospital María Auxiliadora.

Asimismo, se considerará el ambiente o contexto hospitalario, donde se desarrollará dicha investigación. Por último, se recabarán testimonios y maneras de expresión de las participantes.

- **Criterios de Inclusión:**

Adolescentes embarazadas, menores de 18 años, atendidas dentro del Servicio de Ginecología y Centro Obstétrico del Hospital María Auxiliadora.

- **Criterios de Exclusión:**

Adolescentes no embarazadas menores de 18 años.

3.5 Instrumentos

- Observación directa.
- Entrevistas no estructuradas.
- Elaboración de un Cuestionario, con preguntas abiertas para obtener información, referente a los Factores Psicosociales y Familiares de adolescentes embarazadas menores de 18 años, atendidas dentro del Servicio de Ginecología y Centro Obstétrico del Hospital María Auxiliadora.

- Se llevará registro y anotaciones.
- Autorización del consentimiento informado.
- Validación: El cuestionario será validado a través del juicio de tres expertos especialistas en la materia: un médico ginecólogo, una obstetra y una psicóloga.

3.6 Procedimientos

Se utilizará un diario de campo y grabaciones de voz para narrar los hechos y se archivarán por eventos efectuados por día, fecha, y horas (qué, quién, cómo, cuándo y dónde). Así como, también, se revisarán las fichas sociales del Departamento de Servicio Social sobre las adolescentes embarazadas.

3.7 Análisis de Datos

Una vez que se elige el contexto y ambiente donde se va a trabajar, la investigación empezará con el planteamiento inicial del problema de Investigación, los objetivos y recolección de datos en base a historias o testimonios de las adolescentes, ayudado por métodos audiovisuales, y se analizará a profundidad, los factores psicosociales y familiares de las adolescentes embarazadas y se extraerá las ideas más importantes, en función a los objetivos de la investigación. Si los datos son insuficientes, se volverá a entrevistar a las adolescentes y familiares, hasta llegar a una muestra de casos por categorías de saturación y se ayudará a la recolección de datos en base a la aplicación del Cuestionario no estructurado para tal fin, se revisarán además los expedientes de las adolescentes en la Unidad Funcional del Módulo de Maltrato Infantil del Hospital María Auxiliadora donde existen informes detallados, tanto psicológicos como sociales.

3.8 Consideraciones Éticas:

Antes de la aplicación del cuestionario, para la recolección de datos y de la información de las adolescentes embarazadas, se elaborará el consentimiento informado, dando a conocer los objetivos, beneficios, y riesgos del presente estudio de investigación. Dicho documento será entregado a los padres y/o tutores de cada adolescente embarazada, logrando de forma libre y voluntaria sus respectivas autorizaciones, el mismo que no conllevará a ningún riesgo ético y se guardará la confidencialidad de los datos de las adolescentes embarazadas y se preservará en todo momento su anonimato, y no se revelará a nadie la identidad de dichas adolescentes, cuyos nombres serán omitidos, a quienes se les cambiará de nombres, a fin de que la población en estudio sea protegida.

IV. Resultados

En este capítulo es necesario poner en consideración los alcances, referente a la metodología del trabajo de campo, fue así que para realizar la presente investigación se partió de la pregunta a modo de hipótesis ¿Cuáles son los factores psicosociales y familiares en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora? lo cual implicó, a partir de la pregunta, construir los rasgos esenciales de la realidad de las adolescentes embarazadas y las variables e indicadores necesarios, traducidos a un cuestionario que luego de ser perfeccionado con la prueba piloto, fue aplicado durante la tercera semana del mes de junio del año 2018, en el Centro Obstétrico del segundo piso y el Servicio de ginecología del tercer piso del mencionado hospital.

El instrumento llevado a piloto estuvo dirigido a obtener datos personales, composición familiar, vivienda, e información sobre el embarazo. Se realizaron 25 preguntas, lo cual permitió recolectar datos planteados en el cuestionario que se aplicaron a las adolescentes embarazadas, sus madres y/o tutores y parejas.

Una de las primeras acciones fue la recolección de datos, a través de la observación directa, además de entrevistas abiertas, las que tuvieron por finalidad confirmar las variables de estudio, e ir definiendo los casos a estudiar, para más adelante y ajustar la muestra inicial de casos, por saturación.

Inicialmente, al tener contacto con las adolescentes embarazadas me fueron llamando la atención aspectos relacionados a la historia de vida familiar; con características de desintegración, tanto de la adolescente como de su pareja, estas familias además han vivido en violencia familiar en sus hogares. Las adolescentes y sus parejas iniciaron su vida sexual precozmente entre las edades de 12 y 16 años. Se encontró también que consumían drogas y alcohol, aspectos hasta antes no visibilizado en nuestro quehacer profesional.

La aplicación del instrumento en el piloto permitió evaluar también el tipo de preguntas planteadas en relación a los objetivos de la investigación dirigido a las adolescentes, sus familiares, la duración del cuestionario y las facilidades de acceso al contexto hospitalario. La aplicación del instrumento duró aproximadamente 1 hora. Por otro lado se revisó la literatura para relacionarlo con el marco teórico, lo cual contribuyó al entendimiento de los datos.

Como resultado de la experiencia piloto se creó conveniente mejorar el instrumento, en los siguientes aspectos: datos generales sobre el embarazo de las adolescentes, la existencia de controles prenatales de estas adolescentes, inicio de la vida sexual, el acceso a la información sobre aspectos educativos y reproductivos. Se elaboraron en forma más minuciosa los factores de riesgo psicosocial y familiar antes del embarazo y durante el embarazo, procediéndose a consolidar cuadros para lograr una mejor comprensión del tema, tanto de los padres, de la adolescente y su pareja. Se agregaron algunas preguntas de contenido sistémico, sobre la estructura familiar, en relación a límites y posturas, jerarquías, roles, niveles de comunicación y apoyo familiar a nivel de los subsistemas parental, fraternal y conyugal y aspiraciones de vida de la adolescente.

Las preguntas fueron sobre todo abiertas. La observación directa se realizó para la obtención de datos generales, e interpretar los comportamientos, como las reacciones a las preguntas, los silencios, omisiones, sollozos o imprecaciones, se utilizó grabadora de voz, así como cuadernos de campo donde a modo de bitácoras se anotó datos de lo acontecido.

Habiendo realizado el piloto el instrumento y perfeccionado de la manera expuesta se procedió a la aplicación de los cuestionarios durante los meses de Julio, a noviembre del 2018, previamente, se conversó sobre el consentimiento informado, logrando la autorización de los padres y/o tutores de las adolescentes. Se fomentó un clima de confianza y confidencialidad de la información.

La unidad de análisis prioritaria son las adolescentes embarazadas, como su situación está vinculada a sus padres y pareja, se acudió a estos complementariamente para tener un panorama más real de la situación de las adolescentes, pues las variables seleccionadas están relacionadas con su entorno relacional más inmediato. En las últimas entrevistas se detectó la saturación de datos, por lo que se optó por tener una muestra de 16 participantes.

Una vez realizado el trabajo de campo y terminado la aplicación del instrumento se procedió a ordenar la información, organizar y transcribir los testimonios, lo que permitió interpretar y analizar las historias de vida y testimonios, en forma individual y familiar (ambas familias de la adolescente y su pareja). El análisis permitió detectar similitudes, diferencias que contrastaban y daban nitidez a los factores psicosociales. Los testimonios se agruparon según tipicidad encontrada. Para la explicación de los datos se recurrió al marco teórico, hipótesis y conceptualización de los factores psicosociales. Todo ello permitió arribar a los resultados que se exponen en dicho estudio.

4.1 Análisis de Casos

Tipicidad del Embarazo Adolescente

Al reunir los testimonios de las adolescentes se fue notando que además de los factores psicosociales, eran otras características que las diferenciaban como el origen y vínculo con su embarazo o características de este, esta información permitirá diferenciar y destacar aspectos psicosociales en torno a los que se agrupan los casos, además nos indican su relevancia para la atención integral de la adolescente embarazada en la institución hospitalaria.

Los resultados nos permiten detectar particularidades de diferentes contextos de embarazo de las adolescentes que se atienden en el Hospital María Auxiliadora. Para presentarlo se ha ordenado en 5 tipos ideales. Entendiendo por tipo ideal, un instrumento conceptual, creado por Max Weber, usado dentro del campo del Trabajo Social para

comprender los rasgos esenciales de ciertos fenómenos sociales para constituir un todo inteligible. El tipo ideal es una simplificación de algo que nosotros creamos y sirve para comparar determinados elementos, en una realidad compleja, en donde es inseparable del carácter comprensible de la conducta y la existencia humana.

En el estudio presentado el modelo ideal reúne los diferentes factores psicosociales y familiares de las adolescentes antes y después del embarazo según el siguiente cuadro:

Tabla No. 1 Ejes de Análisis de 16 casos de las Adolescentes Embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora: Julio, a noviembre del 2018

Característica del entorno del embarazo	Casos	Origen del embarazo	Entorno económico social
4.1.1. Violencia permanente	6	Violaciones, maltrato de padres y pareja.	Violencia social Pobreza Familiar
4.1.2 Discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos	4	No uso de métodos anticonceptivos	Desamparo Desinformación
4.1.3 Curiosidad y sorpresa	3	Deseo de saber cómo se es madre	Desprotección Pobreza
4.1.4 Arraigo Intergeneracional	2	Costumbre de las mujeres de la familia	Fecundidad en la adolescencia
4.1.5 Riesgo y complicaciones del Embarazo	1	ETS, anemia, aborto, muerte neonatal	No acceso y desconocimiento de medidas de Prevención del embarazo.

Fuente: Propiedad de la investigadora (Montoya, M.). Información obtenida en base a los resultados de la aplicación del instrumento elaborado para el presente estudio.

4.1.1 Tipicidad: violencia permanente

Empezamos con la presentación del primer tipo caracterizado por la mayor violencia que afecta a la adolescente embarazada, en todas las etapas de su vida y con los diferentes miembros con quien interactúa.

La adolescente embarazada convive en un entorno social familiar en la que destacan importantes factores de riesgo, así la violencia permanente va ser constante desde sus primeros recuerdos, podemos decir que atraviesa su vida y en su entorno familiar, desde la niñez, y continúa antes y después del embarazo, con situaciones de abuso sexual, y tocamientos indebidos por sus abusadores, convirtiéndose estas adolescentes en instrumentos sexuales, las cuales viven atrapadas en una relación de poder brutal sin salida.

Para efectos de éste estudio se ha considerado violencia, a las situaciones de maltrato vividas por las adolescentes: por sus padres; tales como: maltrato físico, psicológico, y maltrato por negligencia, abandono de uno de los padres o de ambos. Por parte de sus violadores: abuso físico, psicológico, sexual, económico, abuso sexual intrafamiliar (primo, tío, y padre), y abuso sexual por desconocidos, lo cual afecta la vida de éstas adolescentes, así como su integridad física y emocional, su vida familiar

Por lo tanto, la violencia antes y durante el embarazo, es un factor social determinante de la salud, el cual se torna mucho más complejo al comprender que las repercusiones de dicha violencia no se limitarán a la adolescente que se encuentra en situación de vulnerabilidad, sino que la situación se agrava porque afectarán también al producto en desarrollo, y a sus expectativas y proyectos de vida.

4.1.1.1 Testimonio de Karina (16 años)

Desentendimiento de padres, drogas, prostitución y trata de personas.

Karina tiene 16 años, estudió hasta el 2do grado de secundaria en el turno noche, modalidad acelerado, es la segunda hija, del segundo compromiso de ambos padres (que procrearon 3 hijos), nació en Chiclayo, vivió allí hasta los 7 años.

Violencia pobreza, abandono en su 1ra infancia y 2da infancia

Karina relata:

Mi padre era agresivo y alcohólico, me maltrató en mi infancia cuando yo tenía 7 años de edad, al igual que a mis 2 hermanos, durante el tiempo que vivimos con él. Recuerdo que cuando la comida no estaba hecha, golpeaba a mi madre con correa. Para los gastos de mi familia, aportaba por semana 30 nuevos soles, era muy celoso y le rompía el celular a mi madre. `Mi mamá pensó, que después que su hijo menor naciera la situación iba a cambiar, pero fue peor'; explicó, porque mi padre, también golpeaba a mi hermano (lo manifestó entre sollozos y llanto recurrente).

Ante esa situación una noche se escaparon su madre, su hermano y ella, refugiándose en la casa de su tía, en Chiclayo. A los 8 años la adolescente y su familia, migró a Lima; actualmente, viven en el Asentamiento Humano Vista Alegre, de Chorrillos, en condición de alojada. Su mamá tiene un tercer compromiso, en este ha procreado 3 hijos, de 2, 3 y 5 años. La adolescente apoyaba con el cuidado de sus hermanos menores (rol parental).

Al formar parte de una familia con muchos hermanos pequeños, la adolescente no ha recibido la atención necesaria de sus padres, por el contrario, estaba obligada a atender a sus hermanos menores. La situación descrita condiciona que Karina, escape del hogar a los 11 años, por el sufrimiento que le ocasiona, el pobre vínculo familiar y las carencias afectivas de sus padres, ya que la madre huye del padre violento y la adolescente huye por las responsabilidades que la agobian a esa edad (rol parental), sumergiéndose con amistades involucradas en robos, drogas y prostitución, sin embargo, retorna al hogar, del que nuevamente vuelve a fugarse.

Adolescencia

Vida sexual, drogas, prostitución

Este entorno social, condiciona que, a los 14 años, la joven inicie su vida sexual. Como señalan varios autores, Zárate (2003), Montenegro y Guajardo (1994) y Barros como se citó en Zarate según los estudios realizados sobre adolescentes embarazadas, iniciados sexualmente provienen de familias con pobre vínculo familiar, generando una baja autoestima, carencia de afecto, uso y abuso de drogas y alcohol, ya que éstas en su desamparo busca afecto y este es confundido con la relación de pareja. (pág.106)

A los 15 años Karina, convivió con su primera pareja de 18 años, en Villa el Salvador, con quien consumió drogas durante un año:

“Lo que pasa que ‘mi pareja se encargaba de la venta de drogas, las plantaba, tenía un cuarto que no podía entrar, había paquetes de droga’, ‘mi madre no sabía nada y no le gustaba lo que hacía’. Mi pareja me cuidaba con preservativos, pero me enfermé de sífilis. Me drogué durante un año para olvidarme de mis padres y de sus peleas”

El alejamiento de sus padres, y las experiencias narradas, indican el sufrimiento que le causaba recordar los hechos de su infancia, pues al no tener apoyo emocional y familiar, expresó que, solamente, drogándose podía seguir viviendo. Por ello la necesidad de identificar situaciones similares para brindar el abordaje necesario y evitar que las adolescentes caigan en la drogadicción y en redes criminales.

La adolescente idealiza su relación cree que: “mi primera pareja me protegió hasta el último. Él antes de morir me dejó un USB con todo el movimiento de sus actividades y los recursos que manejaba, información de la que aún no hago uso”. La adolescente supone que su muerte se debió a su implicación en la comercialización de drogas. Al recordarlo muestra intensa tristeza y llora.

Al fallecer su pareja, uno de sus amigos, que vivía en Los pantanos de Villa la albergó, ahí se refugió dos meses. La entrevistada dice que se escapó de allí. No podía acudir a los padres de su fallecida pareja porque no la recibían, la golpeaban porque sabían que ella tenía un USB con información valiosa sobre dinero de las actividades ilícitas de éste, por ello temía:” me van hacer algo”. Luego se fue a otro lugar, su dinero se le acabó. Posteriormente, una amiga que trabajaba en el Casino Las Vegas de San Juan de Miraflores, la llevó a dicho lugar, donde llegó a prostituirse, recuerda:

“Por abusador cobraban 300 nuevos soles, y atendía 3 personas por noche, nos tenían en un cuarto a varias chicas, nos daban al mes sólo 150 nuevos soles, y si te haces un préstamo, allí no puedes salir, hasta que lo pagas, estuve con viejos, jóvenes, policías, no importaba nada” (trata de personas). Al Preguntarle si se cuidaba con algún método anticonceptivo, narró que: ‘ellos (proxenetas) mismos nos cuidaban, con condón e inyecciones, ellos mismos te protegen así, ‘ahora le toca a ella, ella y a ella’.

Su madre desconocía todo. Luego se fue a vivir sola en un cuarto alquilado, narró que con 150 soles que ahorró se compró una cama y vivía sola. Trabajó en el mercado Cooperativo de Ciudad de Dios vendiendo verduras, al día le pagaban 35 soles, lo malo es: “que tengo la enfermedad de la sífilis, que me contagió mi primera pareja y tengo problemas con el labio leporino el cual me he operado ya varias veces.

Situación actual: Embarazo confundido con dolor de barriga, nadie quiere al bebé.

La adolescente, entabla una segunda relación de pareja, el cual tiene 17 años:

Le conté mi pasado y me llegó a aceptar, con él me fui a vivir a su casa, `su padrastro se dedica a la venta de drogas, y mi pareja trabaja como cobrador, él me cuidaba con ampollas’, y yo iba a estudiar por las noches. Mi pareja es un amor, no teníamos dinero, pero nos íbamos a la playa como una familia feliz.

La joven narra su historia con mucha fantasía, muestra cambios emocionales bruscos, pasa del llanto a la risa rápidamente cambiando su ánimo, exagerando una situación que no es real.

Un día, pensé que tenía cólico, dolor de barriga y acompañada de mi suegra, me fui al hospital María Auxiliadora, donde me confirmaron que estaba embarazada, Yo me traumé, me quedé en shock, al igual que mi pareja, le tuvieron que pasar la voz a mi madre.

Karina es hospitalizada, fue intervenida con urgencia y por presentar el diagnóstico de gestante de alto riesgo obstétrico. Siguió recordando: Allí vi a mi madre, entramos en shock, (sonríe) y al llamar por teléfono a mi padre dijo: ‘ni estando en Lima, dejan de joder’.

El padre muestra desinterés y mortificación lo que pone en evidencia la actitud negligente y de abandono frente a la adolescente, la cual se encuentra en total desprotección familiar, debido a que ante esta situación la madre acude al Módulo de atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en salud (MAMIS) del hospital.

