

**CUANDO LOS PADRES ESTÁN AUSENTES  
EL INVOLUCRAMIENTO DE LA PAREJA Y LA ESTIGMATIZACIÓN EN LA  
EMBARAZADA ADOLESCENTE DE LIMA METROPOLITANA**

Hans Contreras Pulache, Elizabeth Mori Quispe, Daniel Enrique Rojas Bolívar

hans.contreras@pucp.pe

## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo adolescente constituye una realidad problemática de cuyas consecuencias se han descrito diversas afecciones tanto en la madre como en el nuevo ser en desarrollo. Al mismo tiempo, es una realidad a partir de la cual se da la replicación social, y a consecuencia de ello la transmisión intergeneracional de la pobreza. Estas son solo algunas razones para considerar al embarazo adolescente un problema de salud pública que debe ser encarado como un tema importante en la agenda de las políticas sanitarias (1, 2).

Por otro lado, el soporte social y el involucramiento de la pareja (en adelante: involucramiento paterno) durante el embarazo, de una madre en general, y de una madre adolescente en particular, son factores determinantes de los resultados perinatales; un deficiente involucramiento paterno está asociado a efectos desfavorables ya en el corto como en el largo plazo; por ejemplo, se evidenció que la falta de involucramiento del padre durante el embarazo está asociada con preeclampsia, eclampsia, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal (3-13). El estudio del involucramiento paterno si bien ha sido ya analizado desde la investigación, todavía no se ha traducido en prácticas concretas dentro de las estrategias de salud sexual y reproductiva de nuestro país, ya sea a nivel de gestantes adultas y menos en gestantes adolescentes. El padre es un actor “externo” a la relación que establece el organismo prestador de servicios sanitarios y la mujer que vive el proceso obstétrico.

Por otro lado, el embarazo en las adolescentes está cargado de una valoración negativa de diferentes actores sociales reflejándose sobre la adolescente mediante un efecto estigmatizador; entendiéndose entonces a la estigmatización durante el embarazo como la devaluación o desacreditación de la adolescente debido al descredito dado por la sociedad (14, 15). Diversos estudios mencionan el impacto que tiene la estigmatización sobre la madre entre los cuales los más resaltantes son el *blues* materno y la depresión en el embarazo (14), los cuales implican serias repercusiones sobre el desarrollo del recién nacido y el apego de la madre al mismo (16-21).

En vista de todo lo hasta aquí esbozado es que nace el presente estudio que tiene como fin describir, primero, el involucramiento paterno en el embarazo adolescente y luego, analizar la relación entre dicho involucramiento y la percepción de estigmatización de la adolescente embarazada. Este estudio se llevó a cabo en el INMP entre enero y mayo del 2010.

## **METODOLOGÍA**

Estudio observacional, analítico, de corte transversal que se realizó en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) entre enero y mayo del 2010. Se consideró como unidad de estudio a toda adolescente que acudió al INMP para atención del parto. Se trabajó con una

muestra probabilística con un nivel de confianza del 95%, un margen de error de 0,04 y una proporción estimada como prevalencia de estigmatización del 40%. Para el muestreo, se tomó como referencia la tasa de natalidad del año anterior para el mismo periodo de tiempo. La selección de la muestra se hizo en base a un muestreo sistemático con arranque 2.

Se consideraron las siguientes variables: Edad materna, estado civil, nivel educativo, estado de empleo. El estudio de la Estigmatización de la adolescente embarazada se realizó con la aplicación de la Escala de Estigmatización de la Adolescente Embarazada (EEAE) que está constituido por 7 ítems con respuestas tipo Likert que evalúan que tan estigmatizadas se han sentido las púerperas en el embarazo. La EEAE ha sido desarrollada y validada en nuestro país en una población similar a la que estudiamos (14). Para caracterizar el involucramiento paterno se consideraron los siguientes enunciados: “¿Cómo reaccionó su pareja frente a la noticia del embarazo?”, “¿Cómo califica su relación de pareja?”, “Me siento amada por mi pareja”, “Mi pareja me ayuda bastante” y “Tengo problemas con mi pareja”. Estas preguntas se calificaron con opción múltiple según frecuencia.

