UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de
Especialista en Obstetricia y Ginecología

Eglis Yeraldina González Agüero

Tutor: Alfredo José Caraballo Mata

Caracas, diciembre 2019

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **GONZÁLEZ AGÜERO EGLIS YERALDINA de Cédula de Identidad V-18747477,** bajo el título **"VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES"**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA – MCP,** dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día **11 de diciembre del 2019** a las **11:00 am**, para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en el Auditorio del Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani", ubicado en la urbanización el Llanito, Municipio Sucre, Edo Miranda, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario de las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado cumplió con lo establecido en las normas para presentación de trabajos especiales de grado.

En fe de lo cual se levanta la presente acta, a los 11 días del mes de diciembre del año 2019, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado Alfredo Caraballo Mata.

Priscila Rodríguez. /C. I. N° 19.152.595
Hospital Dr. José Manuel de los Ríos

Giannina Sué. /C.I. N° 6.016.766
Maternidad Concepción Palacios

Alfredo Caraballo Mata. /C. I. N° 6.955.588
Maternidad Concepción Palacios
Tutor

MP/mp/ 11-12-2019

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO

EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL

Yo Alfredo José Caraballo Mata portador de la Cédula de Identidad N°6955588, tutor Del trabajo: **VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**. Realizado por la estudiante: Eglis Yeraldina González Agüero.

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa

Alfredo José Caraballo Mata

En caracas a los 11 días del mes de diciembre del 2019

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENZUELA

VICERRECTORADO ACADÉMICO

SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECONOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 11/12/2019

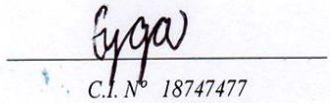
AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo, Eglis Yeraldina González Agüero, autora del trabajo o tesis: **VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.** *Presentado para optar:* título de Especialista en Obstetricia y Ginecología

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

✓	*Si autorizo*
	Autorizo después de 1 año
	No autorizo
	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	

Firma(s) autor (es)



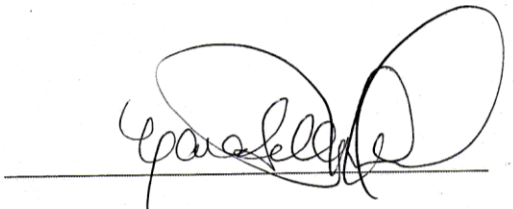
C.I. N° 18747477

e-mail: eglita939@gmail.com

En Caracas, a los 11 días del mes de diciembre del 2019

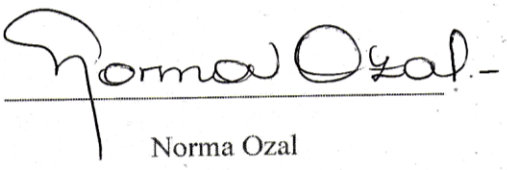
Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



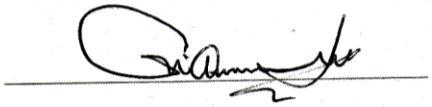
Alfredo José Caraballo Mata

Tutor



Norma Ozal

Directora del programa



Giannina Sué

Coordinadora del Programa

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MÉTODOS	18
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	23
AGRADECIMIENTOS	27
REFERENCIAS	28
ANEXOS	32

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO EN ADOLECENTES

Eglis Yeraldina González Agüero, CI 18747477. Sexo: femenino, e-mail: eglita939@gmail.com. Telf: 04244362467. Dirección: Avenida San Martin, Caracas, Distrito Capital. Curso de Especialización en Obstetricia y Ginecología.

Tutor: **Alfredo José Caraballo Mata**, CI 6955588. Sexo: masculino, e-mail: alfredojcm32@gmail.com. Telf: 04143360754. Dirección: Avenida San Martin, Caracas, Distrito Capital. Especialista en Ginecología Infanto-Juvenil

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la influencia que tiene la violencia basada en género en la frecuencia de embarazo en adolescentes, en pacientes que acudieron al servicio de atención integral a la adolescente de la Maternidad "Concepción Palacios" en el periodo comprendido de agosto a septiembre de 2017. **Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte, prospectivo, observacional y transversal, por medio de un cuestionario aplicado a 200 adolescentes, agrupadas según la presencia o no de violencia basada en género y embarazo. **Resultados:** Se observó que las adolescentes encuestadas, 57 % (114 usuarias) fueron víctimas de violencia basada en género; al clasificar los tipos de violencia, predominó la psicológica/emocional intrafamiliar (78,9 %), la violencia sexual se presentó en 66,7 % y la física en 49,1 %; 58,7 % refirieron más de un tipo de violencia. El 59,8 % (91 usuarias) de las víctimas de violencia tenían embarazo previo o actual (p=0.240). El tipo de violencia no se relacionó con la presencia de embarazo actual o pasado. Entre las víctimas, el embarazo predominó en la adolescencia tardía (p=0,001), con unión estable (p=0,000), con embarazos previos (p=0,000), cursantes de secundaria (p=0,000) y con nivel socioeconómico IV-V (p=0,027). El 10,5 % de las víctimas con embarazo previo o actual y ninguna sin embarazo, denunciaron la violencia. **Conclusiones:** La violencia basada en género no se relacionó como único factor influyente en el embarazo en adolescentes, ya que este suceso se da por múltiples causas que pueden coexistir simultáneamente en una misma adolescente.

Palabras clave: Violencia de género, Embarazo, Embarazo en adolescente, Adolescente, Violencia.

ABSTRACT

GENDER BASED VIOLENCE: INFLUENCE IN PREGNANCY IN ADOLESCENT

Objective: To evaluate the influence that gender-based violence has on the frequency of pregnancy in adolescents, in patients who attended the comprehensive care service for the adolescent of the Maternity "Concepción Palacios" in the period from August to September 2017. **Methods**: A prospective, observational and cross-sectional cohort study was conducted, which, through a questionnaire applied to 200 adolescents, subsequently allowed them to be grouped according to the presence or not of gender-based violence and pregnancy. **Results**: Adolescents surveyed were found to be 57 % (114 users) victims of gender-based violence; by classifying types of violence, the psychological/emotional domestic family (78,9 %) dominated the sexual violence in 66,7 % and physics at 49,1 %; 58,7 % reported more than one type of violence. 59,8 % (91 users) of victims of violence had prior or current pregnancy (p=0,240). The type of violence was not related to the presence of current or past pregnancy. Among the

victims, pregnancy dominated late adolescence (p=0,001), with stable junction (p=0,000), with previous pregnancies (p=0,000), secondary students (p=0,000) and with socio-economic level IV-V (p=0,027). 10,5 % of victims with pre- or current pregnancy and none without pregnancy reported violence. **Conclusions:** Gender-based violence was not associated as the only influential factor in teenage pregnancy, as this event is caused by multiple causes that can coexist simultaneously in the same adolescent.

Key words: Gender violence, Pregnancy, Pregnancy in adolescence, Adolescent, Violence.

INTRODUCCIÓN

La violencia basada en género (VBG) es un problema complejo, gradual e indetectable, que se ha instaurado en la población y se hace cotidiano cada día, en discordancia con la lucha de movimientos que defiende los derechos de las mujeres en la sociedad. [1]

Desde el punto de vista médico, la VBG tiene un impacto sobre la salud de la mujer, que en muchas ocasiones inicia desde la infancia, y crea una victimización continuada y prolongada, con repercusiones físicas y psicológicas a lo largo de la vida y afecta la autoestima de la adolescente, que puede estar deprimida o ansiosa e incapaz para la toma adecuada de decisiones, alterando su sistema de creencias, la visión del mundo y la capacidad en el control de afectos, con predisposición a conductas de riesgo; y las consecuencias implicadas como aumento de infecciones de transmisión sexual y mayor propensión a embarazos no deseados a una corta edad. [2-4]

Planteamiento y delimitación del problema

La Organización Mundial para la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años. [5, 6] Constituye una etapa de grandes cambios físicos, psicológicos, biológicos y sociales, donde el tipo de estímulo (positivo o negativo) va a influenciar en gran medida a esta población, que la hace vulnerable en todos los ámbitos de su vida. [2] La presencia de violencia actuaría como estímulo negativo con distorsión de la realidad y actitudes de riesgo, que hacen a la adolescente incapaz en la toma adecuada de decisiones, con una mayor predisposición al consumo de drogas, alcohol y tabaco, o influyendo de esta forma en conductas sexuales de riesgo, lo cual genera otro problema de salud pública, con incremento de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. [2, 3, 7]

En Venezuela, según datos oficiales y reportados por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en 2014, la tasa de fecundidad adolescente es la más alta de Suramérica, y se calcula que anualmente nacen 93 niños por cada 1000 adolescentes entre 15 y 19 años, que corresponde al 23 % de hijos productos de madres adolescentes; comparado con las cifras a nivel mundial en la que se observa, según la OMS, 49 nacimientos por cada 1000 adolescentes en el mismo grupo de edad. [8] Cifras alarmantes, por el impacto sobre la salud, educación y acceso laboral que se limitan en la adolescencia; he aquí que los organismos internacionales se

proponen como meta disminuir la incidencia de embarazos en adolescentes, para mejorar la calidad de vida en este periodo trascendental. [9]

Por esta razón se plantea la siguiente interrogante de estudio: ¿cómo influye la violencia basada en género en la frecuencia de embarazo en adolescentes en pacientes que acuden al servicio de atención integral a la adolescente de la Maternidad "Concepción Palacios" entre agosto y septiembre de 2017?