Al entrevistar a ambas la madre le encara:

‘Porque no dices la verdad que te has prostituido hasta los 6 meses de embarazo’.

Desligándose la madre de toda responsabilidad frente al hecho del embarazo de Karina. Esta situación de desprotección familiar frente a la visión de la maternidad adolescente en estas circunstancias descritas nos invita a reflexionar si es un hecho accidental y no deseado o si está vinculado a la situación de pobreza o escasos recursos económicos que estaría afectando a las adolescentes embarazadas por falta de oportunidades laborales y educativas en su trayectoria de vida.

Otro aspecto muy importante que detalla Karina es que acude al MAMIS para consultar a la Trabajadora Social, ‘si al dar a luz a mi bebé, lo podrían tener en un lugar, hasta que yo hubiera terminado de estudiar’, por lo que en esta situación difícil por lo que atraviesa la

adolescente a la espera de su hijo-a por nacer , implica que éste sería una carga económica y que no está preparada para ello, debido a la falta de apoyo de su pareja y sus padres por lo que piensa en dar en adopción a su bebé.

El embarazo no fue esperado, por los implicados directos, la embarazada, el engendrador, ni la familia. Karina no quería embarazarse, tenía metas, como seguir estudiando y aspiraciones, el prioritario que desaparezca el labio leporino, el mismo que ya se operó 7 veces:

“Mi primer compromiso (pareja) me compró brackets. Ahora quiero operarme nuevamente del labio leporino y estudiar la carrera de Cuenta Bancaria”.

La adolescente con experiencia de violencia en la infancia, al comparar las secuelas de su relación con la primera pareja vinculado al tráfico de droga, expresa que la violencia fue mayor en su primera relación, que la afectó tanto que intento quitarse la vida, incluso cuando ya está en su segunda relación; vive una situación de zozobra y angustia que la llevan a violentarse ella misma: “Antes del embarazo estaba nerviosa, pensaba que me iban hacer algo, por todo lo que pasé, antes de embarazarme, intenté suicidarme dos veces, era agresiva, tiraba puñetes a la pared, pero era tranquila antes de conocer a mi primera pareja.

A esta situación contribuye más la situación de desamparo en la que se encuentra, agrega:

“No cuento con apoyo de mis padres, mi pareja no me apoya ni mi suegra. Tengo una amiga que sí me apoya, ella tiene 2 bebés, pero es alcohólica”.

Karina antes de estar embarazada ya se llevaba mal con su madre señaló que su madre se descuidó mucho de ella y su hermano. Como ya se mencionó, su madre en el tercer

compromiso, tuvo 3 hijos más. Trabajaba para mantenerlos laborando en diversas ocupaciones, como doméstica, en un grifo y haciendo limpieza.

En esas circunstancias, sus redes son muy débiles y solo cuenta con una que está atrapada en el alcoholismo.

Entorno actual de violencia permanente:

Para la adolescente:” sus padres no son un modelo de vida, porque: paraban peleando”.

Agrega:

“La comunicación con mis padres y hermanos es mala. Mi pareja trabaja todo el día y está fuera del hogar, a veces nos chancamos, nos pegamos los dos, quisiera que sea mejor mi relación, ahora tiene otra pareja, me quieren quitar mi bebé cuando nazca”.

En este contexto, Karina no ha logrado habilidades preventivas, o resolutivas para salir del círculo de violencia, ni para pedir ayuda. Su caso sale de la estadística oficial y de los programas educativos creados recientemente. Vive con mucho temor y zozobra.

Testimonio de fecha 17-07-2018 Hora: 6 p.m. Lugar: 3º piso Ginecología.

4.1.1.2 Testimonio de Adriana (14 años)

Intento de Femicidio, secuestro, abuso sexual prolongado por su pareja, aborto y desprotección familiar.

Adolescente de 14 años, es la segunda de 5 hermanos, estudió hasta el 3ro de secundaria, ahora se ocupa en labores de su casa, ha dejado de estudiar por su embarazo. Su padre tiene 40 años, es carpintero, su madre tiene 35 años. Las edades de sus 4 hermanos son: 18, 10, 6, y 2 años. Viven en el asentamiento humano de Nueva Esperanza, Villa María del Triunfo, alojados en casa del abuelo paterno. Su casa está construida de material prefabricado de drywall, y calamina., ocupan dos cuartos que

ocupan 7 personas, evidenciado una situación de hacinamiento. La adolescente antes del embarazo, cuidaba a sus hermanos menores, es decir ejercía el rol parental, después del embarazo no. Presentó un contexto de violencia familiar durante su niñez, recuerda: “que, por escaparme de mi casa, mis padres una vez me pegaron con manguera cuando tenía 12 años”.

Inducción de fuga de menor y abuso sexual

Los maltratos y la sobrecarga de labores de cuidados la llevan a alejarse del hogar, encuentra en las redes un refugio que la vincula con elementos peligrosos que aprovechan su desamparo e inexperiencia en la vida. Es así que conoce a quien la induce a huir, quien la secuestra y viola:

“Él tiene 25 años. Lo conocí por redes sociales. El 1° de enero del 2018 me fui con él. Me inquietó a salir de mi casa, y me llevó a Pachacamac, a un cuarto alquilado, donde me tenía encerrada por cerca de dos meses; mis padres me buscaron por redes sociales. La mujer actual (de 24 años) de mi pareja les pasó la voz a mis padres, por ella se enteraron, después que estuve desaparecida. Mis padres, pusieron la denuncia: `inducción de fuga de menor`. En febrero del mismo año mis padres me recuperan y me volví a escapar con el mismo tipo, él abusaba sexualmente de mí. En marzo del mismo año pedí ayuda a mis padres, quise volver con ellos, quienes fueron con la policía nacional al lugar donde me tenía secuestrada *mi pareja*, en Villa Alejandro.”

La sacaron del lugar, y la encontraron maltratada, con golpes en la pierna. La adolescente ha sido socializada para entender que una convivencia aun sin desearla conlleva a una relación de pareja por ello en su relato, mezcla inducción de fuga y violación con relación de pareja y se puntualiza a su violador como pareja, refiere:

En ese mes tuve un aborto; luego fui violada y quedé embarazada. *Mi pareja*, trabaja como ayudante de construcción, no convivo con él, reaccionó mal ante mi gestación percibía como que no lo quería tener a mi hijo. No me siento respaldada ni apoyada por *mi pareja*. El no asume nada, tiene dos hijos en dos adolescentes más.

En Abril y agosto 2018 la joven, volvió a escapar de la casa de sus padres, y se fue a la casa de "*su pareja*", luego este la botó de su casa, quedando desamparada totalmente, deambuló por las calles.

La adolescente narra, que posteriormente, recibió una agresión física muy violenta en su barriga (agresión directa al feto) por parte de la mujer de *su pareja*, él no la defendió.

Como vemos en cuanto a los factores psicosociales, el abuso sexual se dio por periodos prolongado del que llama su pareja. Existe una diferencia de edad entre ellos de más de una década: el de 25 y ella de 14 años, lo que llamaríamos la asimetría de edad, compromete diferentes espacios en torno a la sexualidad, en donde la adolescente se convierte en víctima frente al agresor, el cual se encuentra en posición de poder frente a ella. La agresión sexual, le genera un aborto y es violada y como resultado de ello queda nuevamente embarazada, a esto se suma el desconocimiento de educación sexual, de su cuerpo, de sus derechos y la privacidad, a no ser tocada ni violentada, del uso de métodos anticonceptivos. El soporte emocional y familiar es bajo. Es influenciada fácilmente, sin prever las consecuencias, por ello se fuga repetidamente y es violentada las mismas veces, hasta que se convence que solo sus padres podrían hacer algo por ella. Así mismo la adolescente vive en una situación de dependencia económica de sus padres.

Se ha formado una idea respecto de la relación violenta, ella sería una pareja para su violador, que además tiene otra compañera que la agrede a ella probablemente siguiendo las consignas del violador, a pesar que lo señala, en su lenguaje revela que ha construido una

relación con su violador, de tal manera que se hecho la idea de un vínculo por ello reclama que tendría que protegerla a ella y al hijo producto de la violación. Su relación de su abusador es distante y conflictiva a pesar de ello la adolescente tiende a repetir el mismo patrón de maltrato, de allí que se escapa frecuentemente para buscar ese vínculo afectivo con su pareja, idealiza su relación como una fantasía y al no ver esa respuesta de apoyo sufre mucho pues su desamparo es mayor.

Testimonio de fecha 30-07-2018 Hora: 4 p.m. Lugar: 3º piso Ginecología.

4.1.1.3 Testimonio de Norita (15 años)

Familia Reconstituida, intento de feminicidio del padre, tocamientos indebidos, violencia familiar, esperanza.

Adolescente de 15 años, es la mayor de 5 hermanos, estudia el 2do año de secundaria en el turno noche acelerado, vive en el Asentamiento Humano Santa Isabel de Villa Chorrillos, con su madre (de 29 años) quien se desempeña como mesera, trabaja todo el día, gana 30 soles diario. Ahora ella tiene un segundo compromiso de 24 años de edad que trabaja como cobrador.

La madre de Norita sufrió intento de feminicidio por parte del padre de esta por ello se encuentra recluido en el Penal de Cañete.

Tocamientos, angustia e intentos de suicidio

En este caso, la violencia física es acompañada de violencia sexual, por lo cual la adolescente intenta suicidarse, su angustia la acerca al mundo de las drogas. Norita refiere haber vivido en un contexto de violencia durante su segunda infancia:

“Mi padre me golpeaba con correa a la edad de 9 años, mis padres peleaban mucho y eso nos afectaba, a mí y a mis tres hermanos.”

La adolescente vive en un hogar cercada por la violencia permanente, a ello se acompaña que:

“También cuando tenía de 11 a 14 años, sufrí de tocamientos indebidos de mi padre, me seducía, y me daba palmadas atrás”.

En su desamparo y círculo de violencia la niña trata de huir de ello, no lo dice, no obstante diversos estudios sobre violencia sexual según: Molina, Sandoval (1995), señalan que es la víctima la que se siente culpable de lo que le pasa, en su desesperación una forma de huir es agredirse ella misma: “Intenté suicidarme por ello, varias veces me hacía cortes con cuchillo en mi muñeca. Yo consumía drogas y alcohol desde los 14 años, antes del embarazo, y después del embarazo hasta el 3er mes, mi pareja de 20 años me llevó a consumir marihuana, el consume cocaína también”.

Relación de pareja tóxica y abandono

Es en esta situación de inestabilidad familiar, de adicción a las drogas y alcohol que la adolescente, inicia una convivencia:

” A los 6 meses de embarazo me abandonó mi pareja. Antes, *dormía* todos los días con él por 3 meses, me escapaba de mi casa, era una relación tóxica, peleábamos, discutíamos, nos agarrábamos a golpes antes y después del embarazo por celos, yo le respondía con arañones y mordidas, tiene denuncia de maltrato de su ex pareja con quien tiene dos hijos de dos años y un mes respectivamente”.

Embarazo negado, consumo de drogas

La adolescente si bien no tiene apoyo real de su pareja tampoco ella es consciente de la responsabilidad que ha adquirido con el embarazo. Es una joven que reclama atención, su

embarazo es un señuelo que no logra ese propósito. Entonces en venganza liba licor, consume drogas, negando su embarazo huyendo de su realidad.

“Cuando mi pareja se enteró de mi embarazo, me dijo que me iba apoyar, fue por un mes, luego me pintaba pajaritos. No me siento respaldada ni apoyada por mi pareja, él me culpa porque yo salía con mis amigos, a tomar cerveza, vino, ron y marihuana. Yo negaba frente a mis amigos que estaba embarazada. Yo tenía cólera, ira contra él, y lloraba”.

Tanto la adolescente embarazada (15 años) como su pareja (20 años) tienen dificultad para aceptar la maternidad y/o paternidad, tanto personalmente como frente a sus pares, sumergiéndose en el mundo de las drogas y afrontando una situación de confusión emocional, debido a la separación y conflicto con sus padres, lo cual estaría condicionando que la adolescente continúe el modelo de vida de sus padres.

Testimonio de fecha 10-08-2018 Hora: 9.a.m. Lugar: 3º piso Ginecología.

4.1.1.4 Testimonio de Candy (15 años)

Familia reconstituida, Abuso sexual y Psicológico.

Adolescente de 15 años, nació en Lima, se encuentra cursando el 3ro de secundaria, es la menor de 4 hermanos. Su madre tuvo dos compromisos, del primer tuvo dos hijos cuyas edades ahora son de 33 y 23 años y del segundo compromiso procreo otros 2 hijos el de 20 años y Candy. Sus padres tienen primaria incompleta, y su padre trabaja como carpintero.

La adolescente quedó embarazada luego de ser violada por su primo materno de 23 años. Vive con su familia, padres y hermanos en el Asentamiento Humano Pedregal de Villa María del Triunfo. Su vivienda es propia y cuya tenencia es de invasión, con servicios básicos completos, construido precariamente de madera y calamina.

El empleo precario y eventual del padre acarrea una difícil situación socioeconómica, sumado a la pobre situación de vivienda y de hacinamiento, son factores de riesgo que estarían afectando a las adolescentes hacia el inicio precoz de relaciones sexuales violentas que dan lugar a un embarazo no deseado.

Tocamientos indebidos y abuso sexual

El inicio sexual se presenta cada vez más a temprana edad en las menores, por lo que no existe la madurez física y emocional y desde el aspecto de la salud sexual y reproductiva la agresión sexual posibilita un alto riesgo de embarazo. Candy explicó:

Mi vida sexual fue a los 14 años por primera vez, fue por abuso sexual de mi primo (23 años). No he tenido ninguna pareja antes. Tenía confianza con él, lo conocí desde chico, cuando yo tenía 9 años, y mi primo tenía 16 años, iba a mi casa porque mi mamá le daba que comer.

El entorno familiar de desprotección, la falta de supervisión y control de los padres, conlleva a una desinformación sobre los peligros que puedan sufrir las adolescentes en su hogar y más al hacer ingresar a miembros de los que desconocen su comportamiento, sus mismos padres, exponen a sus hijas menores a situaciones de maltrato y violaciones. En el caso de Candy se dan todos los ingredientes: drogadicción, alcoholismo, desempleo, y violencia sexual:

De 11 a 14 años, mi primo me hacía tocamientos indebidos todos los días, cuando venía a la casa, me acosaba. A los 14 años me escapaba y me iba a las 4:00 a.m. a la casa de mi padrino para protegerme. Mis padres me dejaban sola, de 3:00 a.m. a 7:30 a.m. porque se iban a trabajar, tiempo que el aprovechaba para abusar de mí. Es así que salí embarazada, y no pensaba decirle a él, sobre mi embarazo, cuando le dije que estaba embarazada, me dijo que 'ése hijo no es de mí, tú eres una cualquiera', él se fue desde mayo del año 2018 a Huánuco. Bajo amenazas, se drogaba, tomaba alcohol, fumaba

marihuana, me obligaba a tener relaciones sexuales, cuatro veces, me amenazaba que ‘si decía algo, me iba a matar y que iba a matar a mi hermano’. Dos veces me secuestró. No podía salir de la casa. Una vez intenté suicidarme, ingiriendo veneno para moscas.

A pesar de vivir con los padres, parece que estos fueran invisibles porque la adolescente no tiene a quien acudir. En su soledad y desesperación intenta suicidarse, se escapa a casa del padrino en que al parecer tampoco es acogida y escuchada en su dolor.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, la adolescente dio a conocer que tenía poco conocimiento de ellos y que dicha información fue a través de sus profesores. Dando lugar a que no prevenga una agresión sexual y que debe hacer en esos casos y menos a evitar un embarazo no deseado o no planificado.

El primo la violó y la usaba cuando quería a la adolescente, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, y a la no aceptación de su maternidad.

Testimonio de fecha 15-08-2018 Hora: 1 p.m. Lugar: 3º piso Ginecología.

4.1.1.5 Testimonio de Rosmery (16 años)

Embarazo adolescente producto de violación y desinformación

El siguiente caso difiere de los demás:

Rosmery, nació en Talavera- Andahuaylas, tiene 16 años, es la segunda hija de tres hermanos. No conoció a su hermana mayor de 22 años, ni a su padre. Ella nunca tuvo relaciones sexuales, hasta su violación por un desconocido a los 16 años. Narró lo siguiente:

“...Yo vivo en Lima con mi mamá (estudió hasta 4to primaria) y mi hermano desde hace 7 años, mis padres están separados desde que tenía 2 años. En enero de este año

sufrió una violación sexual por un desconocido, recuerdo que era de noche, tenía hambre y le pedí a mi hermanito que me acompañara a la tienda, pero no me quiso acompañar, porque estaba con sueño, entonces me fui sola a la tienda, Cuando bajaba estaba oscuro, vi la silueta de un hombre, quien me agarró por la espalda, me puso algo en la nariz y me amenazó para que no avisara a nadie sino me iba a matar a mí y a mi familia. Después de eso no recuerdo que pasó, amanecí desnuda, me puse mi ropa y me fui a mi casa llorando, decidí no contar nada a nadie por miedo de las amenazas y seguía haciendo mi vida normal”.

Rosmery, ocultó ese hecho de abuso sexual a su madre por la amenaza de muerte del violador. Por ello no tuvo ninguna revisión ginecológica que hubiera prevenido un probable embarazo con la píldora del día siguiente, tampoco acudió a control prenatal, ella refiere que siguió menstruando. A los 7 meses, su madre la lleva a la posta donde le diagnosticaron embarazo, situación que ella no esperaba. Al enterarse narra su reacción:

“Me afectó tanto que quise suicidarme, quedé en shock, no podía hablar nada, gritaba, lloraba... fue como un balde de agua, pensaba morirme. Me quise hacer el aborto, pero ya estaba complicada, porque mi barriga estaba grande, no podía abortarlo, no podía estudiar, tenía 7 meses de embarazo, me quise matar una vez. Mi madre me rechazaba, y me dejaba a un lado, sentía que no me quería, me sentía alejada de ella, antes me abrazaba y después ya no, no recibía apoyo de nadie, quiero seguir estudiando, ojalá mi tío me ayude”.

La adolescente narra lo acontecido con mucha pena, y llanto incontrolable, observando que se encuentra muy afectada emocionalmente.

