

IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS ADOLESCENTES EN EL PERÚ

IMPACT OF VIOLENCE ON THE SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENT GIRLS IN PERU

Mirian Yoana Correa Lopez  1,a,b

Objetivo: Evaluar el impacto de la violencia física, psicológica y sexual en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de 15 a 19 años. **Material y métodos:** Estudio de corte analítico observacional, se realizó un análisis secundario de la base de datos ENDES 2018, donde se definió como grupo de intervención a 401 adolescentes con violencia versus un segundo grupo control de 401 adolescentes sin violencia. Para la estimación del impacto se aplicó la técnica estadística del Propensity Score Matching (PSM), aplicando algoritmos de emparejamiento: vecino más cercano y regresión logística. Todos los cálculos se realizaron en el programa estadístico SPSS 24. **Resultados:** La violencia física en las adolescentes incrementa en un 68% la proporción de embarazos interrumpidos ($p=0.022$). La violencia en general reduce en un 61% la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos cuando existe dependencia económica ($p=0.018$), incrementa en un 60% la proporción de partos prolongados ($p=0.019$), incrementa en un 86% la proporción de sangrados excesivos en el parto ($p=0.013$), incrementa en un 93% la proporción de infecciones urinarias en el puerperio ($p=0.001$). La violencia sexual incrementa en un 63% la probabilidad de uniones conyugales tempranas en adolescentes sin estudios ($p=0.006$). La violencia en general incrementa en un 30% la probabilidad de un inicio tardío de la lactancia materna ($p=0.04$). **Conclusión:** La violencia tiene un impacto significativo en la SSR de las adolescentes, incrementando la proporción de embarazos interrumpidos, no uso de métodos anticonceptivos, complicaciones en parto y puerperio, uniones conyugales tempranas e inicio tardío de la lactancia materna.

Palabras clave: Salud del adolescente, Complicaciones del embarazo, Atención prenatal (*Fuente: DeCS, BIREME*)

Objective: To evaluate the impact of physical, psychological and sexual violence on the sexual and reproductive health of adolescents from 15 to 19 years old. **Material and methods:** An observational analytical study, a secondary analysis ENDES 2018 database was performed, where an intervention group was defined as 401 adolescents with violence versus a second control group of 401 adolescents without violence. To estimate the impact, the statistical technique of the Propensity score matching (PSM) was applied, applying matching algorithms: closest neighbor and logistic regression. All calculations were performed in the SPSS 24 statistical program. **Results:** Physical violence in adolescents increases the proportion of terminated pregnancies by 68% ($p=0.022$). Violence in general reduces the probability of using contraceptives when there is economic dependency by 61% ($p=0.018$), increases the proportion of prolonged deliveries by 60% ($p=0.019$), increases the proportion of excessive bleeding in childbirth ($p=0.013$), increases the proportion of urinary infections in the puerperium by 93% ($p=0.001$). Sexual violence increases the probability of early marital unions in adolescents without studies by 63% ($p=0.006$). Violence in general increases the probability of late initiation of breastfeeding by 30% ($p=0.04$). **Conclusion:** Violence has a significant impact on adolescent SRH, increasing the proportion of terminated pregnancies, non-use of contraceptive methods, complications in childbirth and the puerperium, early marital unions and late initiation of breastfeeding.

Key words: Impact, Violence, Sexual and reproductive health, Adolescents (*Source: MeSH NLM*)

Filiación:

1. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia, Lima, Perú.
- a. Licenciada en Obstetricia.
- b. Magister en Salud Pública

Citar como: Correa-Lopez MY. Impacto de la violencia en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes en el Perú. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2021; 6 (2): o1-9. DOI: <https://doi.org/10.47784/rismf.2021.6.2.216>

Financiamiento: Autofinanciado

Conflictos de interés: La autora declara no presentar conflictos de interés.

