

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**“NIVEL DE AUTOESTIMA EN GESTANTES  
ADOLESCENTES CON VIOLENCIA FAMILIAR.  
HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO DE  
AYACUCHO. MARZO - MAYO 2017”**

**PRESENTADO POR**

**Guicela Gioliana JAYO VEGA  
Flor Aurea LABIO CONDE**

**ASESOR  
Mg. Obst. Roaldo PINO ANAYA**

**AYACUCHO – PERÚ**

**2017**

## **DIDICATORIA**

La presente tesis está dedicada a Dios,  
ya que gracias a él he logrado  
concluir mi carrera, a mis padres,  
porque ellos siempre estuvieron a mi  
lado brindándome su apoyo y sus  
consejos para hacer de mí una mejor  
persona, a mis hermanos por sus  
palabras y su compañía,

a mis amigos, compañeros, y toda  
aquellas personas que de una u  
otra manera ha contribuido para el  
logro de mi objetivo,  
especialmente a mi papa Pablo  
Labio Achas que siempre me dijo  
que estudiara y terminara mi  
carrera y yo tengo el fruto de ese  
esfuerzo.

A mi abuela Julia Ochoa ya no se  
encuentra con nosotros físicamente,  
siempre estará presente en mi  
corazón, por haber creído en mí hasta  
el último momento. ¡Ya soy obstetra!

**Flor.A.L.C**

## DEDICATORIA

Mi agradecimiento se dirige a quien a forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, a Dios, el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y a no cometerlos otra vez. Eres quien guía el destino de mi vida. Te lo agradezco, padre celestial.

A mis padres: A mi padre Zenobio Jayo por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; a mi Madre Modesta Vega por el amor comprensión y cariño; muchos de mis logros se los debo a ustedes que me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos..

A mi amado hijo Adrián Alonso por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

**Guicela Gioliana .J. V**

## **AGRADECIMIENTO**

Ala Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Mater, fuente de sabiduría y enseñanza por brindarnos la oportunidad de ocupar sus aulas y lograr la cristalización de esta profesión.

A la Escuela Profesional de Obstétrica, forjadora de profesionales competentes, a su plana docente por sus enseñanzas y orientaciones durante nuestra formación profesional.

A nuestros familiares y amigos, quienes con sus ejemplos impulsaron al término del trabajo. Así como a todas aquellas personas que de una u otra manera nos apoyaron en la ejecución y culminación del presente trabajo de investigación.

A la Residencia de la UNSCH y al comedor, que nos brindó un enorme apoyo durante 5 años, siempre llevare un recuerdo especial que pase con la familia Universitaria.

A mi asesor : ROALDO. P. A, por brindarme su apoyo incondicional en realizar mi tesis.

## INDICE

Pág.

### INTRODUCCIÓN

#### CAPÍTULO I

<b>1. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	11
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	18
1.3. Objetivo de la investigación	18
1.3.1. Objetivo general	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
1.4. Justificación de la investigación	19

#### CAPITULO II

<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	
1. Antecedentes del estudio	20
2. Base teórica científica	26
2.1. Adolescencia	26
2.2. Embarazo en la adolescencia	29
2.3. Embarazo y Violencia Familiar	30
2.4. La Autoestima	36
2.5. Escala de Autoestima de Rosenberg	48
3. Definición de conceptos operativos	51
4. Formulación de la hipótesis	52
5. Variables e indicadores	53

### **CAPITULO III**

#### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

3.1. Tipo de estudio	54
3.2. Nivel de investigación	54
3.3. Diseño de investigación	54
3.4. Método de investigación	54
3.5. Población y muestra	54
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.7. Procedimiento de recolección de datos	56
3.8. Procesamiento y análisis de datos	56

### **CAPITULO IV**

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	84
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	85
<b>ANEXO</b>	87
- Ficha de recolección de datos	88
- Escala de Autoestima de Rosenberg	89

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es considerado en la actualidad como un problema de salud pública, y va en aumento cada día, teniendo en cuenta que cada año en América Latina y el Caribe, millones de adolescentes quedan embarazadas. Por lo general estos embarazos no son planificados, y tienen como consecuencia la interrupción de los procesos sociales de las adolescentes y, de forma más dramática, el aumento del riesgo de fallecer por complicaciones del embarazo<sup>1</sup>.

Cabe destacar que el embarazo de una adolescente se inserta en un complejo proceso de transformación individual que incluye la consolidación de su identidad: la construcción de las bases para su proyecto de vida, las relaciones con el mundo y por lo tanto la redefinición de sus lazos familiares y el reconocimiento de las opciones y restricciones que la sociedad le ofrece. Los riesgos son mayores si la adolescente no recibe apoyo de la pareja y de su familia, incluso cuando la unión forzada

detiene la ampliación de sus experiencias sociales y el desarrollo de destrezas para la autonomía<sup>2</sup>.

Específicamente el interés por la relación de la autoestima con el inicio de la actividad sexual en la adolescencia, se aprecia desde los primeros estudios que se realizaron en la década de los setenta del siglo pasado, la mayoría centrados en el embarazo precoz.<sup>3</sup>

La violencia en el embarazo adolescente integra tres factores: la mujer adolescente, la gestante adolescente y el producto de la gestación. La violencia compromete el bienestar de estos tres factores; y conlleva a resultados materno-fetales adversos como el parto pretérmino, la restricción de crecimiento intrauterino, el sufrimiento fetal, preeclampsia, infección del tracto urinario, entre otras.

La gestante maltratada sufre estrés permanente, del cual devienen consecuencias negativas en la salud mental de las víctimas. El estrés, producto de la violencia, tiene secuelas psíquicas, entre ellas trastornos emocionales y alteraciones del comportamiento. Las consecuencias psíquicas del estrés desencadenan patrones de depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento y en el peor de los casos, suicidio.<sup>4</sup>

La autoestima alta se ha definido como la capacidad que permite a una persona prevenir, minimizar o superar el daño impuesto por las adversidades de la vida y poder proyectarse hacia el futuro. Se ha reportado que los adolescentes tienen menor capacidad de recuperación ante las adversidades que etapas vitales mayores. Al estudiarse situaciones adversas, se debiese valorar la autoestima, entendida como



los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo, ya que la baja autoestima (BAE) puede influenciar negativamente en el embarazo en la adolescente. Se ha reportado que niveles altos de autoestima se asocian con mayor capacidad de aceptación al embarazo en la adolescente.<sup>3</sup>

La gestación en la adolescencia puede truncar el proyecto de vida personal, especialmente si no existe apoyo familiar, social y si se es víctima de violencia intrafamiliar.<sup>4</sup>

Estudios revelan que las mujeres que sufrieron maltrato físico o sexual en la niñez y/o adultez tienen mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad, autoestima baja, trastornos psicossomáticos, entre otros. Asimismo, se sabe que la violencia de género disminuye el ingreso laboral de las mujeres en 3-20%, con pérdida de un año de vida saludable por cada quinquenio, por las repercusiones que tiene en la calidad de vida de la mujer, como períodos de enfermedad, ausentismo laboral y aislamiento social.<sup>5</sup>

El propósito del presente estudio fue establecer el nivel de autoestima de la gestante adolescente con violencia familiar en el Hospital de Apoyo “Jesús de Nazareno”, a través de una investigación aplicada, descriptiva, prospectiva y transversal, teniendo como muestra 45 gestantes que fueron atendidas durante los meses de Marzo a Mayo del año 2017 encontrando los siguientes resultados: Del total 45 (100%) gestantes adolescentes con violencia familiar, el 64,4%(29) tuvieron baja autoestima, seguido del 28,9%(13) nivel de autoestima media y sólo el 6,7%(03) gestantes presentaron alta autoestima. Existe un predominio de

violencia psicológica con el 57,8%(26), seguido del 26,7%(12) violencia física, luego el 11,1%(05) refieren haber tenido violencia sexual y sólo el 4,4%(02) gestantes manifestaron violencia psicológica más sexual. El 33,3% de las gestantes adolescentes tuvieron violencia psicológica y baja autoestima. Los factores como el tipo de familia, grado de instrucción, estado civil, dependencia económica, procedencia, edad de la pareja y embarazo deseado no influyen estadísticamente significativo ( $p>0,05$ ) en el nivel de autoestima de las gestantes adolescentes con violencia familiar.

## **CAPÍTULO I:**

### **PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La adolescencia es una etapa vital del desarrollo humano en la cual se presentan cambios físicos y psicológicos, así como transformación en la percepción de los valores sociales. La Organización Mundial de la Salud divide adolescencia en temprana y tardía, siendo la primera entre los 10-14 y la segunda entre los 15-19 años de edad.<sup>6</sup>

Los coitos se están iniciando a edades cada vez más tempranas, en muchas ocasiones sin el uso de medidas anticonceptivas adecuadas, trayendo como consecuencia embarazos a corta edad.

Los embarazos en adolescentes están aumentando y se relacionan con factores biológicos, sociales y personales.<sup>7</sup>

De acuerdo al Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) Al menos una de cada tres mujeres embarazadas en todo el mundo ha sido golpeada, coaccionada sexualmente o ha sufrido otro tipo

de abuso en su vida (siendo el culpable de los abusos generalmente su pareja).

En relación a la prevalencia de la violencia contra las mujeres a nivel mundial, es pertinente señalar un informe donde se revisan cerca de 50 estudios de base poblacional, realizados hasta 2009, el cual muestra que entre el 10 y el 69% de las mujeres en todo el mundo refieren maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida (entre el 18 y el 58% en los países europeos)

En los estudios donde se indaga por los 3 tipos de violencia, las frecuencias oscilan entre el 25 y el 60%. En España, los datos que habitualmente se manejan se refieren a las denuncias y feminicidios por malos tratos. Estos datos, sin embargo, tan sólo reflejan la «punta del iceberg» de una realidad más amplia. Una macro encuesta poblacional llevada a cabo por el Instituto de la Mujer en el año 2012 puso de manifiesto que el 11,1% de las mujeres eran maltratadas por sus parejas.<sup>8</sup>

En América latina se reporta que en Colombia se observó que el 31,82% presentó autoestima baja, el 59,09% reflejó autoestima normal y el 9,09% mostró autoestima alta. De igual modo se evidenció que el 45,45% de las adolescentes embarazadas han sido maltratadas y el 14% reveló haber sido objeto de violación alguna vez en su vida.

Por otra parte, preocupa en cuanto a la violencia hacia las mujeres embarazadas, la cual fue del 45% y la violación sexual del 14%, lo cual repercute en los recién nacidos, pues conduce al bajo peso al nacer y afecta adversamente a cualquier niño en la etapa inicial de la vida, y el

abuso sexual, el cual consiste en forzar física o psicológicamente a la mujer a la relación sexual o a una conducta sexual de determinado tipo.

Asimismo, datos prominentemente presentados al comienzo de un informe realizado por la OMS dan cuenta de la real dimensión de la problemática de la violencia contra la mujer en los países de América Latina y el Caribe. Entre 2010 y 2015, más de 900 mujeres chilenas fallecieron por causa de homicidio, una gran mayoría víctimas de sus parejas o ex parejas. En Bahamas, el feminicidio representó el 42% del total de los asesinatos en el año 2010, el 44% en 2011 y el 53% en 2012". En Costa Rica "llegó al 61% del total de homicidios de mujeres; en El Salvador, la mitad de los casos de violencia reportados por la prensa en 2015 acabaron en homicidios; en Puerto Rico, 31 mujeres fueron asesinadas como resultado de la violencia doméstica en el año 2014; y en Uruguay una mujer muere cada nueve días como resultado de la violencia doméstica.<sup>9</sup>

En el Perú las niñas y adolescentes es la población más vulnerable este grupo que representa el 17% de la población nacional tiene desventajas en el acceso a servicios claves, como la educación, la salud y la seguridad.

La violencia es uno de los graves problemas que sufre esta población. De acuerdo con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), las niñas y adolescentes mujeres representan el 65% de los casos atendidos por violencia familiar y el 70% de las víctimas de violencia sexual en Perú. Según información del Instituto Nacional de Estadística e

Informática (INEI), el 85% de las adolescentes embarazadas no asisten a un centro educativo. Según la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), elaborada por el INEI, la tasa de maternidad en adolescentes es más alta en aquellos casos en que la mujer solo cuenta con educación primaria. A mayor grado de instrucción, menor incidencia de embarazos.

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) la región Ayacucho ocupa el octavo lugar con mayor número de casos de embarazo precoz con la existencia de un tipo de violencia. El porcentaje que nos ubica en ese incómodo lugar asciende a los 17.4%; es decir, durante el año 2016, 17 de cada cien adolescentes dieron la vida a un nuevo ser.