El análisis estadístico univariado se realizó con medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar) para las variables cuantitativas, mientras que en el análisis bivariado para el análisis diferencial de medias se realizó la prueba de ANOVA. Se consideró un intervalo de confianza del 95% y se tomó un valor significativo de  $p < 0,05$ .

## **RESULTADOS**

Se consideraron 292 púerperas adolescentes. Las variables demográficas de caracterización de la población de estudio tanto como las preguntas concernientes al involucramiento paterno percibido por las madres se resumen en las Tablas 1 y 2 (ver ANEXO).

Se realizó un análisis bivariado entre el involucramiento paterno percibido por las madres y el sentimiento de estigmatización en el embarazo adolescente (ver Tabla 3 de ANEXO). De éste, se encontró asociación significativa entre sentimiento de estigmatización y la reacción negativa frente a la noticia del embarazo, el embarazo producto de una violación sexual y el apoyo ocasional por parte de las parejas.

## **DISCUSIÓN**

Las púerperas adolescentes en este estudio tuvieron como edad promedio 16 años, la mayoría de ellas cuenta con estudios secundarios incompletos y más de la mitad eran madres solteras. Este perfil nos brinda alcances sobre los riesgos que se encuentran afrontando las adolescentes frente a su condición de maternidad: dependencia económica y falta de apoyo por parte de la pareja, los cuales repercuten no solo sobre la salud emocional de la madre, sino también sobre su esfera económica dándose así un menor acceso a mejores empleos y una deficiente formación de capital económico, humano, social y erótico (2, 22-24).

Por otro lado, respecto al involucramiento paterno, se encontró que casi el 5% de las púerperas refirieron que a su pareja no le gustó la idea del embarazo desde el principio, el cual estuvo asociado significativamente a mayores puntajes en la escala de estigmatización

en el embarazo con lo que se recalca la trascendencia que tiene el compromiso del padre desde el inicio del embarazo sobre el bienestar de la madre (15).

Un punto importante a mencionar, es que un 2,7% refirió que su embarazo fue producto de una violación, siendo los puntajes obtenidos en la escala de estigmatización mayores al resto; esto nos muestra, entonces, una importante consecuencia de la violencia sexual en las mujeres que abarca múltiples aspectos entre los cuales no solo se deben incluir la depresión, el suicidio y el aborto, sino también añadir las repercusiones que tendrá sobre su salud mental el hecho además de sentirse estigmatizada por un embarazo producto de una relación no consentida (14, 15, 25). Si sabemos que la estigmatización está asociada al *blues* materno (14), está pendiente estudiar prospectivamente la relación entre violencia sexual, estigma y los mecanismos de afrontamiento en las etapas tempranas de la maternidad (y las consecuentes: interacciones materno-infantiles, por ejemplo).

El apoyo del padre hacia su pareja, tanto en el aspecto económico como en el afectivo tiene un impacto positivo sobre la salud y el bienestar tanto de la madre como el niño, no obstante, esto se corrobora de forma indirecta al observar que aquellas madres que refirieron que sus parejas nunca las apoyan presentaron mayores puntajes en la escala de estigmatización. No se han encontrado estudios previos que relacionen el involucramiento paterno con la estigmatización en el embarazo adolescente, por ello consideramos que el presente estudio abre una nueva perspectiva respecto al estudio del embarazo adolescente, el rol de los padres y de la trascendencia de la familia en la salud del recién nacido.