Correspondencia: Miriam Correa Lopez (miriamcorrea77@gmail.com)



Recibido: 25 de Agosto del 2021
Aprobado: 10 de Noviembre del 2021
Publicado: 15 de Noviembre del 2021

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema esencial de salud pública dada su extensión, magnitud y consecuencias, que afecta considerablemente a la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes. Asimismo, genera costos sociales y económicos para el país; además de los costos indirectos que genera a las víctimas, en cuanto al deterioro de su salud tanto para sí mismas como para sus familias (1,2). En el Perú 7 de cada 10 mujeres son víctimas de violencia, tres de ellas son menores de 17 años (3). El Ministerio de la Mujer y Poblaciones (MIMP) registró 181, 885 casos de violencia, de los cuales 23,849 correspondieron a adolescentes (23%) (4). Por otro lado, según la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales (ENARES), el 81% de adolescentes entre 12 y 17 años, ha sido víctima de violencia física o psicológica alguna vez (5).

Muchas de estas adolescentes han empezado a vivir situaciones de violencia en la etapa de enamoramiento, debido a que se encuentran inmersas en estructuras familiares basadas en patrones culturales donde predomina el machismo, el ejercicio de la autoridad y dominio por parte de la figura paterna o el que haga de sus veces; la cual refuerza y reproduce la violencia que es ejercida culturalmente; creando una imagen de sumisión y normalización de la violencia en los hijos/as, quienes al presenciar o vivir en estos escenarios tienen altas probabilidades de convertirse en futuros victimarios o víctimas de la violencia (6,7).

La violencia genera un impacto negativo no solo en la salud física y psicológica sino también en la salud sexual y reproductiva (SSR) de las adolescentes; entendiéndose como impacto a los efectos potenciales que estaría ocasionando la violencia sobre la salud de esta población y la distribución de tales efectos (8); por ello es importante considerar que la SSR estaría condicionada por diversos factores de tipo social, cultural, religioso, demográfico, económico y por acciones provenientes de otros sectores como vivienda, educación, accesos a servicios de salud y orientación (9).

En ese sentido, la violencia en sus diferentes manifestaciones conlleva graves consecuencias en la SSR de las adolescentes; quienes se encuentran en una etapa de transición en la que experimentan una serie de cambios biológicos, cognitivos y psicosociales; dándose inicio a las relaciones de pareja, que en un contexto regido por patrones socioculturales de poder, control y machismo suelen aparecer situaciones de violencia (10); que incrementan las probabilidades de un inicio temprano de relaciones sexuales, embarazos no deseados, no uso de métodos anticonceptivos, riesgo de contraer ETS; complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; tal y como lo evidencian diversos estudios al señalar que 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, unos 3 millones de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos (11).

He aquí la importancia de generar evidencia al respecto, ya que los estudios sobre medición del impacto de la violencia en la SSR son escasos en el Perú, y más aún si se trata de cuantificar el impacto en las adolescentes (12). En ese sentido, el estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de la violencia en la SSR de las adolescentes, conocimiento que permitirá no solo cuantificar la problemática sino también comprenderla, a fin de incorporar un enfoque integral de salud pública que involucre aspectos sociales y culturales que coadyuven a considerar a la violencia como un determinante social en la SSR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de corte analítico observacional, se analizó una base de datos secundaria recolectada a través de la Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2018 aplicado en el Perú, en el que se identificó el impacto de la violencia, utilizando la técnica estadística de Propensity Score Matching – PSM (emparejamiento estadístico).

La población estuvo conformada por 4766 adolescentes de 15 a 19 años registrada en la base de datos de la ENDES, de la cual se obtuvo

una muestra de 802 adolescentes, divididas en un grupo de intervención (401 adolescentes con violencia) y un grupo control (401 adolescentes sin violencia), seleccionadas de acuerdo con índices de propensión (porcentaje de similitud de acuerdo con variables de control).