Justificación e importancia

En los últimos años, la VBG pasó de ser un tabú para la sociedad, a ser el tema central de múltiples investigaciones, por su relación negativa en el entorno de la mujer (físico, sexual, emocional, laboral, psicológico, entre otros), en todas sus etapas de vida, y de aquí surge la necesidad de realizar una investigación en la que permita observar y relacionar si realmente la violencia basada en género afecta a las adolescentes y puede estimular actitudes de riesgo, que la lleven al inicio de relaciones sexuales inseguras y de inicio temprano, predisponiendo a embarazos no deseados que, no solamente impactan en su vida a corto y largo plazo, sino que crean un círculo vicioso que pasa de generación en generación.

La presente investigación buscó fomentar una conducta activa del personal que labora en los centros de salud, para romper el círculo de violencia en la adolescente, con ayuda integral y multidisciplinaria, y la correspondiente orientación a la usuaria y su entorno, además de ofrecer información continua que puede implementar en el desarrollo de su vida, en generaciones sucesivas, sirviendo como ancla a una vida libre de violencia. Se espera que la información obtenida contribuya a generar planes y programas de apoyo a las adolescentes, de detección de VBG y de prevención de embarazos no deseados, lo cual debería, a largo plazo, impactar en la cifras de mortalidad materna

Antecedentes

La VBG es un tema complejo, el cual se ha tratado de definir y poner en la agenda legal en conferencias mundiales. En 1975, en México, fue la primera conferencia mundial sobre la mujer, cuando apenas se logra un pequeño apartado sobre el tema, incluyéndolo dentro de la conferencia "La familia y la sociedad moderna"; pero no es hasta la tercera conferencia mundial en 1985, en Nairobi, donde se discuten los tipos de violencia en la cual una mujer es sometida

de forma cotidiana, describiéndose aquí el maltrato físico, mutilaciones, abuso sexual y raptos. [1,10, 11]

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1995, realizó la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, y la define como: todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada. Así se inicia la lucha por la igualdad de género en el mundo. [1, 12]

La violencia en la adolescencia se inicia en gran medida desde el hogar. Almenara *et al.* [13] caracterizan tres tipos de padres: a) autoritario, que hace énfasis en la obediencia utilizando la fuerza; b) permisivo, quien no tiene restricciones y los impulsos y acciones de los hijos son aceptadas sin tratar de moldear su conducta; c) autoritativo, orienta la conducta de sus hijos de forma racional. Se evidencia un aumento de actitudes de riesgo en adolescentes, en familias disfuncionales con conductas extremistas (autoritario y permisivo).

Pueyo, [14] en 2004, indica que la violencia se encuentra en casi todo los ámbitos en los que se desenvuelven los jóvenes (la escuela, el ocio, la familia, relaciones interpersonales, la vida comunitaria y la salud) y muchas veces suele asociarse la adolescencia como una etapa violenta y en muy pocas oportunidades se indaga si son también víctimas de violencia y se expresan con más violencia.

En el año 2011, el Instituto Nacional de Mujeres en México, reportó que alrededor del 50 % de las familias sufren o han sufrido alguna forma de violencia. [15]

Vega *et al.,* [16] también en 2011, concluyen en su estudio, que el 66,5 % de las mujeres encuestadas, habían sufrido algún tipo de violencia, predominando la violencia psicológica en un 66,25 %, mientras que la violencia física ocupó el 38,25 % y a pesar de que el 52,25 % conocía los mecanismos de denuncia, solo el 20,3 % las realizaba, y es aquí donde se hace evidente la escasa disponibilidad de datos estadísticos para establecer la magnitud del problema.

Ese mismo año, Méndez *et al.,* [17] indican que la VBG expresada como emocional o psicológica era ocasionada en su mayoría por la pareja de las adolescentes, mientras la violencia física se asoció directamente a los padres (intrafamiliar).

Asimismo, García, en 2013 [1] muestra la importancia del estudio de la VBG y su registro, ya que el número de víctimas reales en Venezuela se desconoce, dado por diversas razones, entre las que destaca la ausencia de denuncias, falta de registros y hasta la censura.

Los hechos violentos a los que se ven expuestas las niñas y adolescentes, pueden ocasionar repercusiones severas en su comportamiento, por tal motivo, Gavarrel *et al.* [18] señalan que el ajuste psicológico del niño afectado por algún grado de violencia intrafamiliar es peor, con inestabilidad emocional, pobre regulación de la ira, un autoconcepto negativo y déficit en funciones ejecutivas, en comparación con niños de características sociodemográficas similares, sin historia de maltrato familiar. Observaron que los autoconceptos intelectual y emocional eran bajos, indicando de esta forma que pueden presentar mayor dificultad para adaptarse y encontrar otras vías de resolución de conflictos, aumentando la probabilidad de realizar acciones que se pueden catalogar como incorrectas en su futura vida adulta.

El comportamiento sexual del adolescente es discutido en 2014, en el trabajo de Bahamón *et al*., [19] quienes indican que los jóvenes están expuestos a una alta vulnerabilidad en el ejercicio de su sexualidad, hecho vinculado con la búsqueda social de autoafirmación y aceptación de los pares.

La investigación de Lavielle *et al.* [20] indican que en las familias con expresiones afectivas disfuncionales y donde no hay una buena comunicación, prevaleció el inicio de relaciones sexuales tempranas con consecuencias negativas como el embarazo no planificado y un aumento de infecciones de transmisión sexual.

En 2015, Rodríguez *et al.*, [21] advierten que las altas tasas de embarazo en adolescentes son preocupantes, ya que cada día se incrementa, por lo que muchas de estas jóvenes no continúan sus estudios, produciendo así la pérdida de sus proyectos de vida.

Un año más tarde, Peña *et al.* [22] resaltan la importancia de las características de la estructura familiar. En los hogares con ambiente hostil, el 38,21 % de adolescentes presentó antecedentes de embarazos.

Marco teórico

La adolescencia es definida, según la OMS, como aquellos individuos con edad comprendida entre los 10 y 19 años, clasificándose a su vez en temprana (10 - 14 años) y tardía

(15 - 19 años). [5] En Venezuela, de acuerdo a la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNA), se entiende por adolescente toda persona con doce años o más y menos de dieciocho años de edad. [23]

Los adolescentes corresponden al 18 % de la población mundial, caracterizándose este periodo de vida por grandes cambios, tanto físicos y psicológicos, que está influenciado por la generación en la que viven, aumentando la susceptibilidad a diversos riesgos, que pueden alterar su vida futura, motivando las organizaciones internacionales a realizar estudios que logren mejorar su calidad de vida. [24]

La actividad sexual en el adolescente es un tema frecuente y de gran interés en las investigaciones y se ha observado que ocurre a una, cada vez más, temprana edad, registrando promedios de inicio de 13,5 - 16 años, con edades tan tempranas como los 11 años, en América Latina y El Caribe, aproximadamente 50 % de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53 % - 71 % de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años, describiéndose como factores de riesgo de inicio de relaciones sexuales a una corta edad, los siguientes determinantes: [3, 25]

Determinantes individuales:

- Actitud permisiva hacia la actividad sexual en la adolescencia
- Consumo de licor, tabaco y drogas psicoactivas

Determinantes familiares:

- Falta de educación sexual por parte del representante o pobre comunicación sobre temas de sexualidad con el representante
- Permisividad de los padres a la actividad sexual en la adolescencia
- Convivencia con familias reconstituidas
- Presencia de conductas disciplinarias extremistas
- Relación pobre o nula entre el adolescente y los padres
- Violencia intrafamiliar