Como vemos la madre es jefe de familia monoparental en situación vulnerable ya que su bajo nivel educativo y sus redes solo le permiten acceder a un empleo informal de cobradora, al que dedica muchas horas y como producto de ello, obtiene bajos ingresos económicos, que apenas permite la sobrevivencia de los integrantes de su hogar. La adolescente no mantiene una buena relación afectiva con su progenitor, el cual los abandonó cuando ella tenía 2 años. Sumado a la situación de pobreza tuvo que vivir en una zona urbana marginal peligrosa sin seguridad, que conlleva a que la adolescente a los 16 años sea iniciada sexualmente violentada por un desconocido.

Por otro lado, las instituciones no cumplen su función en el marco de la salud y los derechos ya que la adolescente no fue informada de probables agresiones sexuales y a donde se debe acudir y qué se debe hacer, ello es necesario como medidas preventivas, se implementen las estrategias para que los servicios de salud sexual y reproductiva lleguen a las adolescentes más vulnerables, de tal manera que se empodere a las adolescentes para reducir las uniones y embarazos precoces.

También al parecer la sexualidad en este caso se percibe como un tabú, a través del silencio que ocultó la adolescente a su madre ya que este hecho no fue denunciado a tiempo y fue tan cruel, más aún, cuando este resultó en un embarazo que nunca pensó y menos en una situación de violencia sexual. Por lo que se evidencia rechazo al bebé por ser producto de violencia sexual. Por ello el embarazo en la adolescencia se constituye en un problema social que atañe a la Sociedad y al Estado, las políticas públicas, ya que son todavía insuficientes y no se implementan en función a la prevención, atención integral y protección familiar.

Testimonio de fecha 10-10-2018 Hora 6 p.m. Lugar: 3° piso Ginecología

4.1.1.6 Testimonio de Sarita (13 años)

Familia Monoparental, seducción y engaño de la pareja y desprotección familiar.

Sarita tiene 13 años, es la última hija de 6 hermanos, cursa el 1ro de secundaria, su madre (45 años) radica en Chimbote por lo que está alejada y mantiene poco contacto personal, afectivo y de protección con sus hijos. Sarita fue entregada cuando tenía un año, a su padre que desde entonces la cría con la ayuda de su hija mayor que a la fecha tiene 16 años. Su padre (55) es sastre, viven en el Asentamiento Humano José Gálvez de Villa María del Triunfo, en condición de alojados en casa de los abuelos paternos. Sarita trabajó como niñera a la edad de 11 años, ahora solo estudia el primer grado de secundaria.

Señala que inicia su vida sexual a los 12 años, sin embargo, no tuvo acceso a métodos anticonceptivos, antes de salir embarazada tuvo 3 parejas.

Contacto con responsable del embarazo

La adolescente entabla contacto con adolescentes mayores, el espacio es un lugar público vinculado al uso de redes sociales, un mundo familiar para las nuevas generaciones que es además un espacio de socialización, los jóvenes expresan sus disposiciones para lo sexual sin contratiempos como explica Sarita:

Conocí a Luis (18) por medio de una amiga, ella, me quería presentar a su primo, porque yo le gustaba. Cuando fuimos a internet se acercó un joven que dijo que `era su primo, de mi amiga` pero luego me enteré que no lo era. Luis vive a 3 cuadras de mi casa, me dijo que tenía mi edad (es decir, en esa fecha ella tenía 12 años). Tenía poco tiempo en conocerlo, me trataba bien, comenzó a preguntarme si era virgen y si me gustaba, él me dijo para hacerlo, y fuimos a mi casa porque no había nadie y tuvimos relaciones sexuales como tres veces, yo le dije que se cuidara y me dijo `que era estéril`, y lo hicimos sin protección, siento que él me mintió, no sabía cómo cuidarme, no conversaba

con mis padres sobre temas de sexualidad. Mi padre hizo la denuncia penal en la comisaría José Gálvez por abuso sexual.

Al acudir al MAMIS del hospital, el padre manifestó no saber nada del abusador de su hija, y recién se enteró que ésta estaba embarazada de 5 meses. El caso ha pasado a la Dirección de Investigación Criminal-PNP (DIRINCRI) de Villa María del Triunfo.

En el ámbito familiar, en estos sectores no se permite un dialogo informado sobre el tema sobre educación sexual. Los jóvenes inician el dialogo de temas de su intimidad sexual y la práctica del mismo no le es ajeno, sin embargo, la adolescente no está preparada para tomar las riendas del cuidado de su salud sexual es decir si bien pueden hablar del tema y tener una relación sexual, está en desventaja para negociar su iniciación en condiciones de protección. Por otro lado, en estos grupos sociales de adolescentes, no son guiados a explorar en sus destrezas y capacidades de su edad y que marcaran su futuro, sino que son expuestos a vivir la vida desde el lado más superficial y frívolo que los vincula a la agresión y a la violencia:

Testimonio de fecha 14-07-2018 Hora 5 p.m. Lugar: 3° piso Ginecología

Tabla No. 2 Indicadores psicosociales y familiares: Violencia Permanente

Adolescentes embarazadas Indicadores	Karina 16 a. 2º sec.	Adriana 14 a. 3º sec.	Nora 15 a. 2º sec.	Candy 15 a. 3º sec.	Rosmery 16 a. 3º sec.	Sara 13 a. 1º sec.
Indicadores Psicosociales y Familiares antes del Embarazo.						
Maltrato físico de los padres/ edad delos hijos agredidos	Padre 2-8 a	Padres 12 a	Padre 9 a	---	---	Padre 2-5 años
Maltrato psicológico de los padres	X	X	Padre	X	X	X
Negligencia y abandono de los padres	X p 7a	X	Padre	X	Padre 2 a	Madre 1a
Estado de desprotección familiar	X	X	Padre	X	X	X
Rechazo Familiar	X	X	Padre	X	X	Madre
Padres separados	X	2º pareja	X	2º pareja	X	X
Control y supervisión inadecuada de los padres	X	X	X	X	X	X
Inicio sexual a temprana edad; Nº parejas	14 a / 3 a más	12 a / 3 parejas	14 a.	14 a.	15 a.	12 a. / 3 parejas
Tocamientos Indebidos	X	X	11-14 (padre)	11-14 (primo)	X desconocido	X
Abuso sexual	X	X	X	X	X	X
Consumo de Alcohol	X	X	X (r)	---	---	---
Consumo de drogas	X (r)	---	X (r)	---	---	---
Gesto suicida (Nº veces)	02	01	X (r)	01	02	01
Fugas del hogar.	X	reiteradas	X	---	---	casual
Deserción escolar	X	X	X	X	X	casual
Prostitución y trata de personas	X	---	---	---	---	---
Falta de información sexual y reproductiva	X	X	X	X	X	X
Conflicto con los padres	X	X	X	X	madre	X
Amistades involucradas, en robos, drogas y prostitución.	X	X	---	---	---	---
Durante el Embarazo:						
Relaciones familiares distantes.	X	X	X	X	X	X
Embarazos no deseados	X	X	X	X	X	X
Sin controles prenatales y tardíos	X	X	X	X	X	X
Complicaciones del Embarazo	ETS	ITU, aborto	---	---	anemia	---
Pareja (edad)	(17a)	(25a)	(20 a)	(23 a)	desconocido	(18a)
Infecciones de transmisión sexual (Sífilis)	X	---	---	---	---	---
Maltrato Físico y Psicológico antes y durante el embarazo.	X	X	X	X	x	X
Consumo de drogas y alcohol	X	X	X (r)	X	----	----
Pareja con otro compromiso	X	X	X	No sabe	No sabe	X
Falta de apoyo de la pareja	X	X	X	X	x	X
OTROS FACTORES DE RIESGO:						
Problemática económica	X	X	X	X	X	X
Soporte familiar débil.	X	X	X	X	X	X
Hacinamiento y vivienda, alojados	X	x	x	x	X	x

Fuente. - Propiedad de la graduando: Información obtenida en base a la aplicación del instrumento HMA: de Julio, a noviembre del 2018

En estos casos, referente a la violencia permanente, encontramos que de las 16 adolescentes, que conforman la muestra total en 6 adolescentes la tipicidad de hechos está relacionados con los siguientes factores psicosociales antes del embarazo adolescente:

La violencia física y psicológica de los padres desde la primera infancia (2 a 8 años) y la segunda infancia (9 a 12 años) así como el abandono total, desprotección y negligencia del padre en 3 casos y de la madre en un caso, lo que genera vínculos afectivos y un soporte familiar muy débil. Las adolescentes embarazadas proceden en 4 casos de familias monoparentales y dos casos corresponden a familias reconstituidas, en donde existe como un común denominador: relaciones conflictivas a nivel del sistema familiar. La ausencia de control y supervisión de los padres, relaciones familiares distantes; límites difusos y rígidos en el cuidado y crianza de las adolescentes, débiles jerarquías a nivel conyugal y parental debido a la falta de patrones de crianza y de autoridad que los padres separados no reconstruyen. Situaciones que llevan a las adolescentes a ejercer roles parentales en el cuidado de sus hermanos menores (3 casos) a fugarse del hogar (4 casos) y a buscar vínculos afectivos en terceros, tan carentes como ellas. Ello condiciona el inicio sexual a temprana edad, pues se manifiesta entre los 12 y 14 años. Tres adolescentes tuvieron 3 parejas cada una, antes del embarazo; las otras tres jóvenes no tuvieron pareja, su embarazo fue producto de violencia sexual. La adicción al alcohol y drogas se dio en tres casos.

Además, en los 6 casos de adolescentes se presentaron en su totalidad, situaciones de abuso sexual, tocamientos indebidos y gestos suicidas, algunos se dieron en forma continuada. Otra característica psicosocial que se encontró en las jóvenes fue, la falta de información sobre educación sexual y métodos reproductivos, relaciones conflictivas con los padres y deserción escolar debido a su embarazo.

4.1.2 Tipicidad: Discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos

Tal como señalamos al inicio de este capítulo para investigar los diferentes factores psicosociales que afectan a la adolescente embarazada, un segundo grupo conformado por 4 casos en relación al origen del embarazo está vinculado con la discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos, es decir, aquellas cuyos embarazos que, si bien resultaron de una relación consentida de pareja, sin embargo en su totalidad estos embarazos no fueron deseados.

4.1.2.1 Testimonio de Carolina: (17 años)

Desinformación de métodos reproductivos, relaciones íntimas consentidas, embarazo no deseado, padres separados y esperanza.

Carolina, es la tercera de 3 hermanas de padre y madre, nació en Lima, vive con su madre y 2 hermanas solteras de 24 años (universitaria) y 29 años (secretaria) en el asentamiento humano Pamplona Alta de San Juan de Miraflores. Su madre no termino la secundaria, trabaja en una lavandería y su padre es técnico, desempeñándose como vendedor de artefactos. Los padres de Carolina se encuentran separados desde hace 8 años. Del segundo compromiso del padre tiene 3 hermanos menores.

A la fecha de la entrevista estaba en el 8vo mes de embarazo, cursa el 3º de secundaria en la modalidad virtual, desde hace 2 semanas y 4 meses en la Institución Educativa Pública de Juana Alarco de Dammert en Miraflores. Trabajó desde los 15 años los fines de semana como animadora de fiestas infantiles. A la edad de 14 años, con su única pareja inició su vida sexual, lleva tres años de relación, está en su primer embarazo, refiere que desde los 5 meses realizó sus controles prenatales.

Carolina narró:

Mi embarazo no fue deseado, se dio porque tenía que darse, no fue planeado, mi respuesta era no abortar a mi hijo, pero a veces me arrepiento de ello, me hubiese

gustado esperar hasta los 26 años para convertirme en mamá, porque quería terminar de estudiar. A los tres días le conté a mi pareja (17 años), los dos decidimos no abortarlo”, sin embargo, señala “no espero mucho de él, ahora estamos separados, creo que me faltó cuidarme más con algún método más seguro. Los métodos anticonceptivos, que utilizaba eran las pastillas, mis primas me ayudaban, porque ellas lo usaban.; a mi madre cuando le conté sobre mi embarazo, después de tres días, se quedó callada, y tardó para asimilarlo. Mi padre a veces me visita los sábados o domingos, con el me llevo mejor y le tengo más confianza.

Carolina inicia su vida sexual a los 14 años y se cuida, su pareja la embaraza, a la fecha de la entrevista parecía alejarse, parece responsabilizar a ella del embarazo; es decir a pesar de ser una pareja consentida, no se cuida con algún método, y asume una actitud indiferente frente a la paternidad, él procede de padres separados y vive con sus abuelos paternos.

Los factores de riesgo, se encuentran asociados a la falta de educación sexual de las adolescentes y sus parejas, ya que a pesar de tener relaciones sexuales consentidas, no planificaron adecuadamente el embarazo por falta de fuentes de información y uso adecuado de métodos anticonceptivos, tampoco las parejas quieren asumir la paternidad. Los padres de la joven, así como las hermanas no tenían información confiable sobre ello para transmitirle; los profesores más le hablaban del tema sexual, que sus padres, por lo que los hallazgos encontrados son importantes para construir estrategias de prevención, y orientar también los comportamientos hacia otro tipo de masculinidad que implique una sexualidad más responsable con su reproducción.

Testimonio: 3-10-2018 hora: 3p.m. Lugar: tercer piso.

4.1.2.2 Testimonio de Catalina: (14 años)

Supervisión y control inadecuado de la madre, relación de pareja consentida y aprobación de la madre. Abandono del padre

Tiene 14 años, nació en Iquitos, su padre la abandonó cuando tenía 3 meses de edad, a los 2 años migró a Lima con su madre, es la segunda de 3 hermanos, del primer compromiso de la madre, vive en el Asentamiento Humano Villa Libertad, en Santiago de Surco, estudia el 2do secundaria, su madre de 38 años, se desempeña como vendedora ambulante de plásticos; su padrastro trabaja como ayudante de construcción. La adolescente recibió maltrato físico de su madre durante su segunda infancia (9-10 años), consumió drogas y alcohol de 12 a 13 años y su pareja de 15 a 17 años. Con antecedentes de fugas del hogar reiteradas y deserción escolar. Actualmente convive con su pareja, en la casa de su madre, éste se desempeña como almacenero y gana 800 soles mensuales.

“Vivo con mi mamá, mi hermano (17), mi hermana (3 años) y mi pareja (19 años), a quién conocí por amigos en común en el colegio, tenemos una relación de un año y medio. Cuando teníamos 3 meses de relación, tuvimos relaciones sexuales consentidas, en casa de mi enamorado en Villa María del Triunfo. Inicié mi vida sexual a los 12 años, utilicé 2 veces la píldora del día siguiente, mi mamá tenía conocimiento de mi relación y estaba de acuerdo. Antes del embarazo, yo era normal, divertida, alegre y feliz”.

“Es mi primer embarazo, tengo 8 meses, al 4to mes tuve mi control prenatal, en el Hospital María Auxiliadora, mi embarazo, no fue deseado, se complicó porque tuve anemia, me hubiese gustado esperar para convertirme en mamá porque quería terminar mi secundaria. A veces conversaba con mi madre sobre cómo cuidarme”.

La adolescente como en otros casos, señala el embarazo como un evento no esperado, que, impide varias de sus perspectivas futuras que si bien no lo planifica y crean las condiciones, en este contexto, que compensa de alguna manera sus carencias y vínculos afectivos de sus padres. Las tareas que corresponden al cuidado de su hijo son un reto para muchas en este caso Catalina (14 años) refiere sentir miedo y preocupación por el cuidado de su bebé, sin embargo, convive con su pareja a su corta edad, el mismo que acepta la paternidad(19 años) y se hace responsable del embarazo, con consentimiento de la madre.

Según Muñoz (2008)

“Considera a la adolescencia como un período crítico del crecimiento, en el que se experimentan notables cambios físicos, sexuales, cognoscitivos y hormonales, que pueden poner en peligro el equilibrio psicofísico de la adolescente. Es una etapa de búsqueda de la propia identidad de inseguridad y frecuentes frustraciones en la cual la joven trata de hallar su lugar en el mundo (p. 335).

La adolescencia es de por si una etapa muy difícil, que se agrava con el embarazo de éstas jóvenes, que constituye una problemática social latente, por lo que es fundamental el rol y función que debe cumplir la sociedad , el Estado a nivel multisectorial, y la familia, desde un marco educativo orientador y preventivo, que garantice que las adolescentes embarazadas tengan acceso a la educación sexual, información oportuna y eficaz sobre métodos anticonceptivos, que conlleve a una vida adulta productiva y saludable.

Testimonio: 05-07-2018 hora: 3p.m. Lugar: 3° piso Ginecología.

4.1.2.3 Testimonio Mary: (15 años)

Deserción escolar, desprotección familiar.

Adolescente de 15 años, es la hija mayor de 5 hermanos del primer compromiso de la madre, nació en Lima. Estudió hasta el 1º grado de Secundaria, dejó de estudiar hace dos años, sufrió bulling en la escuela, a la fecha de la entrevista llevaba un mes trabajando en un restaurante lavando los platos.

Su madre (35 años), es iletrada, y ha tenido 3 compromisos, ésta abandonó a Mary cuando tenía 4 años. Su padre (36 años), trabaja como cargador, ahora tiene otro compromiso, y una hija de 8 años. El abuelo paterno asumió la crianza de la adolescente desde que ella tenía 4 años a la fecha. Hace 7 meses que Mary, convive en su mismo hogar con su pareja (16 años), el cual se desempeña en oficios menores y mal remunerados (pelando pollos y lavando carros). Según lo descrito se considera que la adolescente vive en un contexto de pobreza familiar y de falta de oportunidades educativas para seguir estudiando, afectando sus planes de vida a futuro.

Pantelides (2004) y CEPAL (2005) señalan que:

“Los vínculos entre maternidad temprana y pobreza deben considerarse en dos sentidos. Por una parte, la maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar y reduce las oportunidades de inserción laboral en condiciones que permitan generar los recursos necesarios para el desarrollo de los(as) hijos(as); de ahí que la reproducción durante la adolescencia esté considerada entre los eslabones de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por otra parte, la condición de pobreza suele significar ausencia de oportunidades y limitaciones para la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad como destino principal de la mujer.