Respecto a las variables de estudio, se analizaron como variable independiente a la violencia en sus diferentes manifestaciones (física, psicológica y sexual), como variable dependiente a los indicadores de SSR (Reproducción, Historia de nacimientos, Anticoncepción, Embarazo, Parto, Puerperio, Lactancia, Nupcialidad, Sida y otras ETS) y como variables de resultado (impacto) al No uso de métodos anticonceptivos, Embarazos interrumpidos, Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, Tiempo de lactancia reducido e Inicio temprano de convivencia.

La técnica estadística del PSM, consistió: Primero se seleccionaron un conjunto de covariables de prueba previa, según los argumentos teóricos. Segundo, sobre la base de este conjunto de covariables, se estimó el puntaje de propensión (% de similitud de acuerdo con variables de control); esto se hizo utilizando una regresión logística en la que la asignación del tratamiento se utiliza como variable de resultado y las covariables seleccionadas como predictores. Las covariantes fueron introducidas manualmente en función de consideraciones teóricas, tal y como suelen utilizarse con enfoques de minería de datos (13). Tercero, después de la estimación de la puntuación de propensión, comienza el procedimiento de emparejamiento real, este se realizó a través del emparejamiento de vecinos más cercanos 1:1 (14), lo que significa que un solo participante tratado coincide con un solo participante no tratado que tiene la puntuación de propensión estimada más similar.

Tabla 1. Impacto de la violencia física sobre los embarazos interrumpidos

	Violencia física			
	Con violencia (%)	Sin violencia (%)	Impacto (%)	p
General	16.1	9.6	68,0	0,022**
Área de residencia				
Urbano	69.9	61.3	14.0	0.481
Rural	30.4	38.7	-21.0	
Nivel educativo				
Sin secundaria	52.2	61.3	-15.0	0.448
Con secundaria	47.8	38.7	24.0	
Actualmente estudia				
Estudia	4.3	14.5	-70.0	0.196
No estudia	95.7	85.5	12.0	
Índice de pobreza				
Pobre	47.8	71.0	-33.0	0.047**
No pobre	52.2	29.0	80.0	
Dependencia económica				
Con dependencia	13.0	6.5	100.0	0.326
Sin dependencia	87.0	93.5	-7.0	

Efecto significativo al 5% (**) y al 10% (*).

Cuarto, una vez completada la coincidencia, se realizó una serie de verificaciones de adecuación del modelo, a fin de verificar si el equilibrio de las covariables se ha logrado realmente a través del procedimiento de comparación (Diferencias de medias estandarizadas y el índice de varianza del grupo tratamiento y control). Quinto, el efecto del tratamiento se estimó en la muestra final, utilizando prueba de hipótesis (Chi cuadrado), finalmente se calculó una prueba t de muestras pareadas para examinar las diferencias de medias entre ambos grupos lo cual corresponde a los porcentajes del impacto identificado.

Respecto a las consideraciones éticas, se trabajó con una fuente de datos secundario, de acceso público a través del portal web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Dicha base de datos fue innominada, la información fue procesada y manejada en estricta confidencialidad y únicamente por los responsables de la investigación.

Asimismo, el estudio fue evaluado por la unidad de investigación del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), así como de la Unidad de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, obteniéndose la aprobación correspondiente para su ejecución.

RESULTADOS

La violencia física incrementa en un 68% la proporción de embarazos interrumpidos en las adolescentes ($p=0.022$). Sin embargo, esta proporción se reduce en un 33% si las adolescentes víctimas de violencia son pobres ($p=0.047$) (**Tabla 1**).

El uso de métodos anticonceptivos se reduce en un 61% cuando las adolescentes víctimas de violencia tienen dependencia económica ($p=0.018$); mientras que la violencia psicológica reduce su uso en un 55% ($p=0.04$).