Determinantes socioculturales y políticos:

- Pertenecer a estratos socioeconómicos bajos
- Comportamiento y presión por parte de compañeros, pares y amigos
- Influencia del ambiente y contexto social
- Pobre o nula educación en planificación familiar en colegios o servicios de salud

Se ha observado que el rechazo de los pares, asociado a una baja autoestima proveen el estímulo necesario para el inicio de actividad sexual temprana y por lo tanto los consecuentes riesgos, tales como el embarazo en adolescente que, en su mayoría, es no deseado y en el que se observa que 59 % de los embarazos terminan en nacimientos, 41 % en abortos y 14 % de ellos en abortos espontáneos. [3,25]

La adolescente embarazada presenta mayores riesgos de complicaciones perinatales y posnatales dadas por los aspectos biológicos (inmadurez ginecológica y anatómica de la pelvis, entre otros), psicológicos y socioculturales; para la morbilidad materna se observa un aumento de probabilidad de riesgo de hemorragia posparto, desnutrición, enfermedades mentales, preeclampsia/eclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas, parto pretérmino y muerte materna, lo que los hace un grupo importante de estudio y seguimiento, abocándose a la detección de riesgos para mejorar la calidad de vida de este grupo. [26]

En Venezuela, la VBG es definida en la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, en el capítulo III, artículo 14, como "todo acto sexista o conducta inadecuada que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial; la coacción o la privación arbitraria de libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como privado". [27]

Por otro lado, se amplían los conceptos de las diversas formas de violencia en el capítulo III, artículo 15, en el cual se detallan: [27]

1) Violencia psicológica: es toda conducta activa u omisiva ejercida en deshonra, descrédito o menosprecio al valor o dignidad personal, tratos humillantes y vejatorios, vigilancias constantes, aislamiento, marginalización, negligencia, abandono, celotipia, comparaciones destructivas,

amenazas y actos que conllevan a las mujeres víctimas de violencia a disminuir su autoestima, a perjudicar o perturbar su sano desarrollo, a la depresión e incluso el suicidio.

2) Acoso u hostigamiento: es toda conducta abusiva y especialmente los comportamientos, palabras, actos, gestos, escritos o mensajes electrónicos dirigidos a perseguir, intimidar, chantajear, apremiar, importunar y vigilar a una mujer que pueda atentar contra su estabilidad emocional, dignidad, prestigio, integridad física o psíquica, o que pueda poner en peligro su empleo, promoción, reconocimiento en el lugar de trabajo o fuera de él.

3) Amenaza: es el anuncio verbal o con actos de la ejecución de un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial con el fin de intimidar a la mujer, tanto en el contexto doméstico como fuera de él.

4) Violencia física: es toda acción u omisión que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento físico a la mujer, tales como: lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras, empujones, o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física.

5) Violencia doméstica: es toda conducta activa u omisiva, constante o no, de empleo de fuerza física o violencia psicológica, intimidación, persecución o amenaza contra la mujer por parte del cónyuge, el concubino, ex cónyuge, ex concubino, persona con quien mantiene o mantuvo relación de afectividad, ascendiente, descendiente, parientes colaterales, consanguíneos y afines.

6) Violencia sexual: es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha.

7) Acceso carnal violento: es una forma de violencia sexual, en la cual el hombre mediante violencias o amenazas, constriñe a la cónyuge, concubina, persona con quien hace vida marital o mantenga unión estable de hecho o no, a un acto carnal por vía vaginal, anal u oral, o introduzca objetos sea cual fuere su clase, por alguna de estas vías.

8) Prostitución forzada: se entiende por prostitución forzada la acción de obligar a una mujer a realizar uno o más actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza,

o mediante la coacción como la causada por temor a la violencia, intimidación, la opresión psicológica o el abuso de poder, esperando obtener o haber obtenido ventajas o beneficios pecuniarios o de otro tipo, a cambio de los actos de naturaleza sexual de la mujer.

9) Esclavitud sexual: se entiende por esclavitud sexual la privación ilegítima de libertad de la mujer, para su venta, compra, préstamo o trueque con la obligación de realizar uno o más actos de naturaleza sexual.

10) Acoso sexual: es la solicitud de cualquier acto o comportamiento de contenido sexual, para sí o para un tercero, o el procurar cualquier tipo de acercamiento sexual no deseado que realice un hombre prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, o con ocasión de relaciones derivadas del ejercicio profesional, y con la amenaza expresa o tácita de causarle a la mujer un daño relacionado con las legítimas expectativas que ésta pueda tener en el ámbito de dicha relación.

11) Violencia laboral: es la discriminación hacia la mujer en los centros de trabajos: públicos o privados que obstaculicen su acceso al empleo, ascenso o estabilidad en el mismo, tales como exigir requisitos sobre estado civil, la edad, la apariencia física o buena presencia, o la solicitud de resultados de exámenes de laboratorios clínicos, que supeditan la contratación, ascenso o la permanencia de la mujer en el empleo. Constituye también discriminación de género en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual salario por igual trabajo.

12) Violencia patrimonial y económica: se considera violencia patrimonial y económica toda conducta activa u omisiva que directa o indirectamente, en el ámbito público y privado, esté dirigida a ocasionar un daño a los bienes muebles o inmueble en menoscabo del patrimonio de las mujeres víctimas de violencia o a los bienes comunes, así como la perturbación a la posesión o a la propiedad de sus bienes, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades; limitaciones económicas encaminadas a controlar sus ingresos; o la privación de los medios económicos indispensables para vivir.

13) Violencia obstétrica: se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales,

trayendo consigo pérdida de la autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

14) Esterilización forzada: se entiende por esterilización forzada, realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación, un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva.

15) Violencia mediática: se entiende por violencia mediática la exposición, a través de cualquier medio de difusión, de la mujer, niña o adolescente, que de manera directa o indirecta explote, discrimine, deshonre, humille o que atente contra su dignidad con fines económicos, sociales o de dominación.

16) Violencia institucional: son las acciones u omisiones que realizan las autoridades, funcionarios y funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas y ejerzan los derechos previstos en esta Ley para asegurarles una vida libre de violencia.

17) Violencia simbólica: son mensajes, valores, íconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.

18) Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes: son todos los actos que implican su reclutamiento o transporte dentro o entre fronteras, empleando engaños, coerción o fuerza, con el propósito de obtener un beneficio de tipo financiero u otro de orden material de carácter ilícito.

19) Trata de mujeres, niñas y adolescente: es la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de mujeres, niñas y adolescentes, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza o de otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre mujeres, niñas y adolescentes, con fines de explotación, tales como prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud.

20) Femicidio: es la forma extrema de violencia de género, causada por odio o desprecio a su condición de mujer, que degenera en su muerte, producidas tanto en el ámbito público como privado.

21) Inducción o ayuda al suicido: es la consecuencia extrema de la violencia psicológica, acoso, hostigamiento y amenaza que genera las condiciones para provocar la muerte de una mujer por motivaciones de género.

En las mujeres víctimas de VBG, su personalidad está anulada y este hecho fue descrito por Walker [28] en 1979, quien observó un patrón cíclico, en el cual la mujer no es consciente que viven dicha situación de violencia que, inclusive, se da en periodos prolongados y, socialmente, hay una tendencia a ser juzgada como una conducta irracional por parte de la afectada; siendo descrito como un tipo de estrés postraumático que la hace actuar de dicha manera, dado esto por el severo daño psicológico que ha presentado en muchas oportunidades en toda su vida, y que se va explicando en las siguientes fases:

1) Fase de acumulación de tensión: es el inicio de la estrategia del maltratador, quien juzga de forma irracional a la mujer, ocasionándole a este molestia y enfado ante cualquier conducta de la víctima que a su vez, no entendiendo el motivo de la incomodidad, trata de solucionar el inconveniente, empeorando el escenario y causando así una situación incómoda para la mujer que termina por paralizarla, y es cuestionada y acusada por su maltratador, instaurándose un sentimiento de culpabilidad que va mermando la capacidad de percepción de la realidad y a su vez fortaleciendo la conducta del maltratador.

2) Fase de explosión violenta: acá se produce la violencia física, así como amenazas contra su vida y la de los hijos, entrando en la llamada “indefensión aprendida” debido al tiempo de exposición a maltrato psicológico y de otros tipos. En esta fase la mujer puede morir en manos del maltratador y es donde generalmente pide ayuda.