## CONCLUSIONES

La forma como el padre o la pareja se involucra durante el embarazo, repercute sobre el grado de estigmatización percibido por la misma, esto debido al apoyo que éste le brinda frente a la actitud negativa que afronta la adolescente por el hecho de estar embarazada. Se recomienda que las estrategias diseñadas a brindar una atención integral de la adolescente embarazada, no solo se limiten al ámbito biomédico, a vivas luces insuficiente, sino también tomen en consideración a la pareja de la adolescente (y en general a toda pareja de una mujer gestante) como parte importante de una realidad concreta a partir de la cual se estructura la familia, base primordial de la sociedad. Esto, sin duda, exige replantear las formas de concepción del proceso obstétrico por parte de los prestadores de servicios sanitarios, y al mismo tiempo hace inminente una realidad que venimos advirtiendo desde hace ya algunos años (25): la necesidad de un enfoque de salud pública del proceso obstétrico. Confiamos que el presente trabajo contribuya a dicha senda de pensamiento y acción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gortzak-Uzan L, Hallak M, Press F, Katz M, Shoham-Vardi I. Teenage pregnancy: risk factors for adverse perinatal outcome. 2001;10(6):393-7.
2. Alarcón-Espinoza G. ¿Cómo 'desconectar' la transmisión intergeneracional de la pobreza? . El caso de las madres adolescentes en el Perú. Lima: INEI,2002.
3. Alio A, Mbah A, Grunsten R, Salihu H. Teenage Pregnancy and the Influence of Paternal Involvement on Fetal Outcomes Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2011;24(6):404-9.

4. Collins N, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw S. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993;65(6):1243-58.
5. Cutrona C, Hessling R, Bacon P, Russell D. Predictors and Correlates of Continuing Involvement With the Baby's Father Among Adolescent Mothers. *Journal of Family Psychology*. 1998;12(3):369-87.
6. Feldman P, Dunkel-Schetter C, Sandman C, Wadhwa P. Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*. 2000;62(715-725).
7. Gaudino J, Jenkins B, Rochat R. No father's names: a risk factor for infant mortality in the state of Georgia, USA. *Social Sciences & Medicine*. 1999;48:253-65.
8. Lohan M, Cruise S, O'Halloran P, Alderdice F, Hyde A. Adolescent Men's Attitudes in Relation to Pregnancy and Pregnancy Outcomes: A Systematic Review of the Literature from 1980-2009. *Journal of Adolescent Health*. 2010;47:327-45.
9. Instituto-Nacional-de-Estadística-e-Informática. Características Generales de las Mujeres. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011. Lima.2012. p. 55-7.
10. Alio A, Mbah A, Kornosky J, Wathington D, Marty P, Salihu H. Assessing the Impact of Paternal Involvement on Racial/Ethnic Disparities in Infant Mortality Rates. *J Community Health*. 2011;36:63-8.
11. Amini S, Catalano P, Mann L. Births to Unmarried Mothers: Trends and Obstetric Outcomes. *Women's Health Issues*. 1996;6(5):264-72.
12. Chen X-K, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*. 2007;36(2):368-73.
13. Kabir K, Sheeder J, Stevens-Simon C. Depression, Weight Gain, and Low Birth Weight Adolescent Delivery: Do Somatic Symptoms Strengthen Or Weaken the Relationship? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2008;21(6):335-42.
14. Lam-Figueroa N. Estudio del Sentimiento de Estigmatización en Madres Adolescentes de Lima Metropolitana. Lima2009.
15. Gogna M. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES-UNICEF,2005.
16. Ghosh J-K, Wilhelm M, Dunkel-Schetter C, Christina L, Ritz B. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13:327-38.
17. Fishell A. Depression and anxiety in pregnancy. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*. 2010;17(3):e363-e9.
18. Magistris AD, Coni E, Puddu M, Zonza M, Fanos V. Screening of postpartum depression: comparison between mothers in the neonatal intensive care unit and in the neonatal section. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2010;23(S3):101-3.
19. Marcus S, Lopez J, McDonough S, MacKenzie M, Flynn H, Neal C, et al. Depressive symptoms during pregnancy: Impact on neuroendocrine and neonatal outcomes. *Infant Behavior and Development*. 2011;34:26-34.
20. Yelland J, Sutherland G, Brown S. Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*. 2010;10:771.
21. Yozwiak J. Postpartum Depression and Adolescent Mothers: A Review of Assessment and Treatment Approaches. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2010;23(3):172-8.
22. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death. *PEDIATRICS*. 2004;113 (2 ):320-27.
23. Alcázar L, Lovatón R. Consecuencias socio-económicas de la maternidad adolescente: ¿Constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos? Lima: GRADE,2006.
24. Hakim C. Capital Erótico. El poder de fascinar a los demás. España: Debate; 2012.