Inicio sexual a temprana edad

Mary ha tenido 3 parejas sexuales desde los 14 años y agregó: “con mis padres no conversaba sobre temas de sexualidad, ni me informaban cómo cuidarme con algún método, sólo tenía alguna información de métodos anticonceptivos de mis profesores. Mi pareja con la cual convivo pocas veces se cuidaba con condones”. Narra la adolescente que su embarazo no fue deseado, y que estaba a la fecha de la entrevista con 8 meses de gestación, se realizó controles prenatales desde los 4 meses.

Manifiesta que hubiese querido esperar para convertirse en mamá:

“Soy pequeña, no sé cómo criar un bebé, me hubiera gustado postergar mi embarazo, por razones de estudio, para ver cómo era la vida, divertirme como cualquier adolescente, me siento nerviosa, al mismo tiempo feliz”.

Sin embargo, es consciente de las circunstancias que propiciaron su embarazo. Al preguntarle ¿Qué necesitabas para no salir embarazada? Respondió: “ampollas y recibir los consejos de mis padres”.

La adolescente no involucra a la pareja en el embarazo. El cuidado depende exclusivamente de ella. Situación que coloca a las adolescentes en desventaja y las expone a ser madres solas.

Testimonio: 05-08-2018 hora: 6p.m. Lugar: 2º piso Centro Obstétrico.

4.1.2.4 Testimonio Evelin: (16 años)

Abandono del padre, embarazo no deseado

Adolescente de 16 años, nació en Lima, estudió hasta 1ro de secundaria, es la segunda de 3 hermanos del primer compromiso de su madre, la que tiene 42 años y se desempeña como empleada de limpieza. Vive con su madre y 2 de sus hermanos de 22 y 14 años en el asentamiento humano Vista Alegre de Villa María del Triunfo, cuya tenencia de su casa fue

por invasión. Su padre dejó el hogar hace 16 años; habiendo tenido a la fecha 3 compromisos, de los cuales tiene en total 6 hijos. La relación con el padre es distante, no personal, más bien mediado por lo virtual: “A mi padre lo llegué a ver hace poco una sola vez. A veces me habla por Whatsapp”.

Embarazo de la adolescente:

Al igual que en los casos anteriores la adolescente no esperaba el embarazo:

“Mi embarazo no fue deseado, hubiera querido esperar para convertirme en mamá”.

Los motivos por los que no fue bien recibida la noticia del embarazo fue: “necesitaba terminar mis estudios y darle un buen futuro a mi hijo, no depender de nadie, ser alguien en la vida”.

Si bien la madre cuando su hija inicia su vida sexual a temprana edad, la hace usar ampollas mensualmente, sin embargo, no parece haberle informado lo suficiente del cuidado y planificación familiar. A veces conversaba con sus padres sobre tema de sexualidad, como educación sexual y cuidados:

“Mi vida sexual inicié a los 14 años, tuve 4 enamorados, con ellos he tenido relaciones sexuales, mi madre me ponía las ampollas mensualmente desde los 14 años, tuve 4 parejas; si conocía sobre métodos anticonceptivos y ETS Y Sida. A mi pareja actual lo conocí por chat, hace 10 meses, al mes salí embarazada”.

“Tuve una sola vez relaciones sexuales con mi pareja y salí embarazada, lo que necesitaba para no salir embarazada, es cuidarme con métodos anticonceptivos.”

La gestación al no ser consensuada, y depender básicamente de la adolescente, no del engendradora, que no se implica en este, por el contrario le genera desazón, y huye.

“No vivo con mi pareja (16), cuando se enteró de mi gestación, primero me aceptó, y luego cambió, ‘me agredió, me empujó y me borro del chat’. No me siento respaldada, ni apoyada por mi pareja. ‘Mandó a su enamorada para que me agredan y maten a mi hijo’; siento que me abandonó, él consumía drogas y alcohol, ‘él sugirió que abortara’.”

La familia constituye la piedra angular de la sociedad por lo que sigue siendo el primer y principal sistema de formación para el adolescente, ya que puede convertirse en un factor de riesgo cuando no existen modelos parentales adecuados que permitan evitar conductas de riesgo que pudieran originar un embarazo durante la adolescencia.

Testimonio: 07-08-2018 hora: 2p.m. Lugar: 2º piso Centro Obstétrico.

Con relación, a los aspectos psicosociales, de las adolescentes antes de su embarazo, en este segundo grupo de tipo ideal, por discontinuidad en los métodos anticonceptivos, se presentaron en 4 adolescentes y entre los hallazgos más relevantes, predominó la estructura familiar desintegrada (padres separados), la cual guarda similitud con el primer escenario; seguido del maltrato psicológico de los padres, encontrándose a su vez estas adolescentes en un estado de desprotección, y rechazo familiar. Seguido del maltrato por negligencia, abandono total o descuido en la atención de la adolescente por sus padres, desde su primera infancia (3 meses a 4 años) en los casos de Catalina, Mary y Evelin y 2 casos sufrieron maltrato físico en su segunda infancia; lo que puede haber afectado su proyecto de vida y presentar mayores posibilidades de deserción escolar (2 casos) y fugas del hogar (2 casos).

Tabla No. 3 Indicadores psicosociales: discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos

Adolescentes embarazadas Indicadores Psicosociales y Familiares	Carolina (17a) 3ºSec.Virtual	Catalina (14 a) 2º Sec.	Mary (15a) 1º Sec	Evelin (16a) 1ºSec
Indicadores Psicosociales antes del Embarazo				
Maltrato físico de los padres	-----	Madre (10a)	X	----
Maltrato psicológico de los padres	madre	X	X	X
Negligencia y abandono de los padres	-----	Padre (3 m)	Madre (4a)	Padre (1 mes)
Estado de desprotección familiar	-----	X	X (ab. pt.)	X
Rechazo Familiar (padres)	-----	Padre	X	X
Padres separados	X	X	X	X
Control y supervisión inadecuada de los padres	x	X	X	X
Inicio sexual a temprana edad; N° parejas	14a/1 p.	12a/1 p.	14/3p	14a/4p
Tocamientos Indebidos	-----	---	---	---
Abuso sexual	-----	-----	-----	-----
Consumo de Alcohol	x	12 a 13 a	x	X
Consumo de drogas	-----	12 a 13 a	---	---
Gesto suicida (N° veces)	-----	-----	-----	---
Fugas del hogar.	-----	X (r)	----
Deserción escolar	-----	X	X	X
Prostitución y trata de personas	-----	---	---	---
Falta de información sexual y reproductiva	x	X	x	x
Conflicto con los padres	x	X	x	x
Amistades involucradas, en robos drogas y prostitución.	-----	---	-----	-----
Durante el Embarazo:				
Relaciones familiares distantes.	-----	x	X	X
Embarazos no deseados	x	X	X	X
Sin controles prenatales y tardíos	X 5 m	X 5 m	X 4m	X3m
Complicaciones del embarazo	-----	anemia	anemia	-----
Con su Pareja (edad)	(17 a)	(19 a)	(16 a)	(16 a)
Infecciones de transmisión sexual (Sífilis)	-----	---	----	----
Maltrato Físico y Psicológico antes y durante el embarazo.	-----	-----	X	X
Consumo de drogas y alcohol	alcohol	15-17-a	X	X
Pareja con otro compromiso	-----	---	----	----
Vive separada de la pareja	X	convive	convive	X
Falta de apoyo de la pareja	X	-----	-----	X
OTROS FACTORES DE RIESGO:				
Problemática económica	x	X	X	X
Soporte familiar débil.	-----	X	X	X
Hacinamiento y vivienda por invasión	x	X	x	x

Fuente. - Propiedad de la graduando (Montoya, M.): Información obtenida en base a los resultados de la aplicación del instrumento elaborado para el presente estudio en el HMA durante los meses de Julio a noviembre del 2018.

Las adolescentes embarazadas tuvieron un inicio sexual a temprana edad, de 12 a 14 años que coincide con el primer grupo de casos. Así mismo en los 4 casos se presentó falta de información de los padres sobre aspectos de educación sexual y reproductiva, que podría guardar relación con el bajo nivel educativo que poseen, prevaleciendo la educación secundaria incompleta en los padres y una madre iletrada, que los lleva a realizar labores de subsistencia en los padres como almacenero, ayudantes de construcción, y labores domésticas en el caso de las madres, que por ausentarse del hogar llegan a ejercer un inadecuado control y supervisión y falta de autoridad en el hogar.

A nivel del sistema familiar se presentaron relaciones conflictivas de las adolescentes embarazadas con sus padres, con límites difusos y rígidos a nivel parental, y falta de jerarquías, ejerciendo una autoridad resquebrajada por la separación de los padres. En el caso de María su abuelito paterno la crio desde los 4 años. La deserción escolar se dio en tres casos; dedicándose estas adolescentes a labores domésticas, todas bajo la dependencia económica de uno de los padres en tres casos. La adicción al alcohol de estas adolescentes se dio en tres casos y un caso de consumo de drogas.

En este grupo las adolescentes, a su vez, se caracterizaron por presentar embarazos no deseados, con controles prenatales y tardíos a partir de los 3 meses y 5 meses, encontrándose dos casos con complicaciones de anemia. Tres casos presentaron relaciones familiares distantes y conflictivas y débil comunicación.

Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares influyen considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente señalando que la práctica del acto sexual se inserta dentro de un marco de graves problemas familiares, fracaso escolar y otras formas de expresión de conflictos o conductas rebeldes. Estas jóvenes presentarían también fuertes sentimientos de soledad y la posibilidad de tener una

fueron una fuente de compensación emocional en la actividad sexual y/o en un embarazo, para suplir la falta de afecto dentro del entorno familiar.

Respecto a su pareja presentaron como factor de riesgo psicosocial, consumo de drogas y alcohol en los 4 casos, 2 casos conviven con su pareja en casa de la adolescente, y dos casos se separaron a raíz del embarazo, quienes sufrieron maltrato físico y psicológico y en relación a la edad de sus parejas con las adolescentes existe similitud en 3 casos. Cuentan con soporte familiar débil (3 casos) y viven en un entorno de pobreza (4 casos).

4.1.3 Tipicidad: Curiosidad y sorpresa

Este tipo ideal, corresponde a un tercer grupo conformado por 3 adolescentes, en relación a las repercusiones de su embarazo vinculado a la curiosidad y sorpresa; es decir las adolescentes y sus parejas, querían tener lo suyo a través de un hijo, sin embargo manifestaron que fueron embarazos no deseados, y que asumieron a temprana edad roles parentales, a través del cuidado de sus hermanos menores; tampoco estaban preparados en forma responsable para asumir sus roles de paternidad y/o maternidad.

4.1.3.1 Testimonio de Brisa: 16 años

Hogares desintegrados, pareja iletrada.

Adolescente de 16 años, nació en Lima, y estudió hasta el 3° grado de secundaria, es la segunda (embarazo gemelar) de 6 hermanos. Vive con sus abuelitos maternos en un asentamiento humano Santa Isabel de Villa Surco, junto a la ladera de un cerro, su casa está construido de material prefabricado de madera y techo de eternit, con servicios básicos incompletos. Su madre (43 años) que trabaja como operaria de limpieza, es la única que afronta los gastos del hogar y vive separada del padre de Brisa hace 5 años; ella refiere: ‘mi hija es

media lenta para el estudio, no le entra, ya vive con su pareja, que tiene 15 años, es un hijo más para mí, él es un niño de 15 años’.

Relación sexual casual

Brisa, inicia sus primeros contactos con el que va a ser su actual pareja (15 años) a través de medios virtuales. Su madre asume sola la responsabilidad económica del hogar, teniendo que ausentarse por su trabajo y estando el padre ausente, delega el cuidado de sus dos hijas menores (gemelas) a la adolescente. Como veremos, abrumada por las labores domésticas, recurre al internet buscando redes de apoyo emocional, siendo una forma de superar sus carencias afectivas. La débil comunicación con sus padres (separados); la inmadurez psicológica propia de la edad, y la falta de conocimientos, tanto de ella como su pareja sobre los riesgos que implica tener relaciones sexuales sin protección en la adolescencia y la falta de información de los métodos anticonceptivos, no les permite evitar el embarazo y más bien se produce una relación casual y fantasiosa:

“Nos conocimos por internet, y decidimos estar juntos para siempre. Después de un mes tuvimos relaciones sexuales, pensamos en el momento, no pensamos en tener un hijo; antes tuve 3 enamorados, desde los 15 años tuve relaciones sexuales. No tenía conocimiento como cuidarme. Ahora tengo 8 meses de embarazo, y me llevaron al Hospital María Auxiliadora, mi madre y mi pareja, porque no podía respirar”.

El adolescente de 15 años que embarazó a Brisa tiene una situación familiar, más desalentadora que el de la adolescente, pues su padre no sabe lo que le pasa y a su madre ni le interesa su existencia tanto que a la edad de 15 años no ha ido al colegio y no sabe leer ni escribir. Al entrevistarle, éste manifestó:

Yo vivía, con mi madre, mis hermanos (9) y mi padrastro. Cuando tenía 6 años mis padres se separaron, no recuerdo mucho de él. No me gustaba estudiar, nunca fui al

colegio, no sé leer ningún manuscrito, solo en imprenta, aprendí solo, leyendo periódico, pero ahora quiero estudiar, quiero enseñarle algo a mi hijo, algún día te pregunta algo y no sé qué responderle. Brenda desconoce que nunca he ido al colegio, pero ella tampoco capta nada, la veo diferente que el resto, es media rara. Mi padre no sabe nada de lo que estoy pasando algún día le diré y a mi madre, no le importa nada lo que me pasa.

Al parecer la motivación o lo que le reta a su pareja, a estudiar y trabajar sería el nacimiento de su hijo, a pesar de encontrarse en condiciones desfavorables de desprotección familiar, y cuyas interacciones a nivel de su sistema familiar son muy distantes, carentes de límites y jerarquías por ausencia de ambos padres y donde su contexto familiar es de extrema pobreza.

Para el adolescente la vida parece sin sentido hasta que conoce a Brisa:

A Brisa, la conocí por internet, y los dos nos emocionamos, nunca tuve relaciones sexuales con nadie, sólo con ella, yo pensaba tener hijos más adelante, ahora pienso en encontrar un trabajo, solamente, mi madre me decía que tenía que cuidarme, pero no le hacía caso.

Al preguntarle a su pareja de Brisa: ¿cómo reaccionó tu madre frente a tu futura paternidad?

Mi madre dijo: 'ahora que vas hacer', así que decidí irme con Brisa, quiero que 'mi hijo nazca bien y algún día poder sacarlo a pasear'. Mi madre trabaja como recicladora, no me puede ayudar, ella se encarga de ayudar a mis 9 hermanos, quiero trabajar como vendedor 'ojalá mi amigo me ayude a conseguir un trabajo, él ya me conoce'.

Ambos jóvenes, son de familias incompletas, de padres separados con numerosa carga familiar (8 y 9 miembros), y sus madres tienen que trabajar para mantener a sus familias ya que son jefes del hogar, realizando oficios de subsistencia (labores de reciclaje y limpieza) para la manutención de los miembros del hogar desencadenando un círculo de pobreza intergeneracional, pues en el caso de la pareja (15 años) y Brisa, ambos no estudian ni trabajan, pasan a ser dependientes económicamente de la madre de la embarazada, los cuales son factores psicosociales que estarían afectando los planes de vida de ambos adolescentes y vulnerando sus derechos sobre el acceso: a una educación de calidad, a los métodos anticonceptivos y a una efectiva y eficiente atención integral de la salud; así como a una vivienda adecuada.

Testimonio de fecha 3-09-2018; hora; 8 p.m. Lugar: Servicio de Atención Social de Emergencia.

4.1.3.2 Testimonio Lizeth: 15 años

Familia nuclear, esperanza en el futuro hijo.

Tiene 15 años, estudia el 3ro de secundaria; sus padres tienen secundaria incompleta, ambos de 33 años. Su padre se desempeña como cocinero y su madre realiza labores del hogar. Tiene un hermano menor de 8 años. Viven en el Asentamiento Humano de Túpac Amaru II de Chorrillos en condición de alojados en casa de los abuelos paternos. “Cuando tenía 10 años, mis padres se peleaban mucho a través de gritos y discusiones y eso nos afectaba, a mí también me gritaban. A los 14 años me escapaba del colegio, para irme a pasear con mis amigas.”

Embarazo por curiosidad

“He tenido controles prenatales del 2º al 5º mes en una clínica particular, y de 6 a 9 meses en una posta médica. Mi embarazo fue deseado, fue por curiosidad, quería saber cómo me sentiría siendo madre”. No obstante, muestra una actitud ambivalente, pues narra que:

Me hubiera gustado esperar para convertirme en mamá para terminar mis estudios, ser profesional, tener una carrera, y luego recién ser mamá. No conversaba con mis padres sobre temas de sexualidad por tabú. Mi vida sexual se inició a los 14 años, tuve relaciones sexuales consentidas con mi pareja, he tenido una sola pareja, me cuidé por cinco meses con condón el año 2017, también utilicé métodos anticonceptivos, como la píldora del día siguiente, luego me descuidé. Antes del Embarazo era tranquila, alegre, pasiva.

La adolescente presentó riesgos de complicaciones durante el Embarazo: Anemia, e Infección urinaria, por lo que el inicio de una maternidad temprana, marca una responsabilidad difícil que afrontan éstas jóvenes, sin el apoyo de sus padres. Al preguntarle: ¿Cómo te sentiste cuando quedaste embarazada? Narró:

Me fui a una clínica particular, me tomaron análisis, y me quedé en shock, nos sorprendió, queríamos ser padres más adelante. Sobre mi embarazo le conté primero a mi mamá, pero se lo dijo a mi papá, quien me regañó. Con mis padres me llevaba bien antes del embarazo, después cambiaron, pasé 2 meses de indiferencia, no me hablaban, sin embargo, no pensé en deshacerme de mi embarazo.

Pareja con adicción al alcohol

La adolescente 15 años inicia una convivencia de 8 meses con su pareja de 21 años, con antecedentes de adicción al alcohol, encontrándose la adolescente en estado de vulnerabilidad y desprotección de su pareja también, lo cual puede llevar a situaciones de disfuncionalidad familiar:

‘Él tiene 21 años, trabaja como moto taxista, y convivo con él, hace 8 meses, me trató bien, cuando se enteró que estaba embarazada, me dio más confianza, y me apoya en

todo, pero es adicto al alcohol'. Mi embarazo afectó mi forma de vida, pasé de estudiar de día a noche, mi carácter cambió bastante. El de mi pareja no'.