3) Fase de luna de miel o conciliación: el maltratador intenta de nuevo reconciliarse con su víctima adoptando el rol de bueno y generoso, cambia de tal manera, que la mujer cree que es cierto, por lo que muchas ingresan nuevamente a la relación iniciándose el ciclo nuevamente.

4) Escalada de la violencia: ocurre una vez obtenida la confianza de la mujer, y es donde el ciclo de violencia será peor y acortándose o eliminándose inclusive los periodos de conciliación, volviéndose cada vez más vulnerable.

La VBG ocasiona un gran deterioro de la autoestima, induciendo a un menor cuidado personal, favoreciendo las conductas perjudiciales para la salud como abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, y si esto se instaura desde la infancia, puede ocasionar interferencias en el desarrollo de su personalidad y afectar una etapa tan importante como lo es la adolescencia, momento en el cual se define el yo del futuro adulto. [29]

Objetivo general

Evaluar la influencia que tiene la violencia basada en género en la frecuencia de embarazo en adolescentes, en el Servicio de Atención Integral a la Adolescente, de la Maternidad "Concepción Palacios", desde agosto hasta septiembre de 2017.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de violencia basada en género en las adolescentes
2. Identificar el tipo de violencia basada género al cual han sido sometidas las adolescentes
3. Establecer la edad de inicio de primera relación sexual y primera gestación, en las adolescentes con y sin antecedentes de violencia basada en género
4. Relacionar la violencia basada en género con el embarazo en adolescentes
5. Relacionar el tipo de violencia basada en género con el embarazo.
6. Evaluar las características epidemiológicas de las adolescentes sometidas a violencia basada en género según la presencia de embarazo.
7. Determinar si las adolescentes estudiadas conocen los mecanismos regulares de denuncia de violencia basada en género en el país.

Aspectos éticos

Se solicitó la autorización del Servicio de Atención Integral a la Adolescente de la Maternidad "Concepción Palacios", para realizar un cuestionario a las usuarias que allí acudieron entre los meses de agosto y septiembre de 2017. Una vez obtenida la autorización, el proyecto de investigación fue presentado ante el Comité Académico y de Bioética de la institución donde fue aprobado.

Se procedió a dictar una charla breve sobre el tema en estudio, con el fin de informar a las usuaria y, posteriormente, se entregó un cuestionario, en donde el cumplimiento de los

principios básicos de bioética universalmente establecidos, fueron esenciales, garantizando el resguardo de la identidad de cada usuaria incluida en el estudio. [30, 31]

Con la finalidad de resguardar los principios bioéticos; inicialmente, una vez entregada a la usuaria el cuestionario, se le procedió a explicar de manera clara y detallada los objetivos, beneficios, implicaciones e importancia de la investigación, dejando claro el deseo voluntario de participar, libres de coacción de ninguna clase o especie, con la posibilidad de retirarse en cualquier momento del estudio si así fuere su elección. Esto quedó registrado por escrito mediante la firma del formato de asentimiento informado en caso de usuarias con edades de 10 a < 14 años, previa autorización de sus padres y por medio del consentimiento informado en usuarias con edades comprendidas de 14 a 19 años, en concordancia con el principio de autonomía (anexo 1 y 2). [30, 31]

A su vez, se garantizó a la usuaria el anonimato sobre su participación en el estudio, de manera que no se divulgaron ni publicaron los datos obtenidos de cada usuaria, con lo cual se cumple con el principio de no maleficencia. [30, 31]

En caso de conseguir datos en el estudio que revelaron algún nivel de riesgo para la salud de la usuaria, se prestó la orientación adecuada con respecto a los pasos que debía seguir para realizar la denuncia cuando fue necesario, así como se dirigió al servicio correspondiente en donde se otorgó apoyo oportuno y continuo, garantizando así el principio de beneficencia. Adicionalmente, todas las usuarias que acudieron al servicio de hospitalización y consulta de atención integral a la adolescente y que cumplieron los criterios de inclusión, fueron consideradas para participar en el estudio sin distinción de clase social, raza, religión o ideología; adicionalmente, la información derivada del estudio podrá ser de utilidad para la población de adolescentes, haciéndose valer el principio de justicia social. [30, 31]

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de cohorte, prospectivo, observacional y transversal.

Población y muestra

El número de adolescentes que participaron en el estudio se obtuvo mediante un muestreo intencional, no probabilístico y quedó constituido por 200 adolescentes que ingresaron al servicio de Atención Integral a la Adolescente de la Maternidad "Concepción Palacios" entre los meses de agosto a septiembre de 2017.

Criterios de inclusión

Adolescentes de sexo femenino

Criterios de exclusión

Pacientes con enfermedades mentales que la incapaciten para una respuesta adecuada al cuestionario proporcionado

Procedimiento

Se realizó la selección de las pacientes que acudieron a control prenatal, control ginecológico o se ingresaron al área de hospitalización del servicio, que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión para el estudio. Posteriormente se les explicó de forma detallada y personal sobre la elaboración, desarrollo y finalidad de la investigación, así como se dictó una charla educativa para conocer la problemática. Se presentó el consentimiento informado a las usuarias (anexo 1), así como el asentimiento informado en caso de ser menor de 14 años de edad y autorización por sus padres por medio de un consentimiento informado (anexo 2). Ya aceptadas e incluidas dentro de la muestra de estudio, se procedió a la aplicación de un cuestionario, el mismo fue obtenido de la Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM). Este cuestionario fue aplicado en dos estudios previos, en los años 2009 y 2011, en los Hospitales "General del Oeste" y "Miguel Pérez Carreño", respectivamente. La encuesta de PLAFAM se modificó, añadiendo preguntas pertinentes para este estudio (antecedentes obstétricos, para agrupar de forma adecuada al grupo de estudio, y datos epidemiológicos para verificar la homogeneidad de la población), así como también se hizo énfasis en 4 tipos de VBG (violencia

psicológica/emocional intrafamiliar, violencia física, violencia sexual y violencia sexual en la niñez), la cual fue previamente presentado a tres expertos, quienes validaron la información y quedó constituida por 3 partes:

Parte 1: se identificaron con preguntas cerradas los antecedentes obstétricos, permitiendo así conocer la edad de inicio de la relación sexual y si ha presentado o no embarazos previos en las adolescentes. De igual forma, también se establecieron las características epidemiológicas dadas por el índice de Graffar, así como ubicación y escolaridad de la adolescente estudiada.

Parte 2: se estableció con preguntas cerradas la existencia o no de VBG en las adolescentes así como el tipo de violencia a la cual fue frecuentemente expuesta, ya sea en el entorno familiar o de pareja.

Parte 3: se indagó el conocimiento presente con respecto a la temática en estudio por parte de la adolescente, así como se procedió a determinar si conoce los mecanismos de denuncia en el país.

Se procedió a realizar la selección y división de las pacientes de acuerdo a la exposición al evento en 2 grupos: expuesta a VBG y no expuesta a VBG y de acuerdo a su paridad, en dos grupos: embarazadas o que lo han estado y nuligestas; quedando constituida la muestra por 4 grupos: grupo 1 (adolescentes sin VBG y sin antecedente de embarazo), grupo 2 (adolescentes sin VBG y con antecedente de embarazo), grupo 3 (adolescentes con VBG y sin antecedente de embarazo) y grupo 4 (adolescente con VBG y con antecedente de embarazo). Además de determinar el tipo de violencia predominante en cada grupo antes expuesto, se realizó la recopilación de información durante la consulta o en área de hospitalización, mediante la utilización del instrumento de recolección de datos (anexo 3).

Tratamiento estadístico

Se realizó la evaluación y análisis comparativo de los grupos mencionados y con los datos obtenidos según las variables establecidas, posteriormente se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas y/o cuantitativas; los datos se presentaron en tablas de una y de dos entradas, por lo cual se realizó el análisis univariante y bivariante de los datos y se aplicaron las pruebas de independencia, chi cuadrado, al conjunto de variables que se consideró necesario. Los datos fueron procesados con SPSS 21 y Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 200 adolescentes, que asistieron al Servicio de Atención Integral a la Adolescente de la Maternidad Concepción Palacios, entre los meses de agosto a septiembre de 2017; 114 usuarias refirieron haber sido víctimas de VBG, lo cual proporcionó una frecuencia de 57 %. Las restantes 86 usuarias (43 %) negaron dicho suceso en alguna etapa de su vida.