Si detallamos estos puntos porcentuales, según la Dirección Regional de Salud (Diresa) el número de embarazos en adolescentes que registró el año pasado llegó a un total de mil 376 casos, entre las edades de 15 a 17 años, de los cuales 160 casos presentaron violencia sexual seguido por 126 casos presentaron violencia psicológica y por ultimo 90 casos tuvieron violencia física.

La mayor frecuencia que se da con el tipo de violencia es la sexual y está relacionado con la zona rural de la Región Ayacucho, la violencia psicológica es ejercida por el padre o madre de la adolescente estando vulnerable para la violencia física de la pareja.<sup>10</sup>

Todos estos factores despliegan sobre la joven sentimientos de frustración, desaprobación, juicios de valor negativo e incompetencia sobre su vida, y son manifestados principalmente en la característica de encontrarse embarazadas, por consiguiente, los patrones sociodemográficos son importantes en el desarrollo o permanencia del bajo nivel de la autoestima, ya que sin duda todos constituyen un simbolismo en la determinación de ésta. Además de regular internamente la autoestima, la cual se asocia a las necesidades emocionales satisfechas, así, las adolescentes que presentan carencias afectivas intentarían sentirse valoradas a través de la maternidad<sup>10</sup>

En el Perú aproximadamente 120 mil adolescentes quedan embarazadas cada año según la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), siendo precisamente las adolescentes de los sectores de menos recursos económicos y con menor nivel educativo quienes tienen mayor incidencia en esta situación<sup>11</sup>.

La gestante maltratada sufre estrés permanente, del cual devienen consecuencias negativas en la salud mental de las víctimas. El estrés, producto de la violencia, tiene secuelas psíquicas, entre ellas trastornos emocionales y alteraciones del comportamiento. Las consecuencias psíquicas del estrés desencadenan patrones de depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento y en el peor de los casos, suicidio.<sup>12</sup>

La participación del personal de salud es necesaria, pues constituye el primer punto de contacto con las intervenciones que suprimen la violencia intrafamiliar en el embarazo. Por lo tanto, la capacitación del sector de

salud sobre los lineamientos políticos para erradicar la violencia familiar, así como los mecanismos por los cuales la violencia tiene efectos adversos en el embarazo, coadyuvan con resultados maternos favorables<sup>13</sup>.

Los estudios sobre salud mental en adolescentes embarazadas han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo de los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, timidez y ansiedad social. La autoestima influye sobre aspectos importantes de la vida tales como la adaptación a situaciones nuevas, nivel de ansiedad y aceptación de otros, rendimiento escolar, relaciones interpersonales, consumo de drogas, embarazo en adolescentes y violencia intrafamiliar.<sup>14</sup>

En los últimos años se han intensificado los esfuerzos del gobierno peruano para prevenir y atender los problemas vinculados con el embarazo y maternidad en adolescentes. En cuanto a la educación sexual y psicológica, el Ministerio de Educación ha mejorado y extendido los contenidos de educación sexual en los textos secundarios, del mismo modo se está capacitando de manera frecuente a los maestros para captar adolescentes de baja autoestima o que esta sea de tipo narcisista y transmitirle valores. En cuanto a los anticonceptivos, el Ministerio de Salud, ha intentado incorporar más decididamente a sus programas de planificación familiar, salud reproductiva y salud mental a la población adolescente.<sup>15</sup>



La violencia puede estar asociada con el embarazo en distintos niveles. A nivel individual, existe evidencia de que uno de los resultados del abuso durante la niñez es la tendencia a que, más adelante en su vida, la mujer víctima participe en comportamientos arriesgados que puedan afectar su uso de métodos anticonceptivos. A nivel interpersonal, el temor de ser maltratadas por sus parejas que se oponen a limitar el número de hijos, también pueden impedir que la mujer use anticonceptivos.<sup>16</sup>

El embarazo en sí también puede ser un factor que precipite violencia por parte de las parejas de algunas mujeres. Algunas mujeres sufren violencia psicológica o física como 'castigo' por haber quedado embarazadas, especialmente si el embarazo ocurre fuera del matrimonio o en una madre adolescente. Dicha violencia puede ser perpetrada contra ellas porque son juzgadas como personas que desafían las normas de género relacionadas con el comportamiento 'adecuado' de una mujer 'buena'.<sup>13</sup> Puede que los miembros de la familia también se vean presionados por las normas y actitudes de la comunidad a devolver el 'honor' al nombre de la familia, el cual se percibe como 'perjudicado' por la condición de la mujer (factores del nivel de la sociedad y del nivel comunitario). En casos extremos, la mujer puede ser asesinada.<sup>17</sup>

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál será el nivel de autoestima en gestantes adolescentes con violencia familiar en el Hospital de Apoyo “Jesús Nazareno” de Ayacucho, durante los meses de Marzo a Mayo del 2017?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. GENERAL**

Conocer el nivel de autoestima en gestantes adolescentes con violencia familiar en el Hospital de Apoyo “Jesús Nazareno” de Ayacucho, durante los meses de Marzo a Mayo del 2017.

### **1.3.2. ESPECÍFICOS:**

1. Determinar nivel de autoestima en gestantes adolescentes con violencia familiar que acuden al Hospital de Apoyo “Jesús Nazareno” de Ayacucho, durante los meses de Marzo a Mayo del 2017.
2. Establecer la prevalencia del tipo de violencia familiar en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo “Jesús Nazareno” de Ayacucho.
3. Determinar la relación entre el tipo de violencia familiar con el nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo “Jesús Nazareno” de Ayacucho.

4. Relacionar el nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas con los factores como el tipo de familia, nivel de instrucción, estado civil, dependencia económica, procedencia, edad de la pareja, y embarazo deseado.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La Norma de Atención a la Violencia Familiar describe que es competencia del profesional de Obstetricia es colaborar en la detección de mujeres gestantes maltratadas durante la atención prenatal, considerando su posición en el sistema de salud, pues constituye el primer contacto a donde las pacientes acuden, además de la amabilidad y la confianza que la caracteriza, siendo el receptor ideal de los casos de violencia<sup>17</sup>. Sin embargo, reconocemos que en el país la Obstetra se ha burocratizado por la carga de trabajo (y/o sobrecarga) que asume en los diferentes servicios y consultorios hospitalarios; olvidándose de su tarea primordial: la de mantener contacto humano con las personas y ofrecer un cuidado cálido a sí misma y a los demás. En ese sentido, algunas funciones tendrían que redefinirse con el compromiso de sensibilizar y capacitar a este grupo de profesionales; asimismo, los directores de los hospitales tendrían que sensibilizarse frente a la problemática de la violencia, facilitando en los sistemas de atención de salud espacios de privacidad y disposición de mayor tiempo en las consultas para atender los casos detectados.<sup>18</sup>

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

**Mendoza F, María E<sup>4</sup>. (México; 2008)**“Violencia de género, embarazo y autoestima en un área urbana de la ciudad de México.” **Objetivo:** Estimar la violencia de género con la autoestima en mujeres con y sin embarazo para brindar atención de enfermería. **Material y Métodos:** Estudio transversal y analítico; muestra: 490 mujeres seleccionadas aleatoriamente conforme criterios de inclusión: edad de 15-45 años, con y sin embarazo, con pareja y participación voluntaria. Se utilizó la *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres/ENVIM*, el *Inventario de Autoestima de Coopersmith- A* y datos sociodemográficos y obstétricos; para el análisis se utilizó la estadística descriptiva y regresión logística. **Resultados:** El 52% estuvo embarazada con edad entre 15 a 25 años ( $p=0,000$ ), con <3 años de convivencia ( $p=0,000$ ), trabajo no remunerado ( $p=0,00$ ), el cónyuge percibiendo salario < al mínimo ( $p=0,00$ ); de 0 a 1

gestación ( $p=0,001$ ); el 94% refirió violencia por parte de su pareja, las embarazadas presentaron mayor violencia psicológica (RM 2,29 IC 95% 1,39-3,75) y económica (RM 1,38 IC 95% 1,09-1,76) y autoestima baja (RM 1,06 IC 95% 1,63- 2,78); salario < al mínimo del cónyuge (RM 1,90 IC 95% 1,00-3,60) y edad entre 15 a 25 años (RM 1,76 IC 95% 1,42-3,98); destacándose la violencia física en las mujeres sin embarazo (RM 1,43 IC 95% 1,08-3,84) y autoestima baja (RM 1,52 IC 95% 1,05-2,21).

**Conclusiones:** Existen diferencias de violencia entre las embarazadas (psicológica y económica) versus no embarazadas (física), siendo la autoestima baja un factor de riesgo. Cabe a las enfermeras identificar factores de riesgo para violencia de género en las consultas y realizar la referencia correspondiente, así como promoción educativa entre las mujeres.

**Ceballos Guillermo et al<sup>10</sup> (Colombia; 2011)** “Nivel de Autoestima en adolescentes embarazadas en la Comuna 5 de Santa Martha”. **Objetivos:** Conocer el nivel de autoestima en adolescentes embarazadas de Santa Martha en Colombia. **Metodología:** La población y muestra estuvieron constituidas por 22 adolescentes embarazadas de un barrio localizado al noreste de la ciudad de Santa Marta (Colombia). El instrumento utilizado fue la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), que es una medida global del constructo, que se basa en la estructura multifacética del sí mismo. **Resultados:** Se observó que el 31,82% presentó autoestima baja, el 59,09% reflejó autoestima normal y el 9,09% mostró autoestima alta.

Con referencia a los factores sociodemográficos, en el factor tipo de familia, se evidenció que el 50% de las adolescentes respondió que pertenecía a familia nuclear y el 50% restante corresponde a familia extensa. Con relación al grado de educación, el 18,18% se encuentran estudiando o han cursado hasta básica primaria, el 77,27% en básica secundaria y solo el 4,55% respondieron que han cursado estudios de carreras técnicas. También se evidenció que el 45,45% de las adolescentes embarazadas han sido maltratadas y el 14% reveló haber sido objeto de violación alguna vez en su vida.

**Ulloque Liezel et al<sup>16</sup> (Colombia; 2015)** “Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano” **Objetivo:** Estimar la prevalencia de baja autoestima (BAE) y nivel de resiliencia bajo (NRB), en un grupo de gestantes adolescentes. **Método:** Estudio descriptivo transversal en gestantes adolescentes, del departamento de Bolívar, Caribe Colombiano. Se utilizó formulario para identificar características socio-demográficas de las gestantes y su compañero, historia Gineco-obstétrica, estado psicoemocional con la gestación, apoyo familiar y de pareja. Se incluyó la escala de autoestima de Rosenberg y la de resiliencia de Wagnild y Young. **Resultado:** 406 gestantes adolescentes. Edad media: 16,5±1,5. La gran mayoría abandonó la escuela al quedar embarazada. La puntuación media de autoestima: 27,8±3,9. El 76,8% tuvieron nivel normal de autoestima y el 23,2% BAE ( $p<0,05$ ). La puntuación promedio de resiliencia: 125,0±17,8. El 8,6% tuvo nivel de resiliencia alto, 57,2% nivel

de resiliencia moderado y 34,2% NRB ( $p < 0,05$ ). Hubo correlación positiva significativa de resiliencia con: autoestima, edad de la gestante, edad del compañero, edad del primer coito, años entre primera relación sexual y edad de la gestante, años entre menarquia y primera relación coital, años entre menarquia y la edad de quedar en embarazo, años de estudio, número de controles prenatales y de ecografías acompañada por el compañero. La autoestima solo se correlacionó positiva y significativamente con la edad de la gestante. Las gestantes adolescentes que no se sentían felices o no tenían apoyo del compañero, tuvieron un significativo NRB (OR: 3,7[IC95%:1,3-10,3]). **Conclusión:** La prevalencia para BAE fue de 23,2% y de 34,2% para NRB. Estos resultados señalan que se debe efectuar intervención durante el embarazo en adolescentes para elevar los niveles de autoestima y de resiliencia.

**Salas Angela y Salvatierra Diana<sup>5</sup> (Lima, 2012)** “Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012” **Objetivo:** Analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en púerperas adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, durante el periodo Diciembre 2011 - Febrero 2012. **Metodología:** Estudio comparativo, transversal, retrospectivo. Se dividió a la población en base a la presencia o ausencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo. La muestra la conforman 116 púerperas adolescentes, distribuidas en dos grupos de 58 participantes cada uno. Se recopilaron los datos mediante la entrevista estructurada y la revisión de

las Historias Clínicas. **Resultados:** El promedio de edad de las puérperas adolescentes fue  $17.1 \pm 1.2$  años. Del total de participantes, 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifiesta estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), preeclampsia (8.6%), parto pretérmino (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. En presencia de violencia intrafamiliar, se obtuvo diferencia significativa para la infección del tracto urinario, anemia y parto pretérmino. La preeclampsia fue significativa en el grupo con violencia física. El parto pretérmino fue el único resultado materno con asociación significativa ( $p < 0.05$ ) para los diferentes tipos de violencia intrafamiliar. **Conclusiones:** Los resultados maternos adversos son más frecuentes en las puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se encontró asociación significativa para la infección de tracto urinario, anemia y parto pretérmino.