Frente a ésta versión la adolescente no parece contenta de su relación con su pareja, más bien se ven limitadas sus metas educativas y sus planes a futuro, centrándose en el bienestar de su futuro hijo a pesar de ser una madre-niña, por lo que se deben tomar acciones en el plano individual, familiar, y comunitario para evitar el embarazo precoz y aumentar más bien el acceso a los anticonceptivos modernos y de larga duración.

¿Qué piensas de tu futuro?

Que no le pase nada a mi bebé, ya cambiaron todos mis planes. Mis padres y hermanos me apoyan, me tratan bien al igual que mi pareja.

¿Qué sueño tienes?

Ser feliz con todos.

Testimonio: 24-08-2018 hora: 10 a.m. Lugar: 2º piso Centro Obstétrico.

4.1.3.3 Testimonio Tatiana (16 años)

Pobreza y consumo de drogas

Adolescente de 16 años, proviene de familia nuclear padre (45), madre (40) y tiene 4 hermanos (entre 7 y 19 años) de los cuales ocupa el segundo lugar. Tatiana es estudiante del 4to de secundaria, su padre se desempeña como obrero y su madre se dedica a labores del hogar. Su vivienda, cuya tenencia es invasión, está ubicada en el Pueblo Joven Virgen de Lourdes, en Villa María del Triunfo., no cuenta con servicios básicos, utiliza silo, construida precariamente de ladrillo y tripley, cuentan con 4 habitaciones para 7 personas.

Embarazo y conflictos con los padres

El tipo ideal de curiosidad y sorpresa en la adolescente, en este caso se presenta en forma simultánea con la violencia familiar permanente y maltrato físico que sufre la adolescente primero por su madre desde la primera infancia por celos con su padre y continúa con la violencia sexual desde su niñez por su primo, lo cual puede acarrear serias consecuencias en la menor, tanto físicas y psicosociales, y presentarse después en la adolescencia situaciones de riesgo psicosocial y familiar antes y después de su embarazo: tales como fugas del hogar, deserción escolar y consumo de alcohol.

Antes del embarazo, me llevaba mal con mis padres, me insultaban. Mi madre me maltrató cuando era pequeña de 2 a 14 años, por celos con mi padre, me jalaba el pelo, me tiraba con objetos, y cachetadas, llegamos hasta la DEMUNA. A los 7 años sufrí de tocamientos indebidos y abuso sexual por mi primo de 19 años. Con mis amigos tomaba alcohol de vez en cuando antes del embarazo. Me escapé del colegio una vez y por una semana me fugué con mi segunda pareja. Mi padre me apoya más, y es el quien toma la mayor parte de decisiones en el hogar; 'le tengo miedo a mi madre' me gustaría mejorar mi comunicación.

Embarazo deseado

La adolescente, presenta una vida sexual activa desde la edad de 11 años, edad que dificulta en las adolescentes ejercer un control reflexivo sobre el ejercicio de su sexualidad y sus consecuencias. Así mismo no tiene la capacidad necesaria para negociar con sus parejas (3) las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos. Señala:

Es mi primer embarazo, tengo 9 meses, con controles prenatales desde el 4to mes, tuve complicaciones del embarazo desde el 7mo mes por Anemia. Mi embarazo fue deseado, no hubiera querido esperar para convertirme en mamá porque desde los 8 años cuidaba

a mis hermanos menores. Con mi madre no conversaba sobre temas de sexualidad, con mi padre algunas veces cuando se enteró que tenía relaciones sexuales desde los 11 años. Tuve 3 parejas, con mi pareja actual (20 años) tengo un año. Emocionalmente antes del embarazo, me sentía sola, triste y aburrida, y mi pareja `me trataba bien´, tenía confianza en él, nos reíamos, `todo lo tomaba en broma´; estaba contenta, bailábamos. Mi embarazo fue producto de relaciones íntimas consentidas.

Pareja con adicción a las drogas:

“Él tiene 20 años, trabaja como ayudante de construcción civil, se puso contento cuando salí embarazada, mi pareja me apoya es comprensivo y cariñoso. Antes del embarazo tenía discusiones con mi pareja porque el consumía drogas, desde los 14 a 18 años dos veces por semana; hace 2 meses que vive solo en un cuarto alquilado”.

Tatiana presenta relaciones distantes y conflictivas con su pareja, ya que éste es adicto a las drogas por más de 4 años; sin embargo, después de su embarazo, a pesar que no vive con él, se siente apoyada por su pareja, aferrándose a establecer un vínculo afectivo, sin considerar, que dicho hechos de adicción de su pareja y la falta de soporte económico del mismo , constituyen factores de riesgo psicosocial para la adolescente y su futuro hijo, pasando a ser dependiente económicamente de sus padres.

¿Qué crees que necesitabas para no salir embarazada?

No necesitaba nada, yo quería salir embarazada”. Pero no obstante responde que su embarazo afectó su forma de vida, porque no podía salir, tenía que cuidarme, no podía ir al colegio al octavo mes de embarazo. Después del embarazo me llevo mejor con mis padres, `mi madre me apoya con los alimentos´.

Testimonio: 24-10-2018 hora: 10 a.m. Lugar: 3º piso Ginecología.

Debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales que experimentan, se genera una incertidumbre en el adolescente sobre su nuevo aspecto físico. Es una nueva fase de gran curiosidad sexual, hay una búsqueda de autonomía e independencia con dificultades para controlar los nuevos impulsos, juzgando a los padres como incapaces para comprenderlos, sin embargo, sienten la necesidad de su apoyo emocional y físico. Suelen padecer sentimientos de soledad y necesitan establecer un vínculo afectivo fuerte con otros adolescentes y los comportamientos reciben gran influencia de las normas de conducta del grupo trayendo esto, conflictos con los padres (Núñez de Villavicencio Porro, F. y col.; 2001; González Hernández, A. 2001). Citado en Guridi, Franco et al Guridi (2011) pág.9

Con relación, a los aspectos psicosociales, de las adolescentes antes de su embarazo, en este 3º grupo de casos basado en el origen del embarazo por curiosidad y sorpresa, encontramos esta característica en 3 adolescentes y entre los hallazgos más relevantes, prevaleció la familia nuclear en dos casos y una familia monoparental. No obstante, predominaron los maltratos psicológicos de los padres a las adolescentes y la falta de control y supervisión en 3 casos, y rechazo familiar en 2 casos.

Las adolescentes embarazadas tuvieron un inicio sexual a temprana edad, de 11 a 15, con 3 parejas en el caso de Brisa y Tatiana, con predominancia de falta de información de los padres sobre aspectos de educación sexual y reproductiva en los 3 casos.

Tabla No. 4 Indicadores psicosociales y familiares: curiosidad y sorpresa

Adolescentes embarazadas Indicadores	Brisa (16 años) 3ºsec.	Liseth (15 años) 3º sec.	Tatiana (16 años) 4º sec.
INDICADORES PSICOSOCIALES ANTES DEL EMBARAZO:			
Maltrato físico de los padres	---	---	madre 2-14 a
Maltrato psicológico de los padres	x	x	x
Negligencia y abandono de los padres	padre	-----	-----
Estado de desprotección familiar	padre	---	-----
Rechazo Familiar	--	x	madre
Padres separados	X (ab. Pat.)	X (ab.mat.)	----
Control y supervisión inadecuada de los padres	x	x	x
Inicio sexual a temprana edad; N° parejas	15ª/3 p	14 a/ 1 p	11 a /3 p
Tocamientos Indebidos	---	---	primo/7 a
Abuso sexual	----	----	x
Consumo de Alcohol	---	---	x
Consumo de drogas	----	-----	---
Gesto suicida (Nº veces)	----	-----	-----
Fugas del hogar.	---	----	X (r)
Deserción escolar	x	x	x
Falta de información sexual y reproductiva	x	x	x
Conflicto con los padres	---	x	x
Durante el Embarazo:			
Relaciones familiares distantes.	x	x	x
Embarazos no deseados	X	X	-----
Sin controles prenatales y tardíos	X	2 m	4 m
Complicaciones:	-----	Anemia, ITU	Anemia
Con su Pareja (edad)			
Infecciones de transmisión sexual (Sífilis)	----	---	----
Maltrato Físico y Psicológico antes y durante el embarazo.	----	-----	----
Consumo de drogas y alcohol	-----	alcohol	drogas (14 a 18 a)
Convive con su pareja	x	X (8 m)	-----
Falta de apoyo de la pareja	x	x	X
OTROS FACTORES DE RIESGO:			
Problemática económica	x	x	x
Soporte familiar débil.	x	x	x
Vivienda (invasión alojado), hacinamiento	x	x	x

Fuente.- Propiedad de la graduando (Montoya, M.): Análisis de 3 casos de adolescentes embarazadas en el HMA, durante los meses de Julio, a noviembre del 2018.

Una de las características psicosociales en las adolescentes fueron las relaciones conflictivas y bajo nivel de comunicación con sus padres en el caso de Lizeth y Tatiana. La deserción escolar y dependencia económica, se dio en los tres casos de las adolescentes por

razones del avanzado estado de embarazo. Sólo en un caso se presentó adicción al alcohol en forma casual.

Durante el Embarazo las adolescentes presentaron controles prenatales a partir de los 2 meses y 4 meses (dos casos). En 3 casos prevalecieron relaciones familiares distantes, y dos casos con complicaciones de anemia, al igual que el grupo de casos anterior (II). También fueron embarazos no deseados (2 casos) y sólo uno fue deseado, debido a que la adolescente ejercía el rol parental cuidando a sus hermanos menores por 8 años. En dos casos conviven con su pareja, y pese a manifestar que reciben el apoyo de ellos (3 casos) éstos presentaron como factor de riesgo psicosocial, consumo de drogas y alcohol en 2 casos en forma frecuente. Presentaron soporte familiar débil y vivienda con tenencia por invasión y alojados en los 3 casos.

En este sentido la familia es un sistema social abierto, en donde cada miembro se encuentra en constante interacción con su entorno cultural, social y económico, por lo que el embarazo en las adolescentes debe ser afrontado no en forma individual sino como un sistema en su totalidad y vinculado a su contexto relacional. En este escenario cada miembro evoluciona y se desarrolla a través de diferentes etapas, y cambios de adaptación, en el caso de las adolescentes constituyen una etapa de crisis, de inmadurez, y en donde enfrenta la consolidación de su identidad y valoración personal.

En nuestro estudio se evidencian 2 familias nucleares biparentales que pese a estar juntos padres e hijos sus relaciones son conflictivas y que por lo tanto el soporte familiar y de sus parejas es débil, en sus parejas se agrava aún más por el excesivo consumo de alcohol y drogas en forma frecuente, en donde son indispensables las normas, reglas, límites y jerarquías para que exista un adecuado funcionamiento familiar.

La familia desde la perspectiva sistémica cumple un rol significativo en la vida y formación de las adolescentes embarazadas, estableciendo adecuados patrones de crianza en

los hijos, en base a valores, principios y unión para que el sistema familiar tenga la capacidad de adaptarse al cambio, y favorecer la autonomía del adolescente y su cohesión del sistema familiar.

Teniendo en cuenta los cambios psicológicos, físicos y sociales y a la necesidad de independencia que presentan las adolescentes embarazadas, en nuestro estudio, 3 adolescentes muestran gran curiosidad sexual, labilidad emocional y guiados por sentimientos de emoción, sorpresa y amor quieren tener lo suyo, el embarazo les permite fantasear el futuro con el bebé, se sienten solos y desean a través de ello mitigar esa etapa de privación afectiva de los padres, ya que en algunos casos sus padres las abandonaron a temprana edad, menos de un año. Teniendo en cuenta que la carencia afectiva es la falta de cuidados o de atención, protección y supervisión en la vida de las adolescentes desde su niñez, lo cual podría ocasionar la búsqueda de pareja a temprana edad.

4.1.4 Tipicidad sobre arraigo intergeneracional

Las adolescentes en el aspecto psicosocial, según este tipo ideal, con mayor frecuencia tienen embarazos no deseados y repiten el patrón de fecundidad de la madre y hermanas, lo que denominaremos en este estudio arraigo intergeneracional, sumado a otros factores de disfuncionalidad familiar por abandono y separación de los padres. En este grupo se presentaron dos casos.

4.1.4.1 Testimonio de Janeth (17 años)

Desprotección familiar, cultura de iniciación sexual precoz, violación y falta de metas.

Jannet, tiene 17 años, nació en Lima, actualmente vive en un asentamiento humano Pampas de San Juan de Miraflores, estudió hasta 5to de primaria, hace 2 años que no estudia.

A la edad de 15 años, trabajó por dos años en una discoteca de Chiquián (Ancash), en la venta de cerveza, por lo cual le pagaban 30 soles diario. Sus padres de la adolescente son procedentes de Huaraz, su madre vive allí y trabaja como doméstica, y su padre en Lima donde se desempeña como moto taxista. Su madre se embarazó a los 15 años, y tuvo 9 hijos, 8 mujeres y un hombre (cuyas edades oscilan de 15 a 30 años), Janeth, es la octava de 9 hermanos, su hermana de 18 años, tuvo su primer hijo a los 15 años, sus otras 2 hermanas de 24 y 25 años, son madres solteras, tuvieron sus hijos a los 16 años. Viven 13 personas en su casa, lo cual caracteriza a una familia extensa.

Su hermana Ruth de 21 años, con un hijo de 5 años, actualmente separada de su pareja narró:

Mis padres `cuando estaban juntos se peleaban y se gritaban a cada rato´. Mi madre se alejó de sus hijos hace 10 años. `Mi hermana Janeth, no quería estudiar, paraba en la calle, mi papá la matriculaba y se escapaba con sus amigos, no le gustaba el estudio, vivía un mes en la calle y otro en mi casa, ahora mi papá no la quiere consentir en su casa´, y `mi otra hermana menor de 15 años, abandonó el colegio a los 13 años y se encuentra detenida por robo en Santa Margarita del Callao´. Otra hermana especial de 30 años que no tiene hijos, y no estudia ni trabaja, y otra hermana de 19 años para en la calle robando; en total 5 de mis hermanas, salieron embarazadas a los 16 años, una de ellas a los 3 meses abandonó a su bebé y ahora la cría mi mamá.´ Además, la Janeth fue violada a los 13 años por 4 amigos cuando se escapaba de la casa, a raíz de eso no quería estudiar por vergüenza´.

Sobre la violación grupal la adolescente en estudio no lo refiere, en ese aspecto señala que su iniciación sexual fue a los 14 años, y que en total tuvo 4 parejas, con todos ellos tuvo relaciones sexuales.

Las continuas fugas del hogar de Janet y de sus hermanas cuando éstas eran adolescentes, resienten las relaciones con su padre. Al respecto expresa su hermana Ruth:

‘Mi papá ya no quiere saber nada de Janeth, sólo quiere ayudarle a sacar su documento nacional de identidad’.

Respecto a su situación actual Janeth refiere:

Estoy embarazada y vivo con mi pareja (15 años) en la casa de sus abuelos paternos, en un asentamiento humano de San Juan de Miraflores, él estudió hasta 6to grado de primaria, ahora ya no estudia, trabaja como reciclador de botellas de plástico. Lo conocí hace un año y un mes y vivo en un solo cuarto, con mi pareja y su tío. ‘Nos han dicho que nos hagamos nuestro cuartito’, pero no tenemos plata para eso.

Antes, me escapaba de mi casa, porque estaba aburrida, y me iba en la casa de mis amigas y tomábamos licor, también consumí drogas antes del embarazo. Mi pareja, también me maltrata, él también toma alcohol, una vez a la semana, antes tomaba todos los días, me deja sola, (entre sollozos narra), me pega, me golpea con su mano, me jala el pelo. Ahora, ‘no estoy feliz por la llegada de mi bebé siento un poco de cólera’. A los tres meses quería abortar. ‘Mi madre no se preocupa por mí’, me hubiese gustado cuidarme con algo.

Para tener un mayor conocimiento y otras fuentes que permitan entender la situación se entrevistó a la pareja de la adolescente (15 años), refirió:

Janeth, tiene 5 meses de embarazo y ningún control prenatal, a los tres meses ‘quería abortarlo’, nosotros no lo esperábamos, no sabíamos lo que iba a pasar, ni ella ni yo lo esperábamos, llegó de sorpresa.

Al preguntarle a su pareja si consume drogas narró:

Consumo drogas desde los 12 años y marihuana hace un año, antes tomaba alcohol. Yo la conocí a Janeth, cuando dejó de estudiar, se fugó de su casa, y se fue a vivir conmigo. No tengo contacto con mi padre, mi mamá tiene otro compromiso ella trabaja como mesera, los dos me llaman por teléfono solamente. Vivo con mis abuelos, quienes venden ropa de segunda y zapatillas, ellos no reciclan. Cuando hablamos con mi pareja es sobre el bebé que va a venir, deseamos ´que sea sanito y peladito´.

En su relación de pareja Janeth repite los maltratos negligentes, que recibió de sus padres, señaló que a veces ´su pareja la vota de su casa´, se va y luego regresa con él, porque su familia no la apoya.

En relación a sus aspiraciones de vida actual y que piensa de su futuro y sus metas, la adolescente, (permaneció callada) y luego dijo:

No espero nada. Después del embarazo me llevo peor con mi padre, ´él no me quiere consentir en mi casa´. Hubiera querido esperar para convertirme en mamá.

En la familia de Janeth, las mujeres se embarazan a temprana edad, la madre lo fue a los 15 años, de ahí los numerosos hijos. Las hijas criadas en la ciudad no han cambiado ese patrón reproductivo, Janeth lo hace a los 17 años, mientras 5 de sus hermanas, la mayor y otras a los 15 y 16 años. Repitiendo dos de sus hermanas el mismo patrón intergeneracional, de embarazos a temprana edad, unido a la desarticulación de las familias de origen por parte de la adolescente en estudio y su pareja, de la cual los miembros descendientes no tienen un referente positivo.