Al evaluar las 114 adolescentes violentadas, la violencia psicológica/ emocional intrafamiliar se presentó en 78,9 % (90 usuarias), la violencia sexual en 66,7 % (76 usuarias) y la violencia física ocupó 49,1 % (56 usuarias). Además se observó que una proporción de adolescentes 58,7 % (67 usuarias) respondieron de forma positiva a varias preguntas sobre los distintos tipos de violencia estudiados, mientras que otras solo manifestaban un tipo de VBG (tabla 1).

La relación entre la edad de inicio de la actividad sexual con el antecedente de violencia basada en género se presenta en la tabla 2. Se observó que entre las que tuvieron su primera relación sexual (PRS) durante la adolescencia temprana, 52 (45,6 %) eran víctimas de violencia y 41 (47,7 %) no. Entre las que iniciaron la actividad sexual en la adolescencia tardía, 62 (54,3 %) eran víctimas de violencia y 41 (47,7 %) no. Hubo 4 pacientes que negaron actividad sexual entre las que no habían sido víctimas (p=0,543). En relación con la edad del primer embarazo, este ocurrió en la adolescencia temprana en 13 (11,4 %) víctimas de VBG y en 7 (8,1 %) no víctimas. El primer embarazo ocurrió en la adolescencia tardía, en 78 (68,4 %) víctimas y en 54 (62,7) no víctimas. Hubo 23 (20,1 %) y 25 (29,1 %) nuligestas en cada grupo (p=0,659).

En la tabla 3 se muestra la relación entre embarazo en adolescentes y la VBG. Se pudo observar que entre aquellas que refirieron algún tipo de VBG, 91 (59,8 %) tenían antecedente de embarazo y 23 (47,9 %) no habían estado embarazadas. Entre quienes negaban la VBG, 61 (40,1 %) estaban o habían estado embarazadas y 25 (52 %) no (p=0,240).

Al realizar la categorización sobre el tipo de violencia, se encontró que la violencia psicológica/emocional intrafamiliar ocupó 79,1 % (72 usuarias) con antecedente de embarazo, mientras que fue de 29,5 % (18 usuarias) en aquellas sin gestaciones (p=0,921). La violencia sexual se presentó en 65,9 % (60 usuarias) con embarazos reportados y 26,2 % (16 usuarias) nuligestas (p=0,579). La violencia física se presentó en 48,3 % (44 usuarias) con gestaciones previas y 19,7 % (12 usuarias) nuligestas (p=0,981) (tabla 4).

La expresión del cada tipo de violencia se presenta en la tabla 5. Se observa que entre las 72 usuarias víctimas de violencia psicológica, que habían estado embarazadas, hubo 68 (94,4 %) que refirieron insultos y humillaciones. Entre las 18 que no habían estado embarazadas, 15 (83,3 %) refirieron la misma expresión. Otras formas de violencia psicológica fueron impedimento para trabajar o estudiar y amenazas (p=0,82).

Entre las 60 embarazadas o que lo habían estado, que refirieron violencia sexual, predominó la violencia sexual en la niñez, 38 usuarias (63,3 %); entre las nuligestas, 11 (68,7 %) también fueron víctimas de violencia sexual en la niñez. Otras formas de violencia sexual fueron contacto o relaciones sexuales forzadas y práctica sexual no deseada (p=0,60).

Las embarazadas víctimas de violencia física, refirieron golpes, mutilaciones o quemaduras en 79,5 % (35 casos) y empujones en 59 % (26 adolescentes). Las no embarazadas refirieron golpes, mutilaciones o quemaduras en 75 % (9 casos) y empujones en 50 % (6 casos) (p=0,55).

Las características epidemiológicas en las adolescentes sometidas a VBG se presentan en la tabla 6, se observó que el rango de edad más frecuente se localizó entre los 15 a 19 años, entre ellas, la mayoría fueron adolescentes con antecedentes de gestación, 85 usuarias (82,5 %), en comparación a las nuligestas con 18 usuarias (17,4 %) (p=0,001). Por otro lado, las adolescentes afectadas por VBG refirieron en una mayor proporción estar solteras: 52 (72,2 %) con embarazos previos y 20 (27,7 %) usuarias nuligestas; entre las que referían unión estable, 92,8 % habían estado embarazadas y 7,1 % no (p=0,000). En cuanto al número de embarazos, se encontró que 78 adolescentes han estado embarazadas en 1 oportunidad y 14 en dos ocasiones, mientras que 22 adolescentes negaron gestaciones previas (p=0,000). Por otro lado, la mayor proporción de adolescentes estudiadas, provenían de Caracas con 78 usuarias, 65 (83,3 %) con gestaciones previas y 13 (16,6 %) nuligestas; seguida de 31 usuarias de Miranda, 23 (74,1 %) con embarazo y 8 (25,8 %) sin embarazo (p=0,000). Al tratar de determinar la escolaridad en el grupo de estudio, se evidencia que la secundaria incompleta fue el grado de instrucción de mayor frecuencia encontrado, con 57 usuarias (85 %) quienes referían antecedentes de embarazos, y 10 nuligestas (14,9 %) (p=0,000). El estado socioeconómico, fue evaluado mediante la escala de Graffar, y la mayoría de las usuarias estudiadas, con antecedente de hechos violentos se ubicó en las clases IV y V, con 69 (79,3 %) y 11 (64,7 %) adolescentes

respectivamente, con antecedentes de embarazo y 18 (20,6 %) y 6 (35,2 %) adolescentes sin dicho antecedente (p=0,027).

Al determinar el nivel de conocimiento que poseen las adolescentes con respecto a los mecanismos de denuncia, se evidencia que el desconocimiento predomina con respecto a reconocer los mecanismos de denuncia en 84,8 % (73 usuarias) que negaron hecho violentos y 65,7 % (75 usuarias) en las que confirman tal suceso; así mismo las adolescentes niegan conocer los organismos encargados de las denuncias en 75,5 % (65 usuarias) que nunca ha sido violentadas y 65,7 % (75 usuarias) que confirman el evento; además, solo el 10,5 % (12 usuarias) denunció el hecho violento, mientras que 89,4 % (102 usuarias) con historia de violencia no denuncio al agresor (tabla 7).

DISCUSIÓN

La adolescencia es el periodo de vida en donde se encuentra la mujer más vulnerable a la violencia, y este unido a la falta de experiencia en la toma de decisiones, lo hace ser un factor influyente en el inicio de la actividad sexual, evaluado en múltiples oportunidades, tal como se observó en las investigaciones realizadas por Mendoza *et al.,* [34] Lavielle *et al*. [20] y Zapata, [32] lo que lleva a plantear que la VBG pudiera estar relacionada de manera directa con el embarazo en adolescentes, pero al someter esta única variable como factor directo, se encontró que dicho evento no fue significativo desde el punto de vista estadístico, y no hubo relación directa entre ambos eventos; ello probablemente se deba a que el embarazo en adolescente es un problema complejo y multifactorial, en el que la interacción del adolescente con el ambiente, la familia, la política, los pares y sus creencias determinarán en gran medida este suceso, demostrando así que un solo parámetro no es un predictor fiable.

Cuando se relaciona el tipo de VBG en estas adolescentes, los datos obtenidos fueron similares a los observados por Vega *et al.,* [16] Méndez *et al.,* [17] y Flores *et al.,* [33] quienes demostraron que las adolescentes, refieren que en algún momento de su vida recibieron violencia psicológica/emocional intrafamiliar, física y sexual, sin embargo no se mostró de forma individual un tipo de violencia que interviniera como factor predisponente o causal en el embarazo en adolescentes, es decir, la VBG no influye en la prevalencia de embarazo en adolescentes, hecho que podría explicarse por la distribución universal de este tipo de violencia, que a través de los años no ha mostrado predominio sobre un grupo etario específico y, en su mayoría, transciende de generación en generación, haciendo del problema un hecho común para la familia, la cual se encuentra organizada de forma disfuncional, agregando así otros factores que influyen, a su vez, en la generación de adolescentes con actitudes de riesgo para embarazo en esta etapa de vida, lo que permite intuir que la violencia es un factor de mayor complejidad para la sociedad y a pesar de no ser generador directo del problema, debe ser investigado con cautela por encontrarse presente en un gran porcentaje de usuarias evaluadas.