Tabla 2. Impacto de la violencia física sobre los partos prolongados

	Con violencia (%)	Violencia física		
		Sin violencia (%)	Impacto (%)	p
General	16.8	10.5	60.0	0.019**
Área de residencia				
Urbano	59.3	61.1	-3.0	0.861
Rural	40.7	38.9	5.0	
Nivel educativo				
Sin secundaria	64.8	55.6	17.0	0.377
Con secundaria	35.2	44.4	-21.0	
Actualmente estudia				
Estudia	9.3	16.7	-44.0	0.293
No estudia	90.7	83.3	9.0	
Índice de pobreza				
Pobre	70.4	63.9	10.0	0.519
No pobre	29.6	36.1	-18.0	
Dependencia económica				
Con dependencia	1.9	11.1	-83.0	0.060*
Sin dependencia	98.1	88.9	10.0	

Efecto significativo al 5% (**) y al 10% (*).

Respecto al impacto sobre las complicaciones en el parto y puerperio, la violencia en general incrementa en un 60% la proporción de partos prolongados en las adolescentes ($p=0.019$); existe un incremento del 64% de esta complicación, cuando hay violencia psicológica ($p=0.013$) (**Tabla 2**). Asimismo, la violencia en general incrementa en un 86% la proporción de sangrados excesivos durante el parto ($p=0.013$). Así también, la violencia psicológica incrementa en un 82% la proporción de este tipo de complicaciones ($p=0.016$).

La violencia en general incrementa en un 93% la proporción de infecciones urinarias en el puerperio ($p=0.001$). Asimismo, esta complicación se incrementa en un 57% cuando existe violencia psicológica ($p=0.01$) (**Tabla 3**). Por otro lado, la violencia sexual reduce en un 35% la probabilidad de uniones conyugales tempranas ($p=0.001$).

Este impacto se incrementa en un 63% en adolescentes que no tienen estudios de secundaria ($p=0.006$) (**Tabla 4**).

Mientras que la violencia física reduce en un 14% la probabilidad de uniones conyugales ($p=0,001$).

Finalmente, la violencia en general incrementa en un 30% la probabilidad de un inicio tardío de la lactancia materna ($p=0.04$) (**Tabla 5**); esta situación se incrementa en un 22% cuando hay violencia sexual ($p=0.011$). Por otro lado, la violencia psicológica incrementa en un 34% la probabilidad de iniciar de manera tardía la lactancia materna ($p=0.016$), mientras que el impacto se reduce en un 53% en adolescentes que actualmente se encuentran estudiando ($p=0.016$).

Tabla 3. Impacto de la violencia física sobre la presencia de infecciones urinarias en el puerperio

	Violencia física			
	Con violencia (%)	Sin violencia (%)	Impacto (%)	p
General	21.4	11.1	93.0	0.001**
Área de residencia				
Urbano	55.1	64.1	-14.0	0.361
Rural	44.9	35.9	25.0	
Nivel educativo				
Sin secundaria	66.7	48.7	37.0	0.067*
Con secundaria	33.3	51.3	-35.0	
Actualmente estudia				
Estudia	7.2	10.3	-30.0	0.587
No estudia	92.8	89.7	3.0	
Índice de pobreza				
Pobre	76.8	69.2	11.0	0.388
No pobre	23.2	30.8	-25.0	
Dependencia económica				
Con dependencia	5.8	10.3	-44.0	0.395
Sin dependencia	94.2	89.7	5.0	

Efecto significativo al 5% (**) y al 10% (*).

Tabla 4. Impacto de la violencia física sobre las uniones conyugales

	Violencia física			p
	Con violencia (%)	Sin violencia (%)	Impacto (%)	
General	54.5	84.2	-35.0	0.001**
Área de residencia				
Urbano	33.3	52.2	-36.0	0.198
Rural	66.7	47.9	39.0	
Nivel educativo				
Sin secundaria	100.0	61.4	63.0	0.006**
Con secundaria	0.0	38.6	-100.0	
Actualmente estudia				
Estudia	16.7	10.4	61.0	0.479
No estudia	83.3	89.6	-7.0	
Índice de pobreza				
Pobre	75.0	80.5	-7.0	0.636
No pobre	25.0	19.5	28.0	
Dependencia económica				
Con dependencia	0.0	4.4	-100.0	0.456
Sin dependencia	100.0	95.6	5.0	

Efecto significativo al 5% (**) y al 10% (*).