**Altamirano Yovana y León Maité<sup>20</sup> (Ayacucho; 2008)** “Factores sociales y culturales que influyen en el nivel de autoestima en gestantes adolescentes. Hospital de Apoyo de Huanta, junio 2007 a marzo del 2008”. **Objetivo:** Conocer los factores sociales y culturales que influyen



en el nivel de autoestima en gestantes adolescentes. Hospital de Apoyo de Huanta. Junio 2007 - Marzo 2008. **Material y Métodos:** Tipo de investigación aplicada, con método descriptivo, transversal y prospectivo. Se estudió a 78 gestantes adolescentes que acudieron al Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Apoyo Huanta. **Resultados:** Un 50% de adolescentes gestantes cuyas edades fluctúan entre 17 a 18 años, un 60.7% de adolescentes procedentes de la zona urbana, un 69.6% según estado civil, y un 92.9% de adolescentes con estructura familiar constituida presentaron un nivel de autoestima medio, por otro lado el 86.4% de adolescentes gestantes con ingreso económico deficiente, aquellos que manifestaron como ocupación su casa en un 59.1%, y un 54.5% de adolescentes con violencia familiar en el hogar presentaron un nivel de autoestima bajo.

## **2. BASE TEORICO CIENTÍFICA**

### **2.1. Adolescencia**

Es la etapa de la vida en que se produce una serie de cambios hormonales somáticos y biopsicológicos, que conducen al ser humano de la niñez hacia la madurez.<sup>8</sup>

Adolescencia periodo de la vida en el cual la persona adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años.<sup>10</sup>

Basados en los criterios de la Organización Mundial de Salud se acepta que la adolescencia se divide en tres etapas:

- a. Adolescencia temprana.
- b. Adolescencia media.
- c. Adolescencia tardía.

#### **a. Adolescencia temprana (10-13 años)**

Es el periodo peri puberal; con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Se aprecia preocupación y curiosidad por los rápidos cambios corporales y por la normalidad del proceso de maduración sexual y crecimiento corporal. Estos cambios físicos juegan un papel importante en el proceso de la imagen corporal; esta incierto aun de su propio físico y del resultado final del proceso de crecimiento y maduración sexual.

El adolescente comienza a perder interés o atención central en los padres comenzando a orientarse más hacia las amistades,

básicamente con individuos del mismo sexo. Se inicia la ruptura de la dependencia que tiene sus padres y con otros adultos, lo cual se manifiesta por cierta rebeldía. Son frecuentes la no aceptación del concejo y la crítica, una menor obediencia reclamos sobre las normas paternas acerca de horarios que deben cumplir o de los amigos con quienes tiene que frecuentar; estas son expresiones comunes del inicio de la independencia. Se pierde un poco de interés por los asuntos familiares o por pasar ratos con la familia lo cual causa malestar a los padres.<sup>9</sup>

Al mismo tiempo la adolescente, sin embargo siente la necesidad de amor, comprensión, apoyo y protección por parte de sus padres y familiares. Es una etapa de tensión y conflictos familiares por causa de la adolescente, quien busca apoyo en los amigos, generalmente en forma aislada y no en grupos. Respecto a su identidad se aprecia que se va perdiendo la “identidad del niño”, es decir este rol está claramente definido que le permitirá saber concretamente lo que debía y podía hacer. Ahora está sin estatus claro y está comenzando el desarrollo de su plena identidad.

La escala de valores comienza a tener predominio, los principios inculcados por parte de la familia comparándolo con la de sus amigos y el adolescente va formando su propia escala de valores. La programación el futuro a estas edades aún no se ha establecido la vocación, ni tampoco se tiene una visión clara del futuro; son irreales idealistas, cambiantes.<sup>10</sup>

**b. Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; es cuando se está completando prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Lo que hace que la adolescencia muestre menos preocupación; pero la imagen corporal aún no está plasmado por lo que hace que traten de ser más atractivos, buscando ser atendidos por el sexo opuesto. Todo esto demuestra incertidumbre respecto a su físico y a su apariencia.<sup>1</sup>

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus amigos, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres; se reduce el interés por los asuntos familiares y por alternar con sus miembros. Se produce mayores conflictos familiares, por esa indiferencia y porque la rebeldía es mayor y desafiante, hay menor control paterno; hay intentos y deseos más claras de emancipación. La identidad esta mejor desarrollada, ya que la identifican con el grupo, contribuye a afirmar la identidad personal.

**c. Adolescencia tardía (17 a 19 años )**

Los adolescentes en esta etapa son biológicamente maduros, casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.<sup>1</sup>

El adolescente mayor se convierte en una identidad separada de su familia paterna, que le permite apreciar plenamente la importancia de

sus valores y de sus consejos. Las relaciones familiares adquieren mayor compañerismo. Se disminuye o desaparece la “dependencia” del grupo de amigos manteniendo sus amistades, son más libres e independientes.<sup>10</sup>

## **2.2. Embarazo en la Adolescencia**

Aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de vida ginecológica de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parenteral.<sup>1</sup>

El problema del embarazo en la adolescencia no tiene una sola causa específica, sino que tiene muchas causas: factores psicológicos, sociales y familiares se conjugan en diversas formas en cada caso y dan como resultado la maternidad e muchas de las adolescentes. Ciertas características de personalidad como inseguridad, inestabilidad emocional y baja autoestima (baja valoración de sí mismo), en las que se encuentra la desintegración familiar, alcoholismo, falta de comunicación padres – hijos y relaciones familiares carentes de afecto predisponen a los jóvenes a la sexualidad temprana y por tanto, al verse implicados en este problema.<sup>10</sup>

El embarazo en la adolescencia es una crisis, ocurre a una edad y/o estado de desarrollo en la que es considerado prematuro e inapropiado, es frecuentemente no planeado y la mayoría de las veces no deseado y es que mientras que la fertilidad es determinado por los factores biológicos, el impacto del embarazo y sus consecuencias biológicos, psicológicos y ambientales. Se ha llamado al embarazo en la adolescencia “síndrome del fracaso”, “feminización de la miseria”, “la

puerta de entrada al cuadro de la pobreza”. El embarazo no deseado puede ser visto como un comportamiento de riesgo que expone a la adolescencia a una situación de ruptura con la posibilidad de continuar desarrollando su proyecto de vida. Esta sensación de haber dejado vivir la vida frecuentemente en las adolescentes es la que mejor expresa el impacto que tiene en su vida la llegada de un embarazo no deseado.<sup>11</sup>

### **2.3 Embarazo y Violencia Familiar**

#### **Definición de la violencia**

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “el uso de liberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

La violencia se divide en tres grandes categorías:

1. Violencia dirigida contra uno mismo, comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones.
2. Violencia interpersonal, comprende dos subcategorías, la primera la violencia intrafamiliar entre miembros de la familia y la violencia comunitaria entre individuos no relacionados con el vínculo familiar.
3. Violencia colectiva, uso de la violencia en personas que se identifican como miembros de un grupo frente a un conjunto de individuos.<sup>4</sup>

#### **Violencia Intrafamiliar**

En la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), define a la Violencia

Basada en Género como: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres”

La Organización de Naciones Unidas, en 1995, definió a la violencia de género como: “Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o en la privada”.

La Organización Mundial de la Salud, incluye en su definición de violencia de género la especificidad de esta forma de violencia contra las mujeres. La violencia intrafamiliar es la forma más común de violencia contra la mujer; incluye formas de violencia infligidas por personas del medio familiar y dirigido generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.

La Violencia Basada en Género es un fenómeno complejo que trasciende el escenario familiar, por ende la definición de Violencia Familiar se incluye dentro de la violencia contra la mujer.

De acuerdo a la Legislación Peruana, en el año de 1993, se promulgó la Ley 26260; Ley de protección frente a la violencia familiar, que en complemento con el Código de los Niños y Adolescentes protegen a las mujeres y a los niños de cualquier manifestación de violencia familiar. Con la finalidad de mejorar el marco normativo se han realizado numerosas modificaciones a dicho dispositivo<sup>15</sup>.

Actualmente, existe una variedad de instrumentos normativos de protección frente a la violencia familiar; nacional e internacionales. En coordinación intersectorial destacan la creación del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual y el Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009 -2015.<sup>15</sup>

En nuestro país, cada día ha aumentado el interés por conocer la situación actual del problema de la violencia intrafamiliar, así como sus implicancias<sup>18</sup>.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), informó que el 60% de los embarazos en adolescentes de 12 a 14 años tienen origen en la violación (ámbito intrafamiliar), es decir 6 de cada 10 embarazos.

Las cifras de violencia en el embarazo son preocupantes, debido a las consecuencias en la madre y el producto de la concepción. Las adolescentes embarazadas son un grupo vulnerable; el riesgo de padecer alguna complicación en el embarazo se incrementa con la violencia.

La violencia intrafamiliar puede adoptar diversas formas:

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



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

c. **Violencia sexual:** Se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen tener relaciones sexuales no deseadas mediante coacción, intimidación o indefensión<sup>17</sup>.

Los niveles de gravedad de cualquiera de estas formas de violencia dependen de la frecuencia del maltrato, de los objetivos del agresor y del grado de violencia utilizado. El maltrato empieza con violencia continuada, en la que el objetivo no es una lesión, sino el sometimiento, y su pronóstico es la perpetuación.

La probabilidad de violencia durante el embarazo se incrementa en condiciones de alta vulnerabilidad física, psicológica y social de la mujer como en las adolescentes.

La violencia durante el embarazo se ha asociado con bajo nivel socioeconómico, pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicciones al tabaco, alcohol o drogas y falta de apoyo social<sup>15</sup>.

Las madres adolescentes y los niños nacidos de madres adolescentes corren el riesgo de tener problemas a largo plazo en muchos aspectos importantes de la vida, incluyendo el fracaso en la escuela, la pobreza, la violencia familiar y sexual y las enfermedades físicas o mentales. Por ello, el embarazo durante la adolescencia representa una crisis para la adolescente y para su familia. Las reacciones más comunes incluyen la ira, culpabilidad y el negarse a admitir el problema.

El Colegio de Obstetras reconoce como un problema de salud pública y prioridad sanitaria la violencia contra las mujeres, ya que atenta contra sus derechos sexuales y reproductivos. Los Obstetras deben involucrarse en la atención integral de la persona víctima de violencia, identificando aspectos físicos, así como psicológicos y sociales<sup>5</sup>

### **Repercusiones de la violencia familiar en el embarazo**

La violencia intrafamiliar comprende un conjunto de conductas aprendidas de tipo coercitivas cuyas dimensiones comportan la violencia física, psicológica y sexual. La violencia física, acarrea numerosas consecuencias negativas para la salud; entre ellas podemos citar las lesiones, los traumatismos y las secuelas psíquicas. Las secuelas provocadas por el maltrato físico suelen ser evidentes, pero el deterioro en la calidad de vida de las víctimas de agresión, se detecta con mayor dificultad. La violencia psicológica menoscaba la integridad emocional de la persona y en la mayoría de los casos precede a la agresión física. La violencia psicológica y sexual produce secuelas alarmantes en la esfera emocional de la víctima, implicancias que actúan en el tiempo, con

impacto en la salud mental de las mujeres. La violencia intrafamiliar causa tensión y deterioro psíquico e influye en la aparición de trastornos como la depresión, ansiedad y estrés.

La violencia en el embarazo, afectada la salud física, mental y la calidad de vida. Los niveles altos de ansiedad y depresión en las embarazadas aumentan significativamente el riesgo de partos prematuros.

Las mujeres víctimas de violencia pueden tener consecuencias en la salud, entre ellas trauma emocional, problemas de salud crónicos e infecciones y las complicaciones del embarazo.

La violencia en el embarazo adolescente constituye un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones o patologías asociadas a la gestación.<sup>19</sup>

Planteamientos hipotéticos, con el objetivo de determinar la asociación de la violencia y los resultados maternos, postulan a la situación psicosocial como un factor que facilita el desarrollo de patologías en el embarazo.

El entorno en la gestación, condiciona la aparición de estresores psicosociales como la violencia y la disfunción familiar; los cuales complican el desarrollo del embarazo y contribuyen a una mayor morbilidad materna. El apoyo social compensa los efectos negativos de la violencia. La detección oportuna de los casos de violencia en el embarazo incrementa la posibilidad de identificar los factores de riesgo y factores estresores, así como el habilitar medidas de prevención e intervención para reducir los resultados adversos en la salud materna.