Se trató de relacionar a la VBG con el inicio precoz de actividad sexual y con la edad temprana del primer embarazo, como factor influyente en la frecuencia de embarazo, sin embargo no se encontró asociación significativa con ninguna de las dos variables. Las investigaciones realizadas por Mendoza *et al.* [34] y Lavielle *et al*., [20] señalan que la primera relación sexual

sucede con mayor frecuencia durante adolescencia tardía, y que al establecer si la VBG influyó en la decisión de prolongar o anticipar este suceso, salvo en los casos en que se produjo violencia sexual en la niñez lo cual no pudo ser controlado por la víctima, se obtuvo que la VBG se comportó como un parámetro de riesgo independiente, en la toma de tan importante decisión. En esta serie se encontró que la violencia ocurre, pero la decisión de iniciar actividad sexual no está relacionada con la presencia de violencia. Tampoco hubo relación entre violencia basada en género y edad del primer embarazo.

Las características epidemiológicas mostraron ser determinantes en la presencia del embarazo en las adolescentes víctimas de violencia, debido a la gran variedad de factores que en conjunto llevan a una adolescente a tomar la decisión consciente o no de embarazarse, lo que confirma lo intrincado del problema y que la violencia solo es un ítem adicional a la larga lista de situaciones que puede experimentar una adolescente, que ya se encuentra en un periodo crítico de su vida en donde se establecerá la personalidad que regirá su vida futura. Es así que, entre las adolescentes víctimas de violencia, están en mayor riesgo de embarazo, las adolescentes entre 15 y 19 años, con unión estable, quienes hayan tenido un embarazo previo, cursantes de secundaria y con nivel socioeconómico IV y V. Mendoza *et al*, [3] han señalado dichas características como determinantes de riesgo para que se produzca el embarazo en las adolescentes, y por lo tanto contribuyen a crear la vulnerabilidad necesaria para entrar en el grupo de violentadas.

El mayor riesgo entre las adolescentes tardías, puede estar en relación con la mayor madurez e independencia respecto al control familiar, pues este influye de manera positiva o negativa en la conducta del adolescente, y si no hay una comunicación que una los vínculos afectivos enmarcada en el respeto, se darán las condiciones necesarias para embarazarse a una edad temprana, [13, 20] además, entre ellas, es más probable que tengan lo que consideran una pareja estable, e incluso que hayan tenido un embarazo anterior. En ocasiones, el embarazo es deseado, pero en otras, en una forma de buscar estabilidad económica, social o, incluso familiar, en relación al hijo previo. El nivel de educación es llamativo. Tienen más riesgo las adolescentes en secundaria. Las de primaria tienen riesgo bajo, probablemente, como se señaló anteriormente, son más inmaduras y tienen mayor control familiar, sin embargo, el riesgo disminuye, al aumentar el nivel educativo, observándose que, aunque la muestra es pequeña, 75 % de la universitarias no han estado embarazadas. En este grupo suele haber un mayor conocimiento

sobre la sexualidad, sus derechos, los riesgos que presentan y las posibilidades de anticoncepción. Además, el tener un proyecto de vida claro y bien definido hace que las adolescentes se enfoquen en ello y eviten embarazarse. [3] Finalmente, el estrato socioeconómico también influyó en el riesgo de embarazo entre las adolescentes que han sido víctimas de violencia, observándose mayor riesgo en los estratos sociales más bajos. Probablemente, en estos estratos hay mayores limitaciones para el estudio, para obtener información sobre anticoncepción y para tener acceso a las clínicas de planificación familiar. [3]

Cuando se evaluó el conocimiento sobre los mecanismos de denuncia se observó que predomina una desinformación en las adolescentes en general, dato similar al encontrado por Méndez *et al.*, [17] lo que lleva a indicar que a pesar de estar visibilizada, no se han empleado políticas adecuadas para mejorar la calidad de información que se presenta, haciendo énfasis en la población adolescente. Así mismo, se puede evidenciar que 114 adolescentes fueron afectadas por la VBG, y solo 10,5 % refiere haber realizado una denuncia formal, similar a lo observado por Méndez *et al*., [17] lo que lleva a confirmar la carencia de información e importancia que se le da a estos eventos en la vida de la mujer y sucede como lo indica García, [1] que se carece de información confiable sobre el número de víctimas que la VBG ocasiona y está dado por diversas razones que van desde la ausencia de denuncia y falta de registro hasta la censura, lo que lleva a obtener falsa información que pueda alertar a las adolescentes y mujeres en general.

Lo expuesto confirma la carencia de información adecuada para adolescentes sobre la VBG y toman por tabú el hablar de la misma; incluso llegan a adoptar la violencia como método de aprendizaje necesario e inclusive lo aceptan como reprimenda ante actos considerados socialmente inaceptables, manteniéndose así una información errónea en las adolescentes, la cual es trasmitida de generación en generación; es por esto que, a pesar de no encontrar relación directa entre la presencia de VBG, como factor influyente en la frecuencia de embarazo en adolescente, se hace énfasis en la necesidad de continuar aportando datos que revelen la situación actual de las adolescentes y mujeres en general, que permitan visualizar y exponer la problemática, para que el sistema de salud tenga una mayor intervención ante casos de VBG, estableciendo cuestionarios dirigidos a determinar la presencia de VBG de forma rutinaria, lo que permitirá mejorar la percepción de esta situación, con la finalidad de ayudar a disminuir el subregistro que prevalece actualmente y hacer evidente la realidad que viven muchas mujeres.

Después de analizar los resultados, se puede concluir que:

1. En esta muestra, ni la violencia basada en género ni el tipo de VBG, influyeron sobre la frecuencia de embarazo entre las adolescentes.
2. La frecuencia de violencia basada en género reportada por las adolescentes es elevada: 57 %
3. El tipo de VBG que más se presentó fue la psicológica.
4. La VBG no afectó la edad de inicio de la actividad sexual ni la edad del primer embarazo.
5. Entre las adolescentes víctimas de violencia, están en mayor riesgo de embarazo, las que tienen entre 15 y 19 años, con unión estable, con embarazos previos, cursantes de secundaria y con nivel socioeconómico IV y V.
6. Existe un severo y preocupante desconocimiento sobre los mecanismos regulares de denuncia.

Se recomienda aumentar la información que reciben las adolescentes en relación al tema de violencia basada en género, sobre el embarazo en adolescentes y sobre los mecanismos de denuncia. Solo empoderando a las adolescentes, se podrá reducir este flagelo que afecta a la sociedad, en general, y a Venezuela, en particular.

AGRADECIMIENTO

Al licenciado Ángel Echarry, por haber colaborado en la realización de la asesoría estadística.

A la doctora Mireya González Blanco, exdirectora del Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología con sede en la Maternidad Concepción Palacios, asesora metodológica en el desarrollo de esta investigación.

Al doctor Alfredo Caraballo Mata, adjunto de la Maternidad Concepción Palacios, especialista en ginecología infantojuvenil por su apoyo como tutor.

A las adolescentes que entusiastamente participaron en este estudio y permitieron su culminación.

REFERENCIAS

1. García E. La violencia de género en Venezuela y sus manifestaciones generales en el área Metropolitana de Caracas. ILDIS. [en línea] 2013 [Revisado 2 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://library.fes.de/pdf-files/bueros/caracas/10322.pdf.
2. Alcántara M, García C, López J, López C. Las victimas invisibles: afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género [Tesis Doctoral], Murcia (España): Universidad de Murcia; 2010.
3. Mendoza L, Claros D, Peñaranda C. Actividad Sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obstet Ginecol [en línea]. 2016 [Revisado 2 de septiembre 2016]; 81 (3); 243 - 253. Disponible en: http://www.scielo. cl/pdf/rchog/v81n3/art12.pdf
4. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) [en línea]. Washington: Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Informe Técnico OMS/OPS; 1998 [Revisado 2 de septiembre de 2016]. Disponible en: www.who-int/gender/violence/enviolence_infopack1.pdf.
5. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) [en línea]. Washington: Desarrollo en la adolescencia. Informe Técnico OMS/OPS; 2016 [Revisado 2 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/ topics/adolescence/es/
6. Rosabal E, Romero N, Gaquin K, Hernández R. Conductas de riesgo en los adolescentes. Rev Cubana Med Mil. [Revista en línea]. 2015 [Revisado 12 enero 2017]; 44 (2): [5 páginas]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol44_2_15 /mil10215.htm.
7. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) [en línea]. Nueva York: Embarazo adolescente; 2014 [Revisado 12 enero 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/venezuela/spanish/health_11976.html.
8. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) [en línea]. Nueva York: Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes: una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio de seis países de la región. Informe Final UNICEF; 2014 [Revisado 12 enero 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente _5_0_(2).pdf.
9. Organización de Naciones Unidas (ONU) [en línea]. Nueva York: Report of the world conference of the international women`s year, Mexico. Informe final ONU, 1975 [Revisado 12 enero 2017]. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/ Mexico/Mexico%20conference%20report%20optimized.pdf
10. Organización de Naciones Unidas (ONU) [en línea]. Nueva York: Informe de la Segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer, Copenhague. Informe final ONU, 1980. [Revisado 12 enero 2017]. Disponible en: http://www.mujeresdelsur-afm.org.uy/joomdocs/Declaraciones/1980-informe-Copenhage-ONUespanol.pdf
11. Organización de Naciones Unidas (ONU) [en línea]. Nueva York: Report of the world conference to review and appraise the achievements of the united nations decade for women:

equality, development and peace, Nairobi. Informe final ONU, 1985 [Revisado 12 enero 2017]. Disponible en: http://www.mujeresdelsur-afm.org.uy/joomdocs/Declaraciones/1985-MujeresNairobiONU ingles.pdf.

