

# ATENCIÓN PSICOSOCIAL A ADOLESCENTES EMBARAZADAS, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, EN UN HOSPITAL DE SANTO DOMINGO

## *Psychosocial care of pregnant adolescents, victims of violence, in a hospital in Santo Domingo*

Peter De Wannemaeker<sup>a</sup> y Carlos B. Ruiz-Matuk<sup>b</sup>

Recibido: 23 de junio, 2020 • Aprobado: 6 de septiembre, 2020

**Cómo citar:** De Wannemaeker P, Ruiz-Matuk CB. Atención psicosocial a adolescentes embarazadas, víctimas de violencia, en un hospital de Santo Domingo. *cysa* [Internet]. 15 de febrero de 2021 [citado 23 de febrero de 2021];5(1):69-8. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2061>

### Resumen

**Objetivo:** describir los resultados de un proyecto de mejora de la atención a adolescentes embarazadas víctimas de violencia, ejecutado en un hospital público.

**Metodología:** investigación-acción participativa en dos fases: un programa de acciones de mejora a través de la formación del personal hospitalario en estrategias de intervención, reuniones de análisis y seguimiento de casos identificados y coordinación con actores externos.

**Resultados:** se identificó dificultades para involucrar a la familia en la atención psicológica de sus adolescentes, ausencia de visitas domiciliarias y de protección judicial. Asimismo, debilidades en la organización intrahospitalaria y en la articulación interinstitucional. Se elaboró un protocolo de funcionamiento del equipo multidisciplinario, una estrategia de colaboración entre hospital y unidades de atención primaria con visitas domiciliarias, la vinculación con programas de protección social, una red local de protección y una articulación con la fiscalía.

**Conclusiones:** este estudio muestra que la violencia contra adolescentes embarazadas pocas veces es reconocida y su atención psicosocial es muy limitada. Las estrategias elaboradas mejoraron la calidad de atención. Se necesita un

### Abstract

**Objective:** To describe the results of a project aiming to improve psychosocial care of pregnant adolescents who are victims of violence within a public hospital.

**Methodology:** Participative investigation-action in two phases; with actions to improve the care through formation of personal of the hospital in specific intervention strategies, staff meetings with analysis, and follow up of the identified cases and reunions with external actors.

**Results:** We identified difficulties with getting involvement of the family in the psychological treatment, organizing home visits and legal protection. Also were identified difficulties in hospital team work management and coordination with the protection services. A range of improvement strategies were developed, including guidelines for the multidisciplinary team, a specific collaboration strategy between the hospital and the legal attorney office, collaboration between the hospital and the primary attention health services which includes home visits and a connection with social protection programs and a local network for violence.

**Conclusions:** This study shows that violence against pregnant adolescents is hardly recognized and that psychosocial care is very limited. The developed strategies improved the attention. More formal engagement

<sup>a</sup> Psicólogo clínico, profesor y director de la Unidad Especializada en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Violencia de la Universidad Iberoamericana (UAV-UNIBE). Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: 0000-003-4935-0445

Correo-e: [p.wannemaeker@prof.unibe.edu.do](mailto:p.wannemaeker@prof.unibe.edu.do)

<sup>b</sup> Psicólogo, profesor y director de la Unidad de Metodología y Estadística del Decanato de Investigación Académica de UNIBE.

ORCID: 0000-0003-2681-4953, Correo-e: [c.ruiz4@unibe.edu.do](mailto:c.ruiz4@unibe.edu.do)



mayor compromiso formal de las autoridades. En diecinueve casos se identificó un patrón de abuso psicológico y sexual en una relación de pareja adolescente-adulto, tradicionalmente no reconocido, y aceptado por el beneficio económico que conlleva.

**Palabras claves:** adolescentes embarazadas; atención; violencia; hospital público.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud ha circunscrito la prevención del embarazo precoz en adolescentes como un componente imprescindible en los servicios sanitarios para evitar numerosos riesgos de salud, la muerte de las madres y los recién nacidos, así como proporcionar el empoderamiento a las adolescentes para que concluyan sus estudios<sup>1</sup>. La República Dominicana está dentro de los tres países con mayores tasas de embarazo en la adolescencia en América Latina<sup>2</sup>. Por lo tanto, la atención a esta población en términos de salud tanto física como psicosocial debe considerarse una prioridad nacional.

Muchos autores han convergido en la idea de que la calidad de la relación entre las adolescentes y sus padres juega un papel clave tanto en la prevención primaria<sup>3-5</sup> como en los programas de intervención con jóvenes embarazadas y madres<sup>6-9</sup>. Un estudio en Ecuador<sup>10</sup> con 70 adolescentes embarazadas mostró que el factor de riesgo más importante para salir embarazada en la adolescencia fue la pertenencia a una familia disfuncional. Estudios recientes<sup>2,8,11,12</sup> confirman las condiciones de pobreza, el bajo nivel de estudios y la exclusión social como correlatos del embarazo en adolescentes. No hay duda de que esta problemática es multifactorial. Según Barinas<sup>13</sup>, la juventud inicia relaciones sexuales en un escenario abonado de estereotipos de género basado en una relación jerárquica y de poder del hombre, y donde la mujer debe complacer a la pareja, muchas veces combinada con un deseo de escapar ante una situación de violencia y vulnerabilidad en la familia de

of the authorities is needed. Nineteen cases of psychological and sexual violence were identified within a couple relation between adolescents and adults, traditionally not recognized and accepted because of the economic benefits.

**Keywords:** pregnant adolescents; treatment; violence; public hospital.

origen<sup>4</sup>. En general, el embarazo produce reacciones de rechazo tanto por la familia como por el entorno, incluyendo exclusión escolar.

A raíz de la gran cantidad de adolescentes embarazadas, el Ministerio de Salud y el Gabinete Social, elaboraron el *Plan Nacional de prevención del embarazo en adolescente 2011–2016*<sup>14</sup>. La República Dominicana estaba en este momento entre los cinco países con más altos índices de embarazos en adolescentes en América Latina, presentando una de las más altas tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad, registrada en 92 por 100,000 mujeres<sup>15</sup>. El mismo plan describe que el embarazo en la adolescencia es una de las situaciones en que mejor se evidencian las inequidades sociales, de justicia y de género. Para implementar esfuerzos a nivel local de manera exitosa se debe evaluar los niveles de preparación de la misma comunidad y sus servicios para dirigirse a dichos problemas de salud<sup>16</sup>.

Algunos estudios en Latinoamérica han destacado la urgencia de mecanismos de rendición de cuentas, sistemas de monitoreo rigurosos e indicadores relacionados con el acceso de los adolescentes a los servicios de salud<sup>17</sup>. Estos investigadores proponen que la información sobre el embarazo adolescente debe extenderse más allá de las cifras de apoyo competente al parto y los fracasos en las estrategias de prevención anticonceptiva. De acuerdo con un estudio en República Dominicana<sup>18</sup>, el sistema de protección dominicano ante situaciones de violencia contra niños, niñas y adolescentes se encuentra en una fase inicial de desarrollo, eviden-

ciándose entre otras cosas una debilidad de sistematización de las prácticas de atención.

Se ha descubierto que tanto el apoyo social, como la vinculación con los padres en los programas de intervención durante el embarazo, están asociados con la percepción de competencia parental tanto de la madre como la del padre adolescente<sup>9,19</sup>. Muchas de las adolescentes embarazadas dependen de ayuda financiera de sus padres<sup>20</sup>. Los padres generalmente están desprovistos de conocimientos y destrezas requeridas para guiar y apoyar a las adolescentes embarazadas, y casi no cuentan con el apoyo de servicios eficaces de planificación prenatal<sup>21</sup>. Se recomienda incluir intervenciones a domicilio en programas dirigidas a una población vulnerable, además de vincular estas intervenciones a domicilio con la atención psicológica<sup>7</sup>.

La siguiente indagación sobre la intervención recibida actualmente por la adolescente embarazada en el caso de un hospital público de Santo Domingo puede esclarecer las necesidades y fortalezas de los procedimientos que se están ejecutando en nuestro sistema de salud.

## Metodología

Este proyecto buscó mejorar la atención psicosocial a adolescentes embarazadas víctimas de violencia en un hospital público y se ejecutó basado en la metodología de investigación-acción participativa, combinando investigación y cambios psicosociales con base en las siguientes fases: determinar ciertas problemáticas, desarrollar acciones para darle respuesta, evaluar los efectos y adaptar las acciones<sup>22-25</sup>. Se aplicó la técnica grupal de análisis y toma de decisiones. Esta técnica nos permitió la generación de las percepciones o decisiones consensuadas por los grupos de discusión a partir de ciertas pautas de interacción dirigidas por el investigador. A partir de esta técnica se hizo un análisis del discurso siguiendo tres pasos: 1) una primera clasificación abierta a partir de nuestro objeto de estudio; 2) se buscó la variabilidad y consistencia de las inter-

pretaciones de los participantes de las problemáticas planteadas; 3) se ejecutó un examen de las funciones del tipo de argumentación o construcción discursiva y análisis de la producción del discurso de los participantes al buscar las soluciones a los problemas, identificando así el problema y la solución potencial.

Al inicio del proyecto se llevó a cabo un levantamiento inicial con las encargadas del Departamento de Psicología y de la Unidad de Atención a Adolescentes con fines de definir las necesidades de mejora de la atención psicosocial. Se elaboró un programa de acciones de formación del personal y reuniones de análisis y seguimiento de casos identificados y reuniones de coordinación con actores externos de acompañamiento. Este programa fue aprobado por el director del Departamento de Enseñanza e Investigación y el director general del hospital. Después de diez meses se realizó una evaluación intermedia y se desarrollaron estrategias de mejora para darle respuesta a las debilidades encontradas, las cuales se aplicaron en el segundo año. Se concluyó evaluando los resultados de la segunda fase.

### *Levantamiento inicial*

El levantamiento inicial confirmó que las adolescentes se encuentran en situación de pobreza extrema y de exclusión social, tienen un bajo rendimiento escolar y una historia de desprotección y carencias afectivas por parte de sus padres. Muchos embarazos son producto de situaciones de seducción y una vez embarazada muchas veces el progenitor abandona a la joven. Las familias de las adolescentes suelen mostrarse críticas y se documentaron casos de rechazo de la hija embarazada. Las escuelas suelen expulsarlas. En ocasiones el embarazo es producto de violación perpetrada por un familiar o una persona cercana a la familia, situaciones que generalmente la familia no quiere denunciar por vergüenza o por miedo. Se evidenció dificultad de involucrar a la familia en la atención psicológica a las adolescentes y de realizar visitas domiciliarias. Muchas veces se observa una desvinculación con su recién

nacido. Los pocos casos denunciados no recibieron respuesta de protección judicial.

Con base en este diagnóstico provisional se elaboraron y aprobaron los siguientes objetivos:

- Orientar la respuesta de atención psicológica más en función de fortalecer los vínculos familiares, redefinir su plan de vida y estimular el desarrollo de un apego seguro con su bebé recién nacido.
- Organizar visitas domiciliarias con fines de concientizar los familiares sobre la necesidad de aceptar la nueva condición y apoyar a su hija.
- Mejorar la respuesta de protección judicial del Ministerio Público.

Una dificultad particular consistía en que las trabajadoras sociales del hospital no realizaban visitas domiciliarias por la gran cantidad de trabajo. Se elaboró un acuerdo de colaboración con una organización de salud comunitaria que gestionaba y capacitaba a voluntarios para la realización de visitas domiciliarias a pacientes.

### *Participantes*

En el primer año el proyecto se dirigió a 30 profesionales del hospital y 15 voluntarios de la organización de salud comunitaria. Sesenta y nueve (69) adolescentes participaron en talleres de formación y sesiones de psicología. En el segundo año se amplió la formación y acompañamiento hacia 20 profesionales de diez Unidades de Atención Primaria.

## **Resultados**

### *Primer año de ejecución*

Se realizaron talleres de formación con 15 voluntarios, 5 médicos, 10 psicólogas, 6 trabajadores sociales y 8 enfermeras. Se organizaron 10 reuniones mensuales de acompañamiento del equipo para darle seguimiento a los casos individuales. También se ejecutaron

4 talleres grupales con 69 adolescentes embarazadas y una reunión de coordinación con la dirección hospitalaria y la fiscalía sobre la denuncia. Asimismo, se realizaron reuniones de coordinación con los encargados del Programa Nacional de Atención a Adolescentes del Ministerio de Salud, la Dirección contra la Violencia de Género del Ministerio Público, el departamento Normas y Políticas del Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), el Departamento de Salud del Ministerio de la Mujer, la Unidad de Atención a Víctimas de Santo Domingo Este y la Oficina Metropolitana del CONANI.

Se identificaron 9 casos de violencia. 7 casos solo recibieron una única sesión de orientación. Se observó una dificultad importante en motivar a las adolescentes a seguir asistiendo a la consulta de psicología, relacionada con la situación de pobreza, la falta de apoyo familiar, la condición del embarazo y las circunstancias precarias de transporte.

Se visualizaron varios casos con un patrón de violencia anteriormente no identificado: embarazo como producto de una relación de pareja con un hombre por lo menos 10 años mayor, en lo cual se evidenciaban dinámicas de violencia psicológica. Esta pareja solía tomar decisiones importantes de manera unilateral. Este patrón de supremacía masculina fue aceptado por la familia y la adolescente por el beneficio económico que conllevaba. En varios casos la pareja llevaba más del doble de la edad de la adolescente. En los tres casos denunciados desde el hospital, la fiscal no se trasladaba al hospital y exigía que la familia asumiera la denuncia. Los padres se negaban a denunciar porque consideraban al progenitor como pareja o fuente de beneficios económicos, otros no querían por miedo a recibir represalias por parte del mismo. En un caso, la familia hizo la querrela, pero más adelante aceptaron una propuesta económica de la contrapartida. En casos de diferencia de edad muy marcada, es decir más de 15 años, no hubo una respuesta judicial.

En ningún caso se logró organizar visitas domiciliarias. El servicio de salud comunitaria se quedó sin fondos después de tres meses de iniciado el proyecto. Solo en casos excepcionales hubo contacto desde el hospital con la Unidad de Atención Primaria correspondiente y en ningún caso se observó una colaboración entre las psicólogas del hospital y los centros educativos y otros actores locales. Igualmente, se observó una débil coordinación entre los miembros del equipo multidisciplinario. Las reuniones de los miembros del equipo multidisciplinario se limitaban a contactos ocasionales entre dos y, excepcionalmente, tres profesionales. El seguimiento a varios casos se perdía en la gran cantidad de consultas. El hospital contaba con una psicóloga especializada en violencia intrafamiliar a medio tiempo y la Unidad de Atención a Adolescentes con dos psicólogas a medio tiempo. Trabajo social contaba con cinco miembros a medio tiempo, que se enfocaban mayormente en declarar los bebés recién nacidos.

*Acción: Adaptar las estrategias para la mejora*

Al final del primer año, los consultores y el equipo del hospital elaboraron estrategias innovadoras para darle mejor respuesta ante las dificultades identificadas:

- Se precisó la instrucción del documento<sup>27</sup> sobre la creación del equipo multidisciplinario, identificando un trío de profesionales claves y asignando un coordinador que guía las reuniones y vigila sobre los procesos internos y externos de colaboración.
- Se elaboró una estrategia de colaboración sistematizada entre hospital y Unidades de Atención Primaria (UNAP) que incluye la ejecución de visitas domiciliarias.
- Se diseñó un programa de actividades para fortalecer la vinculación con la red local de protección contra la violencia.

- Se elaboró una estrategia para optimizar la denuncia en colaboración con el Ministerio Público, identificando los casos prioritarios y los roles de cada uno.
- Se solicitó a la dirección incorporar una psicóloga más y un teléfono móvil para las psicólogas del hospital, pero no hubo respuesta.
- Las estrategias elaboradas fueron presentadas a las autoridades nacionales y se organizó un seminario para exponer resultados y las estrategias innovadoras.

### *Segundo año de ejecución*

Se inició la segunda fase, solicitando una aprobación formal de las estrategias innovadoras con las diferentes autoridades. Se organizó capacitación para los profesionales del hospital y representantes de las UNAP promoviendo un proceso de atención psicológica combinada con visitas domiciliarias. Se realizaron reuniones mensuales con el equipo nuclear y 2 reuniones de coordinación con la fiscalía.

En estos 10 meses se identificaron 10 casos de violencia, la mitad vinculado a relaciones de pareja con hombres mayores o muy mayores. Después de iniciar la estrategia de atención psicológica con visitas combinadas, se confirmó su eficacia. En la atención psicosocial individual se observaban otras debilidades: desapego en la relación de la madre adolescente con su recién nacido y la casi ausencia de vinculación con programas de protección social.

La alta carga de pacientes seguía dificultando la asistencia a las reuniones mensuales de seguimiento. Después de dos meses, el médico asignado como coordinador dejó de asistir. Algunos miembros del equipo mostraron resistencia al cambio del modelo organizativo. Se coordinaron dos talleres de formación en conjunto con *la Red local de protección contra la violencia* y se participó en tres reuniones apoyando en el análisis de casos de violencia contra adolescentes embarazadas.

De los 10 casos de violencia identificados, se denunciaron cuatro. Solo en un caso la familia puso querrela y hubo una respuesta satisfactoria. El hospital denunció los otros casos, de relaciones con hombres muy mayores con violencia sexual y psicológica, pero la fiscalía no procedía por falta de colaboración de la familia, incluso, en casos de más de 15 años de diferencia. Un cambio en la Dirección contra la Violencia de Género dificultó obtener la aprobación de la estrategia propuesta.

## Discusión

Este estudio muestra que la violencia contra adolescentes embarazadas muchas veces no es reconocida desde un hospital público y que la atención psicosocial es muy limitada. La atención psicológica se restringía mayormente a una sola sesión de orientación, con poca vinculación con la familia, la escuela, programas de protección social u otros actores comunitarios. La protección judicial era casi inexistente. Conforme con la metodología de investigación-acción, se analizaron las debilidades y se elaboraron estrategias para darle respuesta. Se evidenció su efectividad.

Se identificaron y analizaron 19 casos de violencia. Diez de estos se caracterizaban por un patrón de violencia particular, anteriormente no descrita en la literatura: violencia sexual y psicológica dentro de una relación de pareja con un hombre con diferencia de 10 años o más de edad. Según la ley dominicana 136-03 una diferencia de 5 años mayor es considerada como abuso sexual. Recientemente esta forma de violencia de género ha sido descrita en otros estudios en el país<sup>2,11,28</sup>, donde los autores describen una aceptación general por parte de familia y comunidad de estas relaciones desiguales, con el argumento del beneficio económico, incluso en relaciones con hombres de 20 a 30 años de diferencia.

También se identificaron señales de violencia verbal en adolescentes que decían haber preferido una relación con una pareja mayor por ser más responsable y

ofrecer mayor estabilidad económica y haber elegido salir embarazada para elevar su estatus social, siendo reconocida como madre<sup>11</sup>. Laguna<sup>29</sup> encontró una correlación positiva entre el índice de violencia global en su relación de noviazgo y la diferencia de edad con su pareja. Por otra parte, observó que muchas de las conductas de violencia física y emocional no fueron reconocidas como maltrato por las adolescentes. Las jóvenes reportan relaciones desiguales, evidenciadas en creencias tanto de amor romántico como de roles patriarcales, las cuales normalizan en gran parte la violencia en el noviazgo. Existe evidencia de grados preocupantes de complicidad entre los padres y la pareja de mayor edad por el beneficio económico. El Plan Internacional dominicana y UNICEF dominicana han abogado recientemente por la eliminación legal del matrimonio infantil.

La atención psicológica integral y protectora no puede realizarse en una sesión de orientación. Para darle una respuesta adecuada y eficaz Cohen, Mannarino y Deblinger<sup>30,31</sup> han creado dos formatos del programa *Terapia cognitivo conductual enfocada en trauma para niños y adolescentes*: uno de 8 y otro de 16 sesiones. Las adolescentes embarazadas casi no cuentan con recursos o apoyo familiar, lo cual le dificulta el traslado al hospital. Después de su primera sesión con la psicóloga es poco probable que vuelvan, lo cual dificulta darle respuesta a necesidades múltiples como son los sentimientos de desesperación, conflictos con su familia, con la escuela e incrementación de dificultades financieras<sup>2,12,30-35</sup>.

En casos con señales de violencia se buscó concientizar a las adolescentes y familiares de tal situación<sup>3</sup> fomentando un vínculo de confianza dando respuesta a sus necesidades inmediatas por apoyar en restablecer los vínculos familiares, realizar visitas domiciliarias, organizar acceso a programas de protección social y de la primera infancia y redefinir un plan de estudio adaptado a la nueva condición de embarazo. Darles respuesta a estas necesidades abre camino para hablar de temas íntimos como la violencia en la pareja, identificar formas de violencia

oculta, desarticular creencias culturales de justificación de violencia, restablecer relaciones protectoras y elaborar una pequeña red de apoyo en contra de posibles amenazas del agresor. En los casos donde el equipo multidisciplinario logró poner en práctica estas recomendaciones, se observó una atención más efectiva. Estas estrategias fueron más adelante aprobadas por el Ministerio de Salud dentro de la nueva *Guía de atención a Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de violencia desde salud en la República Dominicana*<sup>36</sup> que se puso en marcha en el mes de mayo 2017. La aplicación de estas recomendaciones en el sector de salud implica un cambio de actitud importante, donde la mayoría de los actores solía intervenir por su lado<sup>13,14</sup>.

Este estudio además mostró que los recursos actuales para darle atención psicosocial dentro del hospital y las Unidades de Atención Primaria son muy limitados y no son suficientes para darle atención de calidad a las más de 2,500 adolescentes embarazadas atendidas cada año. La gran cantidad de adolescentes en atención diaria dificulta, tanto a las psicólogas como a las trabajadoras sociales, encontrar el tiempo necesario para reunirse con el equipo multidisciplinario, elaborar un programa de atención adaptado a las necesidades individuales, notificar a las autoridades responsables, articular las intervenciones con los actores externos y darle seguimiento. Los miembros del equipo multidisciplinario actual deben incluir esta labor específica dentro de sus tareas generales. Se recomienda conformar un equipo especializado en violencia, que además cuente con un coordinador que pueda preparar las reuniones del equipo y dé seguimiento a la atención de los casos con las diferentes disciplinas.

## Conclusión

Este estudio muestra que las adolescentes embarazadas en esta maternidad son una población sumamente vulnerable, cuya violencia en su contra muchas veces no es reconocida, ni atendida. El estudio evidenció la

magnitud del problema, la necesidad de aplicar estrategias de mejora ante las debilidades estructurales encontradas en la organización intrahospitalaria de la atención y en la articulación interinstitucional y la necesidad de disponer de mayores recursos. Existen desafíos culturales y estructurales importantes para garantizar el derecho a la protección contra la violencia en esta población y romper el ciclo de transferencia transgeneracional de la pobreza y de la violencia. Implementar estas recomendaciones es un reto importante para el sistema de salud en el país.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. 67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; 2014 [cited 2019 Jun 17]. Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67-REC1/A67\\_2014\\_REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf)
2. Del Rosario J, Tavares JJ, Cáceres P. Embarazo y adolescencia en República Dominicana: Un estudio a través de la ecología social. Santo Domingo, República Dominicana; 2017.
3. Ahorlu CK, Pfeiffer C, Obrist B. Socio-cultural and economic factors influencing adolescents' resilience against the threat of teenage pregnancy: a cross-sectional survey in Accra, Ghana. *Reprod Health* [Internet]. 2015 Dec 23;12(117):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-015-0113-9>
4. Rey E. Experiencias de violencia intrafamiliar y características sociodemográficas en adolescentes embarazadas. (Tesis de Maestría). Universidad Iberoamericana, República Dominicana; 2018.
5. Aspy CB, Vesely SK, Oman RF, Rodine S, Marshall LD, McLeroy K. Parental communication and youth sexual behaviour. *J Adolesc*. 2007;30:449–66.

6. Tevendale HD, Condrón DS, Garraza LG, House LD, Romero LM, Brooks MAM, et al. Practical Approaches to Evaluating Progress and Outcomes in Community-Wide Teen Pregnancy Prevention Initiatives. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2017 Mar;60(3):S63–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.018>
7. Howard K, Brooks-Gunn J. The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *Futur Child* [Internet]. 2009 [cited 2019 Jun 14];19:119–46. Available from: <https://muse.jhu.edu/article/361496/summary>
8. McHugh MT, Kvernland A, Palusci VJ. An Adolescent Parents' Programme to Reduce Child Abuse. *Child Abuse Rev* [Internet]. 2015 May;26:184–95. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=105038229&site=ehost-live>
9. Angley M, Divney A, Magriples U, Kershaw T. Social Support, Family Functioning and Parenting Competence in Adolescent Parents. *Matern Child Health J* [Internet]. 2015 Jan 15;19:67–73. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-014-1496-x>
10. Valladarez Loján J V. *Factores de riesgo familiar que predisponen al embarazo en las adolescentes*. (Tesis de Maestría no publicada). Universidad Nacional de Loja. Ecuador; 2016.
11. Tineo J del C. Niñas Esposadas: Caracterización del Matrimonio Infantil Forzado en las provincias de Azua, Barahona, Pedernales, Elías Piña y San Juan [Internet]. Santo Domingo, República Dominicana; 2017 [cited 2019 Jun 14]. Available from: [https://plan-international.org/sites/files/plan/field/field\\_document/planteamientos\\_2\\_arte\\_final\\_print.pdf](https://plan-international.org/sites/files/plan/field/field_document/planteamientos_2_arte_final_print.pdf)
12. Cook SMC, Cameron ST. Social issues of teenage pregnancy. *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. 2017;27(11):327–32. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2017.08.005>
13. Barinas I. Voces de Jóvenes. Una aproximación a la realidad juvenil, a partir del estudio del significado y las implicaciones del embarazo en adolescentes, según género y contextos socioculturales en la República Dominicana [Internet]. Santo Domingo, República Dominicana; 2012 [cited 2019 Jun 14]. Available from: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Voces de Jovenes Parte 1.pdf>
14. Barinas I, Flores Chang M. Prevención del Embarazo en Adolescentes: Con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos “Hacia una política nacional.” Santo Domingo, República Dominicana; 2011.
15. Pérez-Then EN. El embarazo en adolescentes en la República Dominicana: Tendencias observadas a partir de las Encuestas Demográficas y de Salud, Fondo de Población de Naciones Unidas, Santo Domingo, República Dominicana; 2015.
16. Bhuiya N, House LD, Desmarais J, Fletcher E, Conlin M, Perez-McAdoo S, et al. Strategies to Build Readiness in Community Mobilization Efforts for Implementation in a Multi-Year Teen Pregnancy Prevention Initiative. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2017;60(3):S51–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.11.001>
17. Svanemyr J, Guijarro S, Riveros BB, Chandra-Mouli V. The health status of adolescents in Ecuador and the country's response to the need for differentiated healthcare for adolescents. *Reprod Health*. 2017;14:1–11.
18. Parada H, Burgos R, Salinas P, Díaz F, García S, Martínez C, et al. Prácticas Institucionales en el Sistema de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes: Etnografía Institucional. Santo Domingo, R.D.; 2011.



19. Brand G, Morrison P, Down B. How do health professionals support pregnant and young mothers in the community? A selective review of the research literature. *Women and Birth* [Internet]. 2014;27(3):174–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.004>
20. Kumar NR, Raker CA, Ware CF, Phipps MG. Characterizing Social Determinants of Health for Adolescent Mothers during the Prenatal and Postpartum Periods. *Women's Health Issues* [Internet]. 2017;27(5):565–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2017.03.009>
21. Rukundo GZ, Abaasa C, Natukunda PB, Allain D. Parents' and caretakers' perceptions and concerns about accessibility of antenatal services by pregnant teenagers in Mbarara Municipality, Uganda. *Midwifery* [Internet]. 2019 May;72:74–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613819300427>
22. McTaggart R, Nixon R, Kemmis S. Critical Participatory Action Research. In: Rowell L, Bruce C, Shosh J, Rie M, editors. *The Palgrave International Handbook of Action Research* [Internet]. New York: Palgrave Macmillan US; 2017 [cited 2019 Jun 24]. p. 21–35. Available from: [http://link.springer.com/10.1057/978-1-137-40523-4\\_2](http://link.springer.com/10.1057/978-1-137-40523-4_2)
23. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. *The action research planner: Doing critical participatory action research* [Internet]. Singapore: Springer Science & Business Media.; 2014 [cited 2018 Aug 28]. Available from: [https://books.google.com.do/books?hl=en&lr=&id=GB3I-BAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=action+research+methodology&ots=cN9MYiLroc&sig=J1\\_Pp\\_6IebjYYKOMffGEBzjdKQU](https://books.google.com.do/books?hl=en&lr=&id=GB3I-BAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=action+research+methodology&ots=cN9MYiLroc&sig=J1_Pp_6IebjYYKOMffGEBzjdKQU)
24. MacDonald C. Understanding participatory action research: A qualitative research methodology option. *Can J Action Res* [Internet]. 2012 [cited 2018 Aug 28];13(2):34.50. Available from: <http://journals.nipissingu.ca/index.php/cjar/article/view/37>
25. Baum F, MacDougall C, Smith D, Baum PF. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2006 [cited 2019 Jun 24];60:854–7. Available from: <http://www.scu.edu./schools/gem/ar/>
26. Ministerio de Salud Pública. *Reporte anual del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina*. Santo Domingo, R.D.; 2017.
27. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. *Normas Nacionales para la Atención Integral en Salud de la Violencia Intrafamiliar y Violencia Contra la Mujer* [Internet]. Santo Domingo; 2007 [cited 2019 Jun 25]. Available from: <http://repositorio.ministeriodesalud.gob.do/bitstream/handle/123456789/94/violenciaintrafamiliar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Acosta M. *Características del embarazo adolescente en el contexto de un hospital público*. [Santo Domingo]: (Tesis de Maestría no Publicada). Universidad Iberoamericana; 2017.
29. Laguna S. *Experiencias de violencia en el noviazgo y características sociodemográficas en adolescentes embarazadas*. (Tesis de Maestría no publicado). Universidad Iberoamericana, Santo Domingo; 2018.
30. Deblinger E, Cohen JA, Mannarino AP. Introduction. In: Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino, Deblinger E, editors. *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications* [Internet]. New York, NY: The Guilford Press; 2012 [cited 2019 Jun 14]. p. 1–26. Available from: [www.guilford.com/p/cohen2](http://www.guilford.com/p/cohen2)

31. Webb C, Hayes A, Grasso D, Laurenceau J-P, Deblinger E. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Youth: Effectiveness in a Community Setting NIH Public Access. *Psychol Trauma* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 14];6:555–62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4239204/pdf/nihms627550.pdf>
32. SmithBattle L, Chantamit-o-pas C, Freed P, McLaughlin D, Schneider JK. Moms growing together: Piloting action methods and expressive arts in a therapeutic group for teen mothers. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2017;30(2):72–9.
33. Sámano R, Martínez-Rojano H, Robichaux D, Rodríguez-Ventura AL, Sánchez-Jiménez B, de la Luz Hoyuela M, et al. Family context and individual situation of teens before, during and after pregnancy in Mexico City. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1–16.
34. Devault A. Commentary on the complicated worlds of adolescent fathers: Implications for clinical practice, public policy, and research. *Psychol Men Masculinity*. 2014;15:275–7.
35. Fleming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer RF, Allen L, Millar D, et al. Adolescent Pregnancy Guidelines. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2015;37(8):740–56. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30180-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30180-8)
36. Ministerio de Salud Pública. Guía de atención a Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de violencia en República Dominicana [Internet]. Santo Domingo; 2017 [cited 2019 Jun 25]. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=impacto-violencia-ninez-adolescencia-su-vinculo-con-violencia-genero-curso-vida-sto-domingo-4-5-abril-2018-9781&alias=44819-guia-atencion-ninos-ninas-adolescentes-victimas-vio](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=impacto-violencia-ninez-adolescencia-su-vinculo-con-violencia-genero-curso-vida-sto-domingo-4-5-abril-2018-9781&alias=44819-guia-atencion-ninos-ninas-adolescentes-victimas-vio)