Diversas investigaciones han demostrado la asociación de la violencia con los resultados maternos adversos en el embarazo como la infección urinaria, anemia, preeclampsia, amenaza de aborto, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas y la vía de culminación del embarazo.<sup>19</sup>

#### **2.4. LA AUTOESTIMA**

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etc. y las experiencias que vamos adquiriendo.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos o éxitos, ya que una autoestima adecuada vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

La consecución o mantenimiento de una buena autoestima es una tarea mayor de cualquier psicoterapia, suele ser un síntoma recurrente de los variados problemas conductuales humanos, la presencia de actitudes hiper-críticas no racionales hacia sí mismo.<sup>20</sup>

La definición correcta del término autoestima es materia de debate en las

diferentes escuelas psicológicas y psiquiátricas, así como en áreas fuera del enfoque científico para el bienestar mental humano.

#### 2.4.1 Tipos de Autoestima

La autoestima se puede desarrollar en las personas de tres formas

- **Autoestima alta (Normal):** La persona se ama, se acepta y se valora tal cual es.
- **Autoestima Baja:** La persona no se ama, no se acepta y no se valora en sus cualidades.
- **Autoestima media:** Suele ser la más frecuente teniendo en cuenta que por diferentes motivos la vida nos conduce a retos y dificultades diversas.

Cabe la posibilidad de rechazo. Lo más frecuente es que uno de los dos componentes de la autoestima esté más desarrollado que el otro.

Un momento puntual de autoestima positiva puede hacernos aumentar de forma natural nuestra o grado general de autoestima, este aumento puede ser aprovechado para abandonar posiciones más bajas.

Debemos abandonar la idea de que sólo una autoestima alta es la fuente de satisfacción y crecimiento personal, la autoestima media también lo es.

La autoestima tiende a ser estable, de hecho si alguna vez se ha tenido muy alta es muy difícil que se pierda y a la inversa, es casi imposible alcanzar un nivel de autoestima alto si en el pasado dicho nivel ha sido bajo.<sup>20</sup>

## **2.4.2. Diferencias entre personas con alta y baja autoestima**

### **Características de una persona con alta autoestima:**

- Saben que cosas pueden hacer bien y qué pueden mejorar.
- Se sienten bien consigo misma.
- Expresan su opinión.
- No temen hablar con otras personas.
- Saben identificar y expresar sus emociones a otras personas.
- Participan en las actividades que se desarrollan en su centro de estudio o trabajo.
- Se valen por sí mismas en las distintas situaciones de la vida, lo que implica dar y pedir apoyo.
- Les gusta los retos y no les temen.
- Tiene consideración por los otros, sentido de ayuda y están dispuestas a colaborar con las demás personas.
- Son creativas y originales, inventan cosas, se interesan por realizar tareas desconocidas, aprenden actividades nuevas.
- Luchan por alcanzar lo que quieren.
- Disfrutan las cosas divertidas de la vida, propias como la de los demás.
- Se aventuran en nuevas actividades.
- Son organizadas y ordenadas en sus actividades.
- Preguntan cuándo algo no saben.
- Defienden su posición ante los demás.
- Reconocen cuando se equivocan.
- No les molesta que digan sus cualidades, pero no les gusta que las adulen.
- Conocen sus cualidades y tratan de sobreponerse a sus defectos.
- Son líderes naturales.<sup>12</sup>

### **2.4.3. Características de una persona con baja autoestima:**

Son indecisas, se les dificulta tomar decisiones, tienen miedo exagerado a equivocarse. Solo toman una decisión cuando tienen seguridad en un 100% que obtendrán los resultados.

- Piensan que no pueden, que no saben nada.
- No valoran sus talentos. Miran sus talentos pequeños y de los otros los ven grandes.
- Le tienen miedo a lo nuevo y evitan los riesgos.
- Son muy ansiosas y nerviosas, lo que las lleva a evadir situaciones que le dan angustia y temor.
- Son muy pasivas, evitan tomar la iniciativa.
- Son aisladas y casi no tienen amigos.
- No les gusta compartir con otras personas.
- Evitan participar en las actividades que se realizan en su centro de estudio o en su trabajo.
- Temen hablar con otras personas.
- Dependen mucho de otras personas para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad.
- Se dan por vencidas antes de realizar cualquier actividad.
- No están satisfechas consigo misma, piensan que no hacen nada bien.
- No conocen sus emociones, por lo que no pueden expresarlas.
- Debido a que no tienen valor, les cuesta aceptar que las critiquen.
- Les cuesta reconocer cuando se equivocan.
- Manejan mucho sentimiento de culpa cuando algo sale mal.

- En resultados negativos, buscan culpables en otros.
- Creen que son feas.
- Creen que son ignorantes.
- Se alegran ante los errores de otros.
- No se preocupan por su estado de salud.
- Son pesimistas, creen que todo les saldrá mal.
- Busca líderes para hacer las cosas.
- Cree que es una persona poco interesante.
- Cree que causa mala impresión en los demás.
- Le cuesta obtener sus metas.
- No le gusta esforzarse.

#### **2.4.4. Características de las personas con autoestima alta sobredimensionada**

Tomando elementos básicos de Freud podemos hacer una aproximación, a las características de este tipo:

- Piensan que pueden hacerlo todo, no hay nadie mejor que ellas.
- Creen tener siempre la razón y que no se equivocan.
- Son seguras de si misma en extremo, pero no ven los riesgos de sus acciones.
- Creen que todas las personas las aman.
- Hablan en extremo y son escandalosas.
- No toman en cuenta a nadie para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad.
- Por lo general la gente las rechaza, por sabelotodo.



- Se aman en forma enfermiza a sí misma.
- Son vanidosas, pero en caso extremo llegan al “narcisismo”.
- Se siente atractiva (No necesariamente en el aspecto físico).
- Creen que son las personas más interesantes de la tierra.
- Cree que es el cuerpo más bello.
- Cree que impacta a cualquiera que lo conoce.
- Le gusta que la elogien.
- Cree que todas las personas están obligadas a amarla.
- Cree que nunca se equivoca, pero ataca a los demás cuando lo hacen.
- Cuida en forma enfermiza su salud.
- Siente que merece tener más que los demás.
- Quiere tener lo mejor en ropa, perfume y objetos materiales. (Aula Fácil).<sup>12</sup>

#### **2.4.5. FACTORES RELACIONADOS CON LA AUTOESTIMA**

##### **2.4.5.1. La familia**

La autoestima, además de aprender a quererse y respetarse, es algo que se construye o reconstruye por dentro. Esto depende también del ambiente familiar en el que esté y los estímulos que este brinda.

En la violencia familiar las víctimas y los victimarios poseen muy baja autoestima ya que por un lado la víctima es alguien al que maltratan sin que ésta pueda poner límites y no se da cuenta de que está siendo abusada. Por otro lado, los victimarios compensan lo inferior que se

sienten maltratando y abusando en este caso, de un familiar.

Muchas de las heridas emocionales que tiene una persona, producidas en su niñez pueden causar trastornos psicológicos emocionales y físicos (cáncer, úlceras, hipertensión, trastornos cardíacos y alimentarios, problemas en la piel, depresiones, etc.), produciendo dificultades en la vida de las mismas (conflictos serios en el trabajo, disminución de la energía y de la capacidad creativa, relaciones matrimoniales desastrosas, no poder hacer o conservar amigos, poco entendimiento con las hijas e hijos).

Existen padres, docentes o cuidadores que humillan, desprecian, no prestan atención, se burlan o se ríen del niño cuando pide ayuda, siente dolor, tiene un pequeño accidente, necesita que lo defiendan, expresan miedo, piden compañía, se aferra buscando protección, tiene vergüenza, etc. Estas actitudes se completan con otras totalmente opuesta, demostrándole al joven que es "querido y bonito" creándole una gran confusión. Pero estas muestras de cariño son aparentes adjudicándole un rotulo a su identidad que trae como consecuencia un peso negativo, en su formación y en el desarrollo de sus capacidades.

En el momento en que la persona afectada es adulta, transmitirá la humillación o el maltrato a personas más pequeñas o vulnerables. Es una cadena hereditaria de abuso y poder, ya que el desprecio y la vergüenza vivida en la infancia son la fuente de los problemas que afectan en la vida adulta y los causantes de la baja autoestima.

La principal imagen y más generalizada forma de violencia es el maltrato emocional. Hay muchas maneras para asustar a un niño y hacerlo sentir culpable e intimidado, sin recurrir a la violencia física. El niño o la niña se atormentan con pensamientos y sentimientos que no pueden comunicar ni compartir con nadie y aprenden a soportar el dolor y el silencio.

La autoestima y la comunicación familiar están muy relacionadas, porque según como se diga algo, el efecto será positivo o negativo, de aprendizaje o de resentimiento que se transmite desde la infancia hacia el futuro. Por esta razón, se entiende que los padres y madres que dañan la autoestima de sus hijos no siempre lo hacen intencionalmente, ya que ellos fueron educados del mismo modo.<sup>14</sup>

Cuando los padres quieren que sus hijos reaccionen como ellos desean, suelen comportarse de manera particular. Estas maneras pueden ser:

- a) **Mártires:** controlan al niño haciéndolo responsable de su sufrimiento y culpable por todo lo que pueda querer o hacer que no le caiga bien a estos mártires, a quienes nada les viene bien, y recurre a las quejas, los reproches, las lágrimas, las amenazas de que les va a dar una ataque, etc.
- Ves como me sacrifico por tí y no te importa.
  - Dejé todo para criarte y me lo pagas haciendo eso.
  - ¿En que nos equivocamos que nos haces estas cosas?

**b) Los dictadores:** controlan al niño o la niña atemorizándolos cuando hacen algo no autorizado, son estrictos y amenazantes para que obedezcan y todo los enfurece. Condenado de manera inapelable al niño, con burlas, gritos, despliegue de poder y dominación.

- Como puedes ser tan estúpido/a, no te das cuenta de las cosas.
- Te avisé y ahora vas a ver lo que te pasa por no obedecer.
- Yo no tengo que darte explicaciones, lo haces porque te lo ordeno y punto.

A veces estos roles (mártir y dictador) se combinan, se alternan y agregan más confusión a los chicos porque también van acompañados con demandas o manifestaciones de cariño. Y si un hijo llega a quejarse, a llorar o a reclamar por el trato que recibe puede volver a ser juzgado, culpado y descalificado.<sup>18</sup>

#### **2.4.5.2. La sociedad**

La sociedad cumple una función muy importante para la persona, ya que a partir de la cultura de esta, la familia adopta diferentes pautas o formas de vida que son transmitidos a sus miembros y determinan o ayudan a formar la personalidad de cada uno, teniendo a esta como modelo social.

Las personas que tienen poca confianza de su capacidad dentro de la sociedad, tienden a buscar roles sometidos y evitan las situaciones que requieren asumir responsabilidades.

En nuestra sociedad el nivel de autoestima de una persona está, en cierta

medida, ligado a lo que hace para ganarse la vida. Por ejemplo: un hombre puede alcanzar una posición social elevada y tener, no obstante una baja autoestima. Puede tener conciencia de la importancia que tiene, pero aun así considerarse a sí mismo, un ser humano despreciable, indigno de respeto y del afecto de los demás. "Puede experimentar sentimientos crónicos de inferioridad porque no es bien parecido...", puede sentir que es físicamente débil o un cobarde, o puede considerarse condenado a causa de su identidad étnica.

Los criterios mediante los cuales, se evalúan son en base a los siguientes criterios: si eres gordo, flaco; lindo, feo; blanco, negro; rubio, morocho, o si tienes la capacidad para luchar, honestidad, capacidad para soportar el dolor, la astucia para ganar dinero, los modales, la capacidad para manipular a las demás personas, etc. Toda persona se ve a si misma desde le punto de vista de los grupos en que participa y todo aquello que piensen de uno influirá positiva o negativamente en la personalidad o forma de pensar.<sup>19</sup>

#### **2.4.5.3. La escuela**

Es fundamental que los padres, maestros o docentes sean capaces de transmitir valores claros. Es muy importante que se les enseñe a los niños, el significado de esos valores. Los maestros deben conocer el ambiente y aceptarlo si quieren ayudar a los niños a que vean estos dentro del mismo. En todos los ambientes el niño tiene las mismas necesidades básicas de amor y seguridad, el derecho de ser una persona

de valor y tener la oportunidad de triunfar. Los educadores deben estar conscientes de los distintos ritmos de desarrollo de cada niño, para que el mismo se sienta cómodo con el propio y capacidad de desarrollo.