Tabla 5. Impacto de la violencia física sobre el inicio tardío de la lactancia materna

	Violencia física			p
	Con violencia (%)	Sin violencia (%)	Impacto (%)	
General	24.5	18.9	30.0	0.04**
Área de residencia				
Urbano	68.5	66.3	3.0	0.728
Rural	31.5	33.7	-7.0	
Nivel educativo				
Sin secundaria	52.8	60.4	-13.0	0.248
Con secundaria	47.2	39.6	19.0	
Actualmente estudia				
Estudia	7.9	15.8	-50.0	0.060*
No estudia	92.1	84.2	9.0	
Índice de pobreza				
Pobre	71.7	68.3	5.0	0.584
No pobre	28.3	31.7	-10.0	
Dependencia económica				
Con dependencia	4.7	6.9	-32.0	0.475
Sin dependencia	95.3	93.1	2.0	

Efecto significativo al 5% (**) y al 10% (*).

DISCUSIÓN

La violencia física incrementa en un 68% la proporción de embarazos interrumpidos en las adolescentes. Al respecto, es necesario comprender que en un contexto de violencia las adolescentes son más vulnerables a enfrentarse a un embarazo no deseado ya sea producto de una violación sexual o producto del control de sus agresores; por lo que desarrollan sentimientos de rechazo tomando como alternativa muchas veces la interrupción. Por otro lado, al estar expuestas a violencia física durante el embarazo hay más probabilidad de abortos producto de estos maltratos; otros estudios realizados en mujeres adultas señalan que los embarazos interrumpidos se incrementan en un 26% cuando las mujeres son víctimas de violencia (12). Asimismo, diversos estudios han explorado las consecuencias del fenómeno, encontrando una asociación significativa entre violencia de pareja y embarazos no intencionados, abortos espontáneos e inducidos (15).

En la adolescencia es donde los vínculos sociales cobran mayor importancia y generalmente las adolescentes se ven sometidas a presiones de la pareja en cuanto a relaciones sexuales. Un aspecto importante es que esta población suele tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos (MAC), sin embargo, solo el 40% de las que tienen vida sexual activa lo utiliza (16), lo cual refleja que existen otros factores como los socioculturales que estarían influyendo. En ese sentido, las adolescentes víctimas de violencia que dependen económicamente ya sea de sus padres o de sus parejas, tienen menos probabilidad de usar MAC; ello suele estar asociado a la falta de recursos económicos para adquirirlos, dejando en sus parejas la responsabilidad de la protección anticonceptiva, quienes en el ejercicio de control y poder hacia sus víctimas suelen prohibir su uso (17).

Estudios similares señalan que existe 13,8 veces mayor probabilidad de no uso de métodos anticonceptivos en mujeres con violencia psicológica, 6 veces más cuando hay violencia física 1,8 veces más con violencia sexual (18). El

uso de anticonceptivos resulta más difícil para mujeres víctimas de violencia de pareja, ya que se manifiesta a través del control de la natalidad; este control es el resultado de un mecanismo de imposición de las intenciones reproductivas de la pareja a través de la intimidación, las amenazas y la violencia propiamente.