12. Organización de Naciones Unidas (ONU) [en línea]. Nueva York: Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing. Informe final ONU, 1995 [Revisado 12 enero 2017]. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report %20S.pdf.
13. Almenara S, De Gouveia E. La familia como factor determinante en la comunicación respecto al embarazo precoz y sus consecuencias. [Tesis de Grado]. Caracas (DC): Universidad Católica Andrés Bello; 2002.
14. Pueyo A. Violencia juvenil: realidad actual y factores psicológicos implicados [en línea]. Barcelona: Grupo de estudios avanzados en violencia. Universidad de Barcelona; 2004 [Revisado 8 de diciembre 2016]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/242425643_Violencia_juvenil_realidad_actual_y_factores_psicologicos_implicados
15. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (ENDIREH), Tabuladores básicos [en línea]. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2011 [Revisado 8 de diciembre 2016]; Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825060855.pdf
16. Vega G, Hidalgo D, Toro J. Violencia basada en género desde la perspectiva médica. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en internet]. 2011 [acceso 15 septiembre 2016]; 71 (2): 88-97. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000200003.
17. Méndez M, Delgado V. Violencia basada en género en embarazadas y puérperas adolescentes. [Trabajo Especial de Grado] Caracas (DC): Universidad Central de Venezuela; 2011.
18. Gavarrel C, Ferrero J. Consecuencias psicológicas del maltrato en menores expuestos a violencia de género. Regulación emocional, funciones ejecutivas y autoconcepto. [Tesis Doctoral]. Valencia (España): Vniversitat De Valencia; 2013.
19. Bahamón M, Viacha M, Tobos A. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. Psicaribe [revista en internet]. 2014 [acceso 8 de diciembre 2016]; 31 (2). Disponible en: http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/3070/605.
20. Lavielle P, Jiménez F, Vázquez A, Aguirre M, Castillo M, Vega S. Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [revista en internet]. 2014 [acceso 10 de diciembre 2016]; 52 (1): 38 - 43. Disponible en: http://www.medigraphic.com /pdfs /imss/im-2014/im141j.pdf.
21. Rodríguez M, Aular J. Educación sexual como estrategia de prevención del embarazo en adolescente. [Tesis de Grado]. Valencia (Carabobo): Universidad de Carabobo. 2015.

22. Peña J, Rodríguez J. Embarazo en adolescentes: factores de riesgo biopsicosociales. [Trabajo Especial de Grado] Caracas (DC): Universidad Central de Venezuela; 2016.

23. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela No 5.859, (10-12-2007).

24. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr [revista en internet]. 2015 [acceso 10 de diciembre 2016]; 86 (6). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062015000600010.

25. Gamarra P, Iannacone J. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009. The Biologist [revista en internet]. 2010 [acceso 5 de noviembre 2016]; 8 (1). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3990005.

26. Rodríguez M. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Medicina UPB. [revista en internet]. 2008 [acceso 9 de enero 2016]; 27 (1): 47-58. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/1590/159013072007.pdf.

27. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela No 40.548, (25-09-2014).

28. Walker, L. The battered women. New York: Harper and Row Publisher, Inc.; 1979.

29. Fernández M, López C, López J. Maltrato infantil: un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados [Tesis Doctoral]. Murcia (España): Universidad de Murcia; 2014.

30. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) [en línea]. Nueva York: Declaración universal sobre bioética y derechos humanos; 2005. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=30274&URL_DO=DO_TOPIC&URL_ SECTION=201.html.

31. Cantin M. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Revisando su Última Versión. Int J Med Surg Sci [revista en internet]. 2014 [acceso 13 de enero 2016]; 1 (4): 339 - 346. Disponible en: http://www.ijmss.org/wp-content/uploads/2015/05/art_8_14.pdf.

32. Zapata L. Repercusiones de la violencia basada en el género sobre el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en internet]. 2006 [acceso 10 de febrero 2016]; 66 (1): 21 – 27. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000100004.

33. Flores T, Schirmer J. Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno – Perú. Rev Latino-Am Enfermagem [revista en internet]. 2006 [acceso 15 de agosto 2017]; 14 (4). Disponible en: https://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/2334/2491+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ve.

34. Mendoza L, Arias M, Pedroza M, Micolta P, Ramírez A, Cáceres C, *et al.* Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad Colombiana. Rev Chil Obstet Ginecol [revista en internet]. 2012 [acceso 20 de octubre 2017]; 77 (4): 271 – 279. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006.

35. González E. Factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional docente Madre Niño San Bartolomé enero – marzo 2014 [Tesis de Grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

ANEXO 1

ASENTIMIENTO INFORMADO

Caracas;___/___/___

Título del trabajo: VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Investigador responsable: Dra. Eglis Y González A., médico residente del programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela, sede Maternidad Concepción Palacios.

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación, en donde previamente se ha discutido con mis padres, el cual consiste en evaluar la influencia de la violencia basada en género en la prevalencia de embarazo en adolescente. Se entregará una encuesta en la que se interrogarán los antecedentes obstétricos presentes al momento del interrogatorio, así como se indagará con respecto a los tipos de violencia (violencia psicológica / emocional intrafamiliar, violencia física, violencia sexual y violencia sexual en la niñez) y si conoce o no los mecanismos de denuncia de tales hechos.

El proceso identificado arriba me ha sido explicado con detalle y todas mis preguntas e inquietudes me han sido contestadas y aclaradas por el médico que me realizar el cuestionario.

Entiendo que:

1. Este estudio no afectará mi calidad de vida y mi participación o no, no afectará en ningún momento la calidad de atención hacia mi persona

2. Autorizo a las personas encargadas de este proyecto, que mis resultados formen parte del estudio, y que los mismos sean publicados según lo crean conveniente, sin embargo mi identidad no será revelada en forma alguna y bajo ningún precepto, siendo mis datos anónimos y permaneciendo en forma confidencial, a menos que la ley demande lo contrario.

3. Declaro que mi asentimiento y el de mis padres esta dado voluntariamente, sin que haya sido forzada u obligada.

4. No recibiré beneficios de ningún tipo por mi participación. Los beneficios derivados del estudio del análisis de sus resultados, están reservados para el enriquecimiento intelectual y el provecho de la comunidad médica.

Paciente:

Nombre:_____CI:_____

Padre o representante legal:

Nombre:_____CI:_____

Testigo

Nombre:_____CI:_____

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Caracas;___/___/___

Título del trabajo: VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Investigador responsable: Dra. Eglis Y González A., médicos residentes del programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela, sede Maternidad Concepción Palacios.

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación, el cual consiste en evaluar la influencia de la violencia basada en género en la prevalencia de embarazo en adolescente. Se entregará una encuesta en la que se analizarán los antecedentes obstétricos presentes al momento del interrogatorio, así como se indagará con respecto a los tipos de violencia (violencia psicológica/ emocional intrafamiliar, violencia física, violencia sexual y violencia sexual en la niñez) y si conoce o no los mecanismo de denuncia de tales hechos.

El proceso identificado arriba me ha sido explicado con detalle y todas mis preguntas e inquietudes me han sido contestadas y aclaradas por el médico que realizar el cuestionario.

Entiendo que:

1. Este estudio no afectará mi calidad de vida y mi participación o no, no afectará en ningún momento la calidad de atención hacia mi persona

2. Autorizo a las personas encargadas de este proyecto, que mis resultados formen parte del estudio, y que los mismos sean publicados según lo crean conveniente, sin embargo mi identidad no será revelada en forma alguna y bajo ningún precepto, siendo mis datos anónimos y permaneciendo en forma confidencial, a menos que la ley, demande lo contrario.