También los maestros pueden favorecer u obstaculizar el proceso por el cual uno puede encontrarse a sí mismo. Su comprensión o la ausencia de la misma, pueden favorecer o hacer la personalidad que se desarrolla y está en vías de manifestarse. Es por esto que el educador tiene mucha responsabilidad en este tema tan importante o en esta cuestión del tiempo necesario para que uno se encuentre a sí mismo. También es necesario saber que la mente de cada niño está llena de imágenes. Estas imágenes son de tres dimensiones:

En primer lugar, se relaciona con la imagen que tiene de sí mismos puede imaginarse a sí mismo como una persona que puede llegar a triunfar. Por el contrario, el niño puede tener la impresión de ser una persona de poco valor con escasa capacidad y pocas posibilidades de lograr éxitos en algún área de su actividad.

El segundo grupo de imágenes se vincula con la opinión que el niño tiene de sí mismo en relación con otras personas. Puede considerar que sus valores, sus actitudes, su hogar, sus padres, el color de su piel o su religión, son la causa de que se lo mire con temor, desconfianza y disgusto, o que se lo trate con interés. La imagen que cada niño tiene de sí mismo se forma a través del reflejo de las opiniones de los demás.

El tercer grupo se vincula con la imagen de sí mismo, tal como desearía

que fuera. Si la distancia entre estas dos imágenes como se ve realmente y la imagen idealizada no es grande, de modo que a medida que crece y madura pueda alcanzar la asimilación de estas dos imágenes, se puede decir que se acepta a sí mismo como persona. Por todo lo mencionado es muy importante que la escuela del niño ayude al mismo a descubrir y aprender a ser las personas que siempre quisieron ser, respetándole sus tiempos, conflictos y confusiones.

Para ser un buen educado se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Saber que la escuela puede mejorar o degradar a la gente que está en ella.
- Estar dispuesto a complementar las nuevas informaciones con los viejos conocimientos.
- Debe ajustar las oportunidades de aprendizaje a cada niño, de modo que pueda progresar a su propio ritmo de velocidad.
- Debe tener la capacidad e incluir el desarrollo de habilidades intelectuales junto con el estímulo para que el niño se acepte a sí mismo.
- Tiene que saber cómo crear un ambiente favorable, para encontrar oportunidades dentro del mismo, donde cada niño pueda sentirse importante.
- Debe reconocer los puntos fuertes de cada niño, debe tener en claro que las decisiones de los niños pueden ser vencidas a través de sus fortalezas.
- Tener conciencia de los sentimientos y de las imágenes que los niños tienen en su mente cuando van a la escuela.
- Comprender que algunas veces los niños sólo se desarrollan mediante la aprobación ya que la crítica debe esperar hasta que el niño sea suficientemente fuerte para aceptarla.

- Aceptar la conducta que no sea adecuada comprendiendo que los seres inestables se rigen en la conducta agresiva cuando las presiones son demasiado grandes.
- Transmitir a los niños su fe en ellos, es decir, que sus alumnos sean personas dignas de estima y respeto.<sup>20</sup>

## **2.5. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

### **2.5.1. Validez de constructo**

La autoestima, como constructo, se ha asociado a la psicopatología en general y de modo más específico con algunas patologías, como la depresión y los trastornos alimentarios, así como con la inseguridad en las relaciones interpersonales.

Las puntuaciones en EAR muestran una correlación sustancial de signo negativo con la puntuación total en R ( $r = -0.61$ ) así como con las distintas dimensiones de esta escala (tabla 4). Destacan las puntuaciones observadas en las dimensiones de Sensibilidad Interpersonal y Depresión, con correlaciones superiores a 0.60.

Los resultados obtenidos confirman, en términos generales, unas características psicométricas satisfactorias de esta adaptación española



de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

### **2.5.2. Interpretación de la Escala de Autoestima de Rosenberg**

Esta prueba es indicativo del nivel de autoestima personal en el momento de realizarlo. La Escala de Autoestima de Rosenberg, tiene 10 reactivos que se responden desde "muy en desacuerdo" a "muy de acuerdo". Cada uno se puntúa de 1 a 4, habiendo 5 reactivos inversos (1, 3, 4, 6 y 7).

Los rangos para determinar el nivel de autoestima son:

- Baja: ( $\leq$  25 puntos). Aquellas personas que tienen una baja autoestima suelen ser personas que aunque no se creen inferiores al resto si consideran a los demás en una posición más elevada a la suya. Esto supone que, inconscientemente, se sientan en una posición retrasada en relación a los que le rodean a la hora de iniciar o realizar alguna acción. Las personas con poca autoestima carecen de confianza sobre sus propios actos considerando como un fracaso cualquier pequeño bache que tengan. Al sentirse de ésta manera están creándose un efecto de derrota que no les ayudará a conseguir sus metas. Por otro lado, son inconformistas puesto que siempre desean conseguir una perfección en todos sus trabajos debido a esa situación de relativa derrota en la que se ven sumidos. Quizás por ello, el éxito en cualquier tarea les complace de tal forma que les puede ayudar a olvidar los posibles errores cometidos en el pasado.
- Normal: (26 a 29 puntos). Este tipo de personas tienen una buena confianza en sí mismas, pero en ocasiones ésta puede llegar a ceder.

Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo. Aquellos que posean ésta forma de ser viven de una forma relativamente dependientes de los demás, es decir, si ven que el resto les apoyan en alguna acción su autoestima crecerá pero, por el contrario, cualquier error que alguien le eche en cara servirá para que su confianza caiga un poco. Estos vaivenes no muy acusados en los que se ven este tipo de personas pueden controlarse con un poco de racionalidad a la hora de enfrentarse a los retos, sobre todo los retos profesionales. En cuanto al amor, lo mejor es no exagerar los fracasos y acordarse y disfrutar de los éxitos.

- Alta: (30 a 40 puntos). Las personas de gran autoestima han nacido para triunfar en todos los aspectos de su vida. Se creen seres poderosos y en posesión de la verdad en todo momento. Son personas a las que resulta muy difícil hacerlas venir en razón y también hundirlas. Su fortaleza mental les convierte en auténticos tanques de difícil destrucción. Todos sus movimientos están calculados previamente con un único objetivo: el éxito. Quizás por ello, el fracaso no supone ninguna alteración de sus planes puesto que es una oportunidad única para aprender y no volver a equivocarse. Pero, por otro lado, esta forma de actuar no les ayuda en sus relaciones sociales puesto que dan una imagen de superioridad que producirá en algunas personas un sentimiento de rechazo. También hay otras personas a las que las atrae como el imán este tipo de personas de alta autoestima, eso sí, la pareja que tengas, tendrá que ser también fuerte, porque si no la podrás hundir.<sup>21</sup>

### 3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS

- **Adolescencia.** La OMS ha definido la adolescencia como la etapa que va desde los 11 -19 años y es el periodo de maduración, física, psicológica y social que va desde la infancia hasta la edad adulta.
- **Embarazo en adolescentes.** Mujer gestante comprendida entre las edades cronológicas de 11 – 19 años.
- **Autoestima.** Es la valoración que uno tiene de sí mismo, se desarrolla gradualmente desde el nacimiento en función a la seguridad, cariño, aliento o desaliento que la persona recibe de su entorno. Está relacionado con el sentirse amado, capaz y valorado.
- **Violencia Familiar.** Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres
- **Tipo de Familia.** Es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja. Puede ser; nuclear, extensa y monoparental.
- **Nivel de Instrucción.** Es el nivel académico o escolaridad que la adolescente gestante a la fecha tiene, está expresado en años de estudio aprobados.
- **Estado Civil.** Es la relación de vida conyugal de la adolescente gestante.
- **Dependencia Económica.** Es la persona de la cual depende económicamente la gestante adolescente para su manutención.

- **Procedencia.** Origen, principio de donde nace o deriva la adolescente. Lugar habitual donde vive actualmente la gestante adolescente.
- **Edad de la Pareja.** Es el tiempo transcurrido que vive la pareja de la gestante desde el nacimiento hasta el presente. Se expresará en años cumplidos.
- **Embarazo deseado.** Es aquel que se produce con el deseo y/o planificación previa
- **Test de autoestima de Rosenberg.** Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Se clasifica en:

- ✓ Alta Mayor o igual a 30 puntos
- ✓ Media 26-29 puntos
- ✓ Baja Menor o igual a 25 puntos

#### 4. FORMULACION DE LA HIPOTESIS.

El nivel de autoestima en las gestantes adolescentes con violencia familiar es bajo, el cual está asociado a los factores como: el tipo de familia, nivel de instrucción, estado civil, dependencia económica, procedencia, edad de la pareja, y embarazo deseado, en el Hospital de Apoyo “Jesús Nazareno” de Ayacucho, durante el periodo de Marzo a Mayo del 2017.

## **5. VARIABLES E INDICADORES**

### **5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE**

Violencia Familiar en la gestante adolescente

### **5.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

Nivel de Autoestima de la gestante adolescente

### **5.3. VARIABLES ATRIBUTIVAS:**

- Tipo de familia
- Nivel de instrucción
- Estado civil
- Dependencia económica
- Procedencia
- Edad de la pareja
- Embarazo deseado.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACION**

Aplicada

#### **3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

No experimental

#### **3.3. MÉTODO DE INVESTIGACION**

Descriptivo, transversal, prospectivo

#### **3.4. AREA DE ESTUDIO**

Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo “Jesús Nazareno” de Ayacucho.

#### **3.5. POBLACION Y MUESTRA**

##### **3.5.1. Población**

La población estuvo conformada por todas las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo “Jesús Nazareno” de Ayacucho, durante el periodo de Marzo a Mayo del 2017.

### 3.5.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 45 gestantes adolescentes que acudan al Hospital de Apoyo "Jesús Nazareno" de Ayacucho, durante el periodo de Marzo a Mayo del 2017.

#### Tamaño de muestra

El tamaño de la muestra fue obtenida mediante la aplicación de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{NZ^2pq}{[e^2(N)] + [Z^2pq]}$$
$$n = \frac{50(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{[0,05^2(50)] + [1,96^2 \times 0,5 \times 0,5]} = 45$$

$$n = 45$$

n= tamaño de muestra

4= constante

N= Población (Según registro de atenciones a gestantes adolescentes de enero a marzo del año 2016)

P= Probabilidad de gestantes adolescentes con alta autoestima

Q= Probabilidad de gestantes adolescentes con baja autoestima

E= 0.05= 5% error permitido, 95% nivel de confianza.

#### Tipo de Muestreo

Probabilístico al azar aleatorio simple.

#### Unidad de Análisis

Una gestante adolescente con violencia familiar

### **3.6. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

#### **3.6.1. Inclusión**

- Gestantes adolescentes con violencia familiar atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Jesús Nazareno de Ayacucho
- Gestantes adolescentes que desean participar en la investigación.

#### **3.6.2. Exclusión.**

- Gestante adolescente sin violencia familiar.
- Gestante que no desea participar en la investigación.

### **3.7. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **3.7.1. Técnica**

- Aplicación de entrevista estructurada
- Revisión de Historias Clínicas

#### **3.7.2. Instrumento**

- Ficha de Entrevista Estructurada
- Historias Clínicas para la revisión de la ficha de tamizaje de violencia familiar

### **3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- A través del Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud se solicitó permiso a la Dirección del Hospital Jesús Nazareno de Ayacucho.

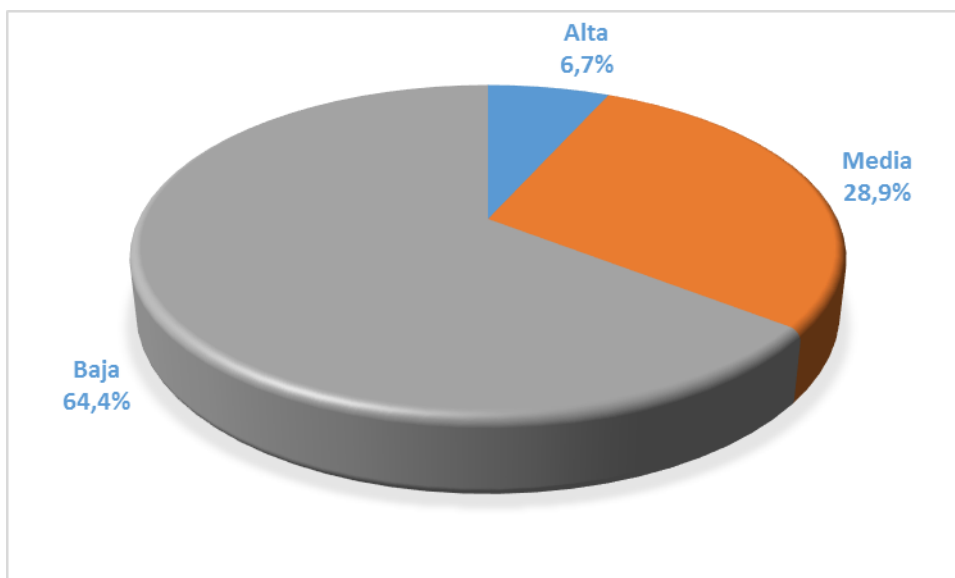


- Una vez obtenido la autorización correspondiente se realizó la coordinación respectiva con la jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia.
- Luego se procedió a la identificación de las gestantes adolescentes con violencia familiar a través de la ficha de tamizaje de violencia familiar que se encuentran en las historias clínicas, con los criterios de inclusión y exclusión.
- Se realizó la sensibilización de las gestantes adolescentes con violencia familiar y lograr el consentimiento informado con la finalidad de permitir la recolección de datos.
- Finalmente se realizó a través de una entrevista personal la recolección de datos para lograr los objetivos de la investigación

### **3.9. PROCESAMIENTO DE DATOS**

La información fue procesada y tabulada en el paquete estadístico IBM-SPSS versión 22.0 (*Statistical Package For Social Science*), con los cuales se construyeron los gráficos y tablas de contingencia de doble entrada a los cuales se les aplicó la prueba de independencia de Chi cuadrado con un valor de  $p < 0.05$  con la finalidad de establecer la dependencia o no de las principales variables de estudio.