La maternidad adolescente no siempre se consideró problemática. Durante varias décadas y en diversos contextos culturales tener hijos a edades tempranas constituyó un esquema normativo de reproducción (Stern y García, 2001; Portier, 2007).p.237.

(Testimonio 18 -7-2019 hora 3 p.m. lugar: Centro Obstétrico HMA)

4.1.4.2 Testimonio de Isabel (16 años)

Testimonio Isabel: Embarazo adolescente intergeneracional. Padres iletrados

Adolescente de 16 años, es la última de 6 hermanos, estudia el 4to grado de secundaria, turno noche acelerado. Ambos padres son procedentes de Apurímac y de religión israelita. Su madre (56) años, tuvo 3 parejas. Del primer compromiso tuvo un hijo a la edad de 15 años, que ahora tiene 40 años. Luego del segundo compromiso, procreo 4 hijos (38, 28, 27, 25 años), y cuya pareja de la madre está en la cárcel, por violar a una de sus hijas, la que ahora tiene 28 años.

Isabel es del tercer compromiso de la madre, ésta refiere que el padre de Isabel, luego de convivir por doce años, se fue de la casa hace 7 años, por falta de comprensión, no colaboraba con la alimentación, discutía de los gastos por la educación de la adolescente, y decía que su casa estaba embrujada. Su padre que es iletrado, trabaja como ambulante al menudeo, y a veces como ayudante de albañilería, su madre trabaja en labores de limpieza como doméstica, ahora está desocupada por cuidar a Isabel. Las 4 hermanas mayores de Isabel, todas en situación de convivencia tuvieron sus primeros hijos, a la edad de 13 y 14 años. La adolescente vive con su pareja de 21 años y su madre.

Referente a su embarazo la adolescente señala:

Antes y después del embarazo mi padre estaba ausente, y a los 15 años sufrí maltrato físico por mi madre, porque me fui de la casa. Intenté suicidarme a los 15 años, me hice un corte con preste barba, y consumí alcohol y drogas y marihuana a los 15 años, por 4 veces en cigarrillo y manzana. Después del embarazo no consumí drogas. Repetí dos veces el 4º grado y me escapaba del colegio. Sentía rechazo escolar o mal miramiento en el barrio por mi embarazo, por eso decidí estudiar acelerado en la noche. Antes del Embarazo, era feliz, despreocupada, me iba a fiestas. Mi pareja me trató bien, se mostró cariñoso por 3 meses. Tuve

relaciones íntimas consentidas con mi pareja. Ahora es mi primer embarazo, tengo 9 meses de gestación. He tenido controles prenatales desde el 3er mes de gestación en un hospital.

Su embarazo de Isabel, no fue deseado, a ella le hubiese gustado esperar para convertirse en mamá, porque quería terminar su secundaria y estudiar una carrera corta. No conversaba con sus padres sobre temas de sexualidad. Inició su vida sexual a los 14 años, tuvo 2 parejas. Obtuvo acceso a información de educación sexual de profesores, sobre uso de métodos anticonceptivos, se cuidó solo con su primera pareja quien usaba condón. Por lo que, en este tipo de casos, hay también discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos.

Durante el Embarazo

Isabel señala que:

Cuando me enteré que estaba embarazada, quería abortar, pensé en deshacerme de mi embarazo, en un centro de Villa el Salvador, pero ‘mi pareja me dijo que no abortara, que no sea mala’. Pensé en contarle de mi embarazo a mi mejor amiga luego a mi mamá, pero ella se enteró a los 3 meses, por los exámenes que me hicieron, sospechaba porque dormía mucho. Luego se enteraron mis hermanas, mi pareja y mis padres. Mi padre se decepcionó de mí, y mi madre me dijo que me iba a apoyar. Me hubiera gustado postergar mi embarazo, porque quería estudiar y trabajar.

Con mi madre antes del embarazo, peleaba y discutía a veces me gritaba. Pero después mi madre me apoyaba.

En relación a la comunicación la adolescente señala: que es conflictiva con su padre, es mala con su madre y regular con su pareja. En este sentido la comunicación familiar es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerá con los demás, por lo que se puede considerar como una de las causas del embarazo adolescente, ya que por las carencias de afecto familiar y los problemas familiares

que atraviesan, buscan su identidad propia, muestran su interés hacia lo prohibido y se rebelan contra las normas establecidas, deseando sentirse adultos.

Al entrevistar a la madre refiere que:

“Isabel, se fugó dos meses de la casa, el muchacho la tenía ocultada en su casa y luego los encontré, y denuncié cuatro veces, a su pareja ante la Fiscalía, por maltrato a mi hija, por violación y secuestro”.

Su pareja también a lo largo de la entrevista mostró su desacuerdo con el embarazo de Isabel:

“Pensé que era una broma, ahora es una responsabilidad más para mí, estoy desocupado, me encuentro buscando trabajo, antes consumía drogas y alcohol y tuve ETS”.

Carente de recursos económicos, su pareja de Isabel, busca trabajo. Explicó además que su madre, es iletrada falleció hace 5 años; él narra con tristeza:

Cuando yo tenía 10 años vi sólo dos veces a mi madre, a los 15 años me fugué del hogar, un mes vivía en la calle, y la comisaría me entregaba a mi madre. Un año viví con mi madre, ella me golpeaba con chicote de 5 puntas y luego me escapé de su casa. Me fui a vivir con mi padre y mi madrastra.

Desde el enfoque de la salud, la adolescente embarazada tiende a padecer diversas complicaciones de alto riesgo obstétrico y perinatal, es así que Isabel presentó, antecedentes de amenaza de aborto, obesidad mórbida y movimientos fetales reducidos, factores que condicionan una situación de vulnerabilidad en la joven madre , por lo que es importante priorizar e implementar las estrategias preventivas en salud, a fin de impedir embarazos no deseados, como parte de las políticas públicas y sociales del Estado.

Tabla No. 5 Indicadores psicosociales y familiares: tipicidad sobre arraigo intergeneracional

Adolescentes embarazadas Indicadores	Janeth (17 a) 6to prim.	Isabel (16a) 4to sec/n
INDICADORES PSICOSOCIALES ANTES DEL EMBARAZO:		
Maltrato físico de los padres	---	Madre (r)
Maltrato psicológico de los padres	x	x
Negligencia y abandono de los padres	X madre 7 a	padre
Estado de desprotección familiar	x	x
Rechazo Familiar	x	x
Padres separados	x	x
Control y supervisión inadecuada de los padres	x	x
Inicio sexual a temprana edad; N° parejas	14 a/4 p	14 a/2p
Tocamientos Indebidos	X	x
Abuso sexual	X 13 a /4 p.	14 a/4 p
Consumo de Alcohol	X	x
Consumo de drogas	X	X (r)
Gesto suicida (N° veces)	---	1 vez
Fugas del hogar.	X(r)	X (r)
Deserción escolar	X (r)	x
Prostitución y trata de personas	----	----
Falta de información sexual y reproductiva	x	X
Conflicto con los padres	x	X
Durante el Embarazo:		
Relaciones familiares distantes.	x	x
Embarazos no deseados	x	x
Sin controles prenatales y tardíos	X 5 m	3 m
Complicaciones:	anemia	obesidad
Con su Pareja	(15 a)	(21 a)
Infecciones de transmisión sexual (Sífilis)	---	x
Maltrato Físico y Psicológico antes y durante el embarazo.	X (r)	x
Consumo de drogas y alcohol	X (r)	X (r)
Convive con su pareja	X	x
Falta de apoyo de la pareja	X	-
OTROS FACTORES DE RIESGO:		
Problemática económica	x	x
Soporte familiar débil.	x	x
Vivienda precaria y hacinamiento	x	x

Fuente.- - Propiedad de la graduando (Montoya, M.): Análisis de 2 casos en el HMA durante los meses de Julio, a noviembre del 2018.

Dentro de los factores psicosocial encontramos según ésta tipicidad del cuarto grupo, 2 casos de adolescentes que presentan embarazos imprevistos y repiten el mismo patrón de

fecundidad de su madre y sus hermanas, a la edad de 13, y 14 y 15 años, lo que se denomina la transferencia intergeneracional de la fecundidad, el cual ha sido afectados por características, de un contexto de pobreza, conflictos, familias extensas y desintegradas, consumo de drogas y alcohol, falta de comunicación lo cual podría acarrear en una disfuncionalidad familiar.

Las familias de este grupo de casos se caracterizan por ser en extensas y reconstituidas. Las adolescentes viven a cargo de los abuelos de la pareja y sin protección de los padres. La figura materna tampoco, es ideal adecuado para ellas, sobre todo en la ciudad, en la situación de barriada donde sus vínculos familiares se deterioran más al no tener referentes para su edad y el padre dedica sus esfuerzos sólo a trabajar, para conseguir sus recursos para su numerosa familia, su autoridad, se deteriora, pierde valor para ser un referente afectivo, cultural y social. En tales circunstancias, las adolescentes van a buscar referentes de identidad y afecto fuera del núcleo familiar, con terceros, pares que en ese medio no son los más adecuados, porque están en las mismas o peor situación que ellas. La escuela al no contribuir con los jóvenes de esta situación, tampoco es una alternativa que otorgue lo que los adolescentes de esa condición necesitan, al contrario sus normas y lógica lo que conlleva es que huyan de ella. En tal sentido, las instituciones, es decir quienes se desempeñan en ella no toman en cuenta a niños y adolescentes en esa situación de riesgo psicosocial.

Las transformaciones socioeconómicas y culturales recientes, tales como la liberación paulatina de los roles de género, la creciente participación de las mujeres en el ámbito público, la masificación de la educación, los cambios en las dinámicas familiares y la objetivación de la adolescencia como un periodo en transición han contribuido a visibilizar la maternidad adolescente como un problema reciente que debe ser atendido a través de políticas públicas (Le Van, 1998; Nóbrega, 2009).p.237

4.1.5 Tipicidad: Riesgos y Complicaciones del Embarazo: Muerte Neonatal

Los hijos de madres adolescentes, menores de 15 años, tienen mayor riesgo de restricción de crecimiento intrauterino, partos prematuros, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal y mortalidad materna. En el aspecto psicosocial tienen con mayor frecuencia embarazos inesperados y repiten el patrón de fecundidad de la madre, que son familias monoparentales, con mayor inestabilidad familiar, en donde los padres alcanzan un menor nivel educacional con gran dependencia de la familia de origen, en donde la responsabilidad se traspasa a los abuelos.

4.1.5.1 Testimonio Cristina (13 años)

Vida sexual activa y embarazo no deseado

Cristina tiene 13 años, nació en Lima, vive en el asentamiento humano Villa Primavera San Juan de Miraflores, con su madre (37), su padrastro (38) y su hermana materna de 8 años. Viven en calidad de alojados en casa de su abuela materna, en situación precaria y de hacinamiento, construida de paredes de ladrillo sin acabados y techo calamina, cuenta con dos habitaciones y dos camas para cuatro personas. La adolescente cursó estudios hasta el 6to grado. Dejó de estudiar el 1ro de Secundaria por su embarazo. De su padre biológico no sabe nada, su madre le informó que se fue del hogar cuando ella tenía 5 años y que es drogadicto.

Cristina refiere haber recibido maltrato de sus padres cuando era niña, se fugaba varias veces del colegio y de su hogar antes y después del embarazo, no tenía notas porque no iba al colegio. La adolescente fue víctima de violación a los 9 años, por su tío materno, ahora está en prisión.

En la entrevista, la adolescente refiere:

“Yo vivo con mi pareja Brayan (15), hace 6 meses. No sabía que estaba embarazada y que tenía 6 meses de embarazo, se llega a saber, a raíz de los comentarios realizados

por su tía de su pareja, en relación al crecimiento de su vientre, además del retraso de su período menstrual. Un día se puso mal y fue llevada por su tía y su pareja al Hospital María Auxiliadora, le comunicaron que su bebé era prematuro y se hospitalizó por emergencia. Por encontrarse en riesgo su vida y su salud (anemia). Su bebé, falleció en el hospital, por ser prematuro, además solo pesaba 900 gramos.

Embarazo no deseado

En relación a su embarazo refiere no fue deseado, y que fue producto de relaciones sexuales voluntarias. Nunca tuvo controles prenatales. Al preguntarle: ¿Te hubiese gustado esperar para convertirte en mamá? narró:

Me hubiese gustado esperar, además era muy chica y no tenía el apoyo de mis padres. A los 12 años inicié mi vida sexual: Tuve 3 parejas, con la primera estuve 10 meses, con la segunda estuve 4 meses y con la tercera salí embarazada y que es mi pareja actual. Nunca usé algún método anticonceptivo. Con mi madre algunas veces conversaba sobre temas de sexualidad. Antes del embarazo, mi pareja (15 años) era cariñoso, me daba afecto, a veces peleábamos por sus celos, conversábamos, jugábamos de manos, pero no bruscamente. Mi pareja consumió drogas y alcohol desde los 14 años, a veces me maltrataba.

Mi madre al inicio se oponía de mi relación, luego me fui a vivir con él. Él me está apoyando y me trata bien. Cuando se enteró que salí embarazada, `el reaccionó mal, no quería tener el bebé, y le dijo a su mamá para que me ayude a abortar'. No sabía qué hacer, con el bebé que iba a nacer, me asusté y me puse triste y mi pareja se puso preocupado. Le contamos a su madrastra y a su tía, tuve miedo de decirle a mi madre. Antes mi pareja y yo pensábamos deshacernos de mi embarazo. Mi madre, después del embarazo me llamaba la atención, me dijo `como no has pensado bien'. Luego como lo

aborté en el Hospital a los 6 meses, mi madre, mi suegro y mi pareja dicen que ocultaran lo sucedido.

Su pareja refiere:

Cuando Cristina estaba embarazada, mi vida iba a ser diferente, siento que me falta madurar, me molesta, saber que no puedo salir con mis amigos, ni jugar un partido. Para seguir con ella, esta vez debemos cuidarnos, para que no vuelva a ocurrir, quiero que esté con su mamá, y llevarme bien como enamorados, seguir mi vida normal como era antes. No tengo DNI, no trabajo, antes trabajaba como moto taxista, y ella se escapaba de su casa a veces y se iba a mi casa. En mi casa vivo con Cristina, mi padre que es chofer de combi, y mi madrastra que es cobradora, todo el día ellos trabajan; y nos traen la comida, otras veces mi tía.

Aspiraciones de vida:

Yo quería, Seguir estudiando, quería ser profesional, quería ser doctora, quería sacar adelante a mi mamá y mi familia, antes del embarazo era feliz, pero a veces me sentía triste por la ausencia de mi padre, cuando yo tenía 5 años se fue de la casa, me quedé con mi madre y ahora hace 6 años que mi madre tiene otra pareja. A mí me gustaría alejarme de mi pareja.

Testimonio 29 Agosto 2018. Hora 1 p.m. Lugar: Centro Obstétrico 2do.piso.

Tabla No. 6 Indicadores psicosociales y familiares: complicaciones del embarazo: muerte neonatal

Adolescente embarazada Indicadores	Cristina (13ª) 1º sec.
INDICADORES PSICOSOCIALES ANTES DEL EMBARAZO:	
Maltrato físico de los padres	X 9 años
Maltrato psicológico de los padres	x
Negligencia y abandono de los padres	X padre / 5 a
Estado de desprotección familiar	x
Rechazo Familiar	x
Padres separados	x
Control y supervisión inadecuada de los padres	x
Inicio sexual a temprana edad; N° parejas	12 a/3p
Tocamientos Indebidos	X tío/ 9 años
Abuso sexual	x
Consumo de Alcohol	----
Consumo de drogas	----
Gesto suicida (N° veces)	---
Fugas del hogar.	X (reiterada)
Deserción escolar	X (reiterada)
Falta de información sexual y reproductiva	x
Conflicto con los padres	x
Amistades involucradas, en robos drogas y prostitución.	-----
Durante el Embarazo:	
Relaciones familiares distantes.	x
Embarazos no deseados	x
Sin controles prenatales y tardíos	X 6 m
Complicaciones: anemia y muerte neonatal	x
Con su Pareja	(15 a)
Infecciones de transmisión sexual (Sífilis)
Maltrato Físico y Psicológico antes y durante el embarazo.	x
Consumo de drogas y alcohol	X 14 a
Vive con su pareja	no
Falta de apoyo de la pareja	x
OTROS FACTORES DE RIESGO:	
Problemática económica	x
Soporte familiar débil.	x
Vivienda precaria; condición de alojados y hacinamiento	x

Fuente.- Propiedad de la graduando (Montoya, M.): Análisis de 01 caso en el HMA. Durante los meses de julio, a noviembre del 2018.

Según Urmeneta (2000):

Los adolescentes inician su vida sexual activa de 10 a 19 años, y debido al cambio radical y definitivo en sus conceptos de vida, familia y sociedad, la adolescencia tanto para mujeres como para hombres, es una época de transición, en todos los aspectos: social, psicológico, físico y sexual. Pero resulta de especial importancia en el caso de las adolescentes, porque ellas son las que podrían embarazarse y de esta forma facilitar la presencia de complejos problemas personales. El adolescente convive con importantes factores de riesgo, los cuales en gran medida le son desconocidos, pueden estar en condiciones de mantener actitudes no saludables respecto a éstos y convertirlos en habituales conductas de riesgo. (p.23)

Según Molina, Gonzales, Sandoval, y Gonzales (2010)

El impacto de la fecundidad adolescente en la morbilidad clínica durante el embarazo es muy variable. La anemia es tal vez la patología más frecuente, dadas las demandas del crecimiento y desarrollo que tienen las adolescentes, especialmente las menores de 15 años. Coinciden los dos períodos de mayor demanda nutricional del ser humano. La segunda patología de mayor frecuencia es la infección urinaria de la embarazada adolescente, que contribuye al parto prematuro. La tercera patología es el aumento de la presión arterial o pre eclampsia, que contribuye al menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y malnutrición fetal (pág.209).

Como vemos hay muchos factores de riesgo de mortalidad materna en las madres niñas de 14 años y menos son el doble y hasta el triple de lo que se presenta en madres adolescentes

de 15 a 19 años, (Gómez et al 2010 pág. 41). En nuestro caso se presentó la muerte neonatal, lo que explica la situación de alta vulnerabilidad que atravesó la adolescente de 13 años.