3. Declaro que mi consentimiento esta dado voluntariamente, sin que haya sido forzada u obligada.

4. No recibiré beneficios de ningún tipo por mi participación. Los beneficios derivados del estudio del análisis de sus resultados, están reservados para el enriquecimiento intelectual y el provecho de la comunidad médica.

Paciente:

Nombre:_____CI:_____

Testigo

Nombre:_____CI:_____

ANEXO 3

Cuestionario

Herramienta de detección de personas en situación de violencia de género, que acudan al servicio de hospitalización y consulta de atención integral al adolescente de la Maternidad "Concepción Palacios", Caracas-Venezuela entre los meses de agosto-septiembre de 2017.

No:_____

Marque con un "X" donde se indique

Parte 1: información general

1. Edad:
2. Lugar de residencia:
3. Estado Civil: Soltera □ Casada □ Concubina □ Viuda □
4. ¿A qué edad fue su primera relación sexual? _____
5. ¿Ha tenido abortos? No □ Si □ ¿Qué edad tenia?_____
6. ¿Esta o ha estado embarazada alguna vez? Si □ No□
7. ¿Qué edad tenía cuando se embarazo por primera vez? _____
8. ¿Cuántos hijos tiene?____
9. ¿Cuál es la profesión del jefe del hogar? Profesión universitaria □; Profesión técnica y superior o medianos comerciantes o medianos productores □; Empleados sin profesión universitaria □; Bachiller técnico □; pequeños comerciantes o productores propietarios □, Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no posean título profesional) □; Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía □.
10. ¿Nivel de educación de su madre o cónyuge? Enseñanza universitaria o su equivalente □; Enseñanza secundaria completa □; Enseñanza secundaria incompleta □; Enseñanza primaria o analfabeta □; Analfabeta □.
11. Principal fuente de ingresos del hogar: Fortuna heredada o adquirida □; Ganancias, beneficios, honorarios profesionales □; Sueldo mensual □; Salario semanal, por día, entradas a destajo □; Donaciones de origen público o privado □.
12. Condiciones de alojamiento: Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios □; Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes

con lujo, sin exceso y suficientes espacios □; Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que las viviendas 1 y 2 □; Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias □; Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas □

Parte 2: violencia basada en genero

1. Violencia psicológica/emocional intrafamiliar:

a. ¿Se, ha sentido alguna vez dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja o alguna persona importante para usted? (Ejemplo: insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, aislar).

SI _____ NO _____ QUIEN _____

b. ¿Le impide su pareja/padrastro/padre/hermano trabajar fuera de casa o estudiar?

SI _____ NO _____ QUIEN _____

c. ¿Su pareja/padre/padrastro/hermano/vecino la amenaza con quitarle hijos o hijas o dañar a algún ser querido o su personas si le abandona?

SI _____ NO _____ QUIEN _____

2. Violencia física:

a. ¿Alguna vez su pareja o alguien importante para usted le ha hecho daño físico? (Ejemplos: daño físico no accidental, golpes, mutilaciones, quemaduras, etc.).

SI _____ NO _____ QUIEN _____

b. ¿Su pareja/padre/padrastro/hermano/vecino le empuja o le agarra?

SI _____ NO _____ QUIEN _____

3. *Violencia sexual*:

a. ¿En algún momento de su vida se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales? SI ____ NO _____ QUIEN _____

b. ¿Le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que usted no desea?

SI _____ NO _____ QUIEN _____

4. *Violencia sexual en la niñez*:

a. ¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien?

SI _____ NO _____ QUIEN _____

Parte 3: mecanismo de denuncia

1. ¿Conoce usted cuales son los mecanismos regulares para hacer su(s) denuncia(s)?

SI _____ NO _____ CÓMO: _____

2. ¿Está informada usted de cuáles son los organismos en Venezuela encargados de ayudarla?

SI _____ NO _____ CÓMO: _____

3. ¿Ha denunciado usted alguna situación de violencia ante los organismos competentes?

SI _____ NO _____ CUAL: _____

Tabla 1

Frecuencia general de violencia basada en género según el tipo de violencia

Tipo de violencia basada en género	n (%)
Psicológica/emocional intrafamiliar	90 (78,9)
Sexual	76 (66,7)
Física	56 (49,1)
Más de un tipo	67 (58,7)

Tabla 2

Distribución de adolescentes por edad de primera relación sexual y primera gestación según el antecedente de violencia basada en género

	Antecedente de violencia basada en género n (%)		p
	Si	No	
Primera relación sexual			0,543
10 años - 14 años	52 (45,6)	41 (47,7)	
15 años – 19 años	62 (54,3)	41 (47,7)	
Núbil	0 (0)	4 (4,6)	
Primer embarazo			0,659
10 años - 14 años	13 (11,4)	7 (8,1)	
15 años – 19 años	78 (68,4)	54 (62,7)	
Nuligestas	23 (20,1)	25 (29,1)	

Tabla 3

Relación entre embarazo en adolescentes y violencia basada en género

Violencia basada en género	Embarazo previo o actual	
	Si n (%)	No n (%)
Si n (%)	91 (59,8)	23 (47,9)
No n (%)	61 (40,1)	25 (52)

p=0,240

Tabla 4

Distribución según el tipo general de violencia basada en género

Tipo de violencia basada en género	Embarazo previo o actual		p
	Si n (%)	No n (%)	
Psicológica/emocional intrafamiliar	72 (79,1)	18 (29,5)	0,921
Sexual	60 (65,9)	16 (26,2)	0,579
Física	44 (48,3)	12 (19,7)	0,981

Tabla 5

Distribución según el tipo específico de violencia basada en género

Tipo de violencia basada en género	Embarazo previo o actual		p
	Si	No	
	n (%)	n (%)	
Psicológica/emocional intrafamiliar	n=72	n=18	0,82
Insultos/humillaciones/aislar	68 (94,4)	15 (83,3)	
Impedimento para trabajar o estudiar	15 (20,8)	4 (22,2)	
Amenazas	12 (16,6)	2 (11,1)	
Sexual	n=60	n=16	0,60
Sexual en la niñez	38 (63,3)	11 (68,7)	
Contacto o relaciones sexuales forzadas	18 (30,0)	3 (18,7)	
Práctica sexual no deseada	8 (13,3)	3 (18,7)	
Física	n=44	n=12	0,55
Golpes/mutilaciones/quemaduras	35 (79,5)	9 (75,0)	
Empujones	26 (59,0)	6 (50,0)	

Tabla 6

Características epidemiológicas en adolescentes con antecedente de violencia basada en género y embarazo.

Características epidemiológicas	Antecedente de embarazo		p
	Si n (%)	No n (%)	
Edad			0,001
10 años – 14 años	6 (54,5)	5 (45,4)	
15 años – 19 años	85 (82,5)	18 (17,4)	
Estado civil			0,000
Soltera	52 (72,2)	20 (27,7)	
Unión estable	39 (92,8)	3 (7,1)	
Numero de gestas			0,000
0	0 (0)	22 (100)	
1	78 (100)	0 (0)	
≥ 2	14 (100)	0 (0)	
Procedencia			0,000
Caracas	65 (83,3)	13 (16,6)	
Miranda	23 (74,1)	8 (25,8)	
Otros	3 (60)	2 (40)	
Escolaridad			0,000
Primaria completo	3 (33,3)	6 (66,6)	
Secundaria incompleta	57 (85)	10 (14,9)	
Secundaria completa	31 (91,1)	3 (8,8)	
Universitario incompleto	1 (25,0)	3 (75,0)	
Nivel socio-económico			0,027
I-III	6 (60,0)	4 (40,0)	
IV	69 (79,3)	18 (20,6)	
V	11 (64,7)	6 (35,2)	

Tabla 7

Distribución de adolescentes de acuerdo al conocimiento de los mecanismos de denuncia

Mecanismo, Organismo y Denuncias	Violencia basada en género			
	No		Si	
	Si n (%)	No n (%)	Si n (%)	No n (%)
Mecanismo regular de denuncia	13 (15,1)	73 (84,8)	39 (34,2)	75 (65,8)
Organismo encargado de denuncia	21 (24,4)	65 (75,5)	39 (34,2)	75 (65,8)
Denuncia	0 (0)	86 (100)	12 (10,5)	102 (89,5)