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 1: Nivel de autoestima en gestantes adolescentes con violencia familiar. Hospital de apoyo “Jesús Nazareno” de Ayacucho. Marzo a Mayo 2017.**

La figura 01 muestra el nivel de autoestima de las gestantes adolescentes con violencia familiar; donde se aprecia que del total 45(100%) gestantes adolescentes, el 64,4%(29) tuvieron baja autoestima, seguido del 28,9%(13) nivel de autoestima media y sólo el 6,7%(03) gestantes presentaron alta autoestima.

De los resultados hallados en la figura se concluye que el mayor porcentaje (64,4%) el nivel de autoestima es baja en gestantes adolescentes con violencia familiar atendidas en el Hospital de Apoyo “Jesús de Nazareno” durante los meses de Marzo a Mayo 2017.

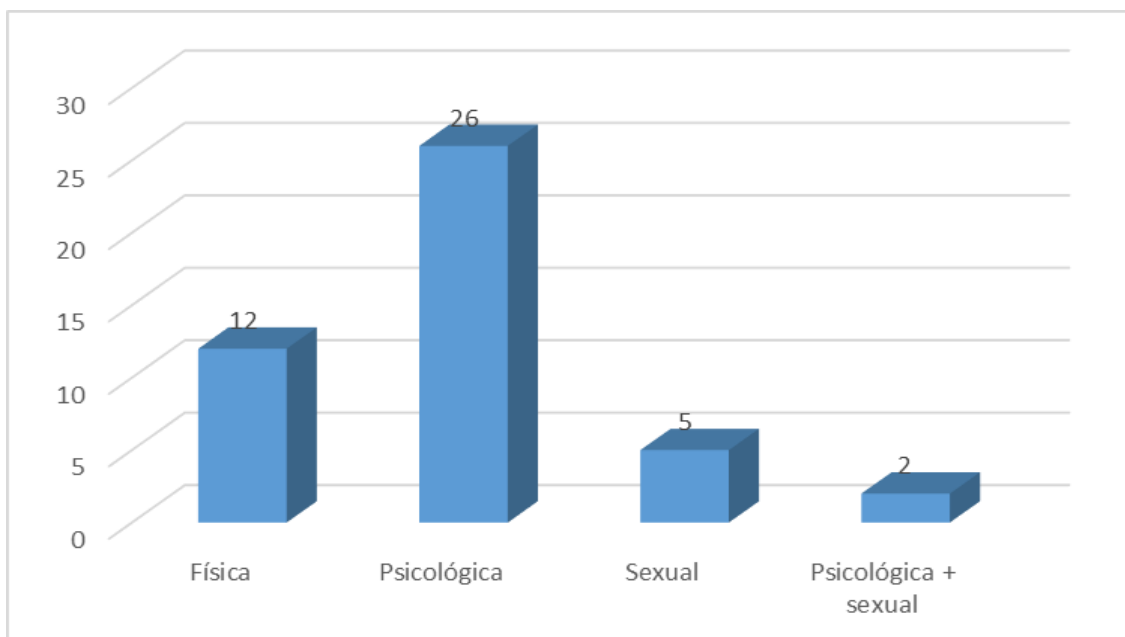
Se puede apreciar el predominio de una baja autoestima en las gestantes adolescentes, esto por la violencia familiar a la que fueron sometidas por haberse embarazado sin estar programado o planificado por lo cual, la pareja que en la mayoría de casos también son adolescentes reaccionan con violencia frente a un embarazo no deseado.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos o éxitos, ya que una autoestima adecuada vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Contrariamente a nuestros resultados **Ceballos Guillermo et al (Colombia; 2011)** en su investigación “Nivel de Autoestima en adolescentes embarazadas en la Comuna 5 de Santa Martha”. Estudió a una muestra que estuvo constituidas por 22 adolescentes embarazadas de un barrio localizado al noreste de la ciudad de Santa Marta (Colombia). El instrumento utilizado fue la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), que es una medida global del constructo, que se basa en la estructura multifacética del sí mismo. Quien observó que el 31,82% presentó autoestima baja, el 59,09% reflejó autoestima normal y el 9,09% mostró autoestima alta.

De igual manera **Ulloque Liezel et al (Colombia; 2015)** en su investigación “Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano” realizó un estudio descriptivo transversal en gestantes adolescentes. Utilizó formulario para identificar características socio-demográficas de las gestantes y su compañero, historia Gineco-obstétrica, estado psicoemocional con la gestación, apoyo familiar y de pareja. Se incluyó la escala de autoestima de Rosenberg y la de resiliencia de Wagnild y

Young. Entrevistando a 406 gestantes adolescentes cuya edad media fue  $16,5 \pm 1,5$ . La gran mayoría abandonó la escuela al quedar embarazada. La puntuación media de autoestima:  $27,8 \pm 3,9$ . El 76,8% tuvieron nivel normal de autoestima y el 23,2% BAE ( $p < 0,05$ ).



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 2: Tipo de violencia familiar en gestantes adolescentes con violencia familiar. Hospital de apoyo “Jesús de Nazareno” de Ayacucho. Marzo a Mayo 2017.**

La figura 02 muestra el tipo de violencia familiar; donde se aprecia que del total 45(100%) gestantes adolescentes, el 57,8%(26) tuvieron violencia psicológica, seguido del 26,7%(12) violencia física, luego el 11,1%(05) refieren haber tenido violencia sexual y sólo el 4,4%(02) gestantes manifestaron violencia psicológica más sexual.

Del análisis de la figura se concluye que existe predominio de la violencia psicológica (57,8%) en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo “Jesús de Nazareno” durante los meses de Marzo a Mayo 2017.

De los resultados hallados en la presente investigación se puede comentar que las gestantes adolescentes sufren mayormente de violencia psicológica el cual disminuye la integridad emocional de la persona y en la mayoría de los casos precede a la agresión física. La violencia psicológica

y sexual produce secuelas alarmantes en la esfera emocional de la víctima, implicancias que actúan en el tiempo, con impacto en la salud mental de las mujeres. La violencia intrafamiliar causa tensión y deterioro psíquico e influye en la aparición de trastornos como la depresión, ansiedad y estrés.

La violencia en el embarazo, afectada la salud física, mental y la calidad de vida. Los niveles altos de ansiedad y depresión en las embarazadas aumentan significativamente el riesgo de partos prematuros.

Las mujeres víctimas de violencia pueden tener consecuencias en la salud, entre ellas trauma emocional, problemas de salud crónicos e infecciones y las complicaciones del embarazo.

Estos resultados son similares a lo descrito por **Salas Angela y Salvatierra Diana (Lima, 2012)** en su tesis “Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012”. La muestra la conforman 116 puérperas adolescentes, distribuidas en dos grupos de 58 participantes cada uno. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), preeclampsia (8.6%), parto pretérmino (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal.

**TABLA 01**

**Tipo de violencia familiar y nivel de autoestima en gestantes adolescentes con violencia familiar. Hospital de apoyo “Jesús de Nazareno” de Ayacucho. Marzo - Mayo 2017.**

Tipo de violencia familiar	Autoestima						Total	
	Alta		Media		Baja		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Física	01	2,2	03	6,7	08	17,8	12	26,7
Psicológica	02	4,4	09	20,0	15	33,3	26	57,8
Sexual	00	00	01	2,2	04	8,9	05	11,1
Psicológica + Sexual	00	00	00	00	02	4,4	02	4,4
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>6,7</b>	<b>13</b>	<b>28,9</b>	<b>29</b>	<b>64,4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 2,403$$

$$X_t^2 = 12,591$$

$$g.l.=6$$

$$p>0.05$$

La tabla N°1 muestra que del 100% (45) gestantes adolescentes entrevistadas con violencia familiar, el 57,8% (26) tuvieron violencia psicológica, de ellas el 33,3% (15) tuvieron baja autoestima y el 20% (09) autoestima media. Asimismo 26,7%(12) gestantes refieren haber tenido violencia física de las cuales, 17,8%(08) tuvieron baja autoestima y el 6,7% (03) autoestima media. Por otro lado el 11,1% (05) tuvieron violencia sexual, de ellas el 8,9% (04) tuvieron autoestima baja y 2,2%(01) autoestima media; finalmente sólo el 4,4% (02) casos refieren violencia psicológica más sexual y todas con baja autoestima.



Los resultados hallados en la presente tabla se concluye que el mayor porcentaje (33,3%) fueron gestantes adolescentes con violencia psicológica y con baja autoestima.

Los resultados sometidos a la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa ( $p>0.05$ ) lo cual nos indica que el tipo de violencia familiar no está relacionada con el nivel de autoestima de las gestantes adolescentes.

Como se observa existe predominio de la violencia psicológica el cual es toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona (críticas permanentes, humillaciones e insultos), culpa (críticas y castigos), miedo (amenazas sobre su propia integridad física y la de sus hijos) y restricción de estímulos (aislamiento social, restricción económica, privarla de afecto y de cuidados cuando los necesita). El efecto es la disminución de la autoestima y la seguridad en sí mismas y causa tanto o más deterioro, de la salud física y mental en la víctima, como la violencia física.

Todos estos tipos de violencia familiar despliegan sobre la adolescente sentimientos de frustración, desaprobación, juicios de valor negativos e incompetencia sobre su vida, y son manifestados principalmente en la característica de encontrarse embarazadas, por consiguiente, los patrones sociodemográficos son importantes en el desarrollo o permanencia del bajo nivel de la autoestima, ya que sin duda todos constituyen un simbolismo en la determinación de ésta.

Es conocido el efecto de la violencia intrafamiliar sobre la baja autoestima de quienes se ven afectados por dicha forma de maltrato; como

consecuencia las personas víctimas de este tipo de agresiones se desvaloran descuidando su higiene, nutrición y su salud en general. Del descuido de la nutrición devienen trastornos como la anemia y falta de apetito, que requieren de suplementos derivados del hierro y vitamínicos para mejorar la deficiencia del micro y el macro constituyentes en la dieta. Nuestros resultados coinciden con lo encontrado por **Mendoza F, María E. (México; 2008)** en su investigación “Violencia de género, embarazo y autoestima en un área urbana de la ciudad de México.” Estudió a 490 mujeres seleccionadas aleatoriamente conforme criterios de inclusión: edad de 15-45 años, con y sin embarazo, con pareja y participación voluntaria. Refiere que el 52% estuvo embarazada con edad entre 15 a 25 años ( $p=0,000$ ), con <3 años de convivencia ( $p=0,000$ ), trabajo no remunerado ( $p=0,00$ ), el cónyuge percibiendo salario < al mínimo ( $p=0,00$ ); de 0 a 1 gestación ( $p=0,001$ ); el 94% refirió violencia por parte de su pareja, las embarazadas presentaron mayor violencia psicológica (RM 2,29 IC 95% 1,39-3,75) y económica (RM 1,38 IC 95% 1,09-1,76) y autoestima baja (RM 1,06 IC 95% 1,63- 2,78); salario < al mínimo del cónyuge (RM 1,90 IC 95% 1,00-3,60) y edad entre 15 a 25 años (RM 1,76 IC 95% 1,42-3,98); destacándose la violencia física en las mujeres sin embarazo (RM 1,43 IC 95% 1,08-3,84) y autoestima baja (RM 1,52 IC 95% 1,05-2,21).