V. Discusión de resultados

Los objetivos del estudio fueron determinar e identificar los factores psicosociales y familiares de las adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2018 en base a los testimonios recibidos de 16 adolescentes embarazadas, de sus padres y sus parejas, logrando cumplir, luego de la aplicación de entrevistas individuales, grupales, mediante la observación y aplicación del instrumento elaborado para tal fin.

Es así que según los resultados obtenidos en el estudio se encontró similitud con los resultados de estudios de factores psicosociales y entorno familiar y sus parejas de adolescentes embarazadas , tal como lo señalan Peralta (2017), Barrozo y Pressiani (2011), poniendo de manifiesto que hubo un inicio precoz de relaciones sexuales de las adolescentes y sus parejas entre los 13 y 15 años, encontrándose diferencias de edad con sus parejas., falta de información de educación sexual y reproductiva, y el no uso de métodos anticonceptivos, repetición intergeneracional, ausencia de la figura paterna y características familiares de hogares monoparentales, prevaleciendo la disfuncionalidad familiar y la violencia permanente que acompaña la vida las adolescentes embarazadas.

Respecto a la coerción sexual de sus parejas, diversos autores como:

“Gómez, Molina, Zamberlin et al (2010) señalan que existe como un continuo desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y adolescentes a tener sexo contra su voluntad. Para muchas mujeres la iniciación sexual fue un hecho traumático acompañado de fuerza y miedo” (Casos de Ros Mery, Karina, Adriana, Candy, Sarita (Seducción y engaño) y Norita.)

Dichos autores mencionan además que las mujeres muy jóvenes, menores de 15 años son las que quizás afrontan las mayores consecuencias en su vida sexual y reproductiva, particularmente por el riesgo que representa el contagio de

infecciones de transmisión sexual/VIH/Sida y el embarazo no deseado. Si la mujer es víctima de violencia puede sufrir repercusiones que duran toda la vida y las que padecen abuso durante la niñez corren aún mayores riesgos de convertirse en víctimas durante su edad adulta. La tolerancia social de la violencia y el temor que sienten las víctimas hacen difícil que la mujer denuncie el abuso físico y sexual y, por tanto, la información estadística se hace cuestionable (pág.10).

Las adolescentes presentaron además maltrato físico y psicológico por sus parejas antes y durante el embarazo (6 casos) los mismos que consumieron drogas y alcohol (4 casos), por lo que fue evidente la falta de apoyo a las adolescentes embarazadas (6 casos), ya que sus parejas de 4 adolescentes tuvieron otros compromisos e hijos y en relación a la edad de sus parejas son mayores que las adolescentes, existe una diferencia entre 5 y 12 años.

Durante el Embarazo las adolescentes se caracterizaron por presentar relaciones familiares distantes, embarazos no deseados, sin controles prenatales y si los tuvieron fueron en forma tardía, a partir del 5to mes de embarazo (2 casos). En 4 casos desconocían que estaban embarazadas; en 7 casos se presentaron para dar a luz, entre 8 y 9 meses.

En este sentido los factores psicosociales de abuso sexual y agresiones que afrontan las adolescentes embarazadas, repercute en su normal desarrollo físico y emocional, y afecta su libertad sexual, su vida familiar y de pareja, su nivel de escolaridad, siendo evidente la deserción escolar, reiteradas fugas del hogar por carencias familiares afectivas y pobre vínculo familiar. Dichos factores se agravan en las jóvenes por la problemática económica que atraviesan ya que sus padres se desempeñan en oficios eventuales, mal remunerados, sumados a la falta de contención, apoyo familiar, y de pareja, generando otros comportamientos de intento de suicidio, depresión y baja autoestima.

La familia juega un rol importante en el desarrollo psicosocial del adolescente frente al embarazo. Diversos estudios señalan que el embarazo no planeado cambia el proyecto de vida de las adolescentes y provoca un abandono obligatorio de sus metas futuras por la necesidad de afrontar nuevas responsabilidades ligadas al desarrollo del niño, muestran una maternidad irresponsable, pues no están preparadas para cumplir su rol de madre ni enfrentar una estabilidad familiar (Alfonso A, 2003; Rivero y Cueva, 2006).

En relación a la discontinuidad de métodos anticonceptivos, e inicio sexual de edad temprana son situaciones que caracteriza a las 4 adolescentes embarazadas cuyo resultado del presente estudio guarda similitud con diversos autores quienes expresan:

Según Gómez, Molina, Zamberlin et al. 2010 señaló que:

La edad de inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprana, pero la capacidad de prevenir el embarazo no acompaña este comportamiento. Entre los 10 y los 14 años no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención. Esto dificulta la posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre el ejercicio de la sexualidad y sus consecuencias, así como la capacidad para negociar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos, máxime si éstas las superan ampliamente en edad (pág.27).

Es así que las adolescentes embarazadas entre 13 y 17 años han presentado poco conocimiento sobre educación sexual y métodos reproductivos y las formas de evitar el embarazo es insuficiente, por lo que dichos métodos anticonceptivos no están al alcance de la mayoría de las jóvenes, y los servicios de salud e información sexual y reproductiva son muy restringidos y de poca accesibilidad, pues las políticas publican no cumplen con las estrategias de prevención y atención integral del embarazo adolescente.

VI. Conclusiones

De acuerdo al trabajo de investigación llevado a cabo, en el Hospital María Auxiliadora, los factores psicosociales y familiares de las adolescentes embarazadas son:

1. El contexto familiar inadecuado, por la separación de los padres y el bajo nivel educativo de éstos, quienes no tienen educación básica regular: se encontró: 3 casos de padres iletrados, 5 casos de primaria completa e incompleta, 5 casos de secundaria incompleta y sólo 3 casos de secundaria completa, lo cual podría favorecer la precocidad de las relaciones sexuales en las adolescentes.
2. Dentro de los factores psicosociales y familiares, se concluyó que el de mayor relevancia fue la desintegración familiar, siendo la figura paterna la más ausente, por abandono del hogar en 9 casos (desde el nacimiento de las adolescentes y su primera infancia), la figura materna ausente en 2 casos, y el abandono total de ambos padres en dos casos (cuyos abuelos paternos y/o maternos asumen la crianza y cuidados de las adolescentes embarazadas). Los hogares de estas adolescentes corresponden a padres separados (familias monoparentales), y con pobre vínculo familiar y afectivo. Sólo 2 adolescentes presentaron familias nucleares constituidas por convivencia y 1 familia reconstituida por segundo compromiso. Todo ello incide en la disfuncionalidad familiar.
3. Dentro de la estructura familiar de las embarazadas adolescentes se encontró en la mayoría, relaciones conflictivas y distantes dentro de los sistemas familiares, así como, débiles jerarquías a nivel conyugal y parental, por separación de los padres. También, hubo límites difusos y rígidos en el cuidado y crianza de las y los adolescentes, así como, débil y escasa comunicación.
4. Las adolescentes embarazadas provienen de hogares con problemas relacionados a bajos ingresos y pobreza extrema, cuya tenencia de viviendas son precarias y por

invasión rústica, hay hacinamiento y viven en condición de alojadas en casa de terceros (abuelos paternos y/o maternos). Asimismo, son hijas de padres migrantes, con educación escolar muy limitada y ocupaciones de subsistencia, que en su mayoría se relacionan con las labores domésticas, de limpieza, reciclaje, ambulante y carpintería.

5. En el estudio presentado se detectó particularidades de diferentes contextos de embarazo adolescente, desde 5 tipos ideales para comprender mejor los factores psicosociales y familiares: la violencia permanente, la discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos, la curiosidad y sorpresa, el arraigo intergeneracional y los riesgos y complicaciones durante el embarazo.
6. La edad más frecuente de las adolescentes embarazadas corresponde a la adolescencia media, considerada entre 14 y 16 años (12 casos).
7. La mayoría de las adolescentes embarazadas, que constituyen una población vulnerable, no estudia, ni trabaja (11 casos). Los casos restantes (3) lo hacen en forma virtual acelerada, por las noches y sólo dos casos se encuentran estudiando, con apoyo de los padres. El grado educativo que alcanzó la mayoría de las adolescentes fue de Primero a Tercero de Secundaria, pero interrumpieron sus estudios básicos, como consecuencia de su embarazo. Por ello, el entorno familiar de pobreza y precariedad obstaculizó la continuidad escolar, y la posterior inserción laboral de dichas adolescentes, afectando sus aspiraciones de vida a futuro.
8. La violencia permanente marca la vida de las adolescentes embarazadas, primero, por sus padres, debido al maltrato físico y psicológico que recibieron desde la primera y la segunda infancia, sumado a los factores negligentes de abandono y descuido de los padres, y continúa con el maltrato sexual y tocamientos indebidos de sus abusadores (8 casos), que incluye el abuso sexual intrafamiliar reiterativo (por padre, tío y primo), así como, la Trata de personas y la prostitución en dos casos.,

9. Estas experiencias de vida de las adolescentes en relación a la violencia familiar y abandono de sus padres, sumados a la violencia sexual de sus abusadores, fomentaron las fugas del hogar y que se refugien en las drogas y alcohol (13 casos) antes y después del embarazo, algunas de los cuales fueron inducidas por sus propias parejas y/o abusadores. Por otro lado, en tipo ideal de violencia sexual (8 casos), las adolescentes recurrieron en su totalidad al gesto suicida de manera reiterada y a la deserción escolar.
10. El inicio de las relaciones sexuales se presentó entre los 11 a 14 años (15 casos), siendo cada vez más a temprana edad, y el número de parejas que predominó fue de 3 a 4 parejas antes del embarazo (10 casos). Sin embargo, la capacidad de prevenir el embarazo no acompaña este comportamiento, ya que, según dicha edad no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención, lo cual dificulta la posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre el ejercicio de su sexualidad y maternidad, así como, la capacidad para negociar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual.
11. Las adolescentes embarazadas no tuvieron acceso a la información sobre educación sexual de sus padres y si la tuvieron fue muy escasa de sus profesores. Hubo falta de uso de métodos anticonceptivos en 11 casos y, en 5 casos fueron usados de manera irregular, tales como: píldoras del día siguiente e inyecciones.
12. Se encontró que las adolescentes no tuvieron ningún control prenatal (9 casos) y escaso y tardío control prenatal (7casos), lo cual podría estar relacionado a las dificultades socioeconómicas y emocionales que atraviesan estas adolescentes. La situación se agrava cuando la adolescente se presenta sólo para dar a luz, sin tener conocimiento que está gestando.

13. Las adolescentes manifestaron en 13 casos embarazos no deseados, y 3 casos por curiosidad y sorpresa. Por otro lado, 10 adolescentes embarazadas pensaron en el aborto, aceptando, posteriormente, su embarazo, con resignación y tristeza.
14. De las 16 adolescentes embarazadas, sólo 6 conviven con sus parejas, las cuales en su mayoría, se encuentran alojados en casa de las madres de las adolescentes, 4 de los cuales tiene 15 años, (2 con educación primaria, 1 iletrado, 1 con secundaria incompleta) lo cual constituye una situación más difícil que la adolescente, pues existe desprotección de sus padres o no cuentan con una ocupación u oficio. Asimismo, 2 parejas están juntas por presión y pasan a ser dependientes económicamente de la familia de la adolescente. Sólo 4 de las parejas reconocen la paternidad.
15. En relación a sus violadores sexuales y parejas de las adolescentes, se encontró consumo de alcohol y drogas en 14 casos, la mayoría corresponde a familias incompletas y disfuncionales. La reacción ante el embarazo de la adolescente fue de rechazo y curiosidad en 8 casos.
16. El internet se ha convertido en una importante vía para obtener información. Sin embargo, también, puede ser una forma de predisponer a los adolescentes en situaciones de riesgo, ya que, algunas de ellas presentaron relaciones o contacto con personas desconocidas, que las conllevó al consumo de drogas y alcohol, al abuso sexual y tocamientos indebidos.

VII. Recomendaciones

1. Promover el fortalecimiento de apoyo a las familias, desarrollando políticas públicas educativas e integrales a nivel del Estado, mediante la implementación de programas de intervención en educación sexual, para lograr elevar la calidad de vida de las adolescentes embarazadas, promocionando sus derechos individuales, colectivos y el acceso a una comunicación familiar más adecuada.
2. Fomentar el trabajo especializado, desde una perspectiva multidisciplinaria y a nivel multisectorial, que pueda brindar una atención integral a las adolescentes embarazadas y sus familiares, conjuntamente con las redes de apoyo comunitario.
3. Implementar programas de prevención y educación sexual centrados en la familia y a nivel multisectorial, especialmente, en los centros educativos, establecimientos de salud, y organizaciones comunitarias, con un enfoque de género y de equidad, así como, el uso oportuno y el acceso a la información de métodos anticonceptivos, desde las etapas pre-escolar, primaria y secundaria para reducir la tasa de embarazos no deseados ni planificados, que permitan a las y los adolescentes asumir un rol de empoderamiento que les permita ser actores de cambio y decisión más responsable en su salud sexual y reproductiva.

VIII. Referencias

- Aberastury, A., & Knobel M. (1971) *La Adolescencia Normal. Un Enfoque Psicoanalítico*. Argentina: Paidós.
- Barros, T. et. al. (2001). Uno modelo de Prevención Primaria de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. En: *Revista Panamericana de la Salud Pública* (2001).
- Barrozo, M. y Pressiani, G. (2011). *Embarazo adolescente entre 12 y 19 años*. Argentina.
- Constanza, D., Molinas, A. y Cogollo, D. (2014). *Factores Psicosociales asociados al embarazo en adolescentes escolarizadas del Municipio de Florencia – Caquetá*. Colombia.
- CEPAL (1992). Comisión para América Latina y el Caribe. pág.1.
- ENDES (2012). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, pág.12.
- Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo (2018). *Prevención del Embarazo en Adolescentes. ALERTA N° 1-2018-SC/MCLCP Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó “Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País” -Versión aprobada por el CEN de la MCLCP Martes 12 de junio del 2018*.
- Erikson, E. (2004). *Sociedad y adolescencia*. Argentina: Siglo XXI.
- Gómez, P., Molina, R., y Zámberlin, N. (2010) *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años*.
- Gracia, E., *El Maltrato Infantil un análisis Ecológico de los factores de riesgo*, Valencia, 1991.
- Guzmán, C. y Caballero, A. (2012). *La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales*. *Revista Santiago* (128), Mayo-Agosto 2012.
- Kempe, H (1961) *Journal of the American Medical Association*, Art. “The Battered Child Syndrome”

- Issler, J. (2001, agosto). *Embarazo en la Adolescencia*. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina N° 107, pp. 11-23.
- Lafosse, V. (1984). *Crisis Familiar y Crisis Social en el Perú*. Revista de la Universidad Católica. N° 15-16.
- López, J., Lugones, M., Valdespino, L. y Ambrosio, S. (2005). Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. v.21 n.3-4 Ciudad de La Habana mayo. -agosto. 2005. Recuperado de:
- Nahoul, V. (2014). *Técnica de la Entrevista con Adolescentes. Integrando Modelos Psicológicos*. Argentina
- Nasio, J. (2011). *¿Cómo actuar con un adolescente difícil? Consejos para padres y profesionales*. Buenos Aires: Paidós.
- Mendoza, A. (1993). *El Mundo Familiar de los Jóvenes en el Perú de Hoy*. Lima, Perú: CEDRO.
- Mendoza, W. y Subiría, G. (2015) *El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las Políticas Públicas adolescentes en el Perú*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2014. Lima, Perú. Rev. Perú-Med. Expo. Salud Pública.
- Minuchin., S. (1974) *Familias y Terapia Familiar*. Edit. Gedisa. Barcelona España.
- Miranda, R. (2005). *Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" de Villa el Salvador-2005*. Lima. Perú.
- Molina, R. y Romero, M.J. (1988). *El Embarazo en la Adolescencia: La experiencia chilena*.
- Montenegro y Guajardo (1994). *Psicología del Desarrollo y adolescencia*.
- OMS (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.

- Papalia, D. (2010). *Desarrollo Humano, Cap.11 -12 la Adolescencia*, pág.402-403: Mc Graw Hill-Interamericana Editores S.A.
- Peralta, K. (2017). *Riesgos Psicosociales y Entorno Familiar de las Adolescentes embarazadas y sus parejas*. Ecuador.
- Pines, D. (1993). *A woman's unconscious use of her body*. Londres, Gran Bretaña: Virago Press Limited.
- Ruiz, Y. (2017). Epidemiología del embarazo en adolescentes en el Hospital Sergio E. Bernales. Enero 2017.
- Tenorio, R., Jarrín M, & Bonilla, P. (1995). *La Cultura Sexual de los adolescentes*. Ecuador. Abya-Yala.
- UNICEF 2014: El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Informe Final en torno a las vivencias y relatos sobre el embarazo adolescente.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011: La adolescencia. Una época de oportunidades*.
- UNICEF, OMS, OPS, UNFPA 2018: *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia y en América Latina y el Caribe*.
- Weilg, D. (2016). *Experiencia subjetiva del cuerpo en mujeres adolescentes embarazadas de nivel socio económico bajo de Lima*. Perú.
- Zárate, I. (2003). *Factores Psicosociales Familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de Educación Secundaria de Lima Cercado*, Lima. Perú.