El estudio encontró que la violencia en las adolescentes tiene un impacto significativo sobre las complicaciones durante el parto y puerperio, donde la proporción de partos prolongados se incrementa en un 60%. Al respecto estudios similares realizados en mujeres adultas, señalan que la violencia durante la gestación incrementa dos veces más probabilidad de presentar complicaciones maternas (19). Asimismo, la violencia en las adolescentes incrementa en un 93% la proporción de infecciones urinarias en el puerperio; de igual manera un estudio realizado en mujeres adultas encontró un 50% de casos de infecciones urinarias en mujeres víctimas de violencia (20). Al respecto, es importante considerar que la violencia en las adolescentes, genera cuadros de estrés y ansiedad muchas veces crónico, que llegan a somatizarse expresándose en problemas serios de salud física como enfermedades o complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (21); tal y como lo señalan algunos estudios donde afirman que los efectos de la violencia en las niñas y adolescentes tiene ciertas características como la presencia de alteraciones emocionales relacionadas con la tristeza, quejas somáticas, o conductas de inhibición y miedo lo que se relacionaría con una patología de expresión internalizada, que contribuye a una supresión del sistema inmunológico que las hace más propensas a desarrollar enfermedades o complicaciones maternas (22,23).

Con relación al impacto sobre la unión conyugal temprana, la violencia sexual reduce en un 35% las uniones conyugales en las adolescentes; mientras que la violencia física la reduce en un 14%; sin embargo, el impacto se incrementa cuando las adolescentes no se encuentran estudiando, es decir adolescentes que no estudian y son víctimas de violencia tienen más probabilidad de tener uniones tempranas.

Otros estudios señalan que la violencia tiene un impacto en el inicio temprano de relaciones sexuales, ya que las adolescentes que han presenciado maltratos del padre hacia la madre antes de los 15 años o que han sufrido violencia en sus hogares tienen más probabilidad de relacionarse con una pareja a edades más tempranas; presentando mayor riesgo de ser víctimas de violencia (15,24).

Otro de los impactos encontrados en el estudio, es que la violencia incrementa la probabilidad de un inicio tardío de la lactancia materna. Estudios en mujeres adultas encontraron resultados similares, donde el número de sesiones nocturnas se reduce en las mujeres víctimas de violencia, a comparación de las que no sufrieron violencia (12). Al respecto, el inicio tardío de la lactancia o la reducción de sesiones en víctimas de violencia estaría asociado a ciertas emociones de rechazo al recién nacido por parte de la madre adolescente; producto de un cuadro de estrés y depresión posparto que suele presentarse en víctimas de violencia, sobre todo en casos de violaciones sexuales; razón por la cual surge un periodo de adaptación previa y aceptación antes de iniciar la lactancia. Ya iniciada la lactancia, las sesiones suelen disminuir debido que las adolescentes continúan siendo víctimas de violencia por sus parejas (17,23).

Por otro lado, el estudio presenta algunas limitaciones, como la temporalidad al momento de la aplicación de la encuesta, por lo que no necesariamente son idénticas al momento del hecho violento. Al trabajar con una fuente de datos secundaria, nos obliga a considerar solo las variables que recoge la ENDES, existiendo la necesidad de analizar otras variables relevantes que pudieran contribuir a complementar los resultados del estudio. Asimismo, resulta necesario seguir explorando en las experiencias más recientes a fin de ajustar mejor el análisis, incorporando abordajes cualitativos y llenar vacíos en la investigación como la exploración de la violencia en adolescentes hombres.

Finalmente, los resultados de la investigación evidencian que la violencia en sus diferentes manifestaciones; tiene un impacto significativo