**TABLA 02**

**Tipo de familia y nivel de autoestima en gestantes adolescentes con violencia familiar. Hospital de apoyo “Jesús de Nazareno” de Ayacucho. Marzo - Mayo 2017.**

Tipo de familia	Autoestima						Total	
	Alta		Media		Baja		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Nuclear	02	4,4	04	8,9	09	20,0	15	33,4
Extensa	01	2,2	07	15,6	11	24,4	19	42,2
Monoparental	00	00	02	4,4	09	20,0	11	24,4
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>6,7</b>	<b>13</b>	<b>28,9</b>	<b>29</b>	<b>64,4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 3,355$$

$$X_t^2 = 9,487$$

$$g.l.=4$$

$$p>0.05$$

La tabla N° 2 nos muestra que del 100% (45) gestantes adolescentes con violencia familiar en estudio, el 42,2% (19) provienen de una familia extensa, de ellas el 24,4% (11) tuvieron baja autoestima y 15,6% (07) autoestima media. Asimismo 33,4%(15) tuvieron familia nuclear, de las cuales, 20,0%(09) tuvieron baja autoestima y el 8,9% (04) autoestima media. Finalmente el 24,4% (11) provienen de una familia monoparental, de ellas el 20,0% (09) tuvieron autoestima baja y 4,4%(02) autoestima media.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje (24,4%) fueron gestantes adolescentes con familia extensa y baja autoestima.

Los resultados sometidos a la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ) lo cual nos indica que el tipo de familia no está relacionada con el nivel de autoestima de las gestantes adolescentes con violencia familiar.

La baja autoestima que predomina en las gestantes adolescentes con tipo de familia extensa (24,4%) se da por un entorno en la cual conviven con sus padres más tíos y primos, quienes increpan a la gestante adolescente por su embarazo precoz, generando violencia psicológica en su mayoría.

Al respecto **Ceballos Guillermo et al (Colombia; 2011)** en su investigación “Nivel de Autoestima en adolescentes embarazadas en la Comuna 5 de Santa Martha”. La población y muestra estuvieron constituidas por 22 adolescentes embarazadas de un barrio localizado al noreste de la ciudad de Santa Marta (Colombia). El instrumento utilizado fue la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), que es una medida global del constructo, que se basa en la estructura multifacética del sí mismo. Quien observó que el 31,82% presentó autoestima baja, el 59,09% reflejó autoestima normal y el 9,09% mostró autoestima alta.

Nuestros resultados coinciden con Ceballos respecto a los factores sociodemográficos, en el factor tipo de familia, se evidenció que el 50% de las adolescentes respondió que pertenecía a familia nuclear y el 50% restante corresponde a familia extensa.

**TABLA 03**  
**Grado de Instrucción y nivel de autoestima en gestantes**  
**adolescentes con violencia familiar. Hospital de apoyo “Jesús de**  
**Nazareno” de Ayacucho. Marzo - Mayo 2017.**

Grado de Instrucción	Autoestima						Total	
	Alta		Media		Baja		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Primaria	00	00	02	4,4	08	17,8	10	22,2
Secundaria	02	4,4	10	22,2	19	42,2	31	68,9
Superior	01	2,2	01	2,2	02	4,4	04	8,9
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>6,7</b>	<b>13</b>	<b>28,9</b>	<b>29</b>	<b>64,4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 3,655$$

$$X_t^2 = 9,487$$

$$g.l.=4$$

$$p>0.05$$

La tabla N° 3 muestra que del 100% (45) gestantes adolescentes con violencia familiar, el 68,9% (31) cursan la secundaria, de ellas el 42,2% (19) tuvieron baja autoestima y 22,2% (10) autoestima media. Asimismo 22,2%(10) tuvieron grado de instrucción primaria, de las cuales, 17,8%(08) tuvieron baja autoestima y el 4,4% (02) autoestima media. Finalmente el 8,9% (04) tuvieron nivel de instrucción superior, de ellas el 4,4% (02) tuvieron autoestima baja y 2,2%(01) autoestima media y alta en ambos casos.

De los resultados de la tabla se concluye que el mayor porcentaje (42,2%) fueron gestantes adolescentes con nivel de instrucción secundaria y baja autoestima.

Sometidos los resultados a la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ) lo cual nos indica que el grado de instrucción no está relacionada con el nivel de autoestima de las gestantes adolescentes con violencia familiar.

Estos resultados coinciden con lo descrito por **Ceballos Guillermo et al (Colombia; 2011)** en su tesis “Nivel de Autoestima en adolescentes embarazadas en la Comuna 5 de Santa Martha”. En una población y muestra que estuvieron constituidas por 22 adolescentes embarazadas de un barrio localizado al noreste de la ciudad de Santa Marta (Colombia). El instrumento utilizado fue la Escala de Autoestima de Rosemberg (RSES), que es una medida global del constructo, que se basa en la estructura multifacética del sí mismo. Reportó que el 31,82% presentó autoestima baja, el 59,09% reflejó autoestima normal y el 9,09% mostró autoestima alta. Con relación al grado de educación, el 18,18% se encuentran estudiando o han cursado hasta básica primaria, el 77,27% en básica secundaria y solo el 4,55% respondieron que han cursado estudios de carreras técnicas. También se evidenció que el 45,45% de las adolescentes embarazadas han sido maltratadas y el 14% reveló haber sido objeto de violación alguna vez en su vida.

**TABLA 04**

**Estado civil y nivel de autoestima en gestantes adolescentes con violencia familiar. Hospital de apoyo “Jesús de Nazareno” de Ayacucho. Marzo - Mayo 2017.**

Estado Civil	Autoestima						Total	
	Alta		Media		Baja		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Soltera	02	4,4	10	22,2	14	31,1	26	57,8
Conviviente	01	2,2	03	6,7	15	33,3	19	42,2
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>6,7</b>	<b>13</b>	<b>28,9</b>	<b>29</b>	<b>64,4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 3,124$$

$$X_t^2 = 5,991$$

$$g.l.=2$$

$$p>0.05$$

En la tabla N° 4 se observa que del 100% (45) gestantes adolescentes con violencia familiar, el 57,8% (26) fueron solteras, de ellas el 31,1% (14) tuvieron baja autoestima y 22,2% (10) autoestima media. Asimismo 42,2%(19) fueron convivientes, de las cuales, 33,3%(15) tuvieron baja autoestima y el 6,7% (03) autoestima media.

De los resultados de la tabla se concluye que el mayor porcentaje (33,3%) fueron gestantes adolescentes convivientes y baja autoestima.

Sometidos los resultados a la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa ( $p>0.05$ ) lo cual nos indica que el estado civil no está relacionada con el nivel de autoestima de las gestantes adolescentes con violencia familiar.

La adolescente por su estado de gravidez tiene que convivir con su pareja que muchas veces también es adolescente, esto porque los padres se desentienden o dejan de apoyar a su menor hija, en la cual ya tienen que atender a sus parejas con los quehaceres del hogar, conllevando a una baja autoestima.

Estos resultados son similares a lo descrito por **Salas Angela y Salvatierra Diana (Lima, 2012)** en su tesis “Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012”. En una muestra donde la conforman 116 puérperas adolescentes, distribuidas en dos grupos de 58 participantes cada uno. Refieren que el promedio de edad de las puérperas adolescentes fue  $17.1 \pm 1.2$  años. Del total de participantes, 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifiesta estado civil de soltera.

Sin embargo discrepamos con **Ceballos Guillermo et al (Colombia; 2011)** en su tesis “Nivel de Autoestima en adolescentes embarazadas en la Comuna 5 de Santa Martha”. En una población y muestra que estuvieron constituidas por 22 adolescentes embarazadas de un barrio localizado al noreste de la ciudad de Santa Marta (Colombia). Reportó que el 31,82% presentó autoestima baja, el 59,09% reflejó autoestima normal y el 9,09% mostró autoestima alta. En cuanto al estado civil de las adolescentes, el 18,18% manifestó ser soltera, el 36,4% respondieron estar casadas, el 27,3% separadas y el 18,18% están en unión libre.



En nuestra casuística no hallamos ninguna gestante adolescente con violencia familiar que estuviera casada por lo que discrepamos con lo encontrado por Ceballos, quien refiere el mayor porcentaje (36,4%) al estado civil de casadas.

**TABLA 05**

**Dependencia Económica y nivel de autoestima en gestantes adolescentes con violencia familiar. Hospital de apoyo “Jesús de Nazareno” de Ayacucho. Marzo - Mayo 2017.**

Dependencia Económica	Autoestima						Total	
	Alta		Media		Baja		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Pareja	01	2,2	01	2,2	08	17,8	10	22,2
Padres	02	4,4	12	26,7	17	37,8	31	68,9
Sola	00	00	00	00	04	8,9	04	8,9
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>6,7</b>	<b>13</b>	<b>28,9</b>	<b>29</b>	<b>64,4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 5,465$$

$$X_t^2 = 9,487$$

$$g.l.=4$$

$$p>0.05$$

La tabla N° 5 nos muestra que del 100% (45) gestantes adolescentes con violencia familiar, el 68,9% (31) dependen económicamente de sus padres, de ellas 37,8% (17) tuvieron baja autoestima y 26,7% (12) autoestima media. Asimismo 22,2%(10) tienen dependencia económica de su pareja, de las cuales, el 17,8%(08) tuvieron baja autoestima y el 2,2% (01) autoestima media y alta en ambos casos. Finalmente el 8,9% (04) gestantes se mantienen solas y todas tuvieron autoestima baja.

De los resultados hallados en la tabla se concluye que el mayor porcentaje (37,8%) fueron gestantes adolescentes con dependencia económica de sus padres y baja autoestima.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ) lo cual nos indica que la dependencia económica no está relacionada con el nivel de autoestima de las gestantes adolescentes con violencia familiar.

Estos resultados coinciden con **Altamirano Yovana y León Maité (Ayacucho; 2008)** en su tesis “Factores sociales y culturales que influyen en el nivel de autoestima en gestantes adolescentes. Hospital de Apoyo de Huanta, junio 2007 a marzo del 2008”. A través de un tipo de investigación aplicada, con método descriptivo, transversal y prospectivo. Estudió a 78 gestantes adolescentes que acudieron al Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Apoyo Huanta. Refieren que el 86.4% de adolescentes gestantes con ingreso económico deficiente dependen económicamente de sus padres, aquellos que manifestaron como ocupación su casa en un 59.1%, y un 54.5% de adolescentes con violencia familiar en el hogar presentaron un nivel de autoestima bajo.

**TABLA 06**

**Procedencia y nivel de autoestima en gestantes adolescentes con violencia familiar. Hospital de apoyo “Jesús de Nazareno” de Ayacucho. Marzo - Mayo 2017.**

Procedencia	Autoestima						Total	
	Alta		Media		Baja		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Urbano	00	00	01	2,2	04	8,9	05	11,1
Urbano-marginal	01	2,2	08	17,8	16	35,6	25	55,6
Rural	02	4,4	04	8,9	09	20,0	15	33,3
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>6,7</b>	<b>13</b>	<b>28,9</b>	<b>29</b>	<b>64,4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 2,081$$

$$X_t^2 = 9,487$$

$$g.l.=4$$

$$p>0.05$$

La tabla N° 6 nos muestra que del 100% (45) gestantes con violencia familiar, el 55,6% (25) proceden de la zona urbano-marginal, de ellas 35,6% (16) tuvieron baja autoestima y 17,8% (08) autoestima media. Asimismo 33,3%(15) proceden de la zona rural, de las cuales, el 20,0%(09) tuvieron baja autoestima y el 8,9% (04) autoestima media. Finalmente el 11,1% (05) viven en la zona urbana, de ellas 8,9%(04) tuvieron autoestima baja y 2,2%(01) autoestima media.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje (35,6%) fueron gestantes adolescentes procedentes de la zona urbano-marginal y baja autoestima.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ) lo cual nos indica que la dependencia económica no está relacionada con el nivel de autoestima de las gestantes adolescentes con violencia familiar.

Nuestros resultados discrepan con lo hallado por **Altamirano Yovana y León Maité (Ayacucho; 2008)** en su tesis “Factores sociales y culturales que influyen en el nivel de autoestima en gestantes adolescentes. Hospital de Apoyo de Huanta, junio 2007 a marzo del 2008”. A través de un tipo de investigación aplicada, con método descriptivo, transversal y prospectivo. Estudió a 78 gestantes adolescentes que acudieron al Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Apoyo Huanta. Reportaron un 50% de adolescentes gestantes cuyas edades fluctúan entre 17 a 18 años, un 60.7% de adolescentes procedentes de la zona urbana, un 69.6% según estado civil fueron solteras, y un 92.9% de adolescentes con estructura familiar constituida presentaron un nivel de autoestima medio.