IX. Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: “Factores psicosociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2018”

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>¿Cuáles son los Factores psicosociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2018?</p>	<p>Objetivo General -Determinar los factores psicosociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2018.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>-Identificar los factores psicosociales de las adolescentes embarazadas y sus parejas, atendidas en el HMA</p> <p>-Establecer las características de la estructura familiar de las adolescentes embarazadas atendidas en el HMA.</p>	<p>-Se generan durante el proceso de investigación y conforme se recaben más datos en relación a los factores psicosociales y familiares de adolescentes embarazadas en el HMA.</p>	<p>Factores psicosociales y familiares en adolescentes embarazadas.</p> <p>Factores sociodemográficos Grupos de edad, Estado civil, Ocupación, Escolaridad, Vivienda Parejas sexuales Uso de métodos anticonceptivos.</p> <p>Factores Psicológicos: Emociones, Sentimientos de la adolescente embarazada.</p> <p>Estructura Familiar: Composición y tipos de familia Entorno familiar. Apoyo familiar Comunicación.</p>	<p>-Tipo de Estudio: Investigación Enfoque Cualitativo y Tipo Aplicada -Diseño de la Investigación: No experimental. -Población y Muestra: Población: 1692 adolescentes embarazadas menores de 18 años, que acuden para ser atendidas en el Servicio de Ginecología y Centro Obstétrico del Hospital María Auxiliadora en el año 2018. -Muestra: Se utilizó 16 casos de adolescentes embarazadas en el HMA, que nos permitió responder a las preguntas abiertas, y según variables de estudio, determinada por saturación de categorías, sobre las adolescentes embarazadas, menores de 18 años, que acuden al Servicio de Ginecología y Centro Obstétrico del HMA,, durante los meses de julio a noviembre del 2018. -Aplicación del consentimiento informado a los padres y/o tutores de las adolescentes. -Consideración de ambiente hospitalario o contexto. -Recojo de testimonios, historias de vida y maneras de expresión de las adolescentes. -Técnicas Investigación: Observación directa. Entrevistas individuales y grupales. Aplicación de cuestionarios a cada adolescente, pareja, padres y tutor. -Se llevará registro y anotaciones. -Se utilizará diario de campo, y grabaciones de voz para narrar hechos y se archivan por eventos efectuados por día, fecha, y horas. (Qué, quién, cómo, cuándo y dónde). -Revisión de las fichas sociales e informes psicológicos del MAMIS del HMA.</p>

Anexo 2: Instrumento

“Factores psicosociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2018”

I.-DATOS PERSONALES

Nombre: Edad -----

Lugar de Nacimiento:

Tiempo de permanencia en Lima:

Distrito en el que vives:

Estudias: Si () No ()

Hasta qué grado Escolar has estudiado: -----

Trabajas: Si () Ocupación

No ()

II.- COMPOSICIÓN FAMILIAR:

Nombre	Edad	Estado Civil	Grado de Instrucción	Ingresos económicos	Ocupación	Parentesco	Lugar de procedencia
1.-							
2.-							
3.-							
4.-							
5.-							
6.-							
7.-							

2.1 OBSERVACIONES:

.....
.....

III.- VIVIENDA:

Ubicación:

Zona Residencial () Barrio Urbano () Urb. Popular A.H () Otro ().....

Tenencia:

Propia () Alquilada () Invasión () Alojados () Guardianía () Otros:

Servicios Básicos:

C/servicios básicos completos () Parciales () Sin Servicios básicos ().....

Material de Construcción:

Noble y acabado () Noble y sin acabar () Mixto () Precario ()

Hacinamiento

Dos personas p/ cuarto () 3 personas p/ cuarto () Más de 3 personas p/ cuarto ()

¿Cuántas personas viven contigo?

Número personas () Número de Habitaciones () Número de camas ()

IV.- DATOS SOBRE EL EMBARAZO:

4.1 INFORMACIÓN GENERAL:

4.1.1- Es tu primer embarazo: Sí () No ()

4.1.2.- Mes de gestación: -----

4.1.3.- ¿Has tenido controles prenatales?

NO ()

SÍ ()

➤ ¿DÓNDE?

Hospital ()

Centro de Salud ()

Posta ()

Otros ()

4.1.4.- ¿Has tenido complicaciones médicas durante el embarazo? : Si () No ()

4.2 ANTES DEL EMBARAZO:

4.2.1.- ¿Tu embarazo fue deseado? Sí () NO ()

4.2.2. ¿Hubieras querido esperar para convertirte en mamá? Sí () No ()

➤ ¿Por qué?

4.2.3. ¿Conversabas con tus padres sobre diversos temas de sexualidad y reproducción?

No ()

Sí ()

➤ ¿Cuáles?

4.2.4. ¿A qué edad fue el inicio de tu vida sexual?

----- años.

4.2.5. ¿Cuántas parejas has tenido?

4.2.6. ¿Tuviste acceso a información sobre educación sexual, métodos anticonceptivos y Planificación Familiar?

No ()

Sí ()

- De padres ()
- De profesores (as) ()
- De amigos (as) ()
- Internet ()

Especifique: -----

4.2.7. ¿Durante tu vida sexual, has utilizado métodos anticonceptivos?

NO ()

SÍ ()

¿Cuáles?

4.2.8. ¿Cuáles eran tus aspiraciones de vida, antes del embarazo?

.....
.....
.....

4.2.9. Emocionalmente, ¿Cómo eras antes del embarazo?

.....
.....
.....

4.2.10. ¿Cómo te trataba tu pareja, antes del embarazo?

.....
.....
.....

4.2.11. ¿Tu embarazo fue producto de relaciones íntimas consentidas con tu pareja? ¿Tú quisiste tener relaciones sexuales?

SÍ ()

NO ()

.....

4.3 DURANTE EL EMBARAZO:

4.3.1 ¿Cómo te sentiste cuando te enteraste?

.....
.....
.....

4.3.2 ¿A quién pensaste contarle de tu embarazo?

.....

4.3.3. ¿Quién/es se enteraron de tu embarazo, después que tú lo supiste?

.....

4.3.4. ¿Pensaste en decírselo a tus padres?

.....

4.3.5. ¿Cómo reaccionaron tus papás ante la noticia? ¿Por qué crees que reaccionaron así?

4.3.6. ¿Pensaste en alguna forma de deshacerte de tu embarazo? Cuéntame, ¿cómo fue?

.....
.....

4.3.7. ¿Hubieras querido postergar el embarazo?

Sí () No ()

¿Por qué?

4.3.8. ¿Qué crees que necesitabas para no salir embarazada?

.....
.....

4.3.9. ¿Consideras que tu embarazo afectó tu forma de vida?

Sí () No ()

¿Cómo?

4.3.10. ¿Cuáles son tus aspiraciones de vida actuales? ¿Qué piensas de tu futuro?

4.3.11. ¿Cuentas con soporte familiar? Sí () No ()

¿Quiénes te apoyan o ayudan?	¿En qué consiste ese apoyo?	Opinión y Dificultades
Familia Nuclear		
Pareja		
Abuelos		
Parientes		
Pares		
Redes Sociales		
Otros Especificar:		

4.4. DATOS DE LOS PADRES

4.4.1. ¿Cómo te llevabas con tus padres, antes del embarazo?

.....
.....

4.4.2. ¿Cómo te llevas con tus padres, después del embarazo?

.....
.....

4.4.3. ¿Cómo describes la relación de pareja de tus padres? ¿Piensas que es un modelo de vida para ti?

.....
.....
.....

V.- DATOS DE LA PAREJA:

5.1 ¿Tienes pareja? Sí () NO ()

5.2 Edad de la Pareja: años.

5.3 Ocupación de la Pareja:.....

5.4 ¿Convives con tu pareja? Sí () NO ()

5.5 ¿Tu pareja actual es el padre de tu hijo? Sí () NO ()

➤ **OBSERVACIONES:**

.....
.....

5.6. ¿Pensaste en decirle del embarazo a tu pareja?

Sí () No ()

5.7. ¿Cómo reaccionó tu pareja al enterarse de la gestación?

.....
.....

5.8. ¿Te sientes respaldada y apoyada por tu pareja?

Sí () No ()

➤ Especifique:

.....

5.9. ¿A nivel económico, emocional y afectivo?

.....
.....

VI.- FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y FAMILIAR:

6.1 FAMILIA Y ADOLESCENTE:

Condición	Antes del Embarazo	Durante el embarazo	OBSERVACIONES
Factores de riesgo			
Negligencia y Abandono			
Maltrato Físico			
Maltrato Psicológico			
Abuso Sexual			
Tocamientos indebidos			
Gesto suicida			
Abortos			
Consumo de drogas y alcohol			
Antecedentes de enfermedad mental			
VIH			
I.T.S.			
Tuberculosis			

Deserción escolar			
Rechazo o mal miramiento en la Escuela			
Rechazo o mal miramiento en el Barrio			
Problemática Económica			
Fuga del Hogar			
Rechazo Familiar			
Interacciones entre los subsistemas familiares	A. Unida B. Distante C. Rígida D. Sobreinvolucrada	A. Unida B. Distante C. Rígida D. Sobreinvolucrada	

✓ Otros – Especificar:

.....

.....

.....

.....

6.2 PAREJA:

Condición	Antes del embarazo	Durante el embarazo	OBSERVACIONES
Factores de riesgo			
Negligencia y Abandono			
Maltrato Físico			
Maltrato Psicológico			
Abuso Sexual			
Tocamientos indebidos			
Intento de feminicidio			
¿Te sugirió que abortaras?			
Consumo de drogas y alcohol			
Antecedentes de enfermedad mental			
VIH			
I.T.S.			
Tuberculosis			
Deserción escolar			
¿Trabaja? ¿Independiente o dependiente?			
Problemática Económica			
Fuga del Hogar			
Rechazo Familiar			
Interacciones entre los subsistemas familiares	A. Unida B. Distante C. Rígida D. Sobreinvolucrada	A. Unida B. Distante C. Rígida D. Sobreinvolucrada	

✓ Otros – Especificar:

.....
.....
.....
.....

6.3 OTROS FACTORES DE RIESGO:

- Falta de apoyo de la pareja ()
- Antecedentes de pérdidas tempranas ()
- Víctima de violencia durante la infancia ()
- Problemática económica ()
- Conflicto con los padres ()
- Alguna discapacidad
- Otros

.....
.....

VII.- GENOGRAMA:



VIII.- ESTRUCTURA FAMILIAR:

8.1 TIPO DE FAMILIA A LA QUE PERTENECE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA:

Familia Nuclear () Incompleta () Extensa () Disfuncional ()

8.2 CICLO DE VIDA DEL HOGAR:

- A. Pareja sola ()
- B. Inicio ()
- C. Expansión ()
- D. Consolidación ()
- E. Estabilización ()
- F. Desmembramiento o salida ()
- G. Nido Vacío ()
- H. Sin Núcleo ()
- I. Unipersonal adulto ()
- J. Unipersonal mayor ()

8.3 JERARQUÍA:

8.3.1 ¿Quién toma la mayoría de las decisiones en casa?

.....

8.3.2 ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe y no hacer en casa?

.....
.....

8.4 CENTRALIDAD DE ELEMENTOS DEL SISTEMA:

8.4.1 ¿Hay algún miembro de la familia que es más cercana emocionalmente a la adolescente? ¿Cómo son sus relaciones y conflictos con esta persona?

.....
.....

8.4.2. Señale qué tipo de sentimientos o emociones le proporcionan los miembros de su familia:

Miembros de la familia Sentimientos o Emociones	Madre	Padre	Hermanos (as)	Abuelos (as)	Tíos (as)	Pareja	Otros	Observaciones
Afectos								
Disgustos								
Miedo								
Respeto								
Confianza								
Alegría								
Ausentes								

✓ **Otros:**

.....

.....

.....

8.4.3. ¿Hay algún miembro de la familia del cual se tiene más quejas? ¿Por qué?

.....

.....

.....

8.5. PERIFERIA:

8.5.1 ¿Hay algún miembro de la familia que casi nunca está en casa?

SÍ () NO ()

➤ ¿Por qué?

.....

.....

8.6. LÍMITES Y POSTURAS:

8.6.1 Subsistema parental:

8.6.1.1 ¿Papá y mamá discuten en presencia de los hijos? ¿Por qué?

SÍ () NO ()

.....
.....
.....

8.6.1.2 ¿Cada hijo sabe cuáles son sus actividades o funciones en la familia?

SÍ () NO ()

➤ **Especifique:**

.....
.....
.....

8.6.2. ¿Existen algunas personas, además de los padres, que tengan que ver con la implementación de reglas, premios o castigos, en el hogar?

SÍ () NO ()

Especifique:

.....
.....

8.7 COMUNICACIÓN FAMILIAR Y DE PAREJA:

8.7.1. ¿Cómo es la comunicación con tu familia?

.....
.....

8.7.2. ¿Cómo te gustaría que sea la comunicación con tu familia?

.....
.....

8.7.3. ¿Cómo es la comunicación con tu pareja?:

.....
.....

8.7.4. ¿Cómo te gustaría que sea la comunicación con tu pareja?

.....
.....

IX.- ASPIRACIONES DE VIDA DE LA ADOLESCENTE:

9.1. ¿Cuáles son tus aspiraciones de vida, de ahora en adelante? ¿Cómo te ves de aquí a 5 años?

.....
.....
.....

Aspiraciones y/o intereses	Tareas de la adolescente	Apoyos	Dificultades	Soluciones
Educación				
Cuidado del bebe				
Cuidado de su persona				
Cuidado de la casa				
Recursos económicos				
Relación de pareja				
Apoyo emocional				
Tareas del hogar				
Trabajo				

Recreación				
Lugar de vivienda				
Asistencia médica				
¿Qué sueño tienes?				

IX: DATOS ADICIONALES:

9.1 ¿Hay algo que me quieras contar antes de que termine la entrevista?

MMN/

Anexo 3: Autorización Institucional (HMA)



20*

Hospital María Auxiliadora

Departamento de Servicio Social

San Juan de Miraflores, 21 de Agosto del 2018

OFICIO No.OQI-2018-DSS-T.S.SASE-HMA

Señor Doctor

Hugo Alejos Cano

Director General Hospital María Auxiliadora.

Presente.-

ASUNTO: Solicito Autorización para la realización de Cuestionarios en Emergencia y Centro Obstétrico-HMA.

Yo, Matilde Montoya Navarro, Mg. Trabajadora Social del Servicio de Atención Social de Emergencia -HMA y estudiante del último ciclo de la Especialidad Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Unidad de Posgrado de la Universidad Nacional Federico Villarreal, identificada con DNI 09000540, CTSP 1819, me dirijo a Ud. para solicitar su autorización para efectuar un estudio de Investigación Científico en la institución que Ud. dignamente dirige, titulado "Factores Psicosociales y Familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2018", cuyo objetivo principal es Identificar y describir las características de la estructura familiar y factores psicosociales relacionadas al Embarazo de adolescentes , en menores de 18 años, atendidas en el HMA, durante el período de agosto a noviembre del 2018. Se aplicará 10 cuestionarios a 10 adolescentes y sus padres, con el diagnóstico indicado. El estudio consiste en una entrevista directa, que por sí mismo no constituye riesgo para los participantes, así mismo no se consignará la identificación de la Menor y los datos serán absolutamente confidenciales y no existirá ningún beneficio directo para la participante, ni se entregará compensación alguna por participar en el estudio. La Investigación será de tipo cualitativo-exploratoria.

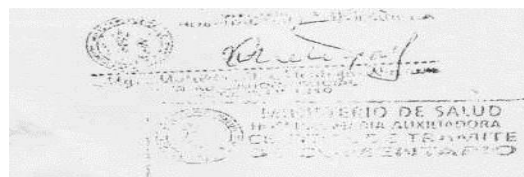
Los resultados del estudio serán importantes para desarrollar estrategias de prevención e Intervención terapéutica con problemáticas sociales de Embarazos Adolescentes, el cual se viene incrementando en el-Hospital. La participación será voluntaria, a través de un consentimiento informado, requisito para la consolidación de mi tesis.

Por lo que agradeceré de antemano su apoyo a la presente investigación que beneficiará a la población y la Comunidad Científica.

Es propicia la oportunidad para testimoniarle las muestras de mi estima personal y consideración. Atentamente.

c.c.- Jefatura del Departamento de Servicio Social

MMN/



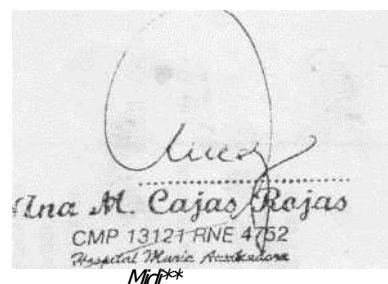
Anexo 4: Carta de aceptación Departamento Gineco – obstetricia
para realizar estudio de investigación

Lima, 21 de Setiembre del 2018.

Señores:
COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Hospital María Auxiliadora

De manera atenta manifiesto nuestro interés y conocimiento de la propuesta de Proyecto de investigación titulada: “FACTORES PSICOSOCIALES Y FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, AÑO 2018” .

Elaborado por la Mg. Trabajadora Social del Servicio de Emergencia, MATILDE NOEMI MONTOYA NAVARRO, identificado con DNI N° 09000540, alumno de la Universidad Nacional Federico Villarreal – Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Post Grado. Segunda Especialidad Terapia Familiar Sistèmica.



Ana M. Cajas Rojas
CMP 13121-RNE 4752
Hospital Maria Auxiliadora
MIA**

Anexo 6: Consentimiento Informado

**MINISTERIO DE SALUD
Hospital María Auxiliadora
Comité de Docencia e Investigación**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le estamos solicitando su autorización para que la adolescente embarazada, bajo su responsabilidad, participe de un estudio de investigación, que tendrá como objetivo identificar los factores Psicosociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora del Servicio de Ginecoobstetricia en el año 2018. Se tendrá en consideración lo siguiente:

1.- Tanto paciente como persona responsable hemos recibido información completa de la investigadora, sobre los beneficios y procedimientos, que no conllevarán a ningún riesgo y responsabilidad en la participación del presente estudio de investigación.

2.- La investigadora aplicará un cuestionario con datos generales y preguntas abiertas a las adolescentes embarazadas, las mismas que participarán de manera libre y voluntaria, pudiendo retirarse de dicha investigación cuando crean conveniente, ya que los participantes no tendrán ninguna presión durante todo el proceso.

3.- La información que se obtendrá de las adolescentes embarazadas y sus parejas, así como de sus padres y/o tutores, será también mediante entrevistas, y la observación directa. En caso de no comprender algunos aspectos, se les explicará a través de palabras sencillas, la pregunta, buscando en todo momento su veracidad y confianza.

4.- La obtención de los datos e información será de forma anónima y confidencial y será usada con la única finalidad de realizar el presente proyecto de investigación. Así la población estudiada será protegida y no serán identificadas en la publicación de esta investigación, los nombres serán omitidos, y se cambiarán los nombres a cada participante.

Durante todo el proceso de la investigación, se contará con el apoyo terapéutico y comunicación permanente de la investigadora.

Lima..... de 2018

Persona responsable y/o tutor(a)

Investigadora