25. Lam-Figueroa N, Contreras-Pulache H, Cuesta F, Mori-Quispe E, Condori J, Carrillo N. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. Revista Peruana de Epidemiología. 2008;12(3):1-8.

## ANEXO

**Tabla 1. Caracterización demográfica de las puérperas adolescentes**

<b>Variable</b>	<b>N (%)</b>
<b>Edad materna</b>	
13 años	2 (0,7%)
14 años	10 (3,4%)
15 años	46 (15,8%)
16 años	60 (20,5%)
17 años	124 (42,5%)
18 años	50 (17,1%)
<b>Estado civil</b>	
Casada	2 (0,7%)
Conviviente	140 (47,9%)
Soltera	150 (51,4%)
<b>Nivel educativo materno</b>	
Secundaria incompleta	198 (67,8%)
Secundaria completa	68 (23,3%)
Estudios superiores inconclusos	26 (8,9%)

**Tabla 2. Caracterización del involucramiento paterno**

<b>Involucramiento paterno referido</b>	<b>N (%)</b>
<b>¿Cómo reaccionó su pareja frente a la noticia del embarazo?</b>	
Le agradó la noticia desde el inicio	216 (76,1%)
Al inicio no le agradó, pero luego cambió de opinión	54 (19,0%)
Nunca le agradó la noticia	14 (4,9%)
<b>¿Cómo califica su relación de pareja?</b>	
Cálida y cercana	160 (54,8%)
En algunas cosas no estamos de acuerdo	106 (36,3%)
Fría y distante	18 (6,2%)
Mi embarazo es producto de una violación sexual	08 (2,7%)
<b>Mi pareja me ayuda bastante</b>	
Siempre	116 (40,8%)

La mayoría de veces	76 (26,8%)
A veces	72 (25,4%)
Nunca	20 (7,0%)
<b>Tengo problemas con mi pareja</b>	
Siempre	68 (23,9%)
La mayoría de veces	166 (58,5%)
A veces	32 (11,3%)
Nunca	18 (6,3%)
<b>Me siento amada por mi pareja</b>	
Siempre	166 (58,5%)
La mayoría de veces	66 (23,2%)
A veces	36 (12,7%)
Nunca	16 (5,6%)

**Tabla 3. Relación entre el involucramiento paterno y estigmatización**

	N (%)	Media ± DS	p
<b>Reacción frente al embarazo</b>			
Le agradó la noticia desde el inicio	216 (76,1%)	6,05 ± 4,0	0,034*
Al inicio no le agradó, pero luego cambió de opinión	54 (19,0%)	7,63 ± 5,0	
Nunca le agradó la noticia	14 (4,9%)	6,86 ± 3,66	
<b>¿Cómo califica su relación de pareja?</b>			
Cálida y cercana	160 (54,8%)	5,86 ± 4,0	0,000*
En algunas cosas no estamos de acuerdo	106 (36,3%)	7,23 ± 4,2	
Fría y distante	18 (6,2%)	6,11 ± 3,0	
Mi embarazo es producto de una violación sexual	08 (2,7%)	11,25 ± 5,3	
<b>Mi pareja me ayuda bastante</b>			
Siempre	116 (40,8%)	6,33 ± 4,3	0,005*
La mayoría del tiempo	76 (26,8%)	5,39 ± 3,0	
A veces	72 (25,4%)	7,72 ± 4,6	
Nunca	20 (7,0%)	5,7 ± 3,1	
<b>Tengo problemas con mi pareja</b>			
Siempre	68 (23,9%)	5,50 ± 3,4	0,044
La mayoría del tiempo	166 (58,5%)	6,80 ± 4,3	
A veces	32 (11,3%)	7,00 ± 4,3	
Nunca	18 (6,3%)	4,89 ± 3,2	
<b>Me siento amada por mi pareja</b>			
Siempre	166 (58,5%)	5,98 ± 3,8	
La mayoría del tiempo	66 (23,2%)	6,64 ± 4,4	
A veces	36 (12,7%)	6,94 ± 4,4	

Nunca

16 (5,6%)

8,38  $\pm$  4,5

0,092

---