**TABLA 07**

**Edad de la pareja y nivel de autoestima en gestantes adolescentes con violencia familiar. Hospital de apoyo “Jesús de Nazareno” de Ayacucho. Marzo - Mayo 2017.**

Edad de la pareja	Autoestima						Total	
	Alta		Media		Baja		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
≤ 19 años	00	00	02	4,4	13	28,9	15	33,3
20-30 años	03	6,7	09	20,0	14	31,1	26	57,8
≥ 31 años	00	00	02	4,4	02	4,4	04	8,9
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>6,7</b>	<b>13</b>	<b>28,9</b>	<b>29</b>	<b>64,4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 6,093$$

$$X_{t_i}^2 = 9,487$$

$$g.l.=4$$

$$p>0.05$$

La tabla N° 7 nos muestra que del 100% (45) gestantes con violencia familiar, el 57,8% (26) refieren que sus parejas tienen una edad entre 20 a 30 años, de ellas 31,1% (14) tuvieron baja autoestima y 20,0% (09) autoestima media. Asimismo 33,3%(15) manifiestan que sus parejas son adolescentes, de las cuales, el 28,9%(13) tuvieron baja autoestima y el 4,4% (02) autoestima media. Finalmente el 8,9% (04) refieren que sus parejas tienen una edad mayor a 31 años, de ellas 4,4%(02) tuvieron autoestima baja y media en ambos casos.

De los resultados hallados en la tabla se concluye que el mayor porcentaje (31,1%) fueron gestantes adolescentes con parejas cuyas edades fluctúan entre 20 a 30 años y que tuvieron baja autoestima.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ) lo cual nos indica que la edad de la pareja no está relacionada con el nivel de autoestima de las gestantes adolescentes con violencia familiar.

Nuestros resultados discrepan con **Mendoza F, María E. (México; 2008)** en su investigación “Violencia de género, embarazo y autoestima en un área urbana de la ciudad de México.” Quien estudió a 490 mujeres seleccionadas aleatoriamente conforme criterios de inclusión: edad de 15-45 años, con y sin embarazo, con pareja y participación voluntaria; donde se muestra que la violencia psicológica fue 2,2 veces mayor en las mujeres con embarazo; 1,5 veces mayor cuando se convivía con pareja entre dos y cinco años; 1,6 veces mayor cuando el cónyuge ganaba salario al mínimo con edades entre 20 a 30 años y 1,6 veces mayor en mujeres con autoestima baja. Asimismo, la violencia económica fue 1,3 veces mayor en las embarazadas; 1,9 mayor cuando el cónyuge ganaba salario al mínimo con edades menor o igual a 19 años ; 1,0 veces mayor en mujeres con autoestima baja; y 1,7 veces mayor en aquellas entre 15-25 años de edad.

**TABLA 08**

**Embarazo deseado y nivel de autoestima en gestantes adolescentes con violencia familiar. Hospital de apoyo “Jesús de Nazareno” de Ayacucho. Marzo - Mayo 2017.**

Embarazo Deseado	Autoestima						Total	
	Alta		Media		Baja		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
No	03	6,7	12	26,7	26	57,8	41	91,1
Si	00	00	01	2,2	03	6,7	04	8,9
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>6,7</b>	<b>13</b>	<b>28,9</b>	<b>29</b>	<b>64,4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 0,392$$

$$X_t^2 = 5,991$$

g.l.=2

$$p > 0,05$$

En la tabla N° 8 se observa que del 100% (45) gestantes adolescentes con violencia familiar, el 91,1% (41) refieren que su embarazo fue no deseado, de ellas el 57,8% (26) tuvieron baja autoestima y 26,7% (12) autoestima media. Asimismo 8,9%(04) tuvieron embarazo deseado, de las cuales, 6,7%(03) tuvieron baja autoestima y sólo 2,2% (01) autoestima media.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje (57,8%) fueron gestantes adolescentes con embarazo no deseado y baja autoestima.

Según la OPS, las adolescentes embarazadas, particularmente entre los 13 y 17 años de edad, corren un alto riesgo de ser víctimas de la violencia por parte de sus parejas; baja autoestima: la mujer víctima de la violencia



puede tener baja autoestima y la confianza en sí misma baja. Muchas mujeres creen que ellas causan el abuso de algún modo y que ellas pueden controlar al abusador intentando agradarle o evitando su enojo; un estatus socioeconómico bajo: en estudios realizados en el Reino Unido se ha obtenido como hallazgo que la pobreza crea vulnerabilidades para ser víctimas de violencia doméstica; un bajo nivel educativo: de acuerdo a un estudio basado en la revisión de la literatura concerniente al tema de la violencia contra la mujer embarazada en países en vías de desarrollo, de los principales factores de riesgo involucrados en los malos tratos durante el embarazo estaba un nivel bajo de educación en ambos miembros de la pareja, así como embarazos no deseados.

## CONCLUSIONES

1. Del total 45(100%) gestantes adolescentes con violencia familiar, el 64,4%(29) tuvieron baja autoestima, seguido del 28,9%(13) nivel de autoestima media y sólo el 6,7%(03) gestantes presentaron alta autoestima.
2. Existe un predominio de violencia psicológica con el 57,8%(26), seguido del 26,7%(12) violencia física, luego el 11,1%(05) refieren haber tenido violencia sexual y sólo el 4,4%(02) gestantes manifestaron violencia psicológica más sexual.
3. El 33,3% de las gestantes adolescentes presentaron violencia psicológica y baja autoestima. De los cuales el 24,4% fueron gestantes adolescentes con violencia familiar que presentaron familia extensa y baja autoestima y el 35,6% fueron gestantes adolescentes con violencia familiar procedentes de la zona urbano-marginal y baja autoestima y el 31,1% fueron gestantes adolescentes con parejas con edades entre 20 a 30 años y que tuvieron baja autoestima.
4. El 42,4% fueron gestantes adolescentes con nivel de instrucción secundaria y baja autoestima y el 33,3% fueron gestantes adolescentes con violencia familiar convivientes y baja autoestima donde el 37,8% fueron gestantes adolescentes con dependencia económica de sus padres y baja autoestima. El 57,8% fueron gestantes adolescentes con embarazo no deseado y baja autoestima.

5. Los factores como el tipo de familia, grado de instrucción, estado civil, dependencia económica, procedencia, edad de la pareja y embarazo deseado no influyen estadísticamente significativo ( $p > 0,05$ ) en el nivel de autoestima de las gestantes adolescentes con violencia familiar.

## RECOMENDACIONES

1. En el Hospital de Apoyo Jesús de Nazareno es necesario incluir medidas para la prevención, recuperación, rehabilitación y manejo adecuado de los casos de violencia intrafamiliar en la gestante adolescente.
2. La intervención y capacitación de la Obstetra en la atención diferenciada de los casos de violencia intrafamiliar; su identificación, manejo, derivación oportuna e implementación de la misma.
3. Cumplir con la aplicación de los instrumentos de detección y tamizaje de la violencia intrafamiliar, a fin de obtener los porcentajes reales de violencia intrafamiliar que puedan fortalecer las estrategias de prevención y atención oportuna de las personas que sufren de violencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado, J. (2003). *Estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia*. República de Nicaragua, Ministerio de Salud. Dirección de primer nivel de atención.
2. Arrieta H, Ramos E, Murillo M, Mercado K, Silgado O, Velásquez K, et al. Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. Febrero a junio de 2010. *Rev Cienc Biomed*. 2010;1(2):162-7.
3. Alonso Palacio, Luz Marina. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. Barranquilla 2007; 23 (1): 32-42.
4. Mendoza F, María E. "Violencia de género, embarazo y autoestima en un área urbana de la ciudad de México." *Rev. enferm. Herediana* 01 (1), 2008
5. Salas Angela y Salvatierra Diana "Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012". Tesis UNMSM. 2012.
6. Flórez C, Soto V. Estudio a profundidad. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. [Internet] Profamilia. 2013. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/>
7. Leon P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec*. 2008;5(1):42-51.
8. UNFPA. (Setiembre de 2010). UNFPA redobla esfuerzos para prevenir el embarazo en la adolescencia. *Boletín informativo* (114).
9. Gaviria S, Chaskel R. Embarazo en adolescentes de América latina y el caribe: impacto psicosocial. *Precop SCP*. 2013;12(3):5-16.
10. (ENDES), junio 2017
11. Ceballos Guillermo et al "Nivel de Autoestima en adolescentes embarazadas en la Comuna 5 de Santa Martha". *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas*. Departamento de Psicología. Universidad de Antioquia. Vol. 3. No. 1. Enero-Junio de 2011.

12. Tinoco Moncada, Adriana. "Prevención del Embarazo Adolescente" efectuado por el MINSA (2010-2012). Tesis PUCP 2014
13. Gutiérrez, M. "El embarazo en adolescente" 2014. URL. <http://www.monografias.com>. Trabajos16/embarazo-en-adolescentes.shtml
14. Leiva L, Pineda M, Encina Y. Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Rev Psicol.* 2013;22(2):111-23.
15. Estupiñán María y Rodríguez Lucía. Aspectos Psicosociales en Universitarias Embarazadas. *Rev. salud pública.* 11 (6): 988-998, 2009.
16. Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Social. Programa Integral de Lucha Contra la Violencia Familiar y Sexual. Reporte estadístico. Perú; 2009
17. Ulloque Liezel et al "Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano". *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2015; 80(6): 462 – 474.
18. MINSA. Norma Técnica de salud para la Atención Integral de Salud Materna 2016. NTS N°105. MINSA/DGSP.V.01.
19. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015.
20. Huayhua Mallma. E; Salinoba. "Magnitud de adolescente con embarazo y su repercusión en la autoestima" Hospital Regional de Ayacucho-1999.
21. Altamirano Yovana y León Maité "Factores sociales y culturales que influyen en el nivel de autoestima en gestantes adolescentes. Tesis UNSCH. 2008.
22. Rojas-Barahona C, Zegers B, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chile.* 2009;137(6):791-800.
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2016.

# **ANEXO**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de ficha:.....

**I. DATOS GENERALES**

**a. Nivel de Instrucción:**

1. Sin estudio ( )                      2. Primaria ( )  
3. Secundaria ( )                      4. Superior ( )

**b. Estado Civil:**

1. Soltera ( )    2. Casada ( )    3. Conviviente ( )

**c. Procedencia:**

1. Urbana ( )  
2. Urbano-marginal ( )  
3. Rural ( )

**d. Tipo de Familia**

1. Nuclear ( )  
2. Extensa ( )  
3. Monoparental ( )

**e. Dependencia Económica:**

1. Pareja ( )                      2. Padres ( )                      3. Sola ( )

**f. Embarazo Deseado:**

1. Si ( )                      2. No ( )

**g. Edad de la Pareja**

1. ≤19 años ( )                      2. 20-34 años ( )                      3. ≥35 años ( )

**II. VIOLENCIA FAMILIAR**

En tu domicilio, alguna vez sufriste de violencia familiar?

1. Si ( )                      2. No ( )

Tipo de Violencia Familiar:

1. Violencia Física ( )  
2. Violencia Psicológica ( )  
3. Violencia Sexual ( )



### **III. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

A continuación se muestra un test con 10 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sólo respuesta. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos que hay a la derecha de cada respuesta elegida. La suma final es el resultado que ha obtenido en el test y se corrige al final de la página.

**1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo          3 puntos
- C. En desacuerdo      2 puntos
- D. Muy en desacuerdo   1 punto

**2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo          3 puntos
- C. En desacuerdo      2 puntos
- D. Muy en desacuerdo   1 punto

**3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo          3 puntos
- C. En desacuerdo      2 puntos
- D. Muy en desacuerdo   1 punto

**4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo          3 puntos
- C. En desacuerdo      2 puntos
- D. Muy en desacuerdo   1 punto

**5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo          3 puntos
- C. En desacuerdo      2 puntos
- D. Muy en desacuerdo   1 punto

**6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.**

- A. Muy de acuerdo      1 punto
- B. De acuerdo          2 puntos
- C. En desacuerdo      3 puntos
- D. Muy en desacuerdo   4 puntos

**7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.**

- A. Muy de acuerdo      1 punto
- B. De acuerdo          2 puntos
- C. En desacuerdo      3 puntos
- D. Muy en desacuerdo   4 puntos

**8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma.**

- A. Muy de acuerdo      1 punto
- B. De acuerdo          2 puntos
- C. En desacuerdo      3 puntos
- D. Muy en desacuerdo   4 puntos

**9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.**

- A. Muy de acuerdo      1 punto
- B. De acuerdo          2 puntos
- C. En desacuerdo      3 puntos
- D. Muy en desacuerdo   4 puntos

**10. A menudo creo que no soy una buena persona.**

- A. Muy de acuerdo      1 punto
- B. De acuerdo          2 puntos
- C. En desacuerdo      3 puntos
- D. Muy en desacuerdo   4 puntos