en la SSR de las adolescentes; incrementando la proporción de embarazos interrumpidos, no uso de métodos anticonceptivos, complicaciones en el parto y puerperio, inicio temprano de unión conyugal e inicio tardío de la lactancia materna. Estos resultados nos llaman no solo a reflexión sobre la problemática sino también aportan a la incorporación de evidencias para considerar a la violencia como un factor de riesgo importante para desarrollar problemas de SSR en adolescentes; de tal manera que permita fortalecer las acciones dirigidas a mejorar indicadores en la SSR de las adolescentes; implementando programas, estrategias y políticas públicas para prevenir, atender y detectar situaciones de violencia en los diferentes servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Saravia S. Violencia: Una prioridad de la salud pública. *Rev. Neuropsiquiatría* [Internet] 2018; vol.81 (1):1–2 [\[Link\]](#)
2. Diaz R, Miranda J. Aproximación del costo económico y determinantes de la violencia doméstica en el Perú. *Rev. Economía y Sociedad* 75, CIES. [Internet] Agosto, 2010. [\[Link\]](#)
3. INEI: Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. Lima -Perú. 2018.
4. MIMP: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Registro administrativo de los casos de violencia atendidos en los CEM a nivel nacional. [Internet] PNCVFS - MIMP; 2019 [Citado el 15 enero 2020]. [\[Link\]](#)
5. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Relaciones Sociales - ENARES. [Internet] 2015. [\[Link\]](#)
6. Ramos E, De La Peña E, Luzón JM, Recio P. Impacto de la exposición a la violencia de género en menores. España; 2011.
7. UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund. Una situación habitual: La violencia en las vidas de niños y adolescentes. Nueva York, [Internet] 2017. [\[Link\]](#)
8. OMS: Organización Panamericana de la Salud. Conceptos y guía de análisis de impacto en salud para la región de las Américas. [Internet] 2013. [\[Link\]](#)
9. Diago D., Salabarría M., Torriente N. La violencia y su impacto en la Salud Sexual Reproductiva. *Rev. Haban. Cienc. Méd.* [Internet] 2009; vol.8 (3):4–8. Ciudad de La Habana. [\[Link\]](#)
10. OMS: Organización Mundial de la Salud. Impacto de la violencia en la salud de niñas y adolescentes. [Internet] 2018. [\[Link\]](#)
11. OMS: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N°364 [Internet] 2014. [\[Link\]](#)
12. MIMP: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Impacto y consecuencias de la violencia contra las mujeres. Lima-Perú; 2017.
13. Mc Caffrey D., Ridgeway G., Morral A. Propensity Score Estimation with Boosted Regression for Evaluating Causal Effects in Observational Studies. *Psychol Methods*. [Internet] 2004, vol.9(4):403–25. [\[Link\]](#)
14. Thoemmes F, Kim E. Una revisión sistemática de los métodos de puntaje de propensión en las ciencias sociales. [Internet] 2011. PMID: 26771582; DOI: 10.1080/00273171.2011.540475.
15. Castillo M. Violencia de pareja en el Paraguay según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. *Rev. Latinoamericana de Población* [Internet] 2011; vol. 5, (9): 27–48, julio-diciembre. [\[Link\]](#)
16. INEI: Instituto nacional de estadística e informática. Fecundidad - Capítulo 3 ENDES [Internet] 2018. [\[Link\]](#)
17. Rivas M. Violencia, anticoncepción y embarazo no deseado. Mujeres indígenas en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. *Rev. Estudios demográficos y urbanos* [Internet] 2009; vol.24 (3):14–21. [\[Link\]](#)
18. Limascca N, Arango E. Violencia contra la mujer y no uso de métodos anticonceptivos Hospital San Juan de Lurigancho. Tesis de grado de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva [Internet] 2011.
19. Correa M. Complicaciones maternas asociadas a la violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal* [Internet] 2019; vol.4 (4):13–15. [\[Link\]](#)
20. Tajer D, Gaba M, Reid G. Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: Una investigación en la ciudad de Buenos Aires. Argentina [Internet] 2010. [\[Link\]](#)
21. Restrepo A, Salcedo M, Bermúdez A. Violencia sexual en jóvenes de 10 a 19 años. *Revista Salud Pública* [Internet] 2009; vol.11 (6):4–6. [\[Link\]](#)
22. Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Rev. méd. Chile.* [Internet] 2003; vol.131 (12):3–6. [\[Link\]](#)
23. Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Embarazos en adolescentes y niñas en el Perú. [Internet] 2018. [\[Link\]](#)
24. Yago T, Tomas C. Violencia de pareja hacia las adolescentes y jóvenes atendidas en una consulta de anticoncepción e indicadores de riesgo. *Rev. Española de Medicina Legal.* [Internet] 2015, Vol.41 (3):103–110. [\[Link